

SCHIZOPHRENIE ET MEDIATION EQUINE EN ERGOTHERAPIE : IMPACT SUR LA READAPTATION SOCIALE

Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention du
diplôme d'Etat en ergothérapie

PAULINE FLORES

Sous la direction d'ALICE TOULMOND

Juin 2022

Engagement sur l'honneur

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

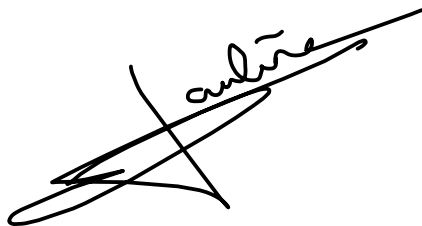
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

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

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

A Albi, le 30 mai 2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pauline', written over a horizontal line. The signature is stylized and includes a large, sweeping flourish that extends downwards and to the left.

Note aux lecteurs

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

Remerciements

Ce mémoire de fin d'étude représente un aboutissement de trois années d'études enrichissantes sur le plan professionnel et personnel.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma maîtresse de mémoire, Madame Alice TOULMOND, pour sa disponibilité, sa bienveillance, sa confiance, son soutien, son aide et ses encouragements tout au long de ce travail de fin d'étude.

Je tiens à remercier l'accompagnement de Mesdames Hélène HAVIN et Amandine IBANEZ, mes référentes en méthodologie de mémoire pour leur disponibilité et les conseils qu'elles ont pu m'apporter. Je veux également remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Créteil de m'avoir accompagnée pendant tout mon parcours.

Je souhaite remercier tous les professionnels rencontrés lors de ma formation et j'ai une pensée particulière pour Monsieur Yonel THERON.

Je remercie mes camarades et mes amis de promotion pour leur soutien, leur écoute et leur bonne humeur durant ces trois ans.

Je souhaite remercier ma famille de m'avoir soutenu tout au long de la formation mais également du temps qu'ils ont pris pour relire et m'aider dans ce mémoire.

Je veux remercier toutes les ergothérapeutes qui m'ont autorisées à m'entretenir avec elles et à observer leurs patients.

Je remercie les personnes atteintes de schizophrénie d'avoir acceptées ma présence durant trois séances de médiation équine.

Enfin, je remercie d'avance toutes les personnes qui consacreront du temps à lire mon mémoire.

Citation

« Soigner quelqu'un, c'est l'aider à retrouver sa norme »

Martin Winckler

Sommaire

Introduction	1
Cadre conceptuel	3
1 La schizophrénie, une pathologie aux conséquences cognitives et comportementales	3
1.1 La schizophrénie, au cœur des psychoses	3
1.1.1 Définition des termes	3
1.1.2 Epidémiologie	4
1.1.3 Une problématique en Santé publique	4
1.2 Des nuisances dans le milieu social	5
1.2.1 Des schémas de pensée différents	5
1.2.2 Des troubles du comportement	6
1.3 Réadapter socialement, en fonction des compétences des professionnels	7
1.3.1 L'équipe interprofessionnelle en psychiatrie	7
1.3.2 Réadapter par des approches médicamenteuses	8
1.3.3 Réadapter par des approches non-médicamenteuses	9
2 L'ergothérapeute, un soignant en activité	12
2.1 Savoir-être et savoir-faire en tant qu'ergothérapeute	12
2.1.1 Les compétences de l'ergothérapeute	12
2.1.2 Les qualités requises pour être ergothérapeute	12
2.2 Le métier en psychiatrie	13
2.2.1 Les temps d'intervention en ergothérapie	13
2.2.2 La place de l'ergothérapeute dans l'équipe interprofessionnelle en psychiatrie	14
2.3 Le dispositif thérapeutique de l'ergothérapeute	14
2.3.1 L'alliance thérapeutique, le premier objectif de l'ergothérapeute	14
2.3.2 Les moyens thérapeutiques	15
3 La médiation équine, support de la réadaptation sociale	18
3.1 Le cheval, un entraînement cognitif	18
3.1.1 Un animal médiateur réel	19
3.1.2 Un animal pour prendre conscience	19
3.2 Le groupe équin, un entraînement comportemental	20
3.2.1 Être en groupe avec son cheval	20
3.2.2 Le centre équestre : un milieu social ordinaire	21
3.3 La médiation équine, un transfert pour la réadaptation sociale	23
3.3.1 De nouvelles compétences transférables	23

3.3.2	Le soutien de l'ergothérapeute	23
4	Hypothèse.....	24
Cadre expérimental.....		25
1	Méthodologie des enquêtes	25
1.1	Objectifs des enquêtes	25
1.2	Choix des populations	26
1.3	Choix des outils	27
1.3.1	Les observations systématiques.....	27
1.3.2	Les entretiens semi-directifs.....	27
1.4	Expérimentation des outils	28
1.4.1	Cotation des observations.....	28
1.4.2	Passation des entretiens	28
2	Présentation des résultats obtenus des enquêtes	29
2.1	Présentation des personnes présentant une schizophrénie et des ergothérapeutes	29
2.1.1	Les personnes présentant une schizophrénie	29
2.1.2	Les ergothérapeutes	30
2.2	Parcours de la personne schizophrène dans la réadaptation sociale	30
2.2.1	Prise en charge de la personne schizophrène au sein de l'équipe interprofessionnelle .	30
2.2.2	Prise en charge de la personne schizophrène par l'ergothérapeute	31
2.3	Accompagnement de l'ergothérapeute avec la thérapie cognitivo-comportementale	32
2.3.1	La place de l'ergothérapeute dans la réadaptation sociale.....	32
2.3.2	Les intérêts de la thérapie cognitivo-comportementale auprès des patients schizophrènes en ergothérapie	33
2.4	Proposition de la médiation équine par l'ergothérapeute au patient schizophrène.....	33
2.4.1	Les apports de la médiation équine auprès des patients schizophrènes.....	33
2.4.2	Les impacts cognitifs et comportementaux sur les patients schizophrènes	35
3	Analyse des résultats	38
4	Discussion	42
5	Intérêts et limites de l'étude	43
Conclusion.....		45
Bibliographie.....		47
Annexes.....		51

Introduction

Dans le monde, 24 millions de personnes sont atteintes de schizophrénie et peuvent subir des répercussions dans leur milieu social (Organisation mondiale de la Santé, 2019). En 2009, une étude a interrogé plus de 700 personnes concernées par la schizophrénie pour recueillir leurs vécus et ressentis, par rapport à la stigmatisation et la discrimination dans leur pays. Parmi eux, 47 % n'arrivent pas à maintenir des liens familiaux, amoureux et amicaux et 29 % ne trouvent pas d'emploi (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009). Par ailleurs, l'étude montre que la France est l'un des pays, avec les Etats-Unis et le Brésil, où la discrimination est la plus présente, avec un score de 8 au questionnaire DISC. Contrairement à l'Espagne et l'Inde qui obtiennent un score inférieur à 4, sachant que les scores vont de 0 à 32, soit de la plus faible à la plus haute discrimination ressentie (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009).

Pour réduire ces discriminations, des actions de l'OMS comme le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 sont mis en place. L'objectif est de fournir des services appropriés aux personnes atteintes de schizophrénie pour qu'elles puissent se réadapter socialement (Organisation mondiale de la Santé, 2019). Pour répondre au Plan d'action, le Ministère des solidarités et de la santé a fixé des actions comme lutter contre la stigmatisation, en développant des interventions pluriprofessionnelles (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Dans cette optique d'interventions pluriprofessionnelles, le rôle de l'ergothérapeute est important puisqu'il peut aider la personne à reconstruire sa place dans son environnement antérieur ou nouveau (Riou, 2016).

