

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

- BERCK-SUR-MER -



EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT, PREVENTION DES RECHUTES

PSYCHOTIQUES ET ERGOTHERAPIE

Etat des lieux des pratiques et des connaissances ergothérapeutiques.

Therapeutic patient education, psychotic relapse prevention and occupational therapy

State of play of occupational therapists' practices and knowledge.

Directeur de mémoire :

Mme Sylvie VASSEUR,
Ergothérapeute.



Coline GIL

Session Juin 2021

Remerciements

Merci à mes camarades de promotion, sans qui ces trois années n'auraient pas été pareilles et particulièrement à Claire pour son aide, son écoute mais surtout sa patience,

A mes amis et ma famille, avec qui j'ai pu me vider la tête,

Et à Axel pour tout son soutien, qui a su supporter avec bienveillance.

Je remercie ma maître de mémoire, Sylvie Vasseur pour son accompagnement et toute les personnes pour leur aide précieuse et leur honnêteté.

SOMMAIRE

Introduction	1
Cadre de référence	3
I. Schizophrénie	3
1. Généralités	3
1.1. Définitions.....	3
1.2. Epidémiologie et étiologie	3
1.3. Symptomatologie	4
2. Evolutions.....	8
2.1. Evolution et rechutes.....	8
2.2. Répercussion qualité de vie	11
2.3. Traitements	12
II. Réhabilitation psychosociale	13
1. Généralités	13
1.1. Le processus de désinstitutionalisation	13
1.2. Processus de rétablissement	14
1.3. Démarche et objectifs.....	15
2. Outils de réhabilitation psychosociale	16
2.1. Remédiation cognitive.....	16
2.2. Entraînement aux habiletés sociales.....	18
2.3. Education thérapeutique du patient	19
III. Ergothérapie et psychiatrie	22
1. Généralités	22
1.1. Histoire et définitions	22
1.2. Cadre, soins et relation thérapeutique.....	24
1.3. Notion d'empowerment et de transfert des acquis	25
2. Rôle de l'ergothérapeute dans le processus de rétablissement	26
2.1. Rôle dans la réhabilitation psychosociale	26
2.2. Ergothérapie et éducation thérapeutique du patient	27
2.3. Place dans la prévention des rechutes psychotiques	30
Problématique.....	30

Cadre méthodologique	32
I. Les objectifs	32
II. Le questionnaire	33
1. Choix de l'outil	33
2. Population de l'étude.....	33
3. Construction de l'outil	33
4. Diffusion du questionnaire	34
III. Analyse des résultats	34
1. Première partie	35
2. Deuxième partie.....	35
2.1. <i>L'ergothérapeute</i>	35
2.2. <i>La schizophrénie</i>	37
2.3. <i>L'éducation thérapeutique du patient</i>	39
2.4. <i>Les interventions à visée éducative</i>	41
2.5. <i>Les bénéfices des pratiques</i>	43
3. Troisième partie	44
4. Validation des hypothèses	44
IV. Discussion.....	45
V. Perspectives.....	49
Conclusion.....	51
Bibliographie	
Annexes.....	I
Annexe I : Questionnaire vierge.....	I
Annexe II : Questionnaires retournés	XII
Annexe III : Figures	XXX

Résumé

La schizophrénie est une psychose chronique qui se caractérise par des symptômes négatifs, positifs, désorganisés et neurocognitifs, dont les risques de rechutes psychotiques sont très fréquents. Les rechutes, souvent synonyme d'hospitalisations répétées, diminuent le fonctionnement globale des souffrants, altèrent leur qualité de vie et réduisent l'efficacité de leurs réponses aux traitements. La réhabilitation psychosociale, incluant l'éducation thérapeutique du patient vient compléter des premiers traitements pharmacologiques. La prise en charge de la prévention des rechutes doit répondre à certains besoins et l'éducation thérapeutique du patient semble y répondre. L'ergothérapeute utilise l'activité pour favoriser l'autonomie des patients en s'appuyant sur les principes d'empowerment et de transfert acquis. Ainsi, nous demander quelles sont les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes en termes d'éducation thérapeutique du patient, dans le cadre de la prévention des rechutes chez les personnes souffrant de schizophrénie ? Afin d'infirmier ou de confirmer les hypothèses émises, un questionnaire est administré aux ergothérapeutes français. Les résultats montrent que la population possède des connaissances et pratiquent l'éducation dans leurs prises en charge de la prévention des rechutes, auprès de patients souffrant de schizophrénie. Ensuite, nous proposons une perspective afin d'améliorer les résultats.

Mots-clés : schizophrénie, éducation thérapeutique du patient, prévention des rechutes psychotiques, ergothérapie, rétablissement.

Abstract

Schizophrenia is a chronic psychosis characterised by negative, positive, disorganised and neurocognitive symptoms, with a high risk of psychotic relapse. Relapses are often synonymous with repeated hospitalisations, reduce the overall functioning of sufferers, impair their quality of life and reduce the effectiveness of their response to treatment. Psychosocial rehabilitation, including therapeutic patient education, complements the first pharmacological treatments. Relapse prevention has to meet certain needs and therapeutic patient education seems to meet them. The occupational therapist uses activity to promote patient autonomy based on the principles of empowerment and acquired transfer. So, we ask ourselves what knowledge and practices occupational therapists have in therapeutic

patient education, within the context of relapse prevention in people suffering from schizophrenia ? To confirm or refute the hypotheses, a questionnaire was administered to French occupational therapists. The results indicate that the population has knowledge and practices education in their interventions for relapse prevention with schizophrenics. Then, we propose a perspective to improve the results.

Key words : schizophrenia, therapeutic patient education, psychotic relapse prevention, occupational therapy, recovery.

Glossaire

ANFE : Association nationale française des ergothérapeutes,

ARS : Agence régionale de santé,

ETP : Education thérapeutique du patient,

HAS : Haute autorité de santé,

OMS : Organisation mondiale de la santé,

PANSS : Positive and negative syndrome scale.

Introduction

Touchant environ 600 000 français², la schizophrénie, est une psychose chronique. Cette maladie se caractérise par différentes dimensions symptomatiques^{8, 10}. L'OMS classe cette pathologie parmi les 10 plus invalidantes, notamment par son indicateur majeur de désocialisation et de précarité. Le diagnostic de la schizophrénie est fréquemment retardé car son début est souvent insidieux avec une méconnaissance des symptômes de la part du sujet ou de son entourage.

Lors d'un stage en psychiatrie, j'ai eu l'occasion de passer cinq semaines dans le service d'hospitalisation et trois semaines dans l'hôpital de jour du Centre Hospitalier (CH) d'Abbeville. Lors de cette expérience, je me suis particulièrement intéressée à la situation de Mr D souffrant de schizophrénie et subissant de nombreuses rechutes. Ses sorties, plus ou moins longues, se terminaient systématiquement par un retour à la case « hospitalisation ». Ses rechutes, toujours plus violentes, survenaient généralement après une rupture dans la prise de ses médicaments. Cette situation a donné naissance à de nombreuses discussions avec les professionnels qui m'entouraient. Mr D et son histoire font aujourd'hui l'essence de ce mémoire puisqu'ils m'ont indiqués le point de départ de mes recherches : quels sont les facteurs de rechute chez les schizophrènes et quelles en sont leurs conséquences ?

L'histoire de cet homme, sa situation et ses rechutes ont fait l'objet de premières recherches. Grâce à ses dernières, je me suis rendue compte que le phénomène de rechutes dans la schizophrénie est fréquent. Effectivement, le professeur P. Thomas expose les causes des rechutes dans la schizophrénie, parmi elles : l'arrêt du traitement ou une mauvaise observance, la consommation de drogues ^{et/ou} d'alcool, l'absence de réponse à un médicament malgré une observance correcte et un environnement psychosocial défavorable (stress, rejet, agressivité, ...). Il estime que 70% des patients rechutent après leur première décompensation et qu'il existe un risque de rechute multiplié par 7 après l'arrêt du traitement médicamenteux. Les rechutes psychotiques aggravent l'évolution de la maladie, diminuent les capacités de fonctionnement global et la réponse aux traitements antipsychotiques, elles impactent également les habiletés psychosociales, l'estime et la confiance en soi. Une

tendance à la chronicisation des symptômes est notable et le risque de suicide augmenterait après chaque rechute. Les rechutes psychotiques ont également un impact économique³⁵.

L'ergothérapeute s'appuie sur une pratique centrée sur le patient, assurant une mise en œuvre de la réappropriation du pouvoir d'agir et le rétablissement des personnes concernées. Ce professionnel s'inscrit alors dans le soutien des projets de vie. Permettant ainsi d'adapter l'intervention dans le but de consolider les capacités de la personne, d'optimiser son autonomie, de développer des compétences ou encore de réduire des incapacités, l'ergothérapeute favorise la participation pour améliorer la qualité de vie³¹.

Il nous paraît maintenant évident que les rechutes chez les personnes souffrant de schizophrénie est un phénomène récurrent mais surtout néfaste pour eux et notamment suite à une première décompensation car elles détermineront l'avenir du malade. L'un des facteurs mettant le plus souvent en cause les rechutes psychotiques est une mauvaise observance thérapeutique, entraînant diverses complications pouvant dégrader la qualité de vie et le projet de vie des personnes souffrant de troubles schizophréniques. Ces premières recherches précisent alors ma problématique. Il me semble important de cibler un public « novice » en termes de schizophrénie car leur avenir dépend énormément des éventuelles rechutes. De plus, si l'ergothérapeute détient une place importante dans la prise en charge hospitalière de ces patients, il me paraît important de savoir comment il s'inscrit dans une démarche de prévention des rechutes psychotiques. Ma problématique se rédigerait ainsi : Comment l'ergothérapeute s'inscrit-il dans une démarche de prévention des rechutes chez les patients souffrant de schizophrénie suite à leur première décompensation ?

Au travers de ce mémoire, nous tracerons, dans une première partie, les notions clés : la schizophrénie, la réhabilitation psychosociale, l'ergothérapie en psychiatrie. Nous concluons ce premier volet par l'explicitation de l'éducation thérapeutique du patient et comment l'ergothérapeute s'inscrit dans le processus de prévention. Dans la seconde partie de ce travail, nous exposerons la méthodologie afin de répondre à notre question de recherche. Nous analyserons les résultats de nos questionnaires qui pourront ensuite confirmer ou infirmer nos hypothèses. Dans un troisième temps, nous discuterons de notre étude avec recul afin d'en dégager des axes de réflexion relatifs à cette dernière puis nous concluons ce travail de fin d'études.

Cadre de référence

I. Schizophrénie

1. Généralités

1.1. *Définitions*

La schizophrénie, venant du grec « *scission* » et « *esprit* », est un mot créé par E. BLEULER. Il a ainsi voulu indiquer l'incohérence des processus mentaux, en terme de langage, d'émotions et de perceptions ou d'actions ¹¹.

Selon l'OMS : « *La schizophrénie est une psychose, un type de maladie mentale se caractérisant par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement.* »¹

Selon le dictionnaire Larousse, la schizophrénie est définie comme une « *psychose délirante chronique caractérisée par une discordance de la pensée, de la vie émotionnelle et du rapport au monde extérieur.* »⁷

D'après le DSM-5, la schizophrénie est un trouble psychotique, se caractérisant par des symptômes négatifs et des anomalies dans un ou plusieurs des domaines suivant : délire, hallucinations, pensée désorganisée (parole), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (y compris la catatonie).⁸

1.2. *Epidémiologie et étiologie*

La schizophrénie touche environ 23 millions de personnes dans le monde soit près de 1% de la population mondiale¹. En France, 600 000 personnes sont concernées², avec une estimation de 10 000 nouveaux cas par an³. Cette pathologie affecte les femmes et les hommes, même si ces derniers semblent contracter des formes plus sévères et invalidantes².

La recherche n'a pas mis en évidence de facteur unique. On pense qu'une interaction entre des gènes et un certain nombre de facteurs environnementaux peut être à l'origine du trouble. Des facteurs psychosociaux peuvent y contribuer.¹ Les causes de la schizophrénie sont encore improuvées scientifiquement même si de nombreuses études sont menées.

D'après l'INSERM, l'absorption régulière de cannabis avant 18 ans augmente le risque de schizophrénie par deux.² De plus, d'autres facteurs environnementaux entreraient en jeu dans l'apparition de la maladie. Selon une étude publiée dans le journal « L'Encéphale », le nombre de sujets schizophrènes seraient plus important dans le milieu urbain que dans le milieu rural. Cette étude explique également des liens entre la maladie et les effets de la migration, des complications obstétricales, la saisonnalité des naissances, les caractéristiques des facteurs sociodémographiques et des traumatismes infantiles mais le niveau de preuve pour ces facteurs restent peu suffisant pour en tirer des conclusions véridiques. Par ailleurs, des recherches menées par J. Van Os, G. Kenis et B. P. F. Rutten montrent que les facteurs environnementaux auraient un impact sur le développement du cerveau « *social* » et notamment lors de l'adolescence. Effectivement, les expériences d'exclusion sociale, de victimisation et l'absorption de substance altérant le fonctionnement du cerveau, tel que le cannabis, auraient un impact sur le « *bon* » développement des structures cerveau, entraînant des dysfonctionnements comportementaux et psychopathologiques.⁵

1.3. Symptomatologie

Le premier épisode, phase aiguë ou première décompensation psychotique est défini par une période de temps pendant laquelle les critères de symptôme sont réunis. Dans la schizophrénie, les symptômes apparaissent généralement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. Son début peut être brutal ou insidieux mais la majorité des souffrants connaissent une apparition lente et progressive. Les symptômes présents lors du diagnostic et de la phase aiguë peuvent perdurer au fil de l'évolution de la pathologie. La sévérité de la maladie dépend des symptômes observés mais aussi de la précocité des troubles.⁸

Le premier épisode psychotique peut être décisif dans l'avenir du patient. Effectivement, METZGER décrit ce premier événement comme un drame comportant une acuité (« *association de la soudaineté, de l'inflation symptomatique et parfois de la dangerosité* ») singulière. Cette acuité transmet une forme de communication et d'appel, issue de la violence de la décompensation comme une forme de défense face à une menace. Les sujets qui ont chronicisés leurs symptômes et leur rechutes ont pu se fabriquer un système de défense contrairement aux sujets vivant pour la première fois ce drame. Cet épisode nécessite

l'instauration d'un traitement pharmacologique mais également celle d'une psychothérapie, constituant une part importante de la prise en charge des patients¹⁵.

La schizophrénie, faisant partie des psychoses chroniques ayant une évolution continue, se forme d'un spectre de troubles altérant la réalité des personnes atteintes. Les symptômes varient d'un patient à un autre et leur hétérogénéité est classée en trois dimensions. ¹¹

La dimension positive est ainsi nommée car les symptômes viennent se rajouter à un comportement ou discours « normal ». Ils s'expriment par une modification du vécu avec une perturbation de la relation à l'environnement et à son corps propre, des hallucinations ^{et/ou} un délire⁹. Les délires incluent différents thèmes comme la persécution, la grandeur, l'érotomanie, etc. Les hallucinations sont des perceptions se produisant selon n'importe quelles modalités sensorielles. Les hallucinations auditives sont les plus fréquentes et sont perçues distinctement de la pensée de la personne. ⁸

La dimension négative contrairement à la dimension positive, les symptômes sont soustraits par rapport à un comportement ou discours « normal ». Ces expressions se décrivent comme des incapacités à agir, à éprouver ou à manifester des émotions ⁹. La personne souffrante peut ainsi manifester des états d'aboulie, d'apathie ou encore de retrait¹⁰.

La dimension désorganisée forme un ensemble de symptômes induisant une incapacité à construire un comportement ^{et/ou} un discours adapté, qui résultent d'un trouble de fonction exécutives⁹. Le langage comprend une pauvreté dans son contenu et est incohérent. Les liens logiques sont altérés dans la pensée et le raisonnement. L'expression émotionnelle, également touchée, est inadapté entre le contexte émotionnel d'une situation et les expressions propres de la personne. Il y a alors une disjonction entre la communication verbale et non-verbale ¹⁰.

Il est souvent observé, en corrélation des autres symptômes, des troubles neurocognitifs s'interprétant par des « *incapacités à appréhender et à utiliser des informations d'origine internes ou externes* ». Ces symptômes ne participent au diagnostic et ne sont pas spécifiques

à la maladie mais ils ont une place marquée dans le handicap psychique et la perte d'autonomie associés à la schizophrénie. Les symptômes neurocognitifs induisent :

- Des troubles de l'attention, dont l'attention soutenue, visuo-spatiale et sélective. L'attention soutenue permet de maintenir un niveau d'efficacité élevé et stable au cours d'une activité et sur une longue période de temps. L'attention sélective favorise le traitement d'une caractéristique en inhibant les éléments distrayants. L'attention visuo-spatiale fait appel aux attentions précédemment énoncées et est la capacité à orienter son attention dans le champ visuel. ⁴⁴
- Des troubles de la mémoire, notamment la mémoire de travail. Cette mémoire est un système permettant le maintien, le contrôle et le traitement de plusieurs informations à des fins d'utilisation immédiate⁴³.
- Des troubles des fonctions exécutives, plus précisément la flexibilité cognitive, la planification, le traitement du contexte et la capacité à générer des actions ou des concepts)⁹. Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus permettant de réguler de manière intentionnelle sa pensée et ses actions pour atteindre des buts quand une tâche est nouvelle ou complexe, en mobilisant les fonctions cognitives. Ces fonctions sont appelées « cognitions chaudes ». Les fonctions exécutives se composent de :
 - L'inhibition qui a pour but de détourner les informations impertinentes pouvant perturber la tâche en cours.
 - La flexibilité cognitive qui est la capacité à déplacer son attention d'un stimulus à un autre dans le but d'adapter son activité.
 - La planification qui correspond à la capacité de construire mentalement un plan et de séquencer ses actions pour la réalisation d'un objectif spécifique.
 - La fluidité mentale ou la capacité de générer des mots ou encore des idées, différents les uns des autres.
 - Le jugement évaluant les options les plus pertinentes, la prise de décision engageant la capacité de choisir l'action la plus pertinente pour atteindre l'objectif et l'autocorrection assurant le maintien et le contrôle de la programmation des actions pour atteindre le but visé font également partie des fonctions exécutives.⁴⁵

La cognition sociale, aussi appelée « cognition froide », elle représente l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les relations interpersonnelles. C'est un ensemble de compétences permettant la régulation des conduites et des interactions sociales. Diminuant significativement la qualité de vie des personnes en souffrant, un déficit de la cognition sociale va compromettre l'avenir fonctionnel de la personne, sur le plan social et professionnel⁴⁶. La cognition sociale comprend les capacités suivantes :

- Le traitement des émotions rapporte à la perception et l'utilisation des émotions, définissant « l'intelligence émotionnelle » composé de l'identification, la facilitation, la compréhension et la gestion de l'émotion. Il y a cinq émotions : la peur, le dégoût, la colère, la tristesse, la joie.
- Le biais d'attribution nécessite l'identification des causes (internes, externes, situationnelles) d'un évènement.
- La théorie de l'esprit implique la capacité à déduire les intentions et les croyances des autres.
- La perception sociale requiert d'identifier les indices sociaux ou interpersonnels (intimité, le statut, l'état d'esprit, la véracité) pour en déduire le contexte.
- Les connaissances sociales fait appel à la conscience des rôles et des règles qui caractérisent et guident les interactions sociales.⁴⁷

Les différents symptômes catégorisés en trois dimensions présentent les caractéristiques du diagnostic en revanche, les patients n'ont fréquemment pas conscience de leur pathologie et de tout ce qui gravite autour d'elle. L'« insight » est défini comme la prise de conscience de son trouble mental, des effets du traitement, des conséquences sociales de la pathologie, des signes et symptômes spécifiques. Le taux de patients schizophrènes considérant ne pas souffrir de troubles mentaux est estimé entre 50 à 80%¹⁴. Effectivement, la compréhension de la symptomatologie et donc un défaut de l'insight, est dû aux difficultés des malades à distinguer, percevoir et se représenter ce qui est d'origine interne ou externe¹³. Les conséquences d'un trouble de l'insight toucheraient la compliance au traitement et altéreraient la qualité de vie¹⁴. Certaines recherches ont pu établir que l'insight pouvait être un facteur de l'adhésion de la personne à son projet de soin et de diminution des hospitalisations. Travailler l'insight précocement lors de la prise en charge des patients

schizophrènes apporterait un pronostic favorable de la maladie et permettrait de rendre le patient acteur de son parcours de soin¹³.

Les symptômes de la schizophrénie permettent de diagnostiquer cette pathologie. Effectivement, elle est classée dans la dixième édition de la Classification Internationale des troubles Mentaux (*CIM-10*) mais également dans sa dernière version : la CIM-11, éditée en 2018¹³. La schizophrénie est également décrite et classée dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (*DSM-V*)⁸.

La CIM-11 explique que les symptômes suivants doivent persister pendant au moins un mois pour que le diagnostic soit attribué : un délire, des hallucinations, des troubles de la pensée et des expériences d'influence, de passivité ou de contrôle. Cette classification précise que ces symptômes ne doivent pas résulter ni d'un problème de santé somatique, ni d'une substance, d'un médicament ou d'un sevrage¹³. Selon le DSM-V, le diagnostic repose sur la présence d'au moins deux des cinq symptômes suivant, pendant au moins un mois : un délire, des hallucinations, un discours et un comportement désorganisé et des symptômes négatifs. Ces maux, continus depuis au moins six mois, doivent perturber le travail, les relations sociales ou les soins personnels. La perturbation ne doit pas être attribuable à l'absorption d'une substance (drogue ou médicament), ou à une condition médicale.⁸

2. Evolutions

2.1. *Evolution et rechutes*

L'évolution de la schizophrénie est continue ou chronique¹¹. Si 15 à 20% des patients souffrant de schizophrénies expérimentent une évolution favorable, l'évolution du reste connaît généralement des rechutes. Cette évolution dépend du début de la survenue de la maladie ou aussi appelée « phase prodromique ». Un début bref avec des symptômes positifs mènerait à une diminution de la symptomatologie vers une rémission quasi-totale. Une phase prodromique lente, de longue durée et insidieuse serait susceptible de mener une stabilisation dans les 10 à 15 ans, avec une dégradation du comportement, de l'idéation et de la communication. Enfin, il existe chez certains malades, une évolution défavorable avec une altération profonde de l'état mental. Les diverses évolutions de la schizophrénie diffèrent de

par leur modalité d'entrée dans la maladie mais également par la précocité de la prise en charge du patient. Effectivement, plus l'intervention est précoce et appropriée, meilleur sera le pronostic de rétablissement. Cependant, pour certains sujets, des symptômes dits « résiduels » peuvent persister ainsi que la pérennisation des rechutes. Ces derniers compromettent l'autonomie des patients et nécessitent parfois le recours à des hospitalisations¹⁰.