Lors de ma deuxième année d'études en ergothérapie, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage dans un service de psychiatrie en intra-hospitalier, dans lequel de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie étaient hospitalisées. Les ergothérapeutes du service proposaient la médiation équine de façon hebdomadaire à cette population. Cette médiation exercée hors du lieu d'hospitalisation m'a interpellée. Effectivement, cela a suscité en moi de multiples interrogations, notamment sur l'intérêt de cette médiation proposée par l'ergothérapeute, par rapport à une autre médiation, pour accompagner la personne schizophrène à se réadapter socialement.

Au fur et à mesure de mes accompagnements en séance de médiation équine et de mes recherches bibliographiques, une problématique s'est posée :

En quoi l'ergothérapeute peut-il optimiser la réadaptation sociale de la personne schizophrène, à travers la médiation équine ?

Dans un premier temps, je présenterai la partie conceptuelle qui permettra de détailler les caractéristiques de la schizophrénie et ses conséquences dans le milieu social. Puis, les réponses que peuvent apporter les professionnels pour réadapter socialement les personnes atteintes de schizophrénie,

notamment celles proposées par l'ergothérapeute. Enfin, la médiation équine sera présentée avec ses apports cognitifs et comportementaux.

Dans un second temps, je développerai la démarche d'enquête grâce à une présentation de la méthodologie utilisée, pour investiguer. Ensuite, j'exposerai une présentation des résultats bruts, une analyse des données recueillies et une discussion pour mener à une conclusion.

Cadre conceptuel

1 La schizophrénie, une pathologie aux conséquences cognitives et comportementales

1.1 La schizophrénie, au cœur des psychoses

1.1.1 Définition des termes

Bien consciente qu'il existe deux ouvrages internationaux qui classent les maladies : le CIM-11 et le DSM-V. J'ai choisi d'utiliser le DSM-V pour ce mémoire puisqu'il traite uniquement les troubles mentaux, contrairement à l'autre manuel qui traite en plus les maladies somatiques.

Dans le DSM-V, la schizophrénie est comprise dans la catégorie des troubles psychotiques (cf. Glossaire). Néanmoins, l'ouvrage distingue cette pathologie des autres psychoses, puisqu'il intitule la sous-section : « *le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques* » (American psychiatric association, 2015, p. 109). C'est la raison pour laquelle, il me paraît essentiel de définir dans un premier temps le terme de psychose, puis dans un second le terme de schizophrénie.

Tout d'abord, le terme de « *psychose* » est introduit en 1845 par le psychiatre autrichien, Ernst von Feuchtersleben. Selon lui la psychose est le synonyme « *d'aliénation mentale* » (Kapsambelis, 2012). Le psychiatre Vassilis Kapsambelis ajoute que la définition de la psychose a évolué au fil des années, en raison de recherches et d'avancées médicales. Aujourd'hui, le terme de psychose est défini comme une dépersonnalisation du sujet et une perte de contact réel avec les autres, de façon chronique ou aiguë (Kapsambelis, 2012).

Les avancées médicales ont également permis d'aborder de nouvelles pathologies et parfois même de les regrouper, en raison de leurs similitudes (Kapsambelis, 2012). Dans les années 1900, le psychiatre allemand Emil Kraepelin, a regroupé des pathologies comme la paraphrénie, l'hébéphrénie, la démence paranoïde et l'hébéphrénocatatonie ; puisqu'elles commencent vers le même âge, avec de fortes différences au départ, mais connaissent une terminaison commune de « *démence* » (Kapsambelis, 2012). C'est au fur et à mesure des recherches que le terme de schizophrénie apparaît en 1911 par le psychiatre Eugen Bleuler (Kapsambelis, 2012). De plus, Emil Kraepelin désigne la schizophrénie comme « *une psychose grave survenant chez l'adulte jeune, marquée par une désorganisation mentale et une « discordance affective* » » (Granger & Naudin, 2019, p. 9). Aujourd'hui, la schizophrénie vient du grec : « *skhizein : fendre, et phren : pensée* » (André, 2013, p. 84) et désigne une dissociation durable et profonde de la personnalité (André, 2013).

Dans le manuel de Vassilis Kapsambelis, l'auteur divise la psychose en différents troubles : les bouffées délirantes aiguës, les confusions mentales, le *delirium tremens* et la schizophrénie (Kapsambelis, 2012). En reprenant la définition générale du DSM-V, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont caractérisés par cinq symptômes : les idées délirantes, les hallucinations, les

pensées désorganisées, les comportements moteurs anormaux ou grossièrement désorganisés et les symptômes négatifs (American psychiatric association, 2015) (cf. Glossaire). Cependant, contrairement aux autres troubles psychotiques, la schizophrénie est une pathologie multifactorielle, caractérisée par un syndrome dissociatif, un syndrome délirant et un syndrome autistique, où une chronicisation se met en place, avec une oscillation de phases aiguës de décompensation et de phases de stabilisation (Ergopsy, 2015).

1.1.2 Epidémiologie

Dans le monde, 24 millions de personnes sont atteintes de schizophrénie (Organisation mondiale de la Santé, 2019). Selon le DSM-V, la prévalence diffère en fonction des variations ethniques des pays et selon l'origine géographique. Le ratio selon le sexe varie en fonction des populations et des échantillons (American psychiatric association, 2015). En France, l'INSERM comptabilise 600 000 personnes, par an, concernées par la schizophrénie (INSERM, 2020).

Selon l'INSERM, la schizophrénie débute entre 15 et 25 ans et concerne aussi bien les femmes que les hommes. Néanmoins, il faut noter que chez les hommes, le début est plus précoce que chez les femmes (Granger & Naudin, 2019).

Par ailleurs, les auteurs de « *La schizophrénie, Idées reçues sur une maladie de l'existence* » expliquent que contrairement aux idées reçues, la majorité des personnes schizophrènes n'est pas dangereuse envers autrui. Néanmoins, des passages à l'acte peuvent arriver quand la personne se sent en danger, a peur et ne cherche qu'à se défendre ou que des voix lui ordonnent des actes d'hétéro-agressivités ou d'auto-agressivités (Granger & Naudin, 2019). *A contrario*, l'auto-agressivité est plus présente chez cette population : environ la moitié fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et 10 à 20% meurent en raison des conséquences de cette maladie (INSERM, 2020).

1.1.3 Une problématique en Santé publique

La définition des termes sur la schizophrénie et le nombre d'individus touché par cette maladie permettent de reconnaître l'existence d'un handicap psychique (Franck, 2014).

Au niveau mondial, l'OMS classe la schizophrénie comme étant la huitième cause d'incapacité chez les 15-44 ans, devant d'autres affections médicales comme le cancer ou l'asthme (Prouteau, Grondin, & Swenden, 2009). De plus, à l'échelle de l'Europe, 80% des individus schizophrènes sont sans emploi et n'ont pas de partenaire (Prouteau, Grondin, & Swenden, 2009).

En France, le handicap psychique est reconnu par la loi, notamment avec celle du 11 février 2005, appelée aussi « *Loi pour l'égalité des droits et des chances* ». Cette loi considère le handicap comme étant : « *une limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (Franck, 2014, p. 88). De ce fait, pour répondre à cette incapacité, des allocations pour des adultes handicapés (AAH) peuvent être proposées et 15% de ces demandes sont faites par des personnes souffrant de schizophrénie, soit 2/3 des demandes de compensation pour trouble psychique (Franck, 2014).

Par conséquent, pour comprendre les actions de l'Etat mises en place pour ces personnes, il est important de resituer les éléments nuisant à leur insertion sociale.