Bien qu'un suivi soit mené par une équipe thérapeutique, les personnes souffrant de schizophrénie et ayant vécu un premier épisode psychotique présentent un taux élevé de rechutes. Les rechutes sont des « *exacerbations aiguës de symptômes principalement positifs dans le processus chronique de la schizophrénie* », autrement dit, ce sont des épisodes aigus caractérisés par des modifications significatives du comportement, de l'idéation, de l'humeur et de la perception¹⁶. Effectivement, ROBINSON montre que le taux de rechute à deux ans est de 54% et à cinq ans, il est de 82%¹⁸. CSERNANSKY, dans son article publié dans le New England Journal of Medicine en 2002, tente de définir plus largement la rechute. D'après lui, il est question de rechute quand :

- Le patient est hospitalisé dans un service psychiatrique,
- Le médecin traitant évalue une intensification des soins et une augmentation de 25% du score PANSS par rapport au niveau initial ou une augmentation de 10 points si le score initial est inférieur à 40, des automutilations,
- Il y a des formes d'auto- ou d'hétéro-agressivité ou détériorations de biens,
- Il y a une dégradation clinique significative du patient.¹⁷

Différentes études expliquent que le taux de rechutes psychotiques peut varier selon le nombre d'années qui suivent la première décompensation. Les facteurs favorisant ces rechutes sont d'abord des ruptures dans les traitements médicamenteux, ensuite nous percevons des facteurs liés au sexe masculin, à l'âge inférieur à 40 ans ou encore le début précoce de la pathologie. Nous retrouvons des facteurs sur lesquels il est possible d'agir comme la rareté des contacts avec les équipes soignantes ou encore la faiblesse de la communication entre les soignants, le patient et son entourage¹⁹. De plus, l'insight fait partie des facteurs favorisant les rechutes¹⁶.

Par ailleurs, l'observance médicamenteuse est un souci majeur concernant la schizophrénie et les rechutes psychotiques. D'après P. Thomas, les rechutes causées par une mauvaise observance médicamenteuse sont plus importantes car elles « entraînent des taux plus élevés de tentative de suicide » et le retour « normal » à la société serait de plus en plus long³⁵. Cependant, dans le cadre des rechutes, le traitement médicamenteux paraît comme le moyen le plus sûr de maintenir le patient et donc de réduire le risque de rechute et d'hospitalisation. Les origines de cette observance défectueuse sont multiples et complexes. Nous retrouvons des facteurs propres à l'individu comme les troubles cognitifs, des délires persécutés ou un défaut d'insight mais également des facteurs sur lesquels il est possible d'agir telle que l'information sur le traitement par exemple. Il semble important de bien distinguer ces facteurs pour améliorer l'adhésion au traitement et diminuer le risque de rechute.²²

Les rechutes ont également un coût économique. Comme le dit E. Baseilhac : « pour pouvoir sensibiliser l'opinion et les pouvoirs publics à l'amélioration des conditions de prise en charge de la schizophrénie en France, il est important d'éclairer aussi sur ses conséquences économiques ». En revanche, la pauvreté des données économiques concernant la schizophrénie en France ne permet pas leur étude et analyse. C'est sur des études anglo-saxonnes que BASEILHAC base son article. D'après son étude, le coût d'une rechute psychotique multiplie par 4 les coûts initiaux de cette maladie et ce, dû aux hospitalisations²⁰.

C'est généralement en moins d'un mois que les rechutes s'installent. Effectivement, nous avons pu voir qu'elles représentent une exacerbation des symptômes de la schizophrénie. Birchwood (1999) introduit le concept de « signature de la rechute » (symptômes précoces) en classant en quatre paliers, les symptômes, par ordre d'apparition. Le premier palier se caractérise par une perte de contrôle des processus cognitifs et perceptifs. Nous observons une euphorie, des distorsions proprioceptives, temporelles et visuelles ou encore des sensations de dépersonnalisation. Le deuxième palier se manifeste par des symptômes dépressifs avec une dégradation de l'humeur, de l'estime de soi et un isolement social. Le troisième palier indique une impulsivité par des exagérations des émotions et des difficultés à contrôler ses pensées. Enfin, le dernier palier exprime des dysthymies, des idées de références ou encore des explications délirantes, menant finalement à la rechute psychotique¹⁶.

Un défaut d'insight, influençant l'engagement et l'adhésion aux traitements thérapeutiques, est l'un des premiers facteurs à travailler avec le patient car il aspire à un retard de demande de traitement et un obstacle aux aides concrètes. Ce défaut rend, pour le malade, le traitement médicamenteux est ainsi inutile ou inefficace. Si nous retrouvons un taux élevé de patients et leur entourage se rendant compte des modifications symptomatiques du malade, il est important d'élaborer une alliance entre ces derniers et les professionnels soignants pour identifier et prévenir au mieux la rechute psychotique. Malgré un traitement en cours, il faut ainsi garder à l'esprit qu'un fort taux de rechute est tout de même probable et une relation de confiance entre les différents acteurs améliore l'observance et l'engagement du patient. De ce fait, disposer d'un soutien et une accessibilité rapide à l'équipe de soin est alors important dans la prise en charge des potentielles rechutes. De plus, des services ambulatoires, de soins à domicile et hôpitaux de jour seraient primordiaux dans le maintien du lien social sécuritaire. L'entourage du patient doit également être informé, ressource et acteur dans le décours de la maladie, en termes de troubles et de stratégies en cas de modifications symptomatiques ou de conflit relationnel. Des techniques, comme la thérapie cognitivo-comportementale, visent l'amélioration le contrôle des symptômes positifs et la prévention d'une exacerbation symptomatique psychotique. Pareillement, l'acquisition d'habiletés sociales, travaillée par des moyens ludiques et rendant acteur, se fonde sur des objectifs explicites. Ainsi, l'élaboration d'une relation de confiance, d'une alliance thérapeutique, l'information de l'entourage et du malade, le développement de compétences sociales et un traitement pharmacologique adapté coopèrent dans la prévention des rechutes¹⁶.

2.2. Répercussion qualité de vie

La qualité de vie est « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». Dans la schizophrénie, en plus des soins médicaux, les souffrants ont besoin de mesures d'aide psychosociale afin de pallier aux déficits fonctionnels engendrés par la pathologie. Les déficits sont d'origine symptomatologique (symptômes positifs, négatifs, ...), comorbides (troubles anxieux, dépressifs, toxicomanie, ...) ou encore par les effets secondaires liés aux traitements médicaux. D'après des études, la

rémission des symptômes négatifs et positifs amène à une meilleure qualité de vie, contrairement aux troubles dépressifs qui la fragilisent.²¹

Les conséquences de la maladie sur la vie des personnes souffrant de schizophrénie se marquent par un dysfonctionnement fonctionnel au niveau social et professionnel. Effectivement, le maintien des résultats scolaires et de l'emploi souvent compromis par le manque de volition même quand les fonctions cognitives permettent d'exécuter les tâches. De plus, des évolutions peuvent être plus fatales, il est observé qu'environ 20% des patients font une tentative de suicide et 5 à 6% en décèdent. Ces comportements suicidaires résultent généralement en réponse aux hallucinations. De nombreux facteurs entre en comorbidité avec ce risque de suicide, parmi eux, la consommation de substances illicites, des symptômes dépressifs et le manque d'activité sont les plus remarquables. Le risque est plus élevé alors des périodes de post-rechute ou après une sortie d'hospitalisation.⁸

Une étude menée par Zouari L. et al. cherche à évaluer la qualité de vie chez cents patients atteints de schizophrénie. Cette étude montre que 34% des sujets ont une qualité de vie altérée. Les domaines les plus touchés sont la santé physique, la santé psychique, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à la santé physique et les limitations dues à la santé psychique. Ces domaines sont altérés par différents facteurs : l'inactivité professionnelle, des symptômes résiduels ponctués d'épisodes aigus, la présence d'effet secondaire des traitements et la sévérité de la symptomatologie de la maladie. La connaissance des facteurs détériorant la qualité de vie pourrait permettre d'optimiser la prise en charge²⁴. De plus, l'amélioration de la qualité de vie se révèle être un objectif plus approprié dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie car il est plus subjectif et plus global que les objectifs de soins dits « traditionnels ».²³

2.3. *Traitements*

Le traitement pharmacologique est le premier traitement prescrit dans la schizophrénie. Tout d'abord, l'introduction d'antipsychotiques contribue à réduire la symptomatologie des sujets, diminuant les délires et les symptômes positifs. Puis d'autres médicaments peuvent compléter le traitement. Des anticholinergiques viendront « corriger » les effets secondaires et des

antidépresseurs viendront palier aux signes de dépression lors des phases chroniques de la maladie. Des anxiolytiques, médicaments hypnotiques ou encore des thymorégulateurs pourront être administrés en cas d'anxiété, de troubles du sommeil ou d'états d'agitation. L'utilisation des électro-convulsivothérapies (ECT) peuvent être prescrite lors des phases aiguës et sévères. Cependant, un traitement non pharmacologique semble être nécessaire, selon P.-M. Llorca, dans le but de favoriser l'adhérence du patient à ses médicaments, d'améliorer son vécu et de palier aux déficiences psychosociales. Parmi les traitements non pharmacologiques, Llorca cite la psychothérapie, l'éducation thérapeutique, la remédiation cognitive, la psychoéducation, les techniques de renforcement des habiletés sociales et de réinsertion socioprofessionnelle¹⁰.

II. Réhabilitation psychosociale

1. Généralités

1.1. Le processus de désinstitutionalisation

La réhabilitation psychosociale commence à apparaître après les politiques de désinstitutionalisation⁵⁰. Cette politique, en termes de santé mentale et dans le contexte socio-économique, est « *l'éviction des institutions traditionnelles par les malades mentaux et l'évacuation progressive de ces lieux, avec expansion simultanée d'installation thérapeutique dans la communauté et prévention d'hospitalisation* ». Ce processus est marqué par cinq critères : l'impact des thérapeutiques pharmacologiques qui a permis de raccourcir la durée des hospitalisations, l'organisation de programmes d'assistance psychiatrique extrahospitaliers (la sectorisation), la critique de l'institution psychiatrique grâce à l'action des professionnels ou de non professionnels, des réformes juridiques et des jurisprudence liées à l'action des associations de malades ou anciens malades et le développement de programme de réinsertion sociale dans la communauté. En France, la désinstitutionalisation se développe suite aux critiques sur l'enfermement et aux conditions des asiles. De nombreuses réformes amènent à la sectorisation pour assurer la continuité des soins et d'être au plus près du public grâce à des structures intermédiaires. Avec les progrès de la médecine, de la psychiatrie et des restrictions budgétaires, les hôpitaux réduisent leur nombre de lits et de là se développe des structures d'hospitalisation autres (temps partiels, accueil de jour), d'appartements thérapeutiques et des lieux de vie. Néanmoins, le manque de préparation des intervenants,

des patients et de leur entourage, associé à une insuffisance de moyens, favorise un retour massif vers les hôpitaux psychiatriques, l'isolement des souffrants dans la communauté, le recours à des toxiques et de la criminalisation. Finalement, ce processus de désinstitutionnalisation désavantage la qualité de vie des malades malgré les bonnes intentions de départ. Les hôpitaux finissent par ré-hospitaliser d' « anciens » patients, plus que de nouveaux²⁶. Aujourd'hui, l'accompagnement psychiatrique semble se tourner vers une vision holistique du soin, voire heuristique. Dans ce sens, le malade graviterait autour de sa pathologie et viendrait témoigner de sa place quant aux prestations qui lui ont été proposées²⁷.

Dans le plan pluriannuel de psychiatrie et santé mentale 2018 – 2023 et dans un premier temps, la HAS préconise de prévenir et de réduire les ruptures pouvant intervenir dans le parcours de soin et de vie des souffrants. Dans un second temps, les travaux de la HAS s'axent sur l'évaluation cognitive et les soins de réhabilitation psychosociale afin de permettre aux professionnels de « *renforcer leurs connaissances et compétences en matière d'accompagnement* » et d'« *améliorer leurs pratiques pour la mise en œuvre du parcours global coordonné des personnes ayant des troubles psychiques, dans une perspective de décroisement et de culture commune* ». De plus, elle recommande de consolider les capacités d'agir de la personne en stimulant l'autodétermination et en pratiquant la mise en situation pour favoriser l'inclusion sociale.⁴⁸

1.2. Processus de rétablissement

La réhabilitation est un terme utilisé dans différents domaines. En santé, de manière générale, ce terme a pour but de permettre aux personnes de récupérer ou de pallier à des facultés intellectuelles ou physiques dégradées ou apparues après un traumatisme. Concernant alors une intervention d'« *après-coup* », suivant un préjudice qui a entraîné des dommages. Evoquant l'idée d'une reprise, d'une restauration ou encore d'une réparation, ce terme nous ramène à penser à un retour à « *l'état initial* ». Mais, il est important, notamment en santé, de différencier la guérison du rétablissement. Si la guérison est, par définition, l'action de recouvrer la santé, le rétablissement admet la « *création de nouveaux psychiques* », le développement d'un nouvel équilibre, c'est un processus.⁴⁹

Le processus de rétablissement comprend plusieurs dimensions. Tout d'abord, le rétablissement clinique supposant une rémission symptomatique. Ceci laisse place au rétablissement social permettant l'acquisition de l'autonomie de la personne sur son logement, ses revenus et ses occupations. Ce dernier est lié au rétablissement fonctionnel traduit par l'amélioration des capacités à gérer des situations. La dernière dimension du processus est le rétablissement personnel menant à « *un retour à une existence satisfaisante pour la personne* ». ⁵¹

En plus de ces quatre dimensions composant le processus de rétablissement, nous retrouvons quatre étapes clefs structurant le rétablissement. Premièrement, la phase moratoire est caractérisée par des états de déni, de confusion, de désespoirs et de repli. Dans un second temps, la phase de conscience qui rend la vision d'une possibilité de rétablissement. Suite à cela apparaît la phase de préparation qui induit le repérage des ressources de la personne, de ses objectifs propres et de ses valeurs. Ensuite, la phase de reconstruction, lié à la restauration identitaire positive et l'établissement d'objectifs de vie, et la phase de croissance, avec laquelle la personne sait gérer la maladie et de se projeter de manière positive dans l'avenir, viendront consolider le rétablissement. ^{52, 53}

Le projet territorial de santé mentale privilégie l'organisation du parcours de santé et la qualité de vie, sans rupture, des personnes souffrant de troubles psychiques, telle que la schizophrénie, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. Pour ce faire et dans une action de prévention de la survenue ou de l'aggravation du handicap, il est indiqué un accès précoce aux soins notamment de réhabilitation et un accompagnement social et médico-social. ⁵⁶

1.3. Démarche et objectifs

La réhabilitation psychosociale est définie comme un « *ensemble d'actions mises en œuvre auprès et par les personnes souffrant de troubles psychiques visant leur insertion dans la collectivité* » ⁵⁵. Elle tend à développer les capacités des sujets en favorisant l'apprentissage et le soutien. ⁵⁴

L'évolution de la réhabilitation psychosociale se construit en trois phases. La première, la phase de diagnostic, rend compte de la volonté du sujet pour la réhabilitation et évalue de manière intégrative et multidisciplinaire ses ressources et limitations, afin d'en dégager des objectifs de réhabilitation. Une évaluation fonctionnelle permettra d'identifier les habiletés mais également les ressources de la personne nécessaires pour atteindre les objectifs. La seconde est la phase de planification qui précise les moyens à mettre en place, en termes d'interventions, pour développer les habiletés de la personne. Cette phase est conçue par les intervenants. La phase d'intervention est la dernière étape de la réhabilitation psychosociale. Elle permet de mettre en œuvre la planification dans le but « *d'augmenter les possibilités de la personne et d'optimiser son recours aux soutiens* ». Pour ce faire, cette phase fait appel à un enseignement de compétences ou un renforcement de celles préalablement existantes.⁵⁴

Selon l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale (AMRP) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les objectifs de cette démarche vise à :

- Réduire les symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux,
- Développer les compétences sociales,
- Travailler l'information et lutter contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux,
- Organiser des actions autour de la place centrale de l'utilisateur,
- Accompagner les familles et les proches.⁵⁰

Différents outils de réhabilitation psychosociale existent et viennent mettre en application ce processus de réhabilitation en corrélation avec le processus de rétablissement.⁵⁴

2. Outils de réhabilitation psychosociale

2.1. *Remédiation cognitive*

La remédiation cognitive est une technique visant à réduire les déficits cognitifs ou de pallier à leurs conséquences. Elle tend à favoriser la réinsertion sociale ^{et/ou} professionnelle et en apprenant à appréhender les situations de la vie quotidienne en s'appuyant sur les performances cognitives. Cette technique viendra compléter le traitement pharmacologique,

tout en entraînant les fonctions déficitaires ou en renforçant celles préservées. Elle permet de favoriser la réhabilitation psychosociale des sujets souffrants. La remédiation cognitive peut être pratiquée avec des patients stables (d'un point de vue clinique) et dont le traitement pharmacologique est réduit à la quantité minimale efficace afin de ne traiter que les troubles primaires⁵⁷.

La remédiation cognitive doit être utilisée par des thérapeutes spécifiquement formés à cette technique, notamment par le Diplôme Universitaire « Remédiation Cognitive ». Avant de débiter la pratique de remédiation cognitive, un bilan initial est requis pour avoir une idée globale mais précise du fonctionnement cognitif des sujets pour pouvoir lier les déficits aux conséquences fonctionnels. Afin d'obtenir un bilan le plus complet, il est recommandé de travailler en multidisciplinarité. Le bilan comprend ainsi une évaluation de cognition sociale, neuropsychologique, métacognitive et de l'autonomie. La poursuite de ce bilan tend à tirer les capacités préservées, un lien avec le fonctionnement concret et les objectifs personnalisés de prise en charge. Dans le but de répondre aux attentes d'une prise en charge en remédiation cognitive, il existe des outils disponibles en français :

- Le programme Cognitive Remediation Therapy (CRT) vise les fonctions cognitives (*flexibilité cognitive, la mémoire et la planification*).
- Le programme Integrated Psychological Therapy (IPT) vise les fonctions cognitives (*attention, mémoire, flexibilité cognitive, formation de concepts, perception visuospatiale, résolution de problèmes*) et la cognition sociale (*émotions faciales, théorie de l'esprit, langage, expression émotionnelle*).
- Le programme Gaïa vise la cognition sociale (*émotions faciales*).
- Le programme MetaCognitive Training (MCT) vise la métacognition (*biais d'attribution, saut aux conclusions, théorie de l'esprit*).
- Le programme Remédiation cognitive de la cognition sociale dans la schizophrénie (RC2S) vise la cognition sociale (*théorie de l'esprit, biais d'attribution, perception et connaissances sociales*).
- Le programme Social Cognition and Interaction Training (SCIT) vise la cognition sociale (*théorie de l'esprit, émotions faciales, biais d'attribution*) et la métacognition (*saut aux conclusions*).

- Le programme Remédiation cognitive des troubles de la théorie de l'esprit (ToMRemed) vise la cognition sociale (*théorie de l'esprit, compréhensions des intentions implicites*).⁵⁸

2.2. Entraînement aux habiletés sociales

Les habiletés sociales peuvent être conceptualisées comme un processus à trois étapes. Les habiletés réceptives sont caractérisées par la perception et l'indentification des informations d'une situation interpersonnelle. Les habiletés décisionnelles visent le traitement des informations et la sélection d'une réponse adaptée à la situation interpersonnelle. Enfin, les habiletés émettrices correspondent à la production et à l'émission de la réponse choisie comprenant un contenu verbal et non-verbale. Ainsi, l'entraînement aux habiletés sociales (EHS) regroupe des programmes structurés qui tend à enseigner, maintenir et généraliser l'ensemble de ces capacités et comportements permettant la communication des émotions et des besoins dans des contextes d'interactions interpersonnelles et donc sociales. Le développement des habiletés sociales permet d'améliorer le fonctionnement des sujets dans la communauté et leur qualité de vie. Parmi les techniques d'entraînement aux habiletés sociales, nous retrouvons :

- Le jeu « Compétence » est composé d'un plateau, de cartes, de pions et d'un dé. Il se joue en avançant les pions en lançant le dé et la personne tire la carte de la couleur de la case sur laquelle il est arrivé avec son pion. Les personnes participant au jeu sont un groupe de sujets souffrant de schizophrénie et un animateur. Les cartes sont de trois types : « questions » (*les joueurs sont amenés à débattre de la bonne réponse fournie par le jeu et celle donnée par le joueur*), « situations » (*jouer la situation donnée et le groupe de joueur est interrogé sur la prestation, un système de notation est défini par les règles du jeu*) et « problèmes » (*proposer une solution a un problème, l'évaluation et la notation sont faites par le groupe et l'animateur en suivant les règles du jeu*).⁵⁹
- Le Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales (PRACS) se compose de quatre modules : la « gestion de l'argent », la « gestion du temps », le « développement des capacités de communication et des loisirs » et la « présentation de soi ». Ce programme comprend des séances en groupe pour l'apprentissage des compétences sociales et des séances individuelles pour l'élaboration de projets

personnalisés. Il a pour but de sensibiliser les sujets souffrant de schizophrénie aux soucis de la vie quotidienne grâce à des jeux de rôles et des résolutions de problèmes.⁶⁰

- Le jeu « Michael's Game » vise à entraîner les sujets souffrant de psychoses quant au raisonnement par hypothèses. Animé par deux soignants, il fait appel à la collaboration et la coopération des joueurs pour résoudre les situations proposées par le jeu, afin générer auprès des souffrants un processus de recherche d'hypothèse, induisant ainsi un processus de réflexion.⁶¹

2.3. Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) et la psychoéducation rassemblent les mêmes objectifs. L'ETP est, selon l'OMS « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »³⁶. Le principal point dont ces deux types d'interventions diffèrent, c'est sur la question du diagnostic éducatif personnalisé. Effectivement, l'O.M.S. définit ce diagnostic comme la première étape d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. L'éducation thérapeutique du patient peut alors être définie « *comme une approche sanitaire répondant à une définition réglementaire stricte* » et la psychoéducation « *comme un processus de soin* ». En revanche, il apparaît que ces deux termes ont davantage une différence sémantique que pratique³⁴.

La psychoéducation en santé mentale, est un mode d'intervention devenu incontournable au regard de l'efficacité thérapeutique, complétant la remédiation cognitive et l'entraînement aux habiletés sociales dans le processus de réhabilitation psychosociale. Elle se concentre sur trois dimensions : la dimension pédagogique (centrée sur la nature de l'information et comment elle est transmise), la dimension psychologique (concernant l'annonce du diagnostic de la maladie) et la dimension comportementale et cognitive (dans le but de restaurer les compétences et de mobiliser les ressources du patient dans son fonctionnement quotidien). Cette approche permet de mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques comme la gestion du stress, la résolution de problèmes ou encore les habiletés de communications²⁸.

Afin d'accéder à un programme d'ETP, le psychiatre et l'équipe soignante pluridisciplinaire doivent orienter le sujet vers une telle démarche de réhabilitation psychosociale. Le sujet lui-même doit également pouvoir répondre à des critères d'inclusion : connaissance du diagnostic, questionnement sur les troubles, expérimentation de la rechute, stabilité clinique et volontariat). Puis, au cours d'un entretien médical, est recueilli l'accord du patient⁶².