1.2 Des nuisances dans le milieu social

1.2.1 Des schémas de pensée différents

Dans « *Cognition sociale et schizophrénie : outils d'évaluation et de remédiation* » du psychiatre Nicolas Franck, le psychiatre Bleuler énonce que les personnes souffrant de schizophrénie présentent des troubles de la pensée formelle. En effet, ces personnes vont exprimer verbalement plusieurs idées, des « *délires* » pour les autres individus, au sein d'une même phrase, soit de manière déconnectée, soit reliée par la similarité phonologique des mots (Franck, 2014). De ce fait, un thème de délire apparaît chez la personne mais varie en fonction des individus. Cela peut être un thème de persécution, de référence, de mégalomanie, d'érotomanie, de nihilisme, ou somatique (cf. Glossaire) (American psychiatric association, 2015). D'autre part, le DSM-V associe les délires avec les hallucinations. Les hallucinations sont des expériences perceptives sans stimulus externe. Elles sont vives et claires sous les formes auditives, visuelles, olfactives, tactiles et cénesthésiques (American psychiatric association, 2015) (cf. Glossaire). De plus, elles ne sont jamais isolées et procurent des sentiments désagréables à la personne. Elles sont donc ressenties comme incluses et deviennent pour la personne un « *automatisme mental* » selon le psychiatre De Clérambault (Granger & Naudin, 2019).

Par la suite, les délires et les hallucinations vont construire un raisonnement ou une expérience, jugée, « *aberrante* », par la société. En revanche, le schéma de pensée sera ancré à la personne atteinte de schizophrénie. Ces personnes éprouvant les expériences vont avoir des explications rationnelles avec des « *croyances extrêmes, rigides et impératives* » (Morel-Bracq, 2017, p. 213), puisque les capacités de raisonnement sont préservées.

Le délire est donc une construction intellectuelle normale visant à expliquer des situations anormales (Franck, 2014). Mais les autres individus voient à cela un déficit, et plus particulièrement, une « *inhibition* » avec une attitude active d'un non-investissement sur le monde extérieur (Kapsambelis, 2012). Un schéma de pensée différent peut présenter des situations problématiques pour ces personnes impactant leur insertion sociale (Amado & Kern, 2021).

1.2.2 Des troubles du comportement

En terme de description clinique, le DSM-V associe la schizophrénie avec une baisse des mémoires déclaratives et de travail, des fonctions du langage, des fonctions exécutives, de la vitesse et du traitement de l'information et des cognitions sociales (American psychiatric association, 2015).

Par rapport aux éléments apportés auparavant concernant le schéma de pensée, il a été observé que les délires et les hallucinations vont produire un raisonnement ou une expérience dit « *aberrant* » par la société (Franck, 2014). Dans « *La schizophrénie, Idées reçues sur une maladie de l'existence* », les auteurs relèvent que les délires schizophréniques sont décrits comme bruyants et accompagnés d'un discours désorganisé (Granger & Naudin, 2019). Les auteurs justifient les discours désorganisés par des troubles du langage. En effet, il est observé que les personnes atteintes de schizophrénie emploient des néologismes et des paralogismes (cf. Glossaire), produisant des paroles désorganisées et incompréhensibles. De plus, ils soulignent que cette population peut être atteinte d'aphasie, soit la non-compréhension ou la non-connaissance du mot ; impliquant la personne à employer des mots sans chercher à dialoguer avec son interlocuteur (Granger & Naudin, 2019). Ces éléments peuvent évoquer le syndrome de Ganser, syndrome que peuvent développer les personnes atteintes de schizophrénie, selon Granger et Naudin. Ce syndrome est caractérisé par des réponses verbales ou non-verbales dépourvues de sens, fausses ou jugées absurdes aux questions (Granger & Naudin, 2019).

D'autre part, le DSM-V reprend les réponses non-verbales comme des comportements moteur grossièrement désorganisés ou anormaux, soit comme des manifestations motrices allant de la « *niaiserie puérile à une agitation imprévisible [...] produisant des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne* » (American psychiatric association, 2015, p. 110). Ces comportements peuvent s'accompagner de catatonie qui signifie une absence de réaction face à l'environnement, par un mutisme, de la stupeur ou au contraire par une agitation catatonique (American psychiatric association, 2015) (cf. Glossaire). De plus, le manuel évoque des affects inappropriés (cf. Glossaire). Ces affects se décrivent par des rires immotivés, une humeur dysphorique, soit une forme de dépression, un état anxieux ou de colère et un trouble des rythmes du sommeil, avec un sommeil diurne et une activité nocturne. La personne peut aussi manquer d'intérêt pour la nourriture ou refuser de se nourrir (American psychiatric association, 2015).

Plus en amont, le DSM-V présentait les différents aspects observés chez les personnes schizophrènes tels que les ralentissements de la vitesse et du traitement de l'information. Ces ralentissements engendrent des difficultés à traiter les informations sensorielles, l'attention et les capacités inhibitrices. De ce fait, ces difficultés ont des impacts sur les cognitions sociales, puisque la personne n'est plus en capacité de comprendre les intentions des autres, de prêter attention à des événements ou à des stimuli non pertinents pour ensuite les interpréter et leur donner un sens (American psychiatric association, 2015).

La personne se comporte alors de façon désorganisée et/ou anormale, avec un refus de tout contact, un repli sur soi, une incurie, un apragmatisme, des stéréotypies et des bizarreries (cf. Glossaire) (American psychiatric association, 2015). Du fait de ces troubles comportementaux, la personne schizophrène ne peut s'adapter dans notre société (Morel-Bracq, 2017). C'est pourquoi, pour appuyer mes propos, le modèle cognitivo-comportemental créé par les psychologues américain et canadien Burrhus Frederic Skinner et Albert Bandura, puis présenté en français par Marie-Chantal Morel-Bracq me semble cohérent. En effet, ce modèle vise la réadaptation et la réinsertion sociale de la personne souffrant de pathologie psychiatrique, grâce à des versants psychologiques et comportementaux de l'adaptation sociale (Morel-Bracq, 2017).

Les précédentes données soulignent l'isolement et les difficultés de participation à la vie sociale de cette population. En raison de la chronicité de la maladie, des traitements pharmacologiques et des outils peuvent améliorer les capacités de réadaptation sociale.

1.3 Réadapter socialement, en fonction des compétences des professionnels

Face à l'émergence de la schizophrénie, chaque professionnel de santé apporte, en fonction de ses compétences et de ses connaissances, les réponses les plus appropriées. En effet, certains vont accompagner les personnes de façon médicamenteuse, d'autres de façon non-médicamenteuse.

Dans cette partie, je vais détailler l'intérêt de l'équipe en psychiatrie et les différentes réponses mises à disposition.

1.3.1 L'équipe interprofessionnelle en psychiatrie

La loi du 11 février 2005 a permis de changer l'approche du handicap et donc de revoir les modes de pensée concernant l'individu (Durand, 2011). Cette loi permet de dépasser la coexistence des métiers, de reconnaître l'autre, d'échanger et de partager lorsque cela est nécessaire, pour co-crée en faveur de

la personne concernée (Durand, 2011). Le terme d'interprofessionnalité répond à cette loi puisque ce sont les relations que doivent entretenir tous les professionnels impliqués dans les soins et les services (Sherbrooke, 2005). Malgré leurs compétences diverses, les professionnels interviennent en proposant une organisation de travail portée sur un regard commun, construit et cohérent. Cette stratégie fait émerger un savoir global, une dynamique commune, une éthique concertée, une action conjointe et coordonnée dans chaque situation (Le Bihan, 2012). Contrairement aux autres termes : pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité, qui désignent uniquement les différentes compétences mises en jeu pour accompagner un patient, sans comprendre une synergie. L'interprofessionnalité comprend une synergie grâce aux réunions de concertation pluriprofessionnelle et aux systèmes d'informations partagées (Policard, 2014).

L'équipe, composée de professions différentes, permet au patient de spécifier chaque métier. Sans cela, les actes mis à disposition auprès du patient seraient saccadés et sans lien, risquant de perdre de vue l'ensemble de la prise en charge (Durand, 2011). C'est pourquoi, l'équipe a un but commun et propose des projets, des interventions et des définitions issus d'un langage. De plus, ces actions favorisent l'enrichissement des pratiques et des modes de fonctionnement de chacun (Le Bihan, 2012).

Néanmoins, il faut noter qu'ils varient d'un service à l'autre mais il arrive de retrouver sensiblement les mêmes professions, constituant l'équipe, comme : « *les psychiatres, les psychologues, les infirmiers, les aides-soignants, les orthophonistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les assistants de travail social, les éducateurs, les secrétaires médicales, les agents de service hospitalier et les cadres de santé* » (Caria, 2021, p. 4). Leur travail est important puisqu'ils doivent s'assurer de la coordination et de la continuité des soins, tout en accompagnant la personne dans son parcours (Caria, 2021).

1.3.2 Réadapter par des approches médicamenteuses

Comme énoncé dans « *La schizophrénie, une psychose chronique* », les réponses que peuvent apporter les psychiatres et les infirmiers sont les réponses médicamenteuses. En règle générale, ces réponses se mettent en place lors de l'hospitalisation du patient et sont plus communément appelées « *traitements médicamenteux* ». Elles reposent sur un contrôle rapide de l'épisode aigu et la réduction, sur le long terme, d'un risque de rechute (Kocak, 2019). Ferhat Kocak, docteur en pharmacie, ajoute que pour répondre au mieux aux personnes souffrant de schizophrénie, un traitement par antipsychotique (anciennement appelé neuroleptique) est proposé (cf. Glossaire). La prise de ce traitement a des effets secondaires : neurologiques, digestifs, cardiovasculaires, endocriniens et métaboliques (Kocak, 2019). Ces effets peuvent rendre le quotidien de la personne difficile, à cause de la fatigue constante ressentie,

de l'impact psychologique du traitement et des conséquences sur la vie socioprofessionnelle (Kocak, 2019).

Malgré d'autres traitements prescrits pour pallier ces effets indésirables, des traitements dits non-médicamenteux peuvent être apportés à la personne. Cette complémentarité permet au patient de discuter et de s'engager dans son projet de rétablissement avec l'équipe soignante, puisqu'il connaît les effets des médicaments et de la bienveillance apportée (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017).

1.3.3 Réadapter par des approches non-médicamenteuses

Comme relevé précédemment, les personnes concernées par la schizophrénie rencontrent des difficultés cognitives, sociales et perdent en autonomie dans la vie quotidienne. Ces difficultés ont donc un impact sur le processus de rétablissement (INSERM, 2020). Pour apporter une solution, des professionnels de santé utilisent des approches non-médicamenteuses, en lien avec les approches médicamenteuses, pour établir des objectifs et les atteindre (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017). Des approches non-médicamenteuses peuvent être utilisées, comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la remédiation cognitive, la cognition sociale et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (INSERM, 2020). Pour ce mémoire, j'ai choisi la TCC puisque c'est une approche psychosociale s'appuyant sur les capacités du patient et visant à les exploiter pour améliorer son quotidien. Néanmoins, l'utilisation de cette thérapie dépend des besoins du patient, des connaissances de l'équipe interprofessionnelle (cf. Glossaire) et des services existants (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017). Dans les professionnels cités auparavant, ceux qui peuvent proposer la TCC sont : les infirmiers, psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et diététiciens (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017).

La TCC, de par son approche psychosociale, est la combinaison de deux thérapies, la psychoéducation et la psychothérapie (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017).

1.3.3.1 La thérapie cognitivo-comportementale, la combinaison de deux thérapies

1.3.3.1.1 L'approche psychoéducative

La psychoéducation permet d'apporter des informations sur la manière de vivre avec les troubles caractérisant la schizophrénie, de façon individuelle et/ou groupale. Malgré leurs compétences diverses, tous les professionnels cités auparavant participent à la psychoéducation, en répondant aux demandes du patient (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017). De plus, cette approche participe au

rétablissement de la personne, grâce à la reconnaissance du sentiment de bien-être, des compétences liées à la gestion du stress et des résolutions de problèmes (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017).

En effet, au lieu de chercher les causes des déficits, la thérapie offre une rééducation, en restaurant et en réorganisant les stratégies de connaissance et d'apprentissage ; et une réadaptation, en enseignant de nouvelles stratégies et en compensant les déficits (Morel-Bracq, 2017). En effet, il existe un lien entre les pensées, les émotions et les actions (Franck, 2016). L'auteur ajoute que la thérapie permet au patient de prendre conscience du rôle du schéma de pensée, en développant ses capacités d'auto-observation. Cette prise de conscience peut entraîner des critiques et des modifications du schéma, en assouplissant ses croyances et en réduisant les symptômes psychotiques positifs, c'est-à-dire les délires et les hallucinations (Franck, 2016).

De ce fait, les professionnels sont amenés à entraîner le patient à résoudre des problèmes auxquels il est confronté quotidiennement, via des outils propres aux compétences du thérapeute, favorisant entre autres la confiance en soi (Blondeau, Nicole, & Lalonde, 2006). Par ailleurs, l'approche est structurée de sorte que le patient puisse résoudre les problèmes, en respectant des étapes : « *s'arrêter et réfléchir, définir le problème, générer une série de solutions, évaluer les avantages et les inconvénients de chaque solution, choisir la meilleure solution, déterminer les moyens nécessaires, passer à l'action et évaluer les résultats obtenus* » (Blondeau, Nicole, & Lalonde, 2006, p. 874). Grâce aux expériences, la personne normalise les expériences, en focalisant son attention et sa distraction et en se mettant à l'épreuve (Franck, 2016).

Par conséquent, la combinaison d'entraînement cognitif et physique est proposée pour améliorer les fonctions cognitives : « *de la vitesse de traitement, de la mémoire de travail, des fonctions exécutives, de la mémoire verbale et visuelle* » (Amado & Kern, 2021, p. 44). Ces améliorations conduisent à un apprentissage de comportements dits plus adaptés pour permettre à la personne de s'insérer dans la société (Morel-Bracq, 2017).

1.3.3.1.2 L'approche psychothérapeutique

La psychothérapie permet aux individus d'apprendre comment les autres vivent avec la maladie, les techniques brisant l'isolement et favorisant le rétablissement. Le thérapeute peut également proposer aux patients une psychothérapie individuelle ou groupale (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017).

Cette thérapie repose sur l'acquisition de nouveaux comportements, chez les personnes schizophrènes avec un volet individuel, favorisant l'entraînement des compétences sociales (Franck, 2016).

Les compétences sociales se découpent comme compétences :

- Réceptives : compétences permettant d'identifier et d'analyser les paramètres d'une situation sociale.
- Décisionnelles : compétences permettant de choisir et d'adapter une réponse, en fonction d'une situation sociale.
- Comportementales : compétences permettant d'exécuter la réponse de façon la plus adaptée verbalement et non-verbalement (Franck, 2016).

Malgré les objectifs individuels, l'approche s'effectue de manière groupale. En effet, le groupe permet d'échanger les différents regards sur soi-même et sur les autres (Donaz, 2007). D'autre part, le thérapeute se doit d'être, au début dynamique, et enthousiaste. Puis, peu à peu, il aura une attitude plus humaniste, recherchant l'autonomie du patient (Morel-Bracq, 2017). Le patient peut alors rompre l'isolement et peut mettre en exergue la capacité à défendre son point de vue et ses propres droits, tout en respectant les droits des autres, en gardant un relatif contrôle sur ses émotions et en exprimant ses propres sentiments avec sincérité et aisance (Franck, 2016). Par ailleurs, un étayage groupal peut émerger grâce à une estime de soi du patient, en prenant en compte son potentiel de créativité et donc permettre à chacun de passer, étonnamment, d'une position de novice à expert (Donaz, 2007).

Le changement de position du patient permet de favoriser le succès des apprentissages (Franck, 2016). L'entraînement aux habiletés sociales (cf. Glossaire) renforce au maximum tout succès, tout en tenant compte des divers troubles présentés par les personnes (Morel-Bracq, 2017).