Ensuite, suivent les quatre étapes qui organisent l'ETP :

- « Élaborer un diagnostic éducatif » afin de connaître le sujet en termes de besoins, d'attentes et de réceptivités relatives à l'ETP. Mais aussi de pouvoir appréhender ses habitudes de vie, sa personnalité, ses demandes et son projet. Et également d'appréhender ses réactions et ses ressources.
- « Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage » pour définir les compétences à acquérir afin de planifier son programme et en communiquer aux personnes concernées, l'avancée et le suivi du patient.
- « Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance » tend à choisir le contenu et les moyens utilisés pour la réalisation des séances d'ETP.
- « Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme » afin de faire le point sur l'apprentissage du sujet et de lui proposer un nouveau programme d'ETP tenant compte des résultats de l'évaluation.³⁶

Cependant, pour pouvoir pratiquer une démarche en éducation thérapeutique et notamment dans le cadre de la schizophrénie, il est recommandé qu'elle soit réalisée par « *une équipe formée à l'ETP, comprenant ce professionnel [formé en ETP], lorsque l'apprentissage des compétences par le patient nécessite l'intervention d'emblée d'autres professionnels de santé* » ou par « *une équipe multiprofessionnelle formée à l'ETP, à laquelle le patient est adressé par le professionnel qui lui a proposé une ETP pour sa mise en œuvre, en lien avec le médecin traitant du patient.* »⁶⁴

Dans le cadre de l'ETP en santé mentale, nous pouvons trouver différents programmes, en voici quelques-uns :

- Le programme « La schizophrénie, moi et les autres » développé pour les patients schizophrènes en Unité pour Malades Difficiles (UMD). Il vise à améliorer l'insight des patients, leur qualité de vie et diminuer le nombre et la durée des rechutes⁶².
- Le programme « Schiz'Educ » tend à améliorer les connaissances de sa symptomatologie, des traitements et de leurs effets indésirables, savoir les gérer, informer des interactions entre neuroleptiques, tabac et cannabis et travailler son autonomie dans la vie quotidienne.⁶³
- Le programme « ARSIMED[®] », dit « Les Ateliers Aider à Reconnaître les Signes de la maladie et des MEDicaments ». Il comporte trois modules : « Je reconnais ma maladie », « Je prends un traitement psy » et « Aider celui qu'on aime ». Les deux premiers modules sont destinés aux patients et le troisième, à la famille. « Je reconnais ma maladie » permet de travailler les habiletés nécessaires pour reconnaître les symptômes de la maladie ainsi que les facteurs déclenchant. « Je prends un traitement psy » concerne le savoir autour du traitement, des médicaments, de leurs bénéfices et de savoir demander de l'aide en cas de besoin. « Aider celui qu'on aime », destiné à la famille, aborde la pathologie, ses traitements, la communication avec le malade, les situations difficiles, leur gestion et celle du stress. ARSIMED[®] fait appel à diverses techniques pédagogiques comme la pratique de jeux de rôle, le visionnage de vidéos, de résolution de problèmes et des exercices pratiques.

Une recherche menée par Sauvanaud F., Kebir O., Vlasie M., Doste V., Amado I., Krebs M.-O. propose d'évaluer les bénéfices d'un programme d'ETP sur la qualité de vie et le bien-être psychologique chez des sujets souffrant de schizophrénie. Les résultats de cette étude montrent un bénéfice modeste mais significatif sur la qualité de vie des sujets, leur bien-être psychologique, leur observance aux traitements leur engagement ainsi que leur autonomie²⁹. La prévention des rechutes, de par leur taux, du mauvais pronostic qui en découle et de la politique de désinstitutionalisation, est un axe important de l'intervention psychoéducative et de l'éducation thérapeutique. De plus, une étude montre que 12% des patients souffrant de schizophrénie rechutaient après avoir suivi un programme de psychoéducation, alors que 31% des patients souffrant de schizophrénie rechutaient sans avoir suivi cette thérapie. Une

nouvelle étude, nommée « The Munich Psychosis Information Project », va évaluer les effets de la psychoéducation sur le taux de ré-hospitalisation et l'observance du traitement dans un groupe de 236 patients schizophrènes. Cette étude démontre que le taux d'hospitalisation est significativement plus bas et que l'observance est meilleure dans le groupe ayant suivi la psychoéducation. A long terme, cette observation est également valable ; les taux de rechute sont plus faibles pour les patients du groupe de psychoéducation que pour le groupe qui n'en a pas suivi. Il en est de même pour la qualité de vie et l'insight²⁸.

III. Ergothérapie et psychiatrie

1. Généralités

1.1. Histoire et définitions

L'ergothérapie vient du grec « ergon », signifiant « par l'action ». L'activité et le principe que l'Homme est « un être d'agir » sont les fondements de la profession. En 3400 av. J.-C. déjà, les Hommes considéraient l'activité physique, de loisirs, culturelle ou productive pour leurs bénéfices, traduisant une bonne santé ou la conservation de celle-ci. C'est à la fin du XVIIIème que les activités trouvent un statut légitime dans les institutions. Philippe Pinel, psychiatre et l'un des précurseurs de l'ergothérapie, introduit l'activité comme une méthode thérapeutique auprès du public psychiatrique. Il introduit le principe du « traitement moral » qui repose sur le concept que les activités quotidiennes routinières permettent un rétablissement. Après avoir développé son idée et observé des bénéfices, ce sont les psychiatres européens qui s'inspirent de cette thérapeutique, nommée « travail thérapeutique ». Et c'est en 1906, aux Etats-Unis que les premières formations en « Occupational Therapy » pour le personnel infirmier des établissements psychiatriques. Le métier se construit grâce à quatre principes : celui du traitement moral de P. Pinel, les activités manuelles et artistiques permettent satisfaction et peuvent concourir à la guérison, la dimension thérapeutique vit dans l'occupation, la création et l'exercice physique. En France, l'ergothérapie arrive dans le milieu psychiatrique, au XXème siècle, puis lors de la Première Guerre mondiale pour proposer des activités aux soldats ayant un syndrome post-commotionnel. C'est après la Seconde Guerre mondiale que le nom « ergothérapie » remplace le terme « travail thérapeutique » et que le métier se développe dans le milieu rééducatif avec les blessés de guerre. Au fil du temps, les bénéfices apportés par la profession sont de plus en plus reconnus, des associations et

fédérations voient le jour pour soutenir les ergothérapeutes du monde. Le métier évolue constamment et encore aujourd'hui⁶.

Aujourd'hui la profession est réglementée et définie par les articles R4331-1 à R4331-18 du Code de Santé Publique. Le référentiel d'activité rattaché à ces lois énonce que « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, [...] Il entraîne les personnes à leur utilisation.* »³⁰

L'ergothérapeute, attentif, inventif et sachant s'adapter, travaille autour de la rééducation, de la réadaptation, de la réinsertion ou de la socialisation par des traitements par l'activité, la thérapie par l'acte. Ses pratiques s'adaptent selon le patient, sa symptomatologie, ses demandes, les indications posées en amont, le contexte institutionnel et le cadre mis en place. Les missions de l'ergothérapeute s'axent autour de différents points. Allant de permettre au patient une rupture avec son isolement, donner un sentiment d'appartenance à un groupe, à la lutte contre le fonctionnement psychotique ou encore mettre de côté ses préoccupations, en passant par la maîtrise des angoisses, la prise de confiance en soi, la restauration de l'estime de soi et stimuler le dynamisme vital. L'ergothérapeute cherche ainsi à maintenir ou restaurer une activité psychique chez les sujets. Il utilise des médiations thérapeutiques selon leurs intérêts, leurs caractéristiques et leurs valeurs symboliques. La médiation est une aire, un espace où il est possible de créer du lien et permettant la gestion des émotions. Déterminé

par l'ergothérapeute, le cadre thérapeutique, comme un contrat, comporte des caractéristiques, des invariants (aspects spatio-temporels) et des fonctions. Ce cadre doit être sécurisant et évolutif, permettant aux patients d'évoluer³⁴.

1.2. Cadre, soins et relation thérapeutique

Le cadre thérapeutique, en ergothérapie, est un espace d'accueil pour la personne souffrante afin de la rendre actrice de ses actions. Le professionnel doit pouvoir faire preuve de présence dans ce cadre par trois manières : l'« *handling* » qui est la façon de porter, l'« *holding* » qui est la façon de traiter ou de mobiliser et l'« *object-presenting* » qui est la façon de présenter l'objet. Ces trois dispositions permettent au thérapeute de « prêter son savoir » au sujet mais également de libérer un espace d'observation. Le cadre thérapeutique, pour le sujet souffrant, est un lieu d'action ou de mise en mouvement, une possibilité de transférer ses mouvements psychiques vers son environnement. Le cadre thérapeutique est un endroit de transition du plaisir à la réalité, délimité par des règles, comme une sorte de contrat. Ce contrat est composé :

- D'un cadre spatial : quel est lieu où se réalise l'activité ?
- D'un cadre temporel : quels sont les horaires, la durée et la fréquence de l'activité ?
- D'une forme : est-ce une prise en charge individuelle, en groupe (fermé/ouvert) ? Il y a-t-il d'autres professionnels ? Quels sont leur rôle ?
- De règles : respect des consignes de l'activité, sécurité, bienveillance, ...

Le cadre thérapeutique évolue selon les changements repérés, tout en étant contenant et sécurisant afin d'assurer le développement de l'engagement et donc de la productivité des sujets souffrants. Pareillement, il permet l'évolution de relation thérapeutique.³⁴

La relation thérapeutique est définie comme un lien collaboratif entre le patient et le thérapeute. Elle repose sur les qualités d'être d'écoute, de confiance, d'empathie, de distance, de présence. S'appuyant sur divers modèles, nous pouvons des références aux théories humanistes, à la relation objectale, freudiennes. Les théories humanistes se caractérisent comme un « état d'être » pour les thérapeutes cherchant à tisser des relations d'aide de manière empathique. Selon Winnicott, un objet transitionnel fait l'intermédiaire entre « dedans et dehors de soi » mais également comment nous soutenons psychiquement les

patients. Freud décrit les notions de transfert et de contre-transfert. La relation thérapeutique, en ergothérapie, est médiatisée : il existe un objet concret entre le professionnel et le patient. L'objet fait lien et la séparation entre dedans et dehors de soi-même, créant un espace de projection ou d'intériorisation. La relation thérapeutique se fonde également sur la notion de juste présence physique et psychique. Le positionnement du corps dans l'espace, la façon d'aborder la personne, le vouvoiement ou encore le non dévoilement de notre vie personnelle viennent donner de la forme à la juste présence. Ce sont des éléments à analyser pour rendre la relation thérapeutique pertinente entre le soignant et le soigné.⁶⁹

L'ergothérapeute utilise l'activité comme un soin thérapeutique. Effectivement, ces activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisir ou de travail ne sont pas considérées comme de simples occupations mais un « *médicament-activité* », tel un traitement. L'activité va être de forme variable selon la symptomatologie du sujet. La mise en mouvement par l'activité est une médiation qui induit ainsi le langage (corporel et verbalisé) et permet de tisser les liens psychiques du sujet souffrant avec son environnement. Avec cette pratique, l'ergothérapeute viendra chercher à préserver ou restaurer une activité psychique, tenter de travailler avec le sujet ses capacités à exister et de l'amener à être capable de faire.³⁴

1.3. Notion d'empowerment et de transfert des acquis

L'« empowerment » est le pouvoir d'action d'une personne, sa capacité à décider et d'agir. Ce concept repose sur le respect de l'être humain singulier pouvant agir⁶⁵. Travailler cette notion avec les patients consiste au fait de leur (re)donner du pouvoir pour être en capacité d'agir face à l'environnement. Nous cherchons ainsi à soutenir la participation sociale et l'engagement des personnes dans des activités significatives mais également à s'affirmer en tant sujet au sein de la société.⁶⁶

Le transfert des acquis est un concept qui aborde des mécanismes de mobilisation des savoirs pour faire face à une situation nouvelle. Effectivement, le transfert des acquis repose sur des principes de réinjection de savoirs, de reconnaissance de caractéristiques similaires entre deux situations (antérieur et nouvelle), d'un mécanisme d'assimilation faisant appel à la

mémoire mais également d'apprentissage de réaction face à une situation induisant la remobilisation des connaissances pour affronter une situation nouvelle. Ce processus engage ainsi un travail des fonctions cognitives et neurocognitive. ⁶⁷

L'empowerment et le transfert des acquis sont étroitement liés au processus de rétablissement. Effectivement, stimuler l'empowerment permet aux sujets souffrants de décider et de choisir, d'améliorer leur engagement dans les activités et ainsi favoriser l'émergence d'un rétablissement sociale, fonctionnel et personnel⁶⁸. Pareillement, le transfert des acquis permet de transposer les apprentissages perçus en prise en charge dans l'environnement extérieur, non-institutionnalisé, d'établir un lien avec la vie quotidienne. La généralisation des compétences apprises avec celles ultérieures consent à une fonctionnalité plus préformante des sujets souffrants. ⁵¹

2. Rôle de l'ergothérapeute dans le processus de rétablissement

2.1. *Rôle dans la réhabilitation psychosociale*

Selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, parmi les compétences de l'ergothérapeute nous retrouvons la compétence 3 : « *Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* »³⁰.

Ainsi, ce professionnel va venir évaluer les « *aptitudes à l'activité occupationnelle créative et productive* » afin d'en déterminer la pertinence d'un projet de réinsertion professionnelle. L'évaluation de ces aptitudes sous-tend à l'évaluation des fonctions cognitives et psychomotrices, des capacités d'adaptation aux cadres, règles et exigences mais il va également pouvoir adapter le projet aux compétences personnelles du sujet. Suite à ces évaluations initiales, l'ergothérapeute va pouvoir choisir les activités selon leur pertinence, leurs objectifs, leur signification pour la personne et le degré d'autonomie demandé. L'ergothérapeute s'intéresse davantage à l'observation de la conscience et l'expression de soi de la personne dans l'activité (« *conscience des troubles et perception du niveau de compétences personnelles, sentiment d'efficacité/inefficacité personnelle, capacité d'expression émotionnelle, tolérance à la frustration, responsabilisation par rapport à soi,*

investissement dans l'activité, motivation »). Pareillement, avec les compétences relationnelles et sociales dans l'activité et son environnement (« sociabilité, intégration dans le groupe, capacité de collaboration et de coopération, nature des relations avec les autres, adéquation dans les échanges, aptitude à faire plaisir ou à prendre du plaisir dans la relation, responsabilisation vis-à-vis du groupe »).⁷⁰

L'ergothérapeute cherche ainsi à redonner la place du sujet dans la société, de « restaurer » son pouvoir d'agir. Il intervient sur l'environnement de la personne (entourage, logement, loisirs, emploi/scolarité, vie communautaire et associative). C'est un professionnel pouvant identifier les besoins matériels, humains et financiers qui pourront maintenir l'autonomie du sujet dans sa vie quotidienne. Il contribue à l'élaboration et au suivi d'un projet d'accompagnement personnalisé, c'est un acteur dans le maintien de l'alliance thérapeutique. Mais malgré les compétences spécifiques des ergothérapeutes, notamment dans la réhabilitation psychosociale, ils sont encore peu souvent joints aux interventions liées à cette approche.⁶⁶

2.2. Ergothérapie et éducation thérapeutique du patient

Selon l'O.M.S., l'éducation thérapeutique a pour but de « *former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien.* » L'éducation thérapeutique permet également de réduire les coûts des soins pour le patient et la société. Elle cible prioritairement les personnes souffrant de maladie chronique mais ceux présentant une maladie aiguë ne sont pas exclus. Cette pratique nécessite une formation de la part des professionnels. Elle doit pouvoir permettre à un patient, à un groupe de patients ou à leur entourage de « *gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie.* » La finalité de l'éducation thérapeutique du patient est de compléter les autres interventions thérapeutiques. Ainsi, les soignants formés à l'éducation thérapeutique du patient contribuent à l'amélioration de la qualité de vie, la longévité des patients, l'amélioration de la qualité des soins et la diminution des coûts de manière générale des maladies. L'éducation thérapeutique comprend des activités organisées et un soutien psychosocial. De plus, elle permet d'acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation. L'auto-soin comprend

entre-autre le soulagement des symptômes, la réalisation des gestes techniques de soins, la mise en œuvre de modifications de son mode de vie, la prévention des complications évitables. Les compétences d'adaptation permettent de se connaître soi-même, de prendre confiance en soi, de maîtriser son stress et de gérer ses émotions, se fixer des buts à atteindre, de s'observer, s'évaluer et de se renforcer ³².

La loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HSPT) est la première à régir le dispositif d'éducation thérapeutique pour le patient et elle promeut l'ETP, reconnue comme une priorité nationale. Elle inscrit l'ETP dans le code de santé publique et définit les compétences nécessaires en ETP. L'article L1161-1 du Code de Santé Publique objective l'ETP par le fait de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. C'est le décret n°2010-904 du 2 août 2010 qui définit les conditions d'utilisation du programme ainsi que la composition du dossier de demande d'autorisation : ces autorisations concernent tous les programmes, durent 4 ans, nécessitent la présence d'un médecin et la conformité au cahier des charges national. Le décret n°2010-906 du 2 août 2010 rapporte la nécessité d'avoir des compétences relationnelles, pédagogiques, organisationnelles, biomédicales et de soins mais définit également l'obligation de suivre une formation d'un minimum de 40 heures d'enseignement théoriques et pratiques pour pratiquer l'ETP. Le décret du 31 décembre 2020 a pour objet le remplacement du régime d'autorisations par un régime de déclaration, met en place une voie dématérialisée de déclaration auprès des ARS et prévoit des sanctions administratives en cas de mise en danger du patient. Enfin, l'arrêté du 30 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 mentionne le cahier des charges national relatif à l'éducation thérapeutique du patient, la composition du dossier de déclaration, met en place les compétences pour « dispenser » mais rajoute « ou coordonner » un programme d'éducation thérapeutique et il évoque une charte d'engagement pour les intervenants du programme d'éducation thérapeutique³³.

Dans le champ de compétences des ergothérapeutes, nous retrouvons des actes d'informations, de promotion de la santé, de prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux et ce, auprès des patients, de leur entourage ou encore au sein de collectivités. Les actions de préventions sont alors dirigées vers l'activité et l'engagement de

la personne. Effectivement, les ergothérapeutes considèrent qu'un sujet est acteur de sa santé quand il s'engage dans des activités signifiantes et significatives, en prenant soin de lui, en se divertissant ou en ayant une place dans la société. Inclure la prévention et la promotion de la santé permettrait de réduire l'incidence des certaines problématiques tout en atténuant leurs effets³¹. L'OMS indique que la profession d'ergothérapeute peut adapter des programmes éducatifs³².

Le programme ARSIMED[®] a été créé par les équipes multi- et interdisciplinaires du centre hospitalier des Pyrénées à Pau et de l'EPSM Lille-Métropole à Armentières et il a été diffusé par l'association du Réseau Psychiatrie Information Communication (PIC)⁴⁰. Centré sur la schizophrénie, l'action de ce programme est également de pérenniser l'éducation de l'entourage du malade. Ce programme d'ETP est autorisé par l'A.R.S. Aquitaine³⁸. Une étude menée par Di Paolo et al. (2015) montre des bénéfices chez les familles ayant suivies ce programme³⁹.

Ce programme répond à la définition de l'éducation thérapeutique du patient de l'O.M.S., aux critères de qualité de l'H.A.S. et il s'inscrit dans une prise en charge globale du patient. Un parent d'un patient schizophrène depuis 7 ans et suivant les ateliers ARSIMED[®] témoigne que les soignants des services psychiatriques « *gagneraient à connaître* » les techniques et savoirs transmis dans ce programme d'ETP. ⁴⁰

A l'EPSM de Lille, une ergothérapeute fait partie de l'équipe dirigeant les ateliers ARSIMED[®]. Plus précisément, cette professionnelle anime le premier module « Je reconnais ma maladie ». Elle participe ainsi à l'élaboration du diagnostic éducatif et à ces séances⁴¹.

En revanche, dans la littérature, les informations concernant la profession d'ergothérapeute au sein du programme ARSIMED[®] sont peu étayées. Plus généralement, nous retrouvons très peu d'écrits à propos de la place de l'ergothérapie dans les démarches d'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie.

2.3. Place dans la prévention des rechutes psychotiques

Le travail de l'autonomie, qui est au cœur du métier d'ergothérapeutes, induisant un travail sur les fonctions qui sous-tendent à cette faculté permet de réduire les risques de rechute psychotiques. Comme un soutien pour la personne, l'ergothérapeute vise à encourager l'adhérence du souffrant à sa prise en charge thérapeutique. Les interventions ergothérapeutiques, tant de manière générale en santé mentale ou plus précisément dans la réhabilitation psychosociale, visent l'alliance thérapeutiques et tendent à faire retrouver la place du souffrant comme sujet au sein de la société. Ces objectifs renforcent un objectif à plus long terme encore : la limitation des rechutes psychotiques⁶⁶.

Comme nous avons pu le souligner précédemment, les rechutes dans la schizophrénie forment une problématique majeure et compromettante pour leur projet de vie. Ainsi, la prévention de ces dernières intéresse davantage ces dernières années. La prévention des rechutes est alors primordiale pour l'avenir des patients¹⁶. En revanche, un grand nombre de sources littéraires citent l'ergothérapeute comme un acteur dans la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie et dans la prévention des rechutes mais ne défissent ni leur rôle, ni leur place.

Problématique

Comme nous avons pu le voir dans la partie précédente, la schizophrénie est une maladie chronique et invalidante dont le début, insidieux ou brutal, apparaît à l'adolescentes ou au passage à l'âge adulte. Caractérisée par des symptômes négatifs, positifs, désorganisés et neurocognitifs, dont les risques de rechutes psychotiques sont très fréquents. Amenant généralement à une succession de nouvelles hospitalisations, les rechutes diminuent le fonctionnement globale des souffrant, ainsi qu'une réponse aux traitements de moins en moins efficace. Elles engrangent également un coût économique significatif pour la société. Il est également intéressant de rappeler le contexte de désinstitutionalisation en psychiatrie qui tend à limiter les hospitalisations répétées. Différents facteurs influencent ce risque, notamment une mauvaise observance médicamenteuse. La qualité de vie et le bien-être sont alors altérés. Cependant, un traitement pharmacologique est rapidement prescrit mais ne doit

pas être la seule prise en charge. En collaboration de ce traitement, nous retrouvons diverses techniques et particulièrement la réhabilitation psychosociale, incluant l'éducation thérapeutique du patient. La prise en charge de la prévention des rechutes doit répondre à certains besoins comme travailler le défaut d'insight altérant l'adhésion thérapeutique et l'observance médicamenteuse, créer une alliance thérapeutique entre le patient, l'entourage, le personnel médical pour lier une relation de confiance et faciliter l'accès aux soins, leur information sur la maladie, le maintien ou la création de liens sociales et le travail des habiletés sociales. L'éducation thérapeutique semble répondre à ces critères. Etant une priorité en santé publique et complétant les soins, l'éducation thérapeutique du patient s'adresse aux patients et à son entourage dans le but de maintenir ou d'acquérir des compétences nécessaires à la vie avec la maladie³⁷.

L'autonomie et l'indépendance forment le cœur du métier d'ergothérapeute. Ce professionnel de l'activité, dans le cadre de la schizophrénie, planifie ses interventions avec des objectifs visant à réinsérer le malade dans la société. Il s'appuie sur une analyse rigoureuse des capacités du sujet et rend ses prises en charge plus pertinentes en les soutenant par les notions d'empowerment et de transfert des acquis, en inscrivant la personne dans un processus de rétablissement. Des dispositifs d'intervention existent et objectivent la réhabilitation psychosociale. Parmi eux, l'éducation thérapeutique du patient. Les ergothérapeutes sont des professionnels travaillant en psychiatrie depuis de nombreuses années et sont légitimes d'utiliser la technique d'éducation thérapeutique quand ils y sont formés. Notamment quand certains institut de formation en ergothérapie forme à cette technique dont la loi régit ces actions. Parmi ces instituts délivrant une attestation de formation à l'éducation thérapeutique du patient, nous retrouvons celui de Berck-sur-Mer, d'Alençon, de Nancy et de Toulouse⁴⁴. Dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques, l'ergothérapeute semble répondre aux besoins de cette problématique de santé publique. Cependant, les références littéraires sont peu étayées quant aux pratiques des ergothérapeutes dans ce milieu.