A partir des éléments détaillés sur les approches psychoéducatives et psychothérapeutiques, Robert Liberman, psychiatre américain, a décidé de rassembler ces deux thérapies, pour en former une : la thérapie cognitivo-comportementale ; et traduit en France par Olivier Chambon et Michel Marie-Cardine, psychiatre et professeur de psychiatrie français, en 1992 (Morel-Bracq, 2017).

Par conséquent, la thérapie cognitivo-comportementale met en lien les pensées, les sentiments et les comportements des individus, à travers un support. Elle les aide à mieux gérer les symptômes, les stress, à mesurer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne, à pouvoir atténuer les symptômes et à prévenir les rechutes (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017). Malgré les différents traitements apportés, tous les professionnels sont importants et complémentaires puisqu'ils ont pour objectif d'accompagner le patient à atteindre ses buts.

2 L'ergothérapeute, un soignant en activité

2.1 Savoir-être et savoir-faire en tant qu'ergothérapeute

2.1.1 Les compétences de l'ergothérapeute

Au 1^{er} janvier 2021, la France compte 14 548 ergothérapeutes (ANFE, 2021). L'ANFE définit le métier d'ergothérapeute comme étant « *un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. [...] il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de **réadaptation** et d'intégration sociale des personnes.* » (ANFE, 2021).

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010, l'ergothérapeute a pour compétences :

- « 1. *Evaluer les intégrités, lésions, capacités de la personne avec performances motrices, sensorielles, cognitives et **psychiques**.*
- 2. *Concevoir et conduire un **projet d'intervention en ergothérapie** et d'aménagement de l'environnement.*
- 3. *Mettre 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 [...]*
- 9. ***Organiser** les activités et **coopérer** avec les **différents acteurs** » (Ministère de la santé et des sports, 2010, p. 3).*

En complément des compétences énoncées ci-dessus, l'ergothérapeute exerce son métier avec un positionnement adapté aux populations rencontrées (SIFEF, 2021).

2.1.2 Les qualités requises pour être ergothérapeute

En plus des compétences, ce professionnel de santé requiert des qualités, détaillées par le SIFEF, telles que : le sens des relations humaines ; de fortes capacités d'observation et d'adaptation ; de la curiosité intellectuelle et scientifique, de la méthode et de la recherche ; un solide équilibre personnel et une bonne stabilité mentale et physique ; de l'ingéniosité et du sens pratique et créatif ; et le sens du travail en équipe (SIFEF, 2021).

Par ailleurs, le SIFEF met en évidence l'importance de la formation initiale pour devenir ergothérapeute, puisqu'elle balaye plusieurs populations et domaines. Ainsi, l'ergothérapeute peut exercer son métier dans des secteurs d'activités tels que des services hospitaliers en médecine physique

ou en psychiatrie et l'orientation des domaines, comme la réadaptation psychosociale en santé mentale (SIFEF, 2021).

2.2 Le métier en psychiatrie

2.2.1 Les temps d'intervention en ergothérapie

Le SIFEF énonçait que l'ergothérapeute intervenait pendant l'hospitalisation, la réadaptation et la réhabilitation. Ces trois temps s'inscrivent dans la continuité du parcours de soin de la personne, dans lequel l'ergothérapeute intervient (Riou, 2016).

Dans un premier temps, l'ergothérapeute intervient lors de l'hospitalisation, soit le moment où une rupture apparaît entre l'individu, son environnement et son bien-être (Riou, 2016). Le professionnel peut proposer au patient des médiations expressives, impressives et valorisantes pour que ce dernier puisse se mettre en confiance, se rassurer et s'exprimer de façon verbale et non-verbale (Riou, 2016). Mais aussi des médiations structurantes et des mises en situations écologiques pour que le patient prenne conscience de ses symptômes en le confrontant à la réalité et évaluer ses capacités et incapacités (Riou, 2016).

Ensuite, l'ergothérapeute intervient pendant la réadaptation, pour accompagner la réintégration de la personne dans son environnement antérieur ou futur. Pour répondre à cet objectif, le professionnel participe au développement des habiletés cognitives, émotionnelles, relationnelles, physiques, pour un fonctionnement plus adapté et atteindre une autonomie (Riou, 2016). La réadaptation s'intègre dans les lieux d'intervention diversifiés, comme les structures intra et extra-hospitalières du domaine de la psychiatrie (Riou, 2016).

Enfin, il intervient durant la phase de réhabilitation de la personne. Ce moment permet à l'individu de retrouver toute sa dignité, de soutenir sa capacité d'émancipation et de l'aider à s'intégrer dans la société (Riou, 2016). Gaëlle Riou, ergothérapeute en psychiatrie, insiste sur l'intervention de l'ergothérapeute qui consiste à soutenir la participation sociale et l'engagement dans les activités de la personne, par rapport à ses habitudes de vie (Riou, 2016).

Durant le temps d'intervention, les objectifs de l'ergothérapie en psychiatrie sont d'accompagner la personne à « *améliorer ou à retrouver sa capacité à établir des relations satisfaisantes avec les autres ; accroître ses capacités d'adaptation à la vie en société ; développer ou restaurer son autonomie dans les activités quotidiennes ; développer ses ressources personnelles et ses intérêts ; connaître et accepter ses limites ; regagner sa confiance en soi et exprimer ses sentiments* » (OEQ, 2009). Ces objectifs généraux vont influencer l'intervention des ergothérapeutes en fixant aussi des objectifs dits transversaux, pour répondre aux besoins du patient (Ergopsy, 2015).

2.2.2 La place de l'ergothérapeute dans l'équipe interprofessionnelle en psychiatrie

L'article L4331-1 stipule que l'ergothérapeute exerce sur prescription médicale (Ministère de la santé et des sports, 2010). Les compétences et les qualités abordées précédemment, permettent à l'ergothérapeute d'identifier le profil de la personne avec ses besoins d'expression et de réalisation des activités de vie quotidienne, via les médiations (Ergopsy, 2015). En effet, la médiation proposée permet une évaluation du schéma de pensée et du comportement du patient (Morel-Bracq, 2017). L'ergothérapeute favorise l'implication du patient dans son milieu de vie grâce à des environnements : « *sécurisés, accessibles, adaptés, évolutifs et durables* » (Ergopsy, 2015).

Par ailleurs, l'ergothérapeute doit veiller à collaborer avec les autres professionnels autour du patient pour mettre en place les transferts d'acquis (Ducouso-Lacaze, 2014). Cet accompagnement vers ces transferts permet de prendre en compte les différentes capacités et déficiences initiales, pour développer de nombreuses compétences, servant à s'intégrer socialement (Morel-Bracq, 2017). L'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale par l'ergothérapeute permet d'aborder avec le patient ses symptômes pour pouvoir les gérer et l'aider à éviter le repli sur soi et la désocialisation progressive (INSERM, 2020). L'ergothérapeute peut aborder des dimensions émotionnelles : l'angoisse, l'estime de soi et la gestion du stress. Il peut aussi aborder des dimensions sociales : l'hygiène de vie, la motivation à entreprendre et à aller vers les autres ; et des dimensions médicales : la réduction de consommation de substances psychogènes et l'éducation sur la maladie (INSERM, 2020). La relation entre l'ergothérapeute et le patient est importante pour favoriser ces échanges (Fohr, 2016).

Ainsi, l'accompagnement de l'ergothérapeute va permettre de se centrer sur le patient, pour établir et maintenir une alliance thérapeutique avec ce dernier (Ergopsy, 2015).