C'est pourquoi nous pouvons nous demander quelle place occupe réellement l'ergothérapeute au sein des démarches d'éducation thérapeutique du patient, dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques. Ainsi, nous pouvons orienter notre travail avec la

question de recherche suivante : **Quelles sont les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes en termes d'éducation thérapeutique du patient, dans le cadre de la prévention des rechutes chez les personnes souffrant de schizophrénie ?**

Nous pouvons ensuite cibler des hypothèses suivantes : **Les ergothérapeutes ne connaissent pas de programme d'éducation thérapeutiques visant la prévention des rechutes psychotiques**, effectivement, le manque de littérature à ce sujet peut être entraîné par un manque de connaissance à propos des programmes existants. De plus, nous pouvons poser l'hypothèse que **l'ergothérapeute utilise des séances à visée éducative**. Enfin, nous pouvons suggérer que **les ergothérapeutes n'ont pas suivis de formation en éducation thérapeutique du patient** par conséquent, ils ne seraient pas en capacités de la pratiquer.

Afin de répondre à la question de recherche, nous distribueront un questionnaire destiné aux ergothérapeutes diplômés d'Etat français pour établir un état des lieux des connaissances et des pratiques ergothérapeutiques dans le champ de la prévention des rechutes psychotiques et de l'éducation thérapeutique du patient. Après l'analyse des réponses, nous pourrons confirmer ou d'infirmer les hypothèses posées.

Cadre méthodologique

I. Les objectifs

Cette étude tend à approfondir nos connaissances relatives à l'inscription de l'ergothérapie dans la prise en charge éducative dans le cadre de la prévention du risque de rechutes psychotiques auprès des personnes souffrant de schizophrénie et d'en dresser un état des lieux.

Les objectifs sont alors d'estimer et de quantifier un nombre d'ergothérapeutes diplômés d'état qui utilisent un/des programme(s) d'éducation thérapeutique du patient, de décrire les outils que ces professionnels utilisent dans la prévention des rechutes psychotiques et de vérifier les hypothèses posées. L'objectif secondaire de cette étude tend à nous informer de la raison pour laquelle les ergothérapeutes ne comprennent pas l'ETP dans leurs prises en charge et, par conséquent, pourquoi ils utilisent des séances à visées éducatives.

II. Le questionnaire

1. Choix de l'outil

Afin de répondre aux objectifs posés, le choix de l'outil s'est orienté vers une enquête descriptive par questionnaire. Cette méthode quantitative semble être la plus appropriée pour apprécier les hypothèses annoncées et tenter de répondre à la question de recherche émise. Dans le but de maximiser la collecte de réponse, c'est le choix d'un questionnaire « auto-administré » que nous développerons.⁴²

2. Population de l'étude

Ainsi, nous enquêterons auprès d'ergothérapeutes diplômés d'état et travaillant avec un public souffrant de schizophrénie en santé mentale, que ce soit en service d'hospitalisation ou ambulatoire. Pour pouvoir généraliser les résultats de cette enquête, nous devons obtenir un large échantillon de cette population. Afin de cadrer l'étude, nous explicitons des critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion. Nous incluons dans cette enquête les ergothérapeutes diplômés d'état travaillant actuellement auprès d'un public souffrant de schizophrénie. Les critères de non-inclusion concernent les ergothérapeutes diplômés d'état travaillant en santé mentale ne travaillant pas avec un public schizophrène et les ergothérapeutes diplômés d'état ne travaillant pas en santé mentale. Nous excluons de l'étude toutes personnes ne détenant pas le diplôme d'état d'ergothérapie et tout autre personnel soignant.

3. Construction de l'outil

Notre questionnaire se compose de trois parties. Afin de respecter les notions éthiques et déontologiques, la première partie informera l'enquêté d'une présentation succincte de l'enquêteur, explicitera le cadre et les objectifs de la recherche, précisera le respect de l'anonymat et annoncera l'engagement de la communication des résultats de l'étude ainsi qu'un court passage invitant à participer à la diffusion de cette étude aux confrères de l'enquêté. La deuxième partie sera composée du corps du questionnaire : les questions fermées, ouvertes et à choix multiples. Cette partie est divisée en 5 rubriques : l'ergothérapeute, la schizophrénie, l'éducation thérapeutiques du patient, les séances à visée

éducatives et les bénéfiques des pratiques. La troisième partie remerciera de la participation à l'enquête, proposera de s'inscrire pour recevoir les résultats de l'étude et donnera un espace permettant aux participants d'exprimer des précisions ou des remarques à apporter à cette enquête. Nous retrouvons le questionnaire vierge à l'annexe I à la page I.

4. Diffusion du questionnaire

La réalisation de l'outil a été faite par la plateforme « Google Forms », permettant une diffusion plus simple par un lien. Pour ce faire, j'ai contacté les étudiants en ergothérapie dans l'optique de collecter les adresses mails des tuteurs de stage et intervenants dans les Institut de Formation en ergothérapie. De plus, je me suis référée aux articles littéraires en lien avec le sujet de mon travail car certains auteurs y laissent leur adresse mail. Le réseau social « LinkedIn » m'a également permis d'alimenter mon carnet d'adresse en sélectionnant des profils d'ergothérapeutes diplômés d'Etat français travaillant en santé mentale. Le carnet d'adresse se compose de 189 adresses mails. Après avoir contactées ces personnes, j'ai également posté des publications sur différents groupe du réseau social « Facebook » afin de toucher un plus grand nombre de personnes. Nous pouvons aussi prendre en compte l'effet d'une diffusion « boule de neige » grâce à la transmission de l'enquête par les étudiants et les professionnels l'ayant vu. Par conséquent, je ne peux quantifier le nombre exact de personnes ayant vu l'étude.

III. Analyse des résultats

La première partie des résultats vérifie que les répondants sont ergothérapeutes diplômés d'Etat. La deuxième partie est divisée en sous-parties, reprenant la structure du questionnaire. Ce volet viendra rendre compte des connaissances et des pratiques des ergothérapeutes enquêtés relatives aux domaines de la prévention des rechutes psychotiques et de l'éducation thérapeutique du patient. La troisième partie abordera l'espace qui permettait aux participants d'apporter des précisions ou des remarques à l'étude.

Les résultats des questionnaires sont annexés à la page XII. Afin de respecter l'anonymat des enquêtés, certaines informations ont volontairement été cachées.

1. Première partie

Tout d'abord, nous pouvons souligner un faible taux de réponse à cette étude, 36 répondants. Si nous nous basons uniquement sur les 189 personnes contactées, sans prendre en compte la diffusion par les réseaux sociaux et l'effet boule de neige, nous trouvons un taux de répondants de 19%.

Parmi les 36 réponses que nous avons enregistrées, 2 personnes ne sont pas ergothérapeutes diplômés d'Etat. Leurs réponses ne seront pas analysées. Par conséquent, 34 personnes le sont, soit 94,5%. La suite de l'analyse s'appuiera ainsi sur les réponses des 94,5% d'ergothérapeutes diplômés d'Etat.

2. Deuxième partie

2.1. *L'ergothérapeute*

Parmi les 34 répondants, la majorité ont entre 30 et 49 ans et sont diplômés d'Etat depuis 15 ou plus.

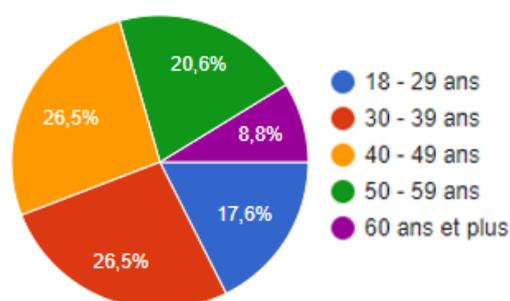


Figure 1 : Age des participants

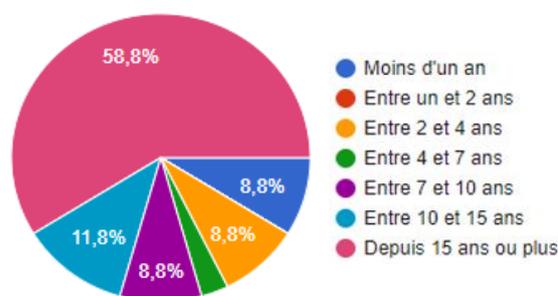


Figure 2 : Années d'obtention du Diplôme d'Etat

Sur l'ensemble des participants, 4 exercent depuis moins d'un an en santé mentale, 3 depuis 2 à 4 ans, 1 depuis 4 à 7 ans, 2 depuis 7 à 10 ans, 7 depuis 10 à 15 ans et 17 depuis 15 ou plus. En croisant la question relative aux années d'expérience en santé mentale et celle relative à la date de diplôme, nous pouvons constater que leurs données sont en corrélation, les ergothérapeutes diplômés depuis 15 ou plus travaillent généralement en santé mentale depuis 15 ou plus également.

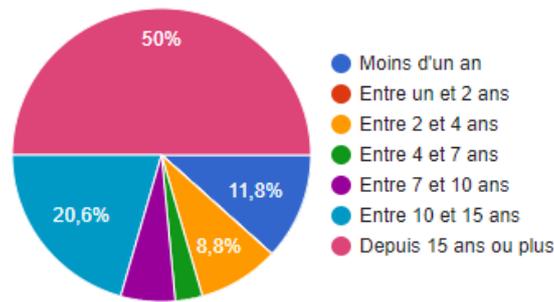


Figure 3 : Années d'expérience en santé mentale

A la question « *Dans quel service exercez-vous ?* », il y avait la possibilité de cocher et d'insérer plusieurs réponses car nous savons qu'il n'existe pas uniquement des postes à plein temps. D'après nos données, les lieux de travail les plus fréquentés par les enquêtés sont les services d'hospitalisation psychiatrique (15 ergothérapeutes, soit 44,1%), les hôpitaux de jour (12 ergothérapeutes, soit 35,3%) et les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) (9 ergothérapeutes, soit 26,5%). D'autres lieux de travail ont été cités comme les centres de réhabilitation psychosociale, les centres médico-psychologiques (CMP) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les unités pour malades difficiles (UMD), le milieu libéral, les centres postcure et de réadaptation socio-professionnelle, les services d'addictologie, les ateliers thérapeutiques, les équipes mobiles de réhabilitation psychosociale et les services d'accompagnement, d'insertion et de soin intégré dans la cité (SAISIC).

Ces premiers résultats montrent que la majorité des enquêtés ont entre 30 et 49 ans et exercent principalement dans des services d'hospitalisations, hôpitaux de jour ou encore dans des CATTP. La moitié des participants possède le diplôme d'Etat d'ergothérapeute et une expérience professionnelle en santé mentale de 15 ans ou plus.

2.2. La schizophrénie

La légende de graphique s'explique par 1 le plus fort facteur de rechute et 5 le plus faible. Ainsi, le facteur ayant la somme la plus haute est le moins « important » pour les participants.

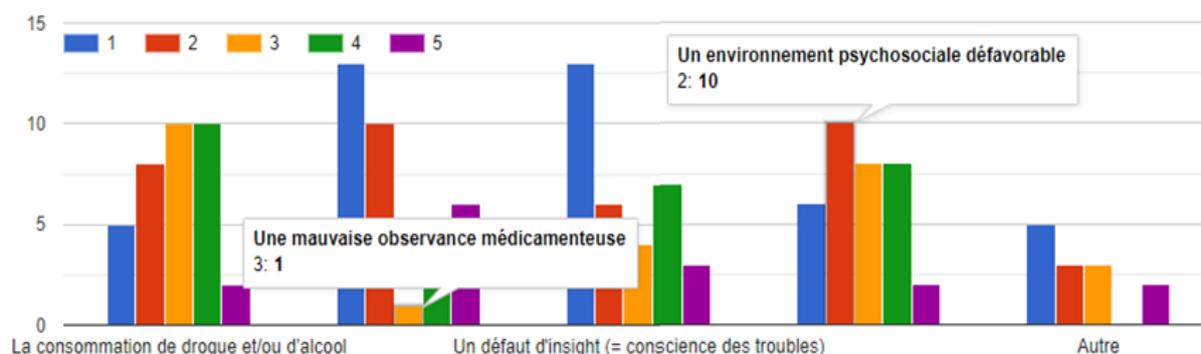


Figure 4 : Classement les facteurs de rechutes psychotiques

Facteurs	Sommes
La consommation de drogue et/ou d'alcool	101
Une mauvaise observance médicamenteuse	78
Un défaut d'insight	80
Un environnement psychosocial défavorable	92

Figure 5 : Tableau des sommes des facteurs de rechutes psychotiques

D'après l'expérience des ergothérapeutes enquêtés, la mauvaise observance médicamenteuse est l'un des facteurs favorisant le plus souvent les rechutes psychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie. Les défauts d'insight et un environnement psychosocial défavorable sont également des éléments pris en compte dans les rechutes psychotiques. La consommation de drogue et/ou d'alcool nous apparaît secondaire.

A la suite de ce classement, il y avait la possibilité d'ajouter une réponse supplémentaire. 11 participants (32,3%) ont contribué à l'enrichir. Parmi les réponses « autre », 4 ergothérapeutes citent « une rupture ou un événement de vie » comme un décès ou encore une rupture amoureuse. Nous retrouvons également l'apragmatisme, les troubles cognitifs, la non adhérence aux soins non pharmacologiques, un équilibre occupationnel fragile, un manque

d'accompagnement dans le processus de rétablissement des souffrants et les effets secondaires des médicaments comme facteurs de rechutes psychotiques.

Pour 97,1% des enquêtés les rechutes psychotiques sont des éléments à prendre en compte dans leur prise en charge auprès de patient schizophrènes. Une personne dit ne pas tenir compte de ces phénomènes. Pourtant, à la question suivante, « *L'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention des rechutes dans la schizophrénie ?* », l'intégralité des participants « Oui ». Nous pouvons donc penser qu'il s'agit d'une faute de frappe ou d'une erreur d'inattention.

Ensuite, les ergothérapeutes ont été interrogés sur les techniques ou outils que nous pouvons utiliser dans les prises en charge de la prévention des rechutes psychotiques. Cette question à choix multiple montre que les ergothérapeutes interviennent principalement dans la prévention des rechutes grâce au maintien ou à la création de liens sociaux et en travaillant les capacités d'adaptation et des habiletés sociales (76,5%). Pour 73,5% d'entre eux, le fait de (re)trouver une activité ou un domaine qui intéressent les souffrants fait également partie des prises en charge préventives. Pareillement pour le travail de l'insight et le renforcement de l'estime de soi, présents chez 67,6% et 64,7% des enquêtés. L'éducation thérapeutique du patient et les mises en situation écologiques sont également utilisées par 55,9% et 52,9% des ergothérapeutes. Une case « autre » a permis à 11 participants de compléter cette question. La remédiation cognitive est revenue par 4 personnes et fournir un étayage régulier aux patients revient chez 2 personnes. Certains disent également favoriser une alliance thérapeutique, respecter la singularité et la subjectivité des sujets mais aussi donner des repères temporo-spatiaux structurantes et stables dans leurs prise en charge préventives.

Selon les ergothérapeutes participants à l'étude, le facteur causant le plus de rechutes psychotiques chez les sujets schizophrènes est une mauvaise médicamenteuse. La prise en compte des rechutes psychotiques semble être important pour leurs interventions et la totalité des enquêtés disent avoir un rôle à jouer dans la prévention de ces rechutes. Pour une majorité des ergothérapeutes, la prévention de ces dernières se base sur le travail des capacités d'adaptation et des habiletés sociales mais également par le maintien ou la création de liens sociaux.

2.3. L'éducation thérapeutique du patient

L'ensemble des ergothérapeutes participants semble avoir de bonnes connaissances relatives à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Parmi leurs définitions, nous retrouvons par exemple : « Un ensemble de stratégies et de moyens pour aider la personne à développer ses compétences dans la maladie chronique », « le développement de compétences d'auto soins et d'adaptation à la vie avec une pathologie » ou encore la « transmission de connaissance de technique permettant au patient d'acquérir une autonomie dans la gestion de son trouble ». Une personne dit ne pas savoir ce qu'est l'ETP et une autre évoque l'idée d'un programme d'ETP fait par les patients eux-mêmes, s'appuyant sur leurs propres besoins avec leurs propres outils de thérapie. Et 33 ergothérapeutes (97,1%) pensent que l'ETP est une pratique pouvant prévenir des rechutes psychotique.

Un peu plus d'un quart (9 personnes, soit 26,5%) des enquêtés ont suivis une formation en ETP durant leur formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) et 14 personnes (41,2%) ont été formés après avoir été diplômés d'Etat (DE).



Figure 6 : Taux d'ergothérapeutes formés à l'IFE Figure 7 : Taux d'ergothérapeutes formés après le DE

En croisant ces deux données et en reprenant chaque questionnaire, nous trouvons 20 ergothérapeutes (soit 58,8%) formés en ETP dont 3 qui ont suivis une formation à l'IFE et après l'obtention de leur diplôme.

Parmi les 14 ergothérapeutes ayant été formés après le DE, certaines personnes ont suivies les formations en ETP pour des programmes en particulier (Profamille, ARSIMED®, Autonomie

dans les transports en commun) sinon la formation « de base » par différents organisme de formation.

Parmi les 20 personnes formées en ETP, 60% (12 personnes) disent utiliser cet outil dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie. Concernant la pratique de cet outil dans le cadre de la prévention des rechutes, 35% (soit 58,3% des 12 personnes) disent l'utiliser ponctuellement et 25% (soit 41,7% des 12 personnes) la pratique régulièrement.

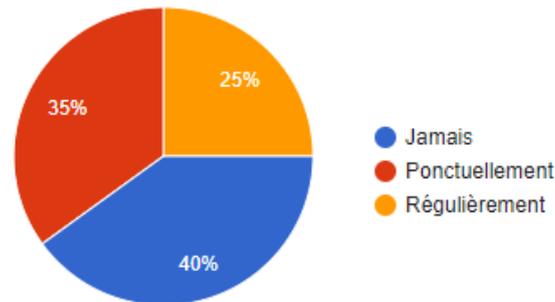


Figure 8 : Pratique de l'ETP dans les prises en charge préventives

Concernant le programme ARSIMED®, seulement 6 enquêtés (17,6%) sur 34 le connaissent. Et parmi ces 6 ergothérapeutes, une seule personne le pratique, soit 2,9% par rapport à l'ensemble des participants. Après avoir eu un bref aperçu du programme ARSIMED®, 30 ergothérapeutes, soit 88,2%, pensent que ce programme d'ETP aurait un intérêt dans leurs interventions auprès d'un public schizophrène. Les 11,8% ayant répondu « Non » développent leur réponse par les explications suivantes :

- « La dimension éducative doit être intégrée à une approche thérapeutique pour être personnalisée et adaptée aux difficultés de la personne »,
- Un démarche proche des ETP mais sans programme validé par l'ARS, la prise des traitements médicamenteux ne concerne pas l'ergothérapeute,
- L'utilité d'un programme ne peut pas être réfléchi qu'avec sa définition,
- « D'autres programmes d'ETP similaires sont déjà proposés à nos patients ».

Nous avons ensuite demandé aux participants s'ils connaissent d'autres programmes d'ETP. En analysant les questionnaires et en voyant les réponses à cette question, je me suis rendue compte que celle-ci n'était pas bien formulée et que les réponses proposées n'étaient pas juste. Cette question induisait donc en erreur. En revanche, les réponses de certains ergothérapeutes m'ont permises de m'en apercevoir. De plus, cette question tend finalement

à vérifier indirectement les connaissances des participants relatives à la l'ETP. Plusieurs ont été cités tels que le « PRACS » (n'est pas de l'ETP), la remédiation cognitive (n'est pas de l'ETP), « Hygiène de vie et COVID-19 », « MODen », « Entraînement aux habiletés sociales » (n'est pas de l'ETP), « Mon poids, mon alimentation », « IPT » (n'est pas de l'ETP), « Michael's Game » (n'est pas de l'ETP), « Schizo'vie », « PEP's », « SCIT » (n'est pas de l'ETP), « TIPPS ».

Après avoir repris chaque questionnaire, 14,7% (5 personnes) inscrivent au moins programme d'ETP, les 85,3% (29 personnes) restants n'en ont pas inscrit. De plus, nous pouvons aussi savoir si les répondants reconnaissent ce qui relève de l'ETP et ce qui n'en est pas. 9 personnes (26,5%) montrent qu'ils savent distinguer un programme d'ETP et 25 enquêtés (73,5%) ne relèvent pas d'interrogation quant à la question posée et aux réponses proposées.

Ainsi, une majorité d'ergothérapeute pratique l'ETP dans leurs prises en charge des patients schizophrènes et dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques. Nous pouvons remarquer une certaine volonté de se former à l'ETP en vue du nombre de personnes formées après leur diplôme malgré une première formation à l'IFE. Nous pouvons également mettre en évidence qu'un grand nombre de professionnels ne distinguent pas la différence entre un programme appartenant au domaine de l'ETP et ceux qui n'en font pas partis.

2.4. Les interventions à visée éducative

Tout d'abord, nous cherchons à savoir pourquoi les ergothérapeutes enquêtés ne pratiquent pas l'ETP et s'ils ont recours des séances à visées rééducatives. En reprenant chaque questionnaire, la raison influençant le plus la non utilisation de l'ETP est que les professionnels n'y sont pas formés. Ensuite, nous trouvons que 6 personnes indiquent ne pas la pratiquer car leur établissement ne propose pas de programme. Et parmi eux, 5 sont formés à l'ETP. Les enquêtés ayant obtenus des essais non concluant à une pratique d'un programme d'ETP se comptent au nombre de 2 et sont tous deux formés à l'ETP. Parmi ceux indiquant ne pas être formés, 2 personnes évoquent quand même pratiquer l'ETP.

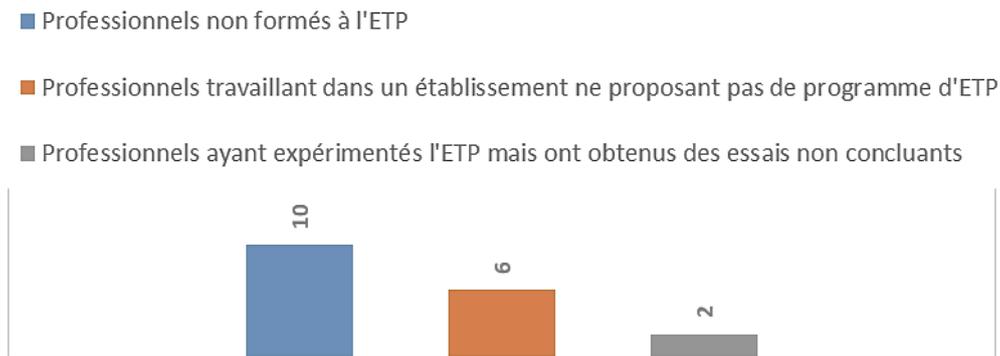


Figure 9 : Cause de la non utilisation de l'ETP

25 participants, soit 73,5%, interviennent auprès du public schizophrène avec des interventions à visée éducative et 20 personnes (58,8%) l'utilisent dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques. En analysant chaque questionnaire, nous trouvons que 19 (55,9%) ergothérapeutes pratiquent des séances à visée éducative auprès du public schizophrène et dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques. Parmi cet échantillon, 63,2% les pratiquent régulièrement. Une personne ne l'utilise que dans le cadre des rechutes, 6 uniquement dans des prises en charge auprès de patients schizophrènes et 8 participants n'en utilisent pas du tout.

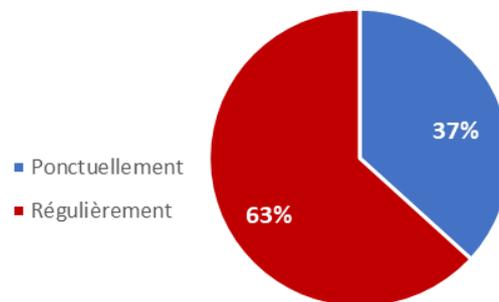


Figure 10 : Fréquence de l'utilisation des séances à visée éducative

Avec les résultats obtenus, nous pouvons d'abord constater que 7 ergothérapeutes sur 20 formés en éducation thérapeutique du patient semblent ne pas pouvoir exploiter leurs compétences car il n'y a pas de programme d'ETP dans leur établissement ou par des essais de programme non concluant. Beaucoup d'enquêtés semblent avoir mis en place des actions d'éducation sous forme de séances à visée éducative. Ces séances, ne relevant pas d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient validée par les ARS, sont administrées majoritairement de manière régulière auprès du public schizophrène et dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques.

2.5. Les bénéfices des pratiques

Pour 88,2% (30 personnes) des ergothérapeutes interrogés, des bénéfices sont observés chez les sujets schizophrènes profitant d'interventions thérapeutiques éducatives. Parmi les bénéfices observés, l'amélioration de l'insight serait le plus remarquable. Nous retrouvons également une meilleure gestion de la maladie par le patient et son entourage, une meilleure observance thérapeutique et une amélioration de la qualité de vie subjective du patient. Les ergothérapeutes citent aussi des facilités à solliciter leur entourage (personnel et soignant), de la réassurance et de la déstigmatisation, une meilleure connaissance de leurs propres ressources, des patients davantage acteurs de leur prise en charge et une amélioration des habiletés sociales. Les personnes n'ayant pas remarquées de bénéfices l'expliquent par le fait qu'ils ne participent pas aux interventions thérapeutiques éducatives et que les bénéfices dépendent beaucoup de la personne et de sa maladie.

Selon les participants, pour avoir plus de bénéfices suite aux interventions éducatives thérapeutiques, 9 personnes expliquent qu'il faudrait s'appuyer davantage sur le savoir des sujets et sur le travail du transfert des acquis. Ensuite, certains évoquent un manque de moyens et de formation pour eux ou pour les équipes soignantes en générale mais également un manque de sensibilisation des psychiatres à l'égard de l'ETP. La relation thérapeutique et l'apport d'un pair aidant semble un élément important dans les prises en charge des enquêtés. Plusieurs participants ajoutent qu'il serait préférable de se baser d'abord sur les besoins et attentes des souffrants, tout en intégrant davantage leur prise en charge dans un contexte social adapté, faisant lien avec leur quotidien. Parmi les réponses citées, nous relevons que les interventions interprofessionnelles et multidisciplinaires apportant un étayage régulier aux patients seraient d'autant plus bénéfiques et notamment quand l'entourage des patients y est également convié. Certains ergothérapeutes rappellent qu'il faut situer les interventions dans le processus de rétablissement avec un accompagnement tout au long de la prise en charge. Aussi, les bénéfices de l'ETP seraient majorés quand cette démarche fait suite à des démarches de remédiation cognitive.

Ensuite, nous avons cherché à savoir quels facteurs relatifs aux patients ou à la maladie viendraient limiter les bénéfices des interventions éducatives thérapeutiques. Le manque d'adhésion des patients à leur prise en charge éducatives (79,4%, soit 27 personnes), des

troubles cognitifs persistants (76,5%, soit 26 personnes) et des effets secondaires aux traitements pharmacologiques (32,4%, soit 11 personnes) seraient les facteurs les plus observés. Les réponses « autre » citent une mauvaise relation thérapeutique, un défaut d'insight, une prise de toxiques, pas de transfert des acquis et une rigidité du sujet et une persistance des troubles dissociatifs.

Enfin, nous avons cherché à savoir quels facteurs relatifs aux thérapeutes viendraient limiter les bénéfices des interventions thérapeutiques. 70,4%, soit 24 personnes citent des moyens de communications non adaptés au public, 55,9%, (19 personnes) identifient des objectifs d'intervention surestimés et 26,5%, (9 personnes) identifient des objectifs d'intervention sous-estimés. D'autres réponses sont venues compléter ces facteurs comme la non prise en compte du quotidien des sujets, la prise d'une place de soignant « savant », un manque d'adhésion des équipes aux programmes, un manque de temps pour construire les projets d'intervention et des programmes proposés au mauvais moment pour le patient.

3. Troisième partie

Cette dernière partie du questionnaire donnait aux participants l'occasion de s'exprimer plus librement sur le sujet de l'étude. 8 commentaires ont été apportés dont 2 me semblaient pertinents à joindre à l'analyse des résultats. Ces commentaires rappellent que l'éducation n'est pas la prise en charge à part entière pour la schizophrénie mais un outil pour lequel l'ergothérapeute n'est pas spécifique. L'ETP est un outil à durée déterminée, relativement court par rapport au temps de prise charge des patients souffrant de schizophrénie.

4. Validation des hypothèses

La première hypothèse suppose que les ergothérapeutes ne connaissent pas de programme d'éducation thérapeutiques visant la prévention des rechutes psychotiques. Effectivement, seulement 8 programmes ont été cités par 5 personnes, soit 14,7% de l'ensemble des participants et parmi ces programmes, tous n'incluent pas la prévention des rechutes psychotiques. Cependant, les résultats indiquent surtout une confusion entre les différents programmes de réhabilitation psychosociale et d'ETP. Ils soumettent ainsi qu'il ne s'agit pas forcément de « non-connaissance » relative aux programmes d'ETP mais plutôt d'une

confusion entre ce qui relève de la réhabilitation psychosociale en règle générale. L'hypothèse ne peut donc pas être validée.

La seconde hypothèse concernait l'utilisation de « séances à visée éducative » par les ergothérapeutes est validée. En effet, l'hypothèse se confirme car énormément d'enquêtés disent intégrer régulièrement des actions d'éducation sous forme de séances à visée éducative dans leur prise en charge de la schizophrénie et dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques.

La troisième hypothèse évoquait l'idée que les ergothérapeutes ne pratiquent pas l'ETP parce qu'ils n'ont pas suivis de formation en éducation thérapeutique du patient. D'après les résultats obtenus, 9 personnes ont suivies une formation en ETP à l'IFE et 14 après avoir été diplômées. En croisant les données, nous trouvons une totalité de 20 ergothérapeutes formés à l'ETP (3 personnes ont les deux caractéristiques). Ceci ne permet pas de validé notre hypothèse. En revanche, le sujet des formations en ETP reviennent souvent au court des questionnaires. Certains évoquent un manque de formation pour eux mais également pour les équipes soignantes. De plus, nous retrouvons en cause des établissements ne proposant pas de programme ou encore des essais de programme d'ETP non concluants.

Cette étude nous permet de comprendre que l'ETP est un complément non nécessaire mais souvent bénéfiques dans les prise en charge des troubles schizophréniques. Elle nous permet également de se rendre compte que d'autres facteurs peuvent influencer notre pratique et limite l'utilisation de nos compétences.

IV. Discussion

Nous avons pu nous rendre compte des connaissances et des pratiques générales des ergothérapeutes vis-à-vis de l'éducation thérapeutique du patient et de la prévention des rechutes chez les personnes souffrant de schizophrénie. Cependant, les résultats de l'étude nous amènent à critiquer notre travail et d'y apporter des axes d'amélioration.

Comme nous avons pu le voir dans le cadre de référence, les personnes souffrant de schizophrénie présentent des risques de rechutes psychotiques. Celles-ci diminuent le fonctionnement globale des souffrants, impactant leur qualité de vie³⁵. L'éducation thérapeutique du patient est le « dernier » outil de la réhabilitation psychosociale. Cette démarche tend à « *aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »³⁶. L'ergothérapeute, dont le cœur de son métier repose sur l'autonomie et l'indépendance, s'appuie sur les activités comme soins thérapeutiques et sur les notions de transfert des acquis et d'empowerment pour atteindre ses objectifs^{68, 51}. Ce professionnel possède des prédispositions à l'acquisition de compétences relatives au domaine de l'ETP^{31, 66}.

Les premiers résultats de l'étude montrent des similitudes avec les données littéraires quant aux facteurs de rechutes chez les personnes souffrant de schizophrénie. Pour la majorité des enquêtés, la prise en compte des rechutes psychotiques semble être important pour leurs interventions et s'identifient comme acteur dans la prévention des rechutes psychotiques. Leur rôle dans prévention se base principalement sur un travail des capacités d'adaptation et des habiletés sociales ainsi que par le maintien ou la création de liens sociaux. En d'autres termes, il s'agit d'actions se rapportant à la remédiation cognitive et à l'entraînement aux habiletés sociales, inscrit dans la réhabilitation psychosociale. Effectivement, l'éducation thérapeutique du patient, la remédiation cognitive et l'entraînement aux habiletés sociales sont des outils de réhabilitation psychosociale^{54, 59} s'inscrivant dans le processus de rétablissement et, par conséquent, dans la prévention des rechutes. De plus, une majorité d'ergothérapeute pratique l'ETP dans leurs prises en charge des patients schizophrènes et dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques. De nombreux bénéfices sont observés par les professionnels, concordant avec la littérature^{28, 29}. Il ressort des réponses qu'un travail de réhabilitation psychosociale, comportant remédiation cognitive et entraînement aux habiletés sociales, fait en amont, améliorerait les bénéfices de l'ETP. Les facteurs relatifs aux patients ou à sa maladie limitant ces bénéfices évoqués par les participants pourraient également être « corrigés » ultérieurement grâce à ces mêmes démarches de réhabilitation psychosociale.

L'étude nous permet de classer l'échantillon de répondants en trois catégories : les personnes qui se situent dans la réhabilitation psychosociale, ceux qui ne pratiquent que l'ETP et les personnes utilisant les séances à visée éducative. Malgré un nombre important d'ergothérapeutes formés à l'ETP, les résultats révèlent une confusion quant à la différenciation de ce qui relève du domaine de l'ETP et ceux qui n'en font pas partie. Les réponses ont tendance à mélanger les outils de réhabilitation psychosociale et outils d'ETP. Il est vrai qu'en discutant du sujet de mon mémoire avec les professionnels et notamment avec les ergothérapeutes j'ai compris l'amalgame qu'il pouvait être commis avec l'utilisation du terme « éducation thérapeutique ». Effectivement, cette notion que nous avons précédemment définie et contextualisée, est souvent confondue avec une approche éducative se rapportant à des conseils relatifs à l'éducation « globale » à la santé. D'après moi, cet amalgame porte davantage à confusion avec l'unité d'enseignement 4.8 « *techniques et outils d'éducation thérapeutique en ergothérapie* » de notre référentiel d'études et la compétence C5 « *Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* » de notre portfolio. Mais, nous devons obligatoirement être formés à l'Education Thérapeutique du Patient pour utiliser ses outils (validés par les ARS)⁵⁴. Un commentaire écrit dans la troisième partie du questionnaire a particulièrement retenu mon attention : « *l'éducation thérapeutique est une démarche qui ne s'inscrit pas forcément dans un programme* ». Ce dernier semble expliciter la confusion à propos de l'éducation thérapeutique du patient.

Les séances à visée éducatives ne relèvent pas d'une technique d'éducation thérapeutique du patient autorisée par les ARS et ne peuvent donc pas être considérées comme telle. Le fort taux d'utilisation de ces séances répondent-elles à une volonté « trop » prononcée de vouloir éduquer le patient même sans être formé ? De plus, il aurait été intéressant d'obtenir plus de détails concernant l'organisation et le contenu de ces séances mais également d'interroger les ergothérapeutes plus directement sur leurs connaissances relatives à la différence entre ETP et séances à visée éducative.

Un dernier commentaire nous amène à réfléchir par rapport aux démarches d'ETP. La personne exprime que « [...] *l'éducation thérapeutique n'a pas plus sa place chez les ergothérapeutes que chez n'importe quel soignant, il n'y a aucune spécificité ergo dans cette*

approche (pas plus qu'infirmière, aide-soignant...) ». Effectivement, cette technique n'est pas spécifique à l'ergothérapie, cependant, l'OMS déclare tout de même que nous possédons une place dedans³². De plus, cette « non spécificité » induit un travail pluridisciplinaire et interprofessionnel collaboratif de la part des équipes soignantes, donnant différents points de vue, de façon d'agir en ETP et un étayage fourni aux patients⁷¹.

Dans une autre mesure, notre étude connaît quelques limites. L'outil de recherche par questionnaire permet le recueil de nombreuses réponses et possède une administration rapide et facilitatrice, elle demande peu d'organisation entre l'enquêteur et les enquêtés. Néanmoins, peu de retours ont été transmis. Le taux de réponse est non représentatif et ne permet pas la généralisation ou la transposition des données à tous les ergothérapeutes français travaillant en santé mentale. Les questions de cet outil ne peuvent pas être modifiées ou reformulées en cas d'incompréhension. Dans le cas contraire, nous aurions pu limiter une potentielle marge d'erreur dans les réponses des enquêtés. Avec le recul, je me comprends que certaines questions sont mal posées et que certaines réponses proposées induisent en erreur les répondants. Aussi, quelques questions auraient pu être regroupées pour alléger le questionnaire et le rendre moins redondant. Une anticipation bien plus longue aurait rendu le questionnaire plus efficient. De plus, ce questionnaire nous semble plus quantitatif que qualitatif.

Par rapport à la question de recherche, nous comprenons grâce à l'étude que l'ETP n'est qu'une petite partie de la prise en charge des troubles schizophréniques. Cette démarche doit faire suite à d'autres interventions afin de les compléter, de les « finaliser ». Les ergothérapeutes enquêtés semblent tout de même trouver leur place dans la prévention des rechutes psychotiques grâce à cette technique. Toutefois, la notion de « jeune » schizophrène n'est pas fort exploitée dans l'étude mais un enquêté cite le programme d'ETP « TIPP ». Ce programme pourrait davantage prendre en considération cette notion.

V. Perspectives

D'après les recherches littéraires évoquées dans le cadre de référence, nous savons qu'il est recommandé d'intervenir précocement après les premières apparitions des troubles psychotiques. Mais, par des difficultés de diagnostic entre les différents types de psychoses, l'évolution de l'utilisation s'est élargie. Effectivement les centres de soins pratiquaient des programmes de prise en charge de la schizophrénie et tendent à s'orienter davantage vers des programmes visant les troubles psychotiques en général. Et les patients souffrant de troubles psychiatriques présentent couramment un défaut d'insight, entraînant des difficultés à s'engager dans le processus de soin et d'y adhérer. De plus, les risques de rechutes est important et la reconstitution des fonctions psychosociales prend plus de temps. Dans ce sens, il est fondamental d'orienter les prises en charge dans le processus de rétablissement.

Les programmes s'orientant dans l'intervention précoces des troubles psychotiques visent l'identification hâtive des patients en phase prodromique et le développement des traitements thérapeutiques (pharmacologiques, thérapies, accessibilité aux soins). Dans cette optique, le programme « TIPP » a pour objectifs l'amélioration de l'engagement dans les soins, leur accessibilité et leur continuité, l'implantation d'une équipe spécialisée intervenant avec des soins spécialisés inscrit dans le processus de rétablissement, l'extension du suivi dans le milieu du patient, un soutien de l'entourage dans le cadre de « *groupes multifamiliaux, d'entretiens de réseau et de séances d'information* » et une « *diminution de la durée de psychose non traitée par le biais d'une stratégie d'information dans le milieu médical mais également dans les écoles et à travers les médias* ». Les équipes soignantes pointent l'engagement des patients, à donner du sens à leur expérience psychotique, la connaissance de la maladie et des traitements et d'y intégrer l'entourage. Un autre des principes de ce programme est la relation thérapeutique. Le « *référént thérapeutique principal* » est mis en place pour construire la relation et pour faciliter la continuité des soins, tout en travaillant en interprofessionnalité avec le reste de l'équipe soignante.

Ce programme, développé dans un Département de psychiatrie de Lausanne, dure 3 ans et se fonde sur des évaluations standardisées telles que la PANSS, des échelles de fonctionnement et des évaluations de l'abus de substances mais également sur une évaluation des fonctions

cognitives. Pour bénéficier du programme, il faut avoir entre 18 et 35 ans, présenter des troubles psychiatriques et avoir moins de six mois de traitement neuroleptique. Adapté en fonction de l'âge et du traitement pharmacologique administré et incluant l'entourage du patient, TIPP a développé un programme d'activités quotidienne (groupe ouvert, composé de médiation corporelle, d'un groupe créatif, d'un groupe récréatif et d'un de discussion), un groupe bihebdomadaire d'information (à la demande des patients, concerne l'identification des symptômes, les médicaments, le modèle vulnérabilité-stress, le rétablissement, l'abus de substance, l'alimentation et la santé, la dépression et la sexualité), des brochures et une vidéo présentant l'unité.⁷²

Afin de compléter les interventions du programme TIPP, une application mobile homonyme a été développée. Cet outil, accessible à tous, a été développé pour parler de certaines dimensions de la maladie, divisées en 4 modules : les symptômes, les médicaments, le cannabis, le rétablissement. Chaque module se compose de 9 à 11 fiches, présentant elles-mêmes un thème différent considéré comme « *important pour la psychoéducation* ». L'application peut ainsi être utilisée dès le premier épisode psychotique. Le premier module, « les symptômes », est destiné aux personnes souffrant de schizophrénie. Le second, « les médicaments », concerne les patients rencontrant des obstacles à l'observance pharmacologique. « Le cannabis » se consacre aux personnes des soucis d'absorption de toxiques. Le dernier module, « le rétablissement », va permettre aux patients de se rendre compte de leurs potentialités, dans le but de « *construire un projet de vie positif malgré la maladie* ». ^{73, 74}

En théorie, ce programme et cette application serait un moyen d'éducation thérapeutique du patient optimisant le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie après leur première décompensation psychotiques. Il semble convenir aux attentes relevées dans le cadre de références concernant les enjeux de la schizophrénie chez les sujets jeunes. En pratique, TIPP semble reprendre les observations et attentes des professionnels enquêtés dans notre étude. Le seul point sur lequel nous ne pouvons pas intervenir est celui du manque de formation.

Conclusion

Les rechutes psychotiques, très présentes dans les troubles schizophréniques, sont généralement synonymes d'hospitalisations répétées. Elles entraînent pour le patient un retentissement sur leur fonctionnement global et une réponse moins efficace face aux traitements, altérant leur qualité de vie. Pour la société, elles engagent un coût économique non négligeable. Avec le contexte de désinstitutionnalisation, l'objectif est de limiter les hospitalisations. Une mauvaise observance thérapeutique est la principale cause de rechute dans la schizophrénie. En complémentarité des traitements pharmacologiques, la réhabilitation psychosociale est l'une des techniques envisageables dans la prise en charge des patients schizophrènes. L'éducation thérapeutique du patient est incluse comme un outil de réhabilitation psychosociale venant compléter les autres outils. Elle s'adresse aux patients et à son entourage dans le but de maintenir ou d'acquérir des compétences nécessaires à la vie avec la maladie. Cette thérapie n'est pas nécessaire mais apporte des bénéfices relatifs à la prise en charge de la prévention des rechutes psychotiques. Cette prise en charge doit répondre à certains besoins comme le travail des défauts d'insight, en s'appuyant sur l'alliance thérapeutique entre le patient, l'entourage, le personnel médical. L'éducation thérapeutique semble répondre à ces besoins.

Ainsi, nous avons cherché à mesurer les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes français en termes d'éducation thérapeutiques du patient et de prévention des rechutes psychotiques. L'étude nous a montré que les professionnels portent des connaissances relatives à la réhabilitation psychosociale mais présentent une certaine confusion quant à la catégorisation des outils de cette technique d'intervention. Les pratiques ergothérapeutiques de la schizophrénie et de la prévention des rechutes se composent d'éducation en générale, certains sont inclus dans le processus de réhabilitation sociale, certains utilisent l'éducation thérapeutique du patient et d'autres pratiquent des séances à visée éducative qui ne dépendent pas d'une validité de l'ARS. Cependant, la majorité observe des bénéfices chez leurs patients ayant suivi des interventions éducatives.

L'éducation thérapeutique du patient n'est pas spécifique à la pratique ergothérapeutique. Néanmoins, l'ergothérapeute possède des compétences relatives à l'éducation et est un

professionnel ayant accès aux formations en ETP. L'ergothérapeute, par son expertise en termes d'autonomie et d'indépendance, apporte un regard fonctionnel aux interventions éducatives. Il trouve notamment sa place dans le transfert des acquis vers le quotidien des patients et leur insertion sociale. Cet apport est non négligeable quand nous savons que les facteurs des rechutes psychotiques observés par les enquêtés sont en lien avec l'environnement propre du patient.

Sur le plan personnel et professionnel, ce travail m'a permis d'enrichir mes connaissances relatives à la schizophrénie, à la notion de rétablissement et à la réhabilitation psychosociale. J'ai pu comprendre la complexité de la symptomatologie et des prises en charge associées. De plus, ce travail m'a appris à me connaître moi-même davantage, d'acquérir de nouvelles compétences ou d'en solliciter et d'en approfondir d'autres. Enfin, j'ai pu prendre conscience qu'il est important d'être à jour avec les avancées scientifiques et de s'y imprégner afin de toujours remettre sa pratique en question, de la faire évoluer et d'en faire bénéficier les publics pris en charge mais également nos confrères. Selon moi, l'apport d'informations permet de réaliser des interventions plus pertinentes, adaptées et personnalisées.

En conclusion, nous savons maintenant qu'il existe un programme d'éducation thérapeutique du patient proposé dans le cadre des premiers épisodes psychotiques et visant des objectifs concordants avec ceux de la prise en charge de la prévention des rechutes psychotiques. En Suisse, où est pratiqué le programme « TIPP », les interventions s'étendent en collaboration sur plusieurs établissements ayant leur propre spécialité. Leurs bénéfices se multiplient depuis cette collaboration. Ainsi, il serait intéressant d'approfondir les recherches sur l'interprofessionnalité et la collaboration inter établissement en France, couplé à l'utilisation d'un programme d'éducation thérapeutique à long terme.

Bibliographie

1. OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Schizophrénie. [En ligne] <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. Consulté le 29/09/2020.
2. INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. [En ligne] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie#:~:text=La%20schizophr%C3%A9nie%20toucherait%20environ%20200,formes%20plus%20pr%C3%A9coces%20et%20invalidantes>. Consulté le 29/09/2020.
3. HAS : Haute Autorité de Santé. Schizophrénie. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf. Consulté le 29/09/2020.
4. Vilain, J., A.-M. Galliot, J. Durand-Roger, M. Leboyer, P.-M. Llorca, F. Schürhoff, et A. Szöke. « Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie ». *L'Encéphale* 39, n° 1 (1 février 2013): 19-28.
5. Van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). « The environment and schizophrenia ». *Nature*, 468(7321), 203–212.
6. Charret L, Thiébaud Samson S, « Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie », *Contraste*, 2017/1 (N° 45).
7. Dictionnaire Larousse. [En ligne]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/schizophr%C3%A9nie/71414>. Consulté le 02/10/2020
8. American Psychiatric Association. « Spectre de la Schizophrénie et autres troubles psychotiques ». *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^{ème} ed.). 2013
9. N. Franck, « Clinique de la schizophrénie ». *EMC Psychiatrie*, Vol. 10 (N°1). 2013.
10. P.-M. Llorca, « La schizophrénie ». *Encyclopédie Orphanet*. 2004.
11. N. Franck, « La schizophrénie, la reconnaître et la soigner ». 2006.
12. Classification Internationale des troubles Mentaux, 11^{ème} édition. [En ligne]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2ficd%2fentity%2f1683919430>. Consulté le 27/01/2021.
13. W. Bouroubi, I. Banovic, A. Andronikof, C. Omnès, « Insight et schizophrénie : revue de la littérature ». *L'Évolution Psychiatrique*, Volume 81, Issue 2, 2016. 405-422.