2.3 Le dispositif thérapeutique de l'ergothérapeute

2.3.1 L'alliance thérapeutique, le premier objectif de l'ergothérapeute

Tout d'abord, l'alliance thérapeutique est une notion multidimensionnelle, intégrant la collaboration, la mutualité et la négociation, entre le patient et le soignant (Bioy & Bachelart, 2010). L'alliance thérapeutique est alors une priorité pour l'ergothérapeute, tout en s'assurant d'avoir une bonne distance thérapeutique avec le patient (Rebeiro, 2000). Anne-Victoire Rousselet, psychologue et spécialiste en TCC, se joint à cette idée, en rajoutant que l'alliance thérapeutique peut être fluctuante et difficile à nouer dans un premier temps (Rousselet, 2012). En effet, le patient peut avoir peur du jugement du professionnel, alors il n'évoque pas ses symptômes (Rousselet, 2012). Le professionnel doit mettre l'accent sur un cadre de confiance, en prônant la confidentialité, l'absence de jugement et un

espace réservé pour s'exprimer (Rousselet, 2012). L'ergothérapeute, dans cet espace, choisit l'occupation la plus adaptée à la personne, pour qu'elle se sente au centre de l'accompagnement et qu'elle voit que sa personne et ses projets de vie sont pris en compte (Rebeiro, 2000).

Par ailleurs, l'ergothérapeute évalue les problèmes du patient et les impacts engendrés au niveau : « *cognitif, social, comportemental et environnemental* » (Fortier & Mottard, 2005, p. S57). Il utilise également des stratégies d'intervention pour modifier les croyances et cultiver de nouvelles habiletés (Berck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). En plus du choix de l'activité, le professionnel utilise la compréhension empathique. C'est-à-dire que le thérapeute recueille les informations rapportées du patient, afin de comprendre le processus cognitif de son schéma de pensées et d'émotions et les conclusions de ses expériences antérieures (Berck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Grâce aux éléments précédemment recueillis, le thérapeute peut proposer de nouveaux comportements, pour atteindre les objectifs généraux (Bioy & Bachelart, 2010).

De ce fait, la collaboration naissante entre le thérapeute et le patient permet d'élaborer une relation thérapeutique significative, dans laquelle le thérapeute est vu comme un modèle de comportements dits « *adaptés* » (Fortier & Mottard, 2005). D'autre part, l'objectif d'instaurer et de maintenir la relation thérapeutique apporte au patient un engagement dans sa prise en charge grâce à des sentiments procurés d'autosatisfaction, d'espoir, d'accomplissements et de confiance en soi (Rebeiro, 2000).

Ainsi, l'alliance thérapeutique donne au patient et au thérapeute des éléments pour aborder des versants psychologiques et comportementaux. Le modèle cognitivo-comportemental met l'alliance thérapeutique au centre de cette approche (Morel-Bracq, 2017). L'ergothérapeute favorise et renforce le succès de l'apprentissage, en utilisant l'activité comme moyen thérapeutique pour atteindre les objectifs (Morel-Bracq, 2017).

2.3.2 Les moyens thérapeutiques

2.3.2.1 Le cadre thérapeutique

2.3.2.1.1 Les fonctions du cadre

Comme dit précédemment, l'activité va aider à déterminer les difficultés qui découlent des problèmes de santé, à rétablir de façon optimale des capacités fonctionnelles physiques et psychiques, et à s'adapter à ses limites fonctionnelles. Mais les activités vont également aider à la reprise des occupations et aux rôles de l'individu (OEQ, 2009). Pour que l'activité devienne thérapeutique, elle doit être proposée par l'ergothérapeute et être inscrite dans un cadre pensé et analysé (Launois, 2018). De ce

fait, Florence Klein, ergothérapeute de formation initiale, émet d'instaurer un cadre avec une bonne distance et de le définir, tout en ayant un bon relationnel avec le patient (Klein, 2007).

Le cadre thérapeutique encadre la démarche de soin, comme un contrat entre la personne et le thérapeute, dans lequel apparaissent des fonctions de contenant, de conteneur, de pare-excitation et transitionnelle (Fohr, 2014). C'est alors que le processus thérapeutique existe, du fait de la création de l'espace-temps, façonné par le patient et l'ergothérapeute en jouant et en créant ensemble (Fohr, 2014). L'espace-temps d'échange est pensé par l'ergothérapeute, via l'activité qu'il propose (Klein, 2007). Il est important de comprendre que le cadre est un espace de travail métaphorique concret, dans lequel le patient pourra expérimenter au niveau de l'action, la création et l'expression (Launois, 2018). En effet, Florence Klein explique l'activité comme étant un prétexte pour mettre en place une relation avec l'autre. Et donc l'ergothérapeute met à disposition une aire de jeux, permettant de créer du lien interne et externe, tout en approfondissant et expérimentant (Klein, 2007). L'ergothérapeute se doit donc d'être investi dans la relation et dans la situation d'activité pour favoriser l'investissement de l'individu et de considérer la médiation (Fohr, 2016).

Après avoir défini le cadre, l'ergothérapeute doit proposer des activités pour qu'un processus thérapeutique se fasse (Ergopsy, 2015).

2.3.2.1.2 Le groupe : une modalité thérapeutique

L'ergothérapeute peut proposer une médiation individuelle et/ou groupale (Ergopsy, 2015). Dans ce mémoire, je vais me concentrer sur la thérapie de groupe.

La notion de groupe est définie comme « *un système qui reflète une réalité individuelle et collective* » (ANPAA, 2015, p. 5). Le groupe permet au patient, dans un espace-temps défini, un entraînement comportemental (Ergopsy, 2015). Les patients apprennent à être ensemble grâce à des notions comme : « *respect d'autrui, de liens sociaux, d'intégration et de confiance dans le groupe* » (Ergopsy, 2015). Malgré les buts communs, chaque personne a des objectifs individualisés qui s'accordent dans un cadre de fonctionnement accepté par l'ensemble des personnes constituant le groupe (ANPAA, 2015). De plus, l'association montre l'importance de chaque individu, au sein du groupe, puisque chacun apporte ses propres caractéristiques. Par ailleurs, le groupe dans ce cadre-là est à visée thérapeutique, car il s'inscrit dans un projet individualisé d'accompagnement et de soins et dans un projet d'établissement bien défini par un professionnel (ANPAA, 2015). En effet, le professionnel accompagne chaque personne du groupe pour améliorer leur qualité de vie et leur autonomie (ANPAA, 2015). Le groupe demande à l'ergothérapeute d'être contenant et de proposer des contenus adaptés aux patients individuellement et groupalement (Fohr, 2016).

2.3.2.2 Le processus thérapeutique

L'ergothérapeute peut proposer des activités : manuelles, artisanales, artistiques servant de levier thérapeutique ; afin d'aider la personne atteinte de schizophrénie à reprendre contact avec la réalité (OEQ, 2009). Marie-Chantal Morel-Bracq développe que l'ergothérapeute utilise l'activité comme catalyseur dans un processus de changement de l'individu (Morel-Bracq, Trouve, & Offenstein, 2015). Et l'activité propose donc à la personne des situations d'apprentissage en situation réelle pour prendre conscience de ses habiletés, ses limites et ses contraintes dans son environnement (Riou, 2016).

Néanmoins, il existe une différence entre activité et médiation. En effet, le terme « *d'activité* » est utilisé comme un objectif en soi, pour que le patient puisse intégrer de nouvelles capacités cognitives et comportementales (Launois, 2018). Cependant, en psychiatrie, la notion de plaisir à s'engager dans une activité pour y trouver de la satisfaction et de l'intérêt n'est pas toujours évidente (Launois, 2018). Muriel Launois, ergothérapeute, souligne que l'utilisation du terme de « *médiation* » est plus appropriée en psychiatrie. Pour elle, la médiation est un moyen d'expression de soi, pour permettre un changement interne. La médiation permet aussi d'être un entre-deux entre soi et soi, entre soi et l'autre et entre soi et le monde (Launois, 2018). La médiation, proposée par l'ergothérapeute, permet au patient de retrouver ses capacités à donner du sens, à symboliser et à élaborer les expériences qu'il traverse (Launois, 2018). Ces différents termes me permettent de me concentrer sur la notion de « *médiation* » pour ce mémoire, puisqu'elle se rapproche le plus de la population et du domaine de mes recherches.