14. S. Raffard, S. Bayard, D. Capdevielle, F. Garcia, J.-P. Boulenger, M.-C. Gely-Nargeot. « La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique: Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight ». *L'Encéphale*, Volume 34, Issue 6, 2008. 597-605.
15. Metzger JY. « Psychose débutante, psychose aiguë, et après ? » *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique. 1 mai 2001 ; 159(4):296-301
16. Masson A., Dubois V., Gillain B., Stillemans E., Mahieu B., Dailliet A., Servais L., Meire I. « Les rechutes psychotiques dans la schizophrénie ». *Supplément à Neurone*. 2002 ; Vol 7 N°6
17. Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. « A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia ». *New England Journal of Medicine* 2002;346(1):16-22.
18. Robinson D, Woerner MG, Alvir JMJ. « Predictors of Relapse Following Response from a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder ». *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56 : 241-247.
19. T. Bottai, I. Cotton, A. Drigeard, V. Vaglio. « Les prodromes des rechutes schizophréniques. » *L'Encéphale*, 2009.
20. « Actualités. Aspects cliniques et économiques des rechutes dans la schizophrénie 27^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique Lille, 25 septembre 2007. Symposium Janssen-Cilag ». *L'information psychiatrique* 84, n° 10. 2008 : 949-54.
21. Lecardeur, L. La qualité de vie en schizophrénie. *L'Encéphale*, 41(4), 2015. 373–378.
22. Palazzolo J. « Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie : des neuroleptiques aux APAP ». *Annales Médico-Psychologiques* 167 2009. 308–317
23. Soler C., Andlauer O., Sechter D. « 6. Qualité de vie et troubles schizophréniques », Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques*. Lavoisier, 2012, pp. 58-66.
24. Zouari, L., J. Ben Thabet, Z. Elloumi, M. Elleuch, N. Zouari, et M. Maâlej. « Qualité de vie des malades atteints de schizophrénie : étude de 100 cas ». *L'Encéphale* 38, n° 2. 2012 : 111-17.
25. Leguay D., Rouillon F., Azorin J.-M., Gasquet I., Loze J.-Y., Arnaud R., Dillenschneider A. « Évolution de l'autonomie sociale chez des patients schizophrènes selon les prises en charge. L'étude ESPASS », *L'Encéphale*. 36(5), 0-407, 2010.
26. Ailam L., Rchidi M., Tortelli A., Skurnik N. « Le processus de désinstitutionalisation ». *Annales Médico-Psychologiques*. 167. 2009 : 455–458

27. Clesse C., Lighezzolo-Alnot J., Salime S., Dumand I., Savini C., Decker M. « Globalisation des politiques de santé et psychiatrie française : enjeux et impacts ». *L'Evolution Psychiatrique*. 2017
28. Petitjean F. « Les effets de la psychoéducation ». *Annales Médico-Psychologiques*, 169(3), 0–187, 2011.
29. Sauvanaud F., Kebir O., Vlasie M., Doste V., Amado I., Krebs M.-O. « Bénéfice d'un programme d'éducation thérapeutique agréé sur la qualité de vie et le bien-être psychologique de sujets souffrant de schizophrénie ». *L'Encéphale*, 2016.
30. Code de Santé Publique : arrêté du 5 Juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Annexe I :
https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf.
Consulté le 06/01/2021
31. Ordre des ergothérapeutes du Québec, « L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne, adulte » 2009.
32. Organisation Mondiale de la Santé, « Education Thérapeutique du Patient, Programmes de formation continue de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandation d'un groupe de travail de l'O.M.S. ». 1998
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf. Consulté le 06/01/2021
33. République Française. Légifrance :
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>. Consulté le 03/02/2021.
Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022664533/>. Consulté le 03/02/2021.
Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022664557/>.
Consulté le 03/02/2021.
Décret n° 2020-1832 du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845656>.
Consulté le 03/02/2021.

Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845767>. Consulté le 03/02/2021

34. Hernandez H. « Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation » De Boek, 2016.
35. P. Thomas. « Les rechutes : causes et conséquences ». *L'Encéphale* 4099, n° 1002. 2013 : S73.
36. HAS. Recommandations HAS, éducation thérapeutique du patient, définitions, finalités et organisation. HAS; 2007.
37. Celhay M., Mercier C., Gossay L., Saint-Martin F., Godart P. « La mise en place d'une unité transversale dédiée à l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie à Pau ». Congrès Français de Psychiatrie, European Psychiatry. 29. 2014 : 645–676
38. Di Paolo J., Paumier C., Pollet C., Duc N., Augeraud E. « Programme d'éducation thérapeutique ARSIMED® : première évaluation du module destiné aux familles. » Congrès français de psychiatrie, European Psychiatry 30S. 2015 : S102–S161.
39. Augeraud E., Paumier C., Pollet C. *Le programme ARSIMED® dans les schizophrénies. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 2015 : 101–105.
40. Retour d'expériences : programme d'éducation thérapeutique ARSIMED, 4èmes Journées du Réseau PIC 20 et 21 septembre 2012, Lille, faculté de médecine H Warembourg, pôle recherche.
http://www.reseau-pic.info/meetings/2012_Lille/Interventions/Retour%20d_experiences.pdf. Consulté le 13/02/2021
41. Vilatte, J. C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. *Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon*.
42. Formation en éducation thérapeutique du patient des IFE :
<http://www.ifergo-berck.com/dossier/IFE%20Projet%20pedagogique.pdf> [En ligne]
<http://www.siteuniversitaire-alencon.fr/etablissement/ifres> [En ligne]
<http://www.ergo-nancy.com/projet-pedagogique.php> [En ligne]

<https://ecoles-instituts.chu->

[toulouse.fr/images/ecoles/IFE/Projet Pdagogique IFE synthse 2020 .pdf](https://ecoles-instituts.chu-toulouse.fr/images/ecoles/IFE/Projet_Pdagogique_IFE_synthese_2020_.pdf) [En ligne]

Consultés le 21/03/2021

43. Duval J., Coyette F., Seron X. « Rééducation neuropsychologique de l'administrateur central de la mémoire de travail : présentation d'un programme multifactoriel ». *La Lettre du Psychiatre* - Vol. III - n° 7. 2007.
44. Lithfous S., Després O., Dufour A. « Le vieillissement neurodégénératif : méthodes de diagnostic différentiel ». 2018
45. Inserm. « Les fonctions exécutives ». [En ligne]
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/10047/SKS_2012_FonctionsCognitives_08ch_OCR.pdf?sequence=27&isAllowed=y . Consulté le 11/04/2021
46. Etchepare A., et al. « Évaluer la cognition sociale chez l'adulte : validation préliminaire du Protocole d'évaluation de la cognition sociale de Bordeaux (PECS-B) », *Revue de neuropsychologie*, vol. volume 6, no. 2, 2014, 138-149.
47. Green M., Berend O., Crowley J., Penn D., Silverstein S. « Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference ». *Schizophrenia Bulletin*, Volume 31, Issue 4, 2005, 882–887
48. HAS « Plan pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 », [En ligne].
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf . Consulté le 14/04/2021.
49. Goyet V., Duboc C., Voisinet G., Dubrulle A., Boudebibah D., Augier F., Franck N. « Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie », *L'évolution psychiatrique* 78, 2013. 3–19.
50. Duprez M. « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle ». *L'Information psychiatrique* 2008 ; 84 : 907-12.
51. Franck N. « Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères ». *Rhizome*, 2017, N° 65-66, 10-11.
52. Pachoud, B. . « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes ». *L'information psychiatrique*, 4(4), 2012, 257-266.
53. Koenig-Flahaut, M., Castillo, M., Schaer, V., Le Borgne, P., Bouleau, J. & Blanchet, A.. « Le rétablissement du soi dans la schizophrénie ». *L'information psychiatrique*, 4(4), 2012, 279-285.

54. Franck N. « Traité de Réhabilitation Psychosociale ». Elsevier Health Sciences, 2018.
55. HAS [En ligne] : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf. Consultée le 16/04/2021
56. Décret n°2017-1200 du 27 Juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : article R. 3224-6.I [En ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389> Consulté le 16/04/2021
57. Franck N. « Remédiation cognitive en psychiatrie ». Elsevier Masson, 2012.
58. Franck N. « Remédiation cognitive dans la schizophrénie ». EMC Psychiatrie, 2014, vol.11, n°2.
59. Gremaud K, Millán D, Brana A, Nguyen A, Favrod J. « Développer les habiletés ». Santé Mentale. 2013, 183.
60. Hervieux C, Bastien-Toniazzo M, Lancon C, Gendron A.-M, Martano B, Umido G. « Un nouveau programme de Réhabilitation Sociale PRACS (Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales) ». L'Encéphale, 2009.
61. Khazaal Y, Favrod J. « « Michael's game » Une approche cognitive ludique des troubles psychotiques ». Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2012.
62. Brulin-Solignac D, Bouchard, J.-P. « L'éducation thérapeutique de patients souffrant de schizophrénie ayant commis ou pouvant commettre un ou des passage(s) à l'acte dangereux. » Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2019.
63. Catana A, Baudoux-Meunier A, Charpeaud T, Chéreau I, Denizot H, Gremeau I, Tronche A.-M, Martin M.-J, Cherillat M.-S, Llorca P.-M, Jalenques I. « Intérêt de l'éducation thérapeutique chez les malades souffrant de schizophrénie : le programme SCHIZ'EDUC ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2015, 173(1), 97–100.
64. HAS, « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. » Guide méthodologique, 2007.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf. Consulté le 23/04/2021
65. Deegan, Patricia E. (1997). *Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. Social Work in Health Care, 25(3), 11–24.*
66. GRESM. « Ergothérapie en Santé Mentale : Enjeux et Perspectives. » ANFE, 2016
67. Bourgeois E, Chapelle G. « Chapitre 8. Le transfert des apprentissages ». Apprendre et faire apprendre, Presses Universitaires de France. 2011

68. Sutton D. Bejerholm U. Eklund M. « Empowerment, self and engagement in day center occupations: a longitudinal study among people with long-term mental illness ». *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2017.
69. Launois M. « Relation médiatisée », Ergopsy [En ligne]
<http://www.ergopsy.com/relation-mediatisee-a613.html#:~:text=Etablir%20une%20relation-Relation%20m%C3%A9diatis%C3%A9e,d'%C3%AAtre%20et%20de%20pr%C3%A9sence.&text=La%20notion%20de%20transitionnalit%C3%A9%20chez,et%20travailler%20avec%20une%20m%C3%A9diation>. Consulté le 24/04/2021
70. MANIDI MJ. Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie. Lausanne : L'école d'études sociales de Lausanne ; 2005
71. Guihard J-P. « Interprofessionnalité ou interprovidence ? », *Journal d'Ergothérapie*. Décembre 1999
72. Conus, P., Polari, A. & Bonsack, C.. « Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne ». *L'information psychiatrique*, 2(2), 2010 : 145-151.
73. Favrod, J, Crespi S., Faust J.M., Polari A., Bonsack C. & Conus P « A psychoeducation tool for patients with first-episode psychosis ». *Acta Neuropsychiatrica*, 2011; 22, 2:75-77
74. Centre Hospitalier La Chartreuse. « Guide du CIPP ». 2016

Annexes

Annexe I : Questionnaire vierge.

Etat des lieux des pratiques éducatives en ergothérapie dans le cadre de la prévention des rechutes psychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Bonjour Mesdames, Messieurs,

Je suis Coline GIL, étudiante en 3ème année d'étude à l'IFE de Berck-sur-Mer.

Suite à mes recherches portant sur l'inscription de l'ergothérapeute dans une démarche de prévention des rechutes chez les patients souffrant de schizophrénie suite à leur première décompensation, ma question d'étude s'est dirigée vers les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes en termes d'éducation thérapeutique du patient, dans le cadre de la prévention des rechutes chez les personnes souffrant de schizophrénie.

En vue de fournir des éléments de réponse à cette question, j'ai créé un questionnaire à destination des ergothérapeutes diplômé.e.s d'état, travaillant en santé mentale. Ce questionnaire tend à réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques de ces professionnel.le.s.

Ce travail, encadré par Mme VASSEUR Sylvie (ergothérapeute DE), est d'une durée de remplissage d'environ 20 à 25 minutes et est composé de 5 rubriques. Vos données seront traitées dans le respect de votre anonymat et votre participation est entièrement libre, sans dédommagement et peut être interrompue à tout moment.

Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à mon projet et pour vos retours.

Veuillez agréer, Messieurs, Mesdames, l'expression de mes sentiments distingués,
GIL Coline.

***Obligatoire**

1. Déterminez-vous le diplôme d'état d'ergothérapeute et exercez-vous en santé mentale ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non *Passer à la question 32*

A.
L'ergothérapeute.

Cette rubrique a pour but de cartographier les professionnels selon leur âge, leur nombre d'années d'exercice et leur secteur d'activités.

2. A1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- 18 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 59 ans
- 60 ans et plus

3. A2. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé.e.s ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- Entre un et 2 ans
- Entre 2 et 4 ans
- Entre 4 et 7 ans
- Entre 7 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Depuis 15 ans ou plus

4. A3. Depuis combien de temps exercez-vous en santé mentale ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- Entre un et 2 ans
- Entre 2 et 4 ans
- Entre 4 et 7 ans
- Entre 7 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Depuis 15 ans ou plus

5. A5. Dans quel service exercez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Service d'hospitalisation
- UMD
- CATTP
- Hôpital de jour
- SAMSAH
- SAV
- Milieu libéral
- Centre de réhabilitation psychosociale
- CMP

Autre : _____

B. La schizophrénie.

Cette rubrique permettra de répertorier les principaux facteurs de rechutes psychotiques chez les patients souffrant de schizophrénie pris en compte par les ergothérapeutes et de comprendre la place de cette profession dans ce cadre.

6. B1. Faites un classement des facteurs causant le plus de rechutes psychotiques selon vous.

1 le plus fort à 5 le plus faible facteur de rechute.

Plusieurs réponses possibles.

	1	2	3	4	5
La consommation de drogue et/ou d'alcool	<input type="checkbox"/>				
Une mauvaise observance médicamenteuse	<input type="checkbox"/>				
Un défaut d'insight (= conscience des troubles)	<input type="checkbox"/>				
Un environnement psychosociale défavorable	<input type="checkbox"/>				
Autre	<input type="checkbox"/>				

7. B2. Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente (B1), veuillez préciser.

8. B3. Selon vous, les rechutes psychotiques sont-elles des éléments importants à prendre en compte dans la prise en charge des patients schizophrènes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

9. B4. L'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention des rechutes dans la schizophrénie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

10. B5. Selon vous, par quelles techniques/outils l'ergothérapeute intervient-il dans la prise en charge de la prévention des rechutes psychotiques ? *

Plusieurs réponses possibles.

- En permettant aux sujets de trouver un domaine / une activité qui l'intéresse
 Grâce à l'ETP
 Grâce à des mises en situation
 En travaillant l'insight (= conscience des troubles)
 En travaillant les capacités d'adaptation et les habiletés sociales
 En renforçant de l'estime de soi
 Grâce au maintien / à la création de lien sociale

Autre : _____

C. L'éducation thérapeutique du patient.

Dans cette rubrique, nous passerons en revue les connaissances qu'on les ergothérapeutes en termes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'expérience qu'ils ont avec les formations en ETP. Mais nous tenterons également de classer leurs pratiques relatives aux ETP et notamment au programme ARSIMED®.

11. C1. Selon vous, qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient ? *

12. C2. Pensez-vous que l'ETP est une pratique pouvant prévenir le risque de rechute psychotique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. C3. Avez-vous suivi une formation en ETP lors de votre formation professionnelle à l'institut de formation en ergothérapie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 23*

14. C4. Avez-vous suivi une formation en ETP après avoir été diplômé.e.s ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 23*

Si vous avez répondu "Non" aux questions précédentes (C3 et C4), vous pouvez reprendre le questionnaire à partir de la question C8.

15. C5. Veuillez préciser la/les formation.s en ETP que vous avez suivie.s.

Plusieurs réponses possibles.

Schiz-Educ

Profamille

ARSIMED

Autre : _____

16. C6. Utilisez-vous l'ETP dans la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

17. C7. Utilisez-vous l'ETP dans la prise en charge de la prévention des rechutes psychotiques ?

Une seule réponse possible.

Jamais

Ponctuellement

Régulièrement

18. C8. Connaissez-vous le programme ARSIMED® ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

19. C9. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente (C9), indiquez si vous utilisez le programme ARSIMED® ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. C10. Maintenant que vous avez un aperçu du programme ARSIMED®, pensez-vous qu'il aurait un intérêt dans vos prises en charge ? *

Le programme d'éducation thérapeutique du patient ARSIMED®, dit « Les Ateliers Aider à Reconnaître les Signes de la maladie et des MEDicaments » a été créé par les équipes multi- et interdisciplinaires du centre hospitalier des Pyrénées à Pau et de l'EPSM Lille-Métropole à Armentières. Centré sur la schizophrénie, l'action de ce programme est également de pérenniser l'éducation de l'entourage du malade. Ce programme répond à la définition de l'éducation thérapeutique du patient de l'O.M.S., aux critères de qualité de l'H.A.S. et il s'inscrit dans une prise en charge globale du patient. ARSIMED® comporte trois modules : « Je reconnais ma maladie », « Je prends un traitement psy » et « Aider celui qu'on aime ». Les deux premiers modules sont destinés aux patients et le troisième, à la famille. « Je reconnais ma maladie » permet de travailler les habiletés nécessaires pour reconnaître les symptômes de la maladie ainsi que les facteurs déclenchant. « Je prends un traitement psy » concerne le savoir autour du traitement, des médicaments, de leurs bénéfices et de savoir demander de l'aide en cas de besoin. « Aider celui qu'on aime », destiné à la famille, aborde la pathologie, ses traitements, la communication avec le malade, les situations difficiles, leur gestion et celle du stress. ARSIMED® utilise diverses techniques comme la pratique de jeux de rôle, le visionnage de vidéos, de résolution de problèmes et des exercices pratiques. Il suit les quatre étapes de l'ETP : la phase du diagnostic éducatif, la phase de personnalisation du programme en fonction des besoins du patient, la phase de mise en œuvre du programme et la phase d'évaluation des acquis.

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

21. C11. Si vous avez répondu "Non" aux questions C10 et C12, pouvez-vous détailler succinctement votre réponse.

22. C12. Connaissez-vous des programmes d'éducation thérapeutique pour le patient destinés à un public souffrant de schizophrénie ? *

Une seule réponse possible.

- PRACS
 Remédiation cognitive
 Autre : _____

D. Les interventions à visées éducatives.

Si vous n'êtes pas formé.e.s à l'éducation thérapeutique du patient ou que vous ne pratiquez pas cette technique, vous intégrez peut-être à vos prises en charge des interventions à visées éducatives. Dans le but d'éduquer le patient aux différents aspects de sa maladie et de sa gestion, ces séances ne sont en revanche pas codées comme de l'éducation thérapeutique. Cette rubrique tend ainsi à expliciter les actes ergothérapeutiques en manière d'éducation à la santé et d'en comprendre les démarches.

23. D1. Pourquoi ne pratiquez-vous pas l'éducation thérapeutique du patient ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Je pratique cette démarche
- Je n'y suis pas formé.e
- Il n'y a pas de programme proposé par l'établissement
- Des essais ont été non concluant
- J'interviens avec des séances à visées éducatives

Autre : _____

24. D2. Intervenez-vous avec des séances à visée éducative dans la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

25. D3. Utilisez-vous des séances à visée éducative dans la prise en charge de la prévention des rechutes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

26. D4. Si vous avez indiqué "Oui" aux questions précédentes (D2 et D3), précisez la fréquence à laquelle vous pratiquez ces séances éducatives.

Une seule réponse possible.

- Ponctuellement
 Régulièrement

E. Les
bénéfices
des
pratiques.

Cette dernière rubrique, nous détaillerons les bénéfices observés apportés par les différentes pratiques éducatives chez les patients souffrant de schizophrénie. Nous tenterons ainsi d'établir un taux de patients chez qui les bénéfices ont été observés. Puis nous préciserons comment il serait possible d'améliorer ce pourcentage mais surtout par quel(s) facteur(s) il est influencé.

27. E1. Observez-vous des bénéfices chez les patients souffrant de schizophrénie bénéficiant d'interventions éducatives ou d'un programme d'ETP ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

28. E2. Quels bénéfices observez-vous dans vos prises en charge éducatives (ETP ou séances à visées éducatives) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Une augmentation de l'insight (= conscience des troubles)
 Une meilleure observance thérapeutique (pharmacologique et non pharmacologique)
 L'augmentation de la qualité de vie subjective des patients
 Une meilleure gestion de la maladie par le patient et/ou son entourage

Autre : _____

29. E3. Selon vous, comment serait-il possible d'obtenir davantage de bénéfices auprès des patients souffrant de schizophrénie ? *

30. E4. Pour vous, quels facteurs relatifs aux patients réduiraient les bénéfices des prises en charge éducatives (ETP ou séances à visées éducatives) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Un manque d'adhésion du patient à sa prise en charge éducatives
 Des troubles cognitifs persistants
 L'apparition "d'effets secondaires" indésirables

Autre : _____

31. E5. D'après vous, quels facteurs relatifs aux soignants réduiraient les bénéfices des prises en charge éducatives (ETP ou séances à visées éducatives) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Des objectifs d'interventions sous-estimés
 Des objectifs d'interventions surestimés
 Des moyens de communication inadaptés

Autre : _____

Merci
d'avoir
participé
à cette
étude !

Si vous le souhaitez, les résultats de cette étude, après évaluation par le jury de soutenance, pourront vous être transmis. Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : colinegil@gmail.com, par téléphone au 06 [REDACTED] ou en inscrivant votre adresse mail dans la question suivante.

32. Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, inscrivez votre adresse mail :

33. Avez-vous des précisions à apporter à cette étude ?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

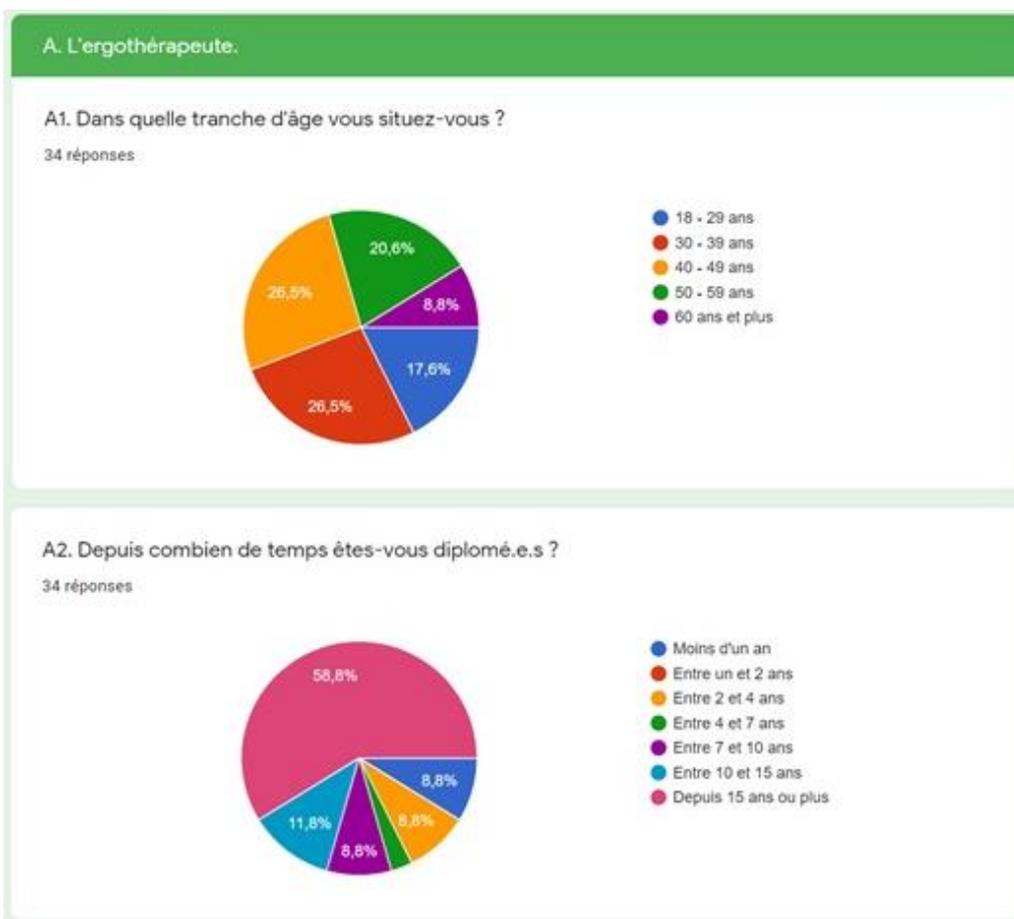
Google Forms

Annexe II : Questionnaires retournés

Partie 1 :

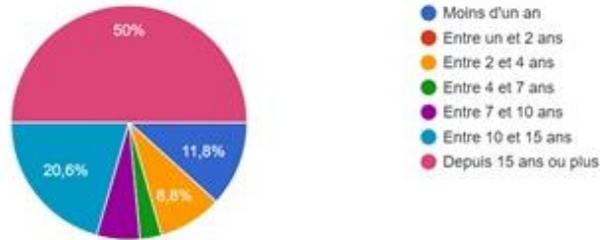


Partie 2, L'ergothérapeute :



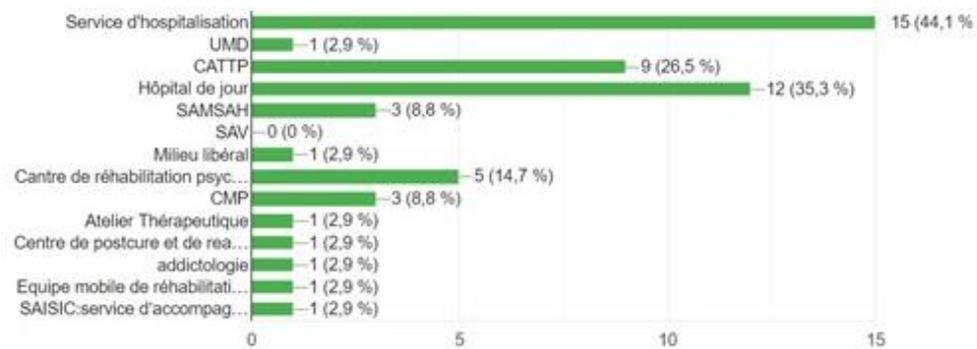
A3. Depuis combien de temps exercez-vous en santé mentale ?

34 réponses



A5. Dans quel service exercez-vous ?

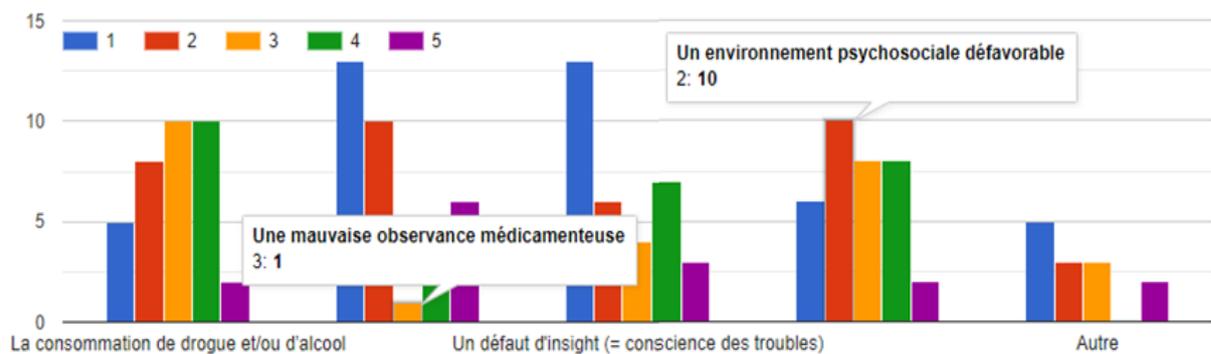
34 réponses



Partie 2, La schizophrénie

B. La schizophrénie.

B1. Faites un classement des facteurs causant le plus de rechutes psychotiques selon vous.



B2. Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente (B1), veuillez préciser.

11 réponses

Événement de vie (deuil, perte d'un travail...)

Une non acceptation de la maladie et la volonté d'essayer une fenêtre thérapeutique sans être accompagné du fait des effets négatifs des traitements notamment sur la libido+++

survenue d'un changement dans la vie du patient, comme décès dans la famille, changement de médecin psychiatre référent, changements dans l'équipe soignante.

Un manque d'accompagnement dans le processus de rétablissement

rupture familiale, décès etc...

Un équilibre occupationnel fragile

Les troubles cognitifs

apragmatisme

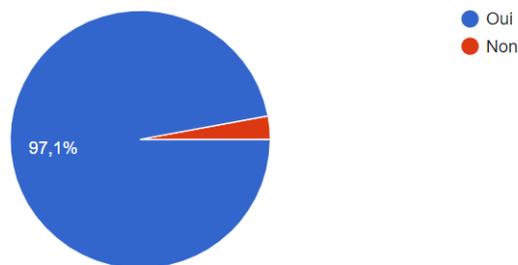
Événements du type deuil, rupture amoureuse, etc.

élément déclenchant, événement de vie...

non adhésion aux soins non médicamenteux

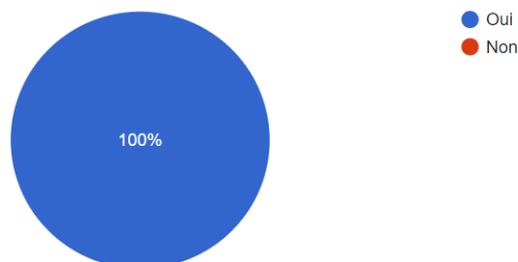
B3. Selon vous, les rechutes psychotiques sont-elles des éléments importants à prendre en compte dans la prise en charge des patients schizophrènes ?

34 réponses



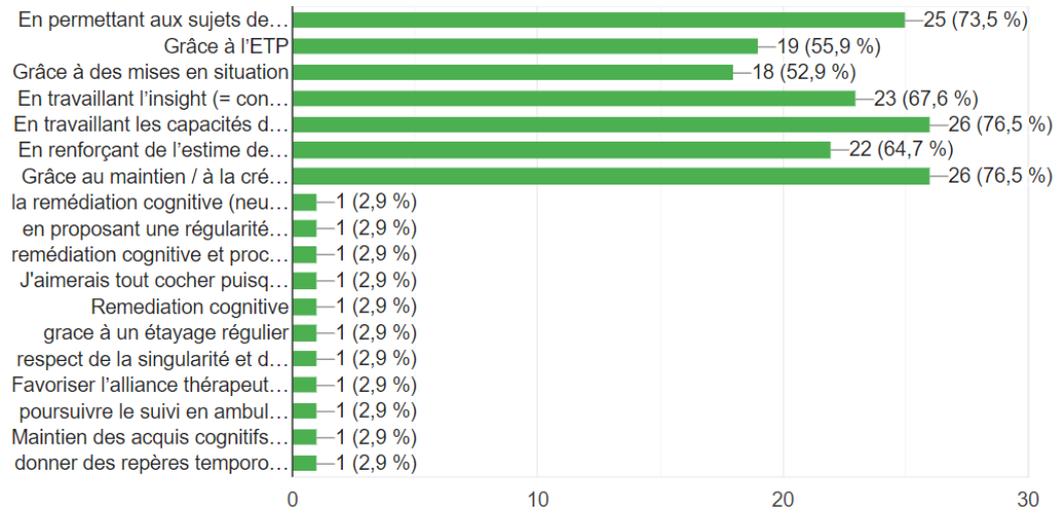
B4. L'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention des rechutes dans la schizophrénie ?

34 réponses



B5. Selon vous, par quelles techniques/outils l'ergothérapeute intervient-il dans la prise en charge de la prévention des rechutes psychotiques ?

34 réponses



Partie 2, l'éducation thérapeutique du patient :

C. L'éducation thérapeutique du patient.

C1. Selon vous, qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient ?

34 réponses

Eduquer le patient sur sa maladie , le traitement , la prévention etc..

Programme d'accompagnement éducatif et thérapeutique permettant aux patients d'acquérir des connaissances sur leur pathologie et des compétences leur permettant de devenir acteur de leur prise en soins.

c'est partir des demandes du patient, afin de résoudre au mieux ses problématiques.

c'est travailler en collaboration avec le patient (expert de sa maladie) afin qu'il puisse identifier quels sont ses troubles et comment vivre avec et quel sont les éventuels signes d'alertes mettant en exergue un bien être altéré

programme qui permet un accompagnement du patient dans les activités de la vie quotidienne sous forme d'explications, d'exercices d'entraînement aux habiletés sociales.

Accompagner le patient dans le développement de compétences d'autosoin et d'adaptation pour diminuer l'impact de la maladie et augmenter la qualité de vie.

Accompagner la personne vers une meilleure connaissance de sa maladie (chronique) et de son fonctionnement

Lui apprendre qu'elle est sa maladie et les symptômes, les signes avant-coureurs d'une rechute

Un programme d'aide au patient, (en lien avec la famille) afin de connaître la maladie et les incidences au quotidien afin de favoriser le maintien de la personne sur l'extérieur.

c'est transformé un IDE en ergo, même boulot, même objectif

C'est souvent sous forme d'un programme, applicable en groupe ou en individuelle, composé de plusieurs ateliers sur le thème commun d'une pathologie. Cette démarche d'ETP permet aux patients atteints d'une maladie d'en comprendre les principes, les symptômes, les répercussions sur le quotidien, l'évolution de la maladie, etc. Le principe est de faire des patients, des "sachants", acquérir des compétences qui les aident dans leur quotidien et dans le vécu de la maladie.

Accompagner le patient à mieux connaître sa maladie, savoir comment elle se manifeste pour lui (comprendre ses symptômes), et quels sont les moyens efficaces pour lui, qui lui permettent de mieux vivre avec sa pathologie

L'ETP est un programme pluriprofessionnel proposant plusieurs activités de groupe majoritairement visant à responsabiliser une personne atteinte d'une maladie. L'idée est qu'elle puisse comprendre sa maladie et ses traitements, mais également identifier les stratégies adaptées et personnalisées à sa situation pour vivre avec et auto-gérer sa maladie.

Connaître sa maladie et son fonctionnement pour pouvoir mieux vivre avec et viser le rétablissement

du comportementalisme

En santé mentale, c'est une nouvelle manière d'impliquer la personne dans les prises de décision concernant sa maladie. La personne fait part de ses expériences de vie et les partage. Elle comprend mieux le pourquoi des choses et devient "compétente". Elle peut donc mieux agir sur son environnement social et/ou professionnel. Elle devient force de proposition.

L'ETP est une forme de travail qui se centre sur le patient et ses compétences. L'idée globale est de permettre aux personnes de pouvoir échanger entre eux au sujet de leurs stratégies, de leur façon de vivre leur souffrance psychique, de leurs vécus au quotidien.

L'ETP est trop souvent, à mon goût, confondue avec une éducation assez scolaire, de type transmission d'informations, avec des programmes prévus à l'avance et dans lesquels les patients doivent "rentrer". Il ne s'agit pas uniquement de donner des informations aux personnes mais de les aider à entrer dans une dimension d'auto-détermination.

Donc s'inscrire dans un protocole fait pour "tout le monde", ne permet pas pleinement, à mon sens de donner une position de sujet et pas une position "personne souffrant de telle ou telle pathologie". Les protocoles certes rassurent les thérapeutes et leur donnent l'impression d'accomplir quelque chose de structuré et de cadré. Mais pour avoir vu des patients schizophrènes revenir de groupe de psycho-éducation, tout à fait capables de décrire les symptômes positifs ou négatifs de la schizo, mais ne se sentant pas concernés par cette pathologie, cela m'a donné à réfléchir sur la tendance à vouloir trop organiser ces groupes.

Le fait de permettre à la fois un sentiment d'identité personnelle (et pas que de malade) et un sentiment d'inclusion sociale dans un groupe, cela ne va pas avec l'idée, pour moi, d'un protocole prévisible à l'avance. Il est en effet important de favoriser la constitution d'un groupe de pairs, qui vont pouvoir cheminer ensemble, dans le respect de leur rythme et de leurs besoins. Ainsi, ils pourront avoir le sentiment de co-créer quelque chose entre eux et avec le ou la thérapeute, le sentiment d'agir sur leurs propres outils de thérapie, la possibilité de découvrir une méta-position.

A quand un protocole ou un programme fait par des patients eux-mêmes???

Transmission de connaissance de technique permettant au patient d'acquérir une autonomie dans la gestion de son trouble

je ne sais pas

amener le patient à connaître et reconnaître sa maladie, avoir des outils pour vivre avec (connaissance des traitements, repérage des symptômes, stratégies, hygiène de vie, etc...) en s'appuyant sur ses points forts et un entourage soutenant

Une démarche qui met à disposition du patient des informations concernant directement ou indirectement sa santé et offre un espace de paroles

Donner au patient les informations et les outils pour que celui-ci puisse être acteur de sa prise en charge et par conséquent augmenter l'autonomie au quotidien

Un ensemble de stratégies et de moyens pour aider la personne à développer ses compétences dans la maladie chronique.
Posture neutre et bienveillante.

une méthode d'apprentissage et d'auto-apprentissage du patient sur différents thèmes notamment la pathologie elle-même

Il s'agit de donner à la personne des billes et des outils pour mieux se connaître et trouver ses propres solutions pour gérer les situations difficiles.

Apprentissage en groupe ou individuellement de compétences en s'appuyant sur les connaissances des personnes

aider le patient à prendre conscience de sa maladie, de ses symptômes et prodromes, de l'importance du respect du traitement, des personnes, institutions ou organismes auxquels s'adresser

de mon temps on ne nous l'a pas enseigné, je pense peut être à ce que le patient comprenne sa maladie et arrive à analyser ses symptômes pour éviter les rechutes

le développement de compétences d'auto soins et d'adaptation à la vie avec une pathologie.

Proposition de programme de psycho éducation (validé par l'ars sinon on ne peut appeler ça légalement de l'etp) dans l'idée de favoriser la connaissance de la maladie et de son impact par patient et ainsi favoriser son autonomie

Donner des outils au patient pour qu'il repère mieux ses symptômes, comprenne mieux l'intérêt du traitement,...

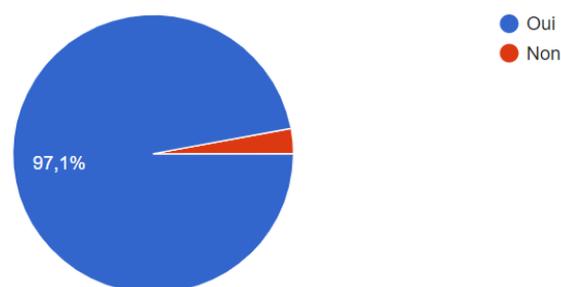
développer la connaissance de sa maladie, ses symptômes, son fonctionnement

Un groupe de parole visant à sensibiliser les patients sur la maladie chronique dont il souffrent et à leurs donner les clés pour vivre avec cette maladie au quotidien.

permettre au patient de connaître sa pathologie et les traitements possibles

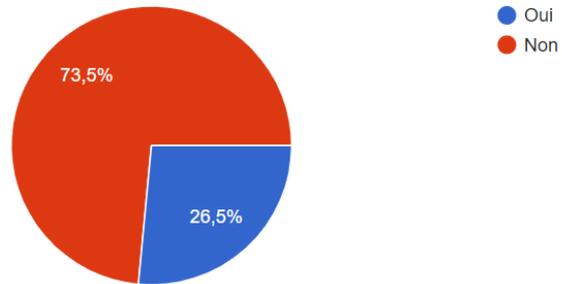
C2. Pensez-vous que l'ETP est une pratique pouvant prévenir le risque de rechute psychotique ?

34 réponses



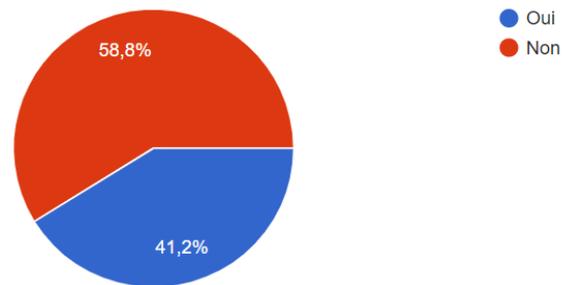
C3. Avez-vous suivi une formation en ETP lors de votre formation professionnelle à l'institut de formation en ergothérapie ?

34 réponses



C4. Avez-vous suivi une formation en ETP après avoir été diplômé.e.s ?

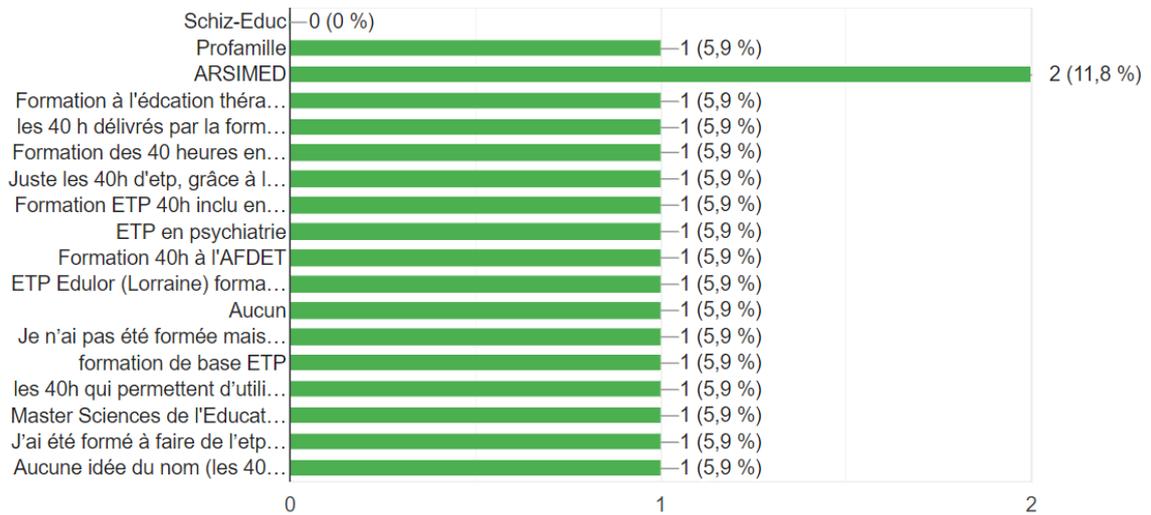
34 réponses



Si vous avez répondu "Non" aux questions précédentes (C3 et C4), vous pouvez reprendre le questionnaire à partir de la question C8.

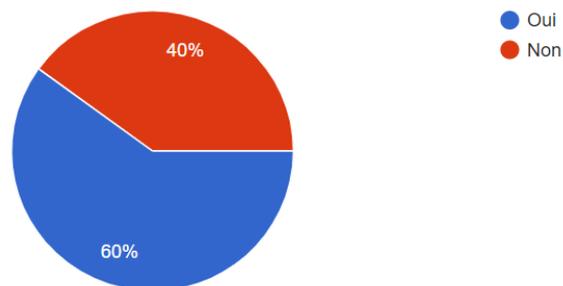
C5. Veuillez précisez la/les formation.s en ETP que vous avez suivie.s.

17 réponses



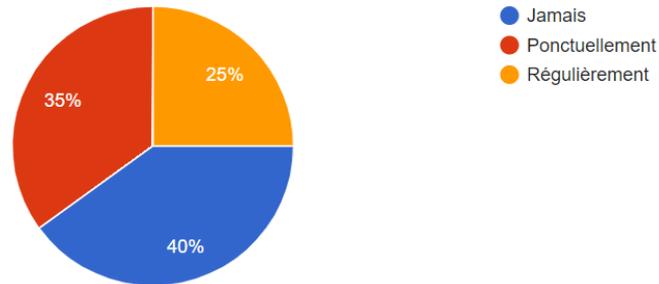
C6. Utilisez-vous l'ETP dans la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie ?

20 réponses



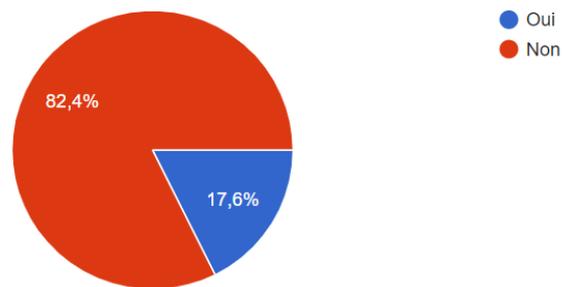
C7. Utilisez-vous l'ETP dans la prise en charge de la prévention des rechutes psychotiques ?

20 réponses



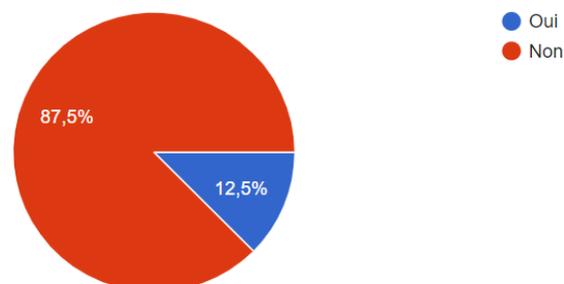
C8. Connaissez-vous le programme ARSIMED® ?

34 réponses



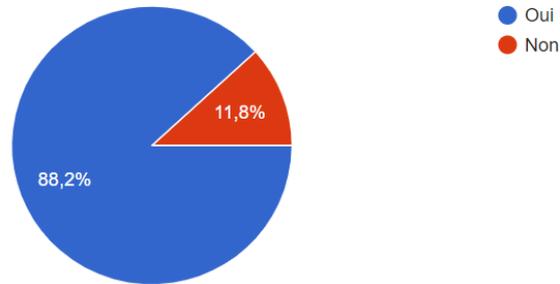
C9. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente (C9), indiquez si vous utilisez le programme ARSIMED® ?

8 réponses



C10. Maintenant que vous avez un aperçu du programme ARSIMED®, pensez-vous qu'il aurait un intérêt dans vos prises en charge ?

34 réponses



C11. Si vous avez répondu "Non" aux questions C10 et C12, pouvez-vous détailler succinctement votre réponse.

4 réponses

Car d'autres programmes d'ETP similaires sont déjà proposés à nos patients

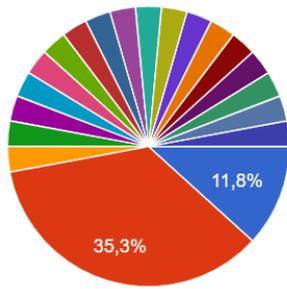
je ne peux pas réfléchir à l'utilité d'un programme juste avec sa définition.