Pour revenir sur le processus thérapeutique, le psychiatre Pachoud montre les conceptions du handicap psychique sur : le plan médical, social et du dépassement du handicap (Pachoud, 2012). Ces conceptions reprennent le principe du modèle cognitivo-comportemental. D'après Albert Bandura, psychologue canadien « *Le comportement se forme non seulement à travers ce que l'individu apprend directement par les conditionnements classiques et opérant, mais aussi à travers l'observation et la représentation symbolique d'autres personnes et événements* » (Miljkovitch, 2017, p. 33). L'approche pragmatique de ce modèle permet d'identifier chez la personne ce qui participe au maintien de ses comportements et ce qui pourrait l'amener à ne plus adopter certains comportements. (Miljkovitch, 2017).

Pour appuyer ces propos, Gaëlle Riou montre l'importance des différentes approches dont dispose l'ergothérapeute, comme par exemple l'utilisation du modèle cognitivo-comportemental (Riou, 2016). Néanmoins, elle souligne que malgré le modèle conceptuel utilisé, la démarche reste commune et vise toujours les mêmes objectifs : l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie de la personne (Riou, 2016). D'ailleurs, il est important d'accompagner le patient à changer son regard sur ses capacités à trouver des stratégies pour dépasser ses difficultés, via les approches cognitivo-comportementales (Pachoud, 2012).

La thérapie cognitivo-comportementale implique, comme pour toute thérapie issue de courants théoriques, des protocoles bien précis (Ergopsy, 2015). Néanmoins, l'ergothérapeute a pour mission de proposer un accompagnement au patient avec des objectifs spécifiques à la profession, tout en répondant aux objectifs généraux de l'équipe interprofessionnelle (Ergopsy, 2015). C'est pourquoi, Sylvie Meyer, ergothérapeute, présente la démarche de soin, non pas comme des étapes, mais plutôt comme un processus avec : « *l'évaluation formative, la planification du traitement, l'exécution du traitement, et l'évaluation sommative* » (Meyer, 1990, p. 18).

En revanche, elle insiste sur le fait que ce n'est pas une démarche linéaire, en raison d'ajustements auxquels l'ergothérapeute procède et aussi à la possibilité d'arrêter ou de transmettre l'accompagnement, à un autre professionnel (Meyer, 1990). Malgré une contrainte de démarche non linéaire, l'ergothérapeute se doit d'offrir un espace-temps relationnel, dans lequel un lieu est institutionnalisé et des objets deviennent réels (Pibarot, 2007).

3 La médiation équine, support de la réadaptation sociale

Pour rappeler les notions du modèle cognitivo-comportemental, il s'agit d'aborder les versants psychologiques et comportementaux, via des apprentissages (Morel-Bracq, 2017). De plus, la médiation choisie par l'ergothérapeute permet de remplir les aspects recherchés, puisqu'elle évalue les comportements et permet l'entraînement des habiletés sociales (Morel-Bracq, 2017).

Les parties, qui vont suivre, présenteront les différents éléments caractérisant la médiation équine, auprès des personnes présentant une schizophrénie.

3.1 Le cheval, un entraînement cognitif

D'après la Fondation Adrienne et Pierre Sommer, « *la médiation animale est la recherche des interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal dans les domaines éducatif, thérapeutique ou social* » (Centre ressource réhabilitation, 2021). L'organisme reconnaît que le cheval est comme un vecteur de soins, d'inclusion et de mieux-être. (Centre ressource réhabilitation, 2021). Isabelle Aubard, infirmière en psychiatrie, souligne que la médiation équine est un projet thérapeutique avec un espace spatio-temporel fixe dans la démarche de soin, avec une référence soignante fixe (Aubard, 2007). Elle insiste également sur la place du thérapeute, qui va créer et tenir un cadre spécifique à la médiation (Aubard, 2007).

3.1.1 Un animal médiateur réel

Tout d'abord, la personne peut jouer et mettre en forme avec le cheval, comme un objet. Cependant, le cheval est un être vivant doté d'une consistance sensorielle (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Il impose ses propres règles, peu importe le cavalier. Le cavalier doit donc se faire respecter car sinon il désarçonne ou favorise une situation périlleuse (Treminitin, 2000). En effet, le cheval est le miroir du comportement de son cavalier, par exemple, il devient agressif si la personne l'est et inversement, il devient affectueux si le cavalier l'est (Treminitin, 2000). Il réagit au comportement quand celui-ci est source d'inconfort et de menace ou de plaisir et de bienveillance (Ansorge, 2011). Mais aussi, selon l'auteur, il faut rappeler que l'objet est réel communicant et sociable. Il impose sa présence à l'individu avec ses qualités physiques : par sa posture, son aspect et son odeur ; et ses qualités abstraites, puisqu'il ne juge pas selon l'aspect physique, l'attitude et les diverses pensées de l'humain (Ansorge, 2011). En outre, à la différence d'un petit animal, le cheval peut contredire et se rendre non maîtrisable (Le collectif Thérapie par le Cheval, 23 février 1996). Ces situations indésirables permettent à la personne de résoudre les problèmes en suivant des étapes bien précises, expliquées dans la thérapie cognitivo-comportementale, plus en amont (Blondeau, Nicole, & Lalonde, 2006). C'est pourquoi cet animal invite la personne à prendre le temps d'écouter, de comprendre et d'apprendre à son rythme (Ansorge, 2011). La personne peut donc y faire des expériences et en tirer un enseignement (Le collectif Thérapie par le Cheval, 23 février 1996).

De plus, l'individu comprend que rentrer en contact avec le cheval nécessite une perception, une acceptation des signaux et une bonne interprétation (Aubard, 2007). Il apprend aussi que la communication avec le cheval mobilise tous les sens : « *l'ouïe, la vue, l'odorat et le toucher* » (Aubard, 2007, p. 118). Cette mobilisation des sens contraint la personne à avoir une certaine rigueur et une responsabilité, grâce aux soins et aux comportements à adopter, pour introduire et sauvegarder une relation particulière entre lui et le cheval (Treminitin, 2000).

Pour faire perdurer la relation, il faut apprendre ses besoins et ses modes de fonctionnement, interpréter le langage corporel, calme et patient et maintenir ses apprentissages (Treminitin, 2000).

3.1.2 Un animal pour prendre conscience

Par ailleurs, la collaboration avec le moniteur d'équitation qui enseigne de nouvelles modalités pédagogiques, favorise une progression adaptée et sécurisante, puisqu'elles sont fondées dans l'optique d'apprendre de nouvelles techniques (Treminitin, 2000). Effectivement, le moniteur n'agit pas à la place du patient mais annonce les règles extérieures à eux, comme une loi nécessaire à la réalisation du désir

(Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Le patient découvre que la loi est extérieure au moniteur et qu'elle est véritablement l'expression d'une réalité (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). En suivant, le patient efface peu à peu le thérapeute de son champ et intériorise la loi, la maîtrise de soi-même et d'une technique, voire une capacité à désirer pour soi (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020).

Selon Astrid Chefdhotel, psychologue, le patient va passer par deux phases : « *celle de l'illusion primaire (Winnicott) ; et la désillusion* » (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020, p. 132). Dans un premier temps, l'illusion primaire est présente, c'est lorsque le patient ressent un sentiment d'omnipotence, soit l'impression de contrôler son environnement et le cheval (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Dans un second temps, la désillusion apparaît, lorsque le patient inclut des situations qui confrontent progressivement le principe de réalité. Ces situations sont influencées par les réactions du cheval pour qu'il réponde positivement aux sollicitations du patient ; ou, *a contrario*, laisser le cheval ignorer pendant un certain temps la demande du patient (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Ces deux phases caractérisent les principes des thérapies cognitives, abordés plus au-dessus (Blondeau, Nicole, & Lalonde, 2006).