Dans mon groupe "autonomie et projets" (voir site ergopsy.com) j'utilise une forme d'animation qui est pour moi proche de l'ETP, mais au sens défini au dessus. Nous n'avons pas de programme validé par l'ARS dans notre unité pour le moment. De plus en tant qu'ergo je ne trouve pas que la prise des traitements soit ce qui nous concerne le plus...restons centrés sur nos pratiques autour de nos activités de vie quotidienne et les médiations expressives!

la dimension éducative doit être intégrée à une approche thérapeutique pour être personnalisée et adaptée aux difficultés de la personne.

C12. Connaissez-vous des programmes d'éducation thérapeutique pour le patient destinés à un public souffrant de schizophrénie ?

34 réponses



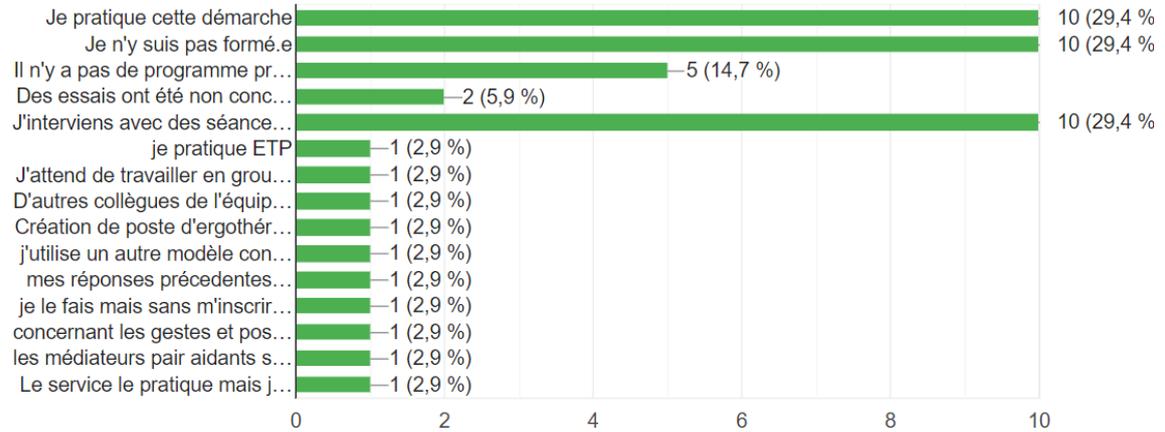
- PRACS
- Remédiation cognitive
- PRACS ,TIPPS, Remédiation cognitiv...
- je n'en connais pas
- PRACS et la remédiation cognitive, es...
- Mon poids, mon alimentation
- ce ne sont pas des programmes ETP
- Je ne connais pas le nom de notre pro...
- Remédiation cognitive = UN program...
- les 2
- Nous construisons actuellement nos s...
- Pracs, remédiation cognitive, MCT: util...
- Insight, ipt
- IPT, Michael's game, Schizo'vie, PEP's
- Je suis formée à PRACS et mes collè...
- PRACS, remédiations cognitives, IPT,...
- non
- La remédiation cognitive n'est pas de l'ept
- Les deux précédents (remédiation cognitive uniquement pour la schizophrénique ?) SCIT (habiletés sociales)
- question mal posée

Partie 2, les interventions à visée éducative

D. Les interventions à visées éducatives.

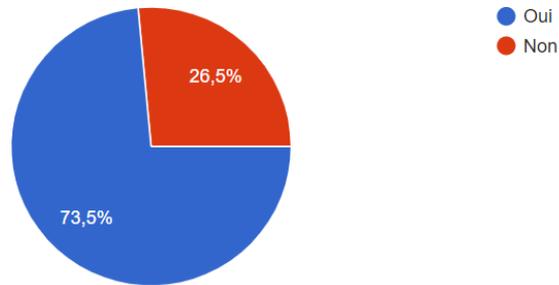
D1. Pourquoi ne pratiquez-vous pas l'éducation thérapeutique du patient ?

34 réponses



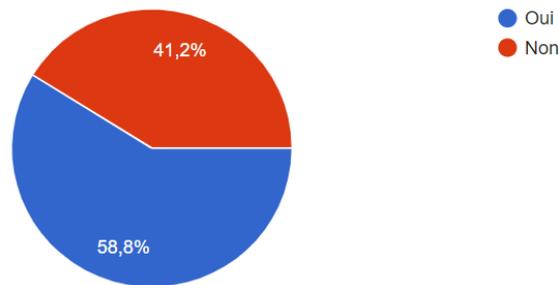
D2. Intervenez-vous avec des séances à visée éducative dans la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie ?

34 réponses



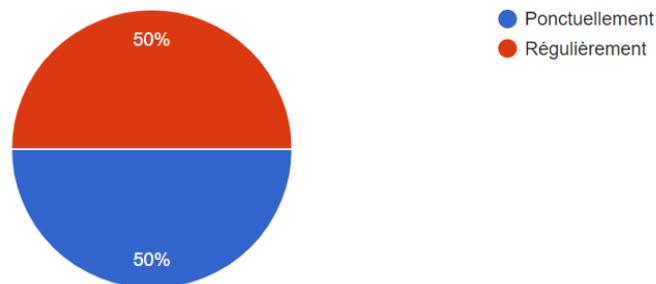
D3. Utilisez-vous des séances à visée éducative dans la prise en charge de la prévention des rechutes ?

34 réponses



D4. Si vous avez indiqué "Oui" aux questions précédentes (D2 et D3), précisez la fréquence à laquelle vous pratiquez ces séances éducatives.

26 réponses

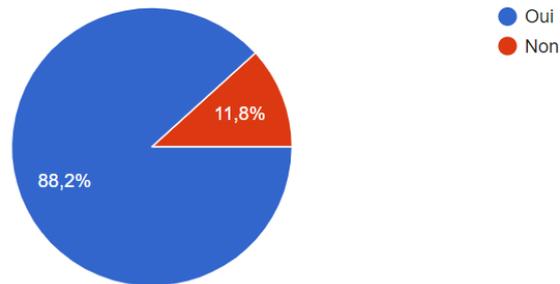


Partie 2, les bénéfices des pratiques

E. Les bénéfices des pratiques.

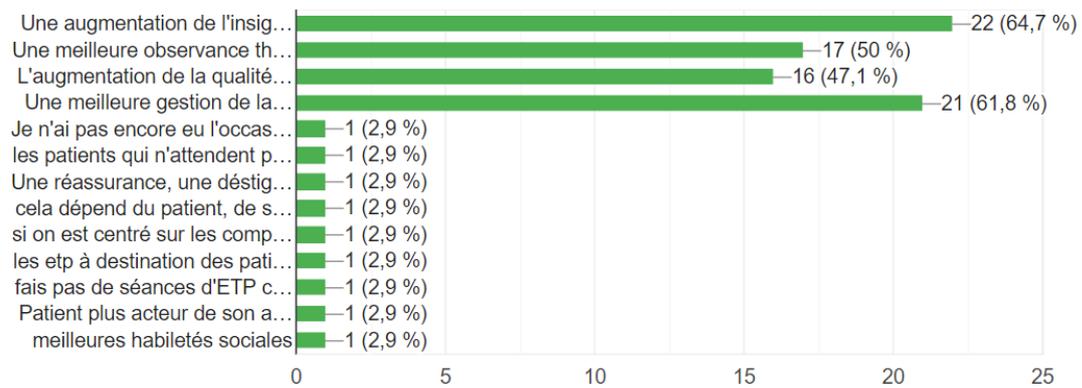
E1. Observez-vous des bénéfices chez les patients souffrant de schizophrénie bénéficiant d'interventions éducatives ou d'un programme d'ETP ?

34 réponses



E2. Quels bénéfices observez-vous dans vos prises en charge éducatives (ETP ou séances à visées éducatives) ?

34 réponses



E3. Selon vous, comment serait-il possible d'obtenir davantage de bénéfiques auprès des patients souffrant de schizophrénie ?

34 réponses

En les intégrant dans un contexte sociale adapté, leur aider a prendre autonomie sur leur quotidien,

Il semble également important de ne pas négliger la relation thérapeutique qui se met en place sur des temporalités parfois plus longues qu'un programme d'ETP.

plus de formations!

l'apport d'un pair aidant dans notre pratique a été très bénéfique

par un travail approfondi sur la relation thérapeutique et le cadre des soins.

Allier l'acquisition de connaissances théoriques à la mise en pratique dans la vie quotidienne, pour favoriser le transfert. Evoquer la maladie et le traitement, mais aussi l'impact de la maladie dans l'équilibre de vie et les activités de vie quotidienne

Utiliser davantage leur savoir expérientiel

En les considérant, pour qu'ils puissent mieux se connaître

Plus de groupe de travail avec les familles et la préparation à l'annonce du diagnostic

processus de rétablissement appris

Je pense qu'il faudrait former une plus grande partie de l'équipe de soin, pour que la démarche etp puisse se faire en tout temps, dès les hospitalisations, dès les premières décompensations, en indiv ou en groupe, favoriser la prise en charge précoce de la maladie, mais aussi lors des rdv IDE en CMP, ou au CAC. Faire en sorte que l'offre de soin soit démultipliée et accessible ! Et j'ajouterai d'avoir des programmes etp au plus proche des besoins des patients.

Avec du temps

Importance de rendre la personne actrice et de la laisser faire ses propres choix : surtout ne pas faire à la place de...

Un accompagnement global avec des soins de réhabilitation à visée de rétablissement avec de la remédiation cognitive, un accompagnement sur la réinsertion dans le monde du travail ordinaire, un accompagnement auprès des familles et puis le case management

Travailler son environnement social, de soin et matériel.

Le partage d'expérience régulier

se centrer sur les besoins des patients et pas un programme éducatif...et faire cela de façon ludique et coopérative avec les patients, pour inventer à chaque fois, quelque chose de différent et d'adapté à un groupe donné. Donner le choix aux patients entre plusieurs outils et qu'ils puissent se positionner en acteurs.

Travailler sur le sens du programme etp pour le patient et le proposer au bon moment

je ne sais pas

en s'appuyant sur la connaissance des patients et sur leur capacités

Plus de réactivité dès les premiers signes de rechutes

Faire de la remédiation cognitive, ce n'est pas encore réellement exploité dans notre secteur

Travailler sur le transfert et la généralisation des acquis dans le quotidien des personnes

un étayage régulier en plus d'un programme spécifique

Favoriser leur participation active et les impliquer dans chaque démarche

en pratiquant de la remédiation cognitive en amont

importance de la qualité lien thérapeute/patient

déjà il faudrait que je sois déjà formée

en cherchant à valoriser leurs suppléances.

Que les soignants soient formés à ce qu'est maladie mentale. La présence de mediateur santé pair dans les équipes Un contexte soci économique qui fassent que les patients ne se retrouvent pas à la rue, Des moyens dans les services de secteur pour accompagner les patients ?

Recueillant leur adhésion au préalable, avec la mcro par exemple

Ne pas voir par le "tout ETP" et continuer à proposer des prises en charge permettant au patient de trouver sa propre forme, son moyen d'expression privilégié

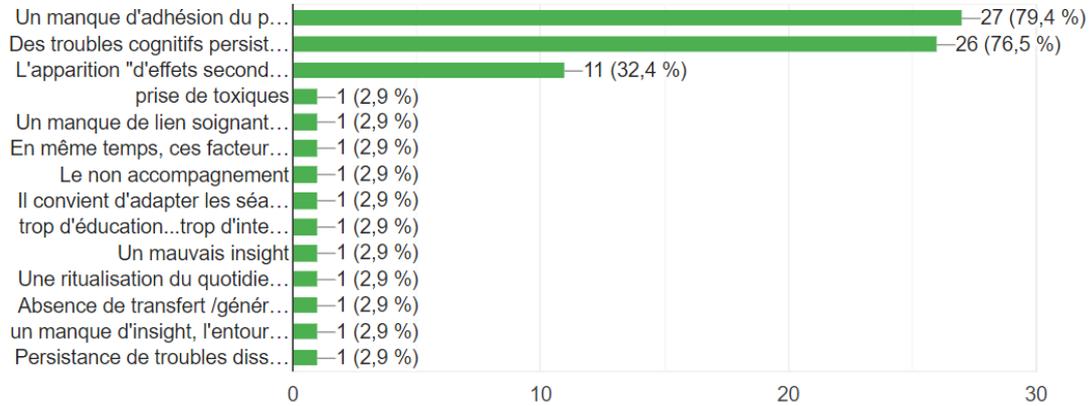
Sensibilisez les psychiatres à l'ETP, les intégrer à des séances, notamment avec la famille pour désacraliser le soin.

analyse clinique et travail interdisciplinaire

E4. Pour vous, quels facteurs relatifs aux patients réduiraient les bénéfices des prises en charge éducatives (ETP ou séances à visées éducatives) ?

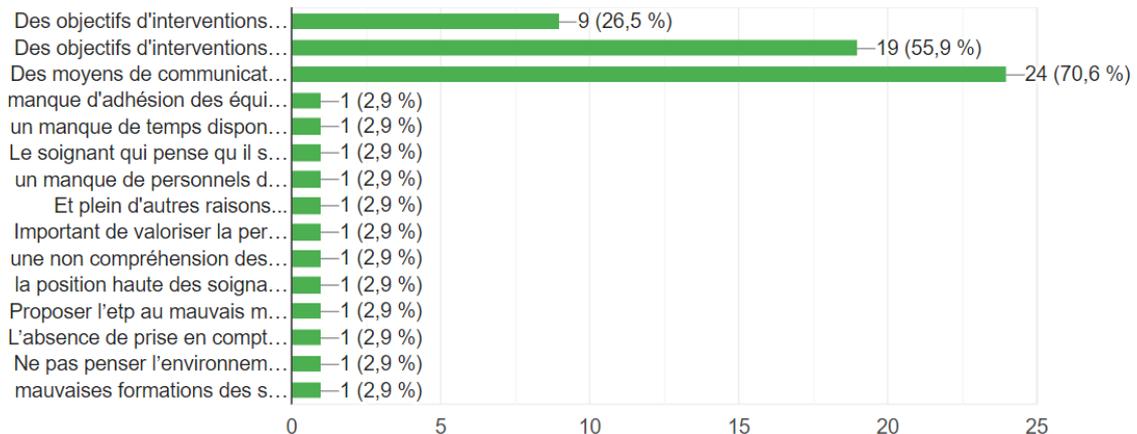


34 réponses



E5. D'après vous, quels facteurs relatifs aux soignants réduiraient les bénéfices des prises en charge éducatives (ETP ou séances à visées éducatives) ?

34 réponses



Partie 3

Avez-vous des précisions à apporter à cette étude ?

8 réponses

tel moi = contre sens : [REDACTED] réponses non répondues car fonctionne pas

Très intéressant comme sujet ! Si jamais j'ai malencontreusement saboté ton questionnaire en écrivant là où il ne faut pas, écris moi et je rectifierai le tir ! En même temps c'est frustrant pour une ergo psy de ne pas pouvoir écrire dans des p'tites cases pour expliquer ou donner le contexte. Un grand merci à toi, bon courage et vive les Berckoisés ! [REDACTED] (promo 2014/2017)

Faites attention aux quelques fautes d'orthographe dans votre questionnaire...

vos questionnaire est très étroit , il est surtout quantitatif. Je n'ai pas pu exprimer tout ce que je voulais dire et les réponses que j'aurais choisi ne se réduisent pas à un oui ou à un non. La prise en charge des personnes schizophrènes ne peut pas s'arrêter à un remplissage de cases et être réduites à un problème d'éducation. La prise en charge doit être signifiante et significative pour le patient aussi pas uniquement dans ce qui intéresse le soignant. Je pense également que l'éducation thérapeutique n'a pas plus sa place chez les ergothérapeute que chez n'importe quel soignant, il n'y a aucune spécificité ergo dans cette approche (pas plus qu'infirmière, aide soignant)

Je participe à des programmes d'ETP, de type auto-soins en relaxation (auto-massages, respiration, relax et hypnose) pour transmettre cela à des patients douloureux ou qui vont avoir une chirurgie bariatrique. Eux sont en capacité en peu de séances d'intégrer des exercices d'auto-soins et un état d'esprit qui va avec. Pour les patients schizophrènes, un vrai travail thérapeutique nécessite des mois voir des années, et l'ETP me semble être juste un simple outil, utilisable à certains moments, mais pas une forme de thérapie psychique qui reste nécessaire pour les patients.

Si tu peux, n'hésites pas à mettre une petite partie sur la différence entre la psycho éducation et l'ETP.

l'éducation thérapeutique est une démarche qui ne s'inscrit pas forcément dans un programme précis bien qu'ils soient vraiment très intéressants.

la question C11 m'a parut étrange, comment justifier de la non connaissance d'un programme, peut-être à reformuler.

je rappelle que je ne pratique pas moi même d'ETP à proprement parler visant à limiter les rechutes chez le patient schizophrène, même si je peux essayer d'en glisser quelques éléments via mes prises en charge. Certaines réponses sont donc plutôt de l'ordre de mes suppositions quand au sujet!

Annexe III : Figures

Figure 1 : Age des participants

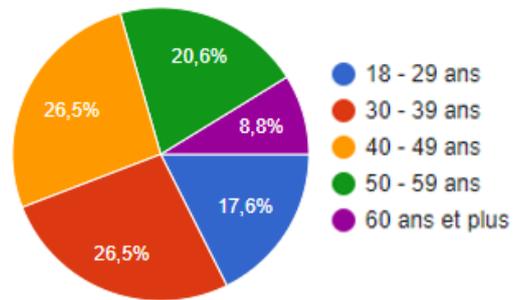


Figure 2 : Années d'obtention du Diplôme d'Etat

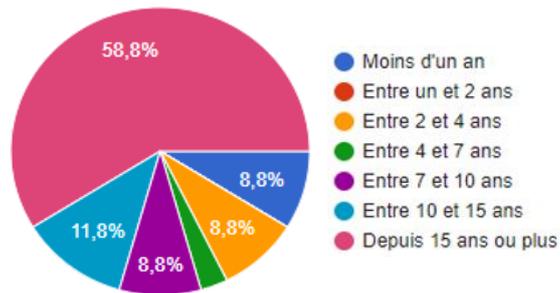


Figure 3 : Années d'expérience en santé mentale

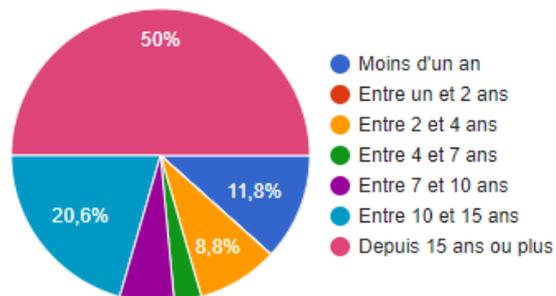


Figure 4 : Classement les facteurs de rechutes psychotiques

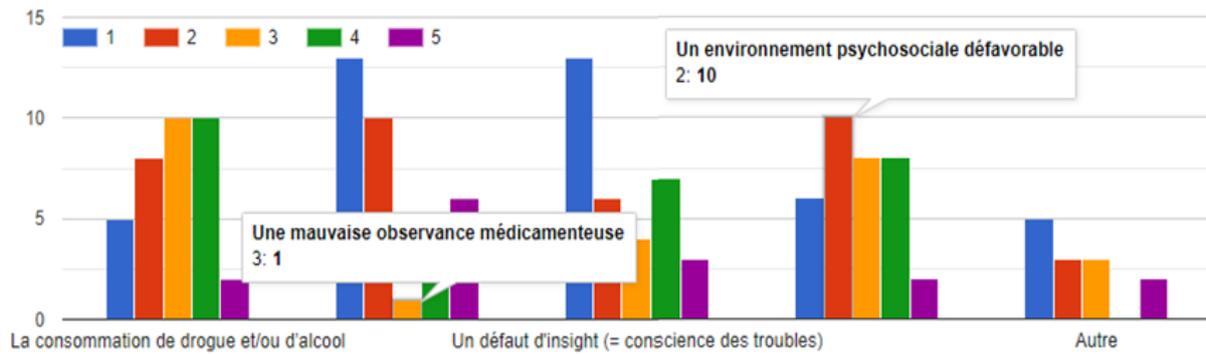


Figure 5 : Tableau des sommes des facteurs de rechutes psychotiques

Facteurs	Sommes
La consommation de drogue et/ou d'alcool	101
Une mauvaise observance médicamenteuse	78
Un défaut d'insight	80
Un environnement psychosocial défavorable	92

Figure 6 : Taux d'ergothérapeutes formés à l'IFE

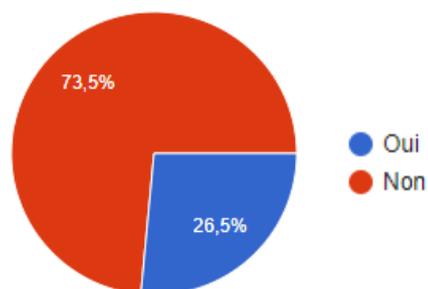


Figure 7 : Taux d'ergothérapeutes formés après le DE

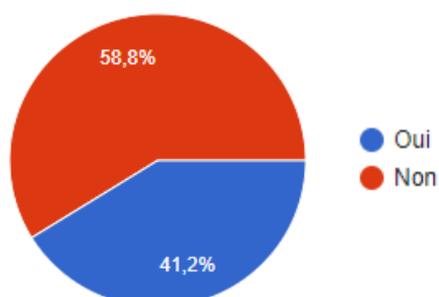


Figure 8 : Pratique de l'ETP dans les prises en charge préventives

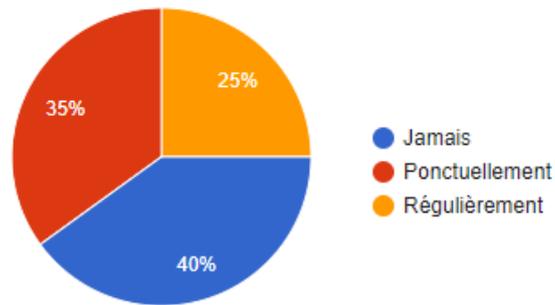


Figure 9 : Cause de la non utilisation de l'ETP

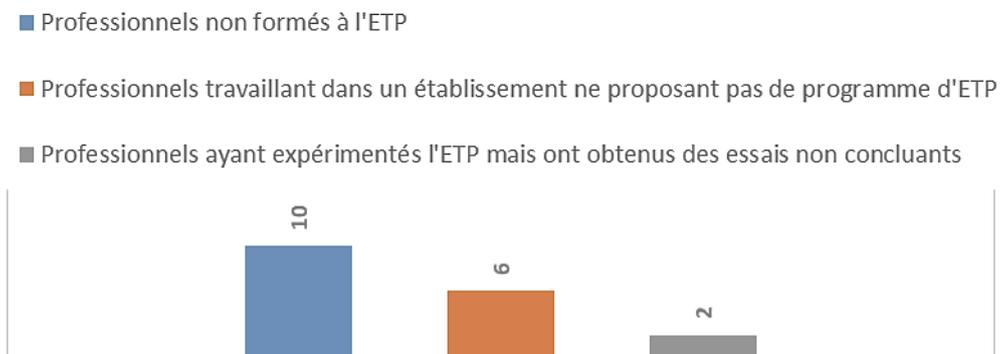


Figure 10 : Fréquence de l'utilisation des séances à visée éducative