D'autre part, le cheval est considéré comme une activité physique (Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, 2001). La combinaison entre cet exercice physique et l'entraînement cognitif apporte au patient une amélioration de la vitesse de traitement, de la mémoire de travail, des fonctions exécutives, de la mémoire verbale et visuelle (Amado & Kern, 2021). En effet, la personne doit constamment apprendre en fonction de sa position par rapport au cheval, lorsqu'il est avec et est dessus, pour apprendre : « *à diriger son cheval, à maîtriser les réactions, lui commander ses désirs* » (Rivy, 2000, p. 13). Ces nouvelles techniques s'accompagnent par l'apprentissage des différents accessoires, nécessaires pour la pratique (Aubard, 2007). Comme énoncé auparavant, le cheval est un être vivant. Il permet à la personne de maintenir un lien avec lui et de s'ouvrir aux autres, puisqu'il est ancré physiquement et psychiquement chez la personne (Corbeau, 2014). Cependant, cette médiation s'opère dans un contexte groupal.

3.2 Le groupe équin, un entraînement comportemental

3.2.1 Être en groupe avec son cheval

Le groupe est indispensable dans le modèle cognitivo-comportemental, en raison des habiletés sociales qu'il met en action (Morel-Bracq, 2017). Il a une notion contenante et rassurante, dans laquelle des expériences naissent (Le collectif Thérapie par le Cheval, 23 février 1996). Effectivement, la personne est confrontée à des situations plus ou moins agréables, partagées avec les autres patients, telles que : être à côté du cheval, accepter le comportement de l'animal, prendre soin de l'animal, réaliser des actes réalistes, comme le nettoyage (Le collectif Thérapie par le Cheval, 23 février 1996). Dans

« *Médiation thérapeutique avec le cheval* », les auteurs disent que la personne est confrontée, sur le cheval, à l'idée de la chute et de la mort : une chute reste possible (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Le cheval pousse alors le patient à s'adapter et à travailler sur ses limites pour ne pas se mettre en danger car il faut admettre que cet animal est puissant et réactif (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). De plus, le cheval demande une régularité dans le comportement et les réponses, ce qui permet au patient de mieux repérer les comportements adaptés, en abordant les codes sociaux et en laissant libre cours à son expression (Ansorge, 2011).

D'autre part, le cadre contenant de la médiation permet de favoriser des expériences et sensations agréables (Ansorge, 2011). Les règles de sécurité sont véhiculées par le moniteur d'équitation, le thérapeute mais aussi entre les patients (Aubard, 2007). Le fait que les patients partagent les règles montre l'implication de ces derniers dans la médiation, mais aussi leur positionnement dans le groupe (Ergopsy, 2015). En effet, le groupe est médiateur d'une réalité sociale, car chacun voit et est vu, peut critiquer et être critiqué, mais doit respecter les possibilités de tous et du cadre de la médiation (Le collectif Thérapie par le Cheval, 23 février 1996). Le groupe participe à l'instauration d'une enveloppe institutionnelle, dans laquelle les patients peuvent faire émerger des projets personnels (Ergopsy, 2015). Cette émergence peut être un élément pour concrétiser ces projets, avec l'aide des professionnels (Ergopsy, 2015).

Ainsi, la médiation équine permet de modifier le répertoire comportemental de chacun des participants, grâce au groupe qui doit assurer une ambiance dynamique positive (Ansorge, 2011).

3.2.2 Le centre équestre : un milieu social ordinaire

3.2.2.1 Des règles à intégrer

Le lieu d'apprentissage de nouveaux comportements est une dimension à prendre en compte (Aubard, 2007). Le centre équestre est un environnement, en dehors du lieu d'hospitalisation, provoquant un déplacement du groupe (Aubard, 2007). En effet, Isabelle Aubard détaille que le groupe sort de l'institution et doit se plier à des normes internes telles que : le temps, le lieu et la fréquence, comme celles imposées à l'institution. Mais il doit aussi se plier à d'autres consignes, dites externes : respectant le nouveau lieu, le règlement interne de l'inscription et l'engagement. Néanmoins, la pratique équine ajoute des normes de sécurité (Aubard, 2007).

Le Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie indique pour la pratique équine :

- « *La circulaire n°75-65 du 12 mars 1975, rendant le port du casque obligatoire.*

- *La directive 96/58/CE du 3 septembre 1996, stipulant les équipements de protection individuelle comme des chaussures fermées et une bombe équitation* » (Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, 2001).

Par ailleurs, le déplacement extérieur du groupe au centre équestre est un contexte différent de l'hospitalisation, puisque des acteurs extérieurs interviennent, comme un moniteur d'équitation et que les patients hospitalisés en psychiatrie se rendent dans un milieu de vie hors de l'hôpital (Aubard, 2007).

3.2.2.2 La collaboration ergothérapeute et moniteur d'équitation

Puisqu'un moniteur d'équitation intervient durant la médiation équine, cela permet d'obtenir un recul et une vue différenciée sur les problématiques et les symptômes du patient (Aubard, 2007). De plus, le centre équestre est un lieu ouvert à tout public. Cela permet au patient de créer un lien avec cet environnement et d'envisager une poursuite de cette activité sportive (Ducouso-Lacaze, 2014). L'éventuelle poursuite de la pratique dans un centre équestre apporte à la personne un investissement de l'environnement, un développement d'un tissu social et une participation aux événements sportifs (Ducouso-Lacaze, 2014). Charlotte Ducouso-Lacaze, ergothérapeute, relève qu'il existe plusieurs types de clubs sportifs dans lesquels la personne sera libre de choisir d'intégrer : un club de sport adapté, un club ordinaire ayant le label « handi-valide » pour une pratique partagée, et un club ordinaire. De ce fait, quelle que soit la structure choisie, la personne pourra transférer ses habiletés sociales, en raison d'une intégration au sein d'une population ayant ses règles et ses normes (Ducouso-Lacaze, 2014).

D'autre part, une collaboration est essentielle entre le moniteur d'équitation et le thérapeute. En effet, le moniteur s'oriente sur l'apprentissage de techniques lié à la pratique. Le thérapeute s'axe sur l'espace de socialisation (Treminitin, 2000). L'ergothérapeute s'oriente vers la réadaptation, soit la réintégration de la personne dans son environnement antérieur ou futur (Riou, 2016). De ce fait, le professionnel accompagne chaque patient à développer ses habiletés cognitives, émotionnelles, relationnelles, physiques pour un fonctionnement le plus satisfaisant possible (Riou, 2016). Effectivement, Gaëlle Riou explique que l'ergothérapeute est expert dans l'autonomie du patient, puisque cela fait partie de l'étape du soin. L'ergothérapeute a donc pour mission d'aider le patient à développer des compétences d'adaptation à la maladie (Riou, 2016). Jacques Treminitin, assistant socio-éducatif, appuie les propos déjà exposés précédemment sur le fait qu'une prise en charge en équipe met en lumière la connaissance et la reconnaissance de chacun dans sa spécificité, ce qui est source de complémentarité (Treminitin, 2000).

Ainsi, le lieu de l'activité justifie en lui-même l'approche cognitivo-comportementale, grâce à son pragmatisme (Morel-Bracq, 2017). Ce pragmatisme permet de transférer les acquis dans les activités de la vie quotidienne.

3.3 La médiation équine, un transfert pour la réadaptation sociale

3.3.1 De nouvelles compétences transférables

La médiation équine demande de planifier des étapes, telles que : le pansage, la reprise et le pansage. Ces étapes permettent au patient de lire, de repérer clairement la place de chaque matériel et les différentes étapes de préparation de l'équidé et de les anticiper (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Toujours avec un regard bienveillant, le thérapeute évite de diriger la personne vers une action, mais l'invite plutôt à réfléchir et à prendre des initiatives, afin de lui apporter des responsabilités (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). De plus, l'objectif du thérapeute est que le patient gagne en autonomie dans les activités de la vie quotidienne, dans l'organisation et dans l'adaptation, même en cas de changement (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Le patient va donc prendre un rôle propre à ses caractéristiques, au sein du groupe (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). D'autre part, le patient peut développer des sentiments de responsabilité vis-à-vis du cheval, grâce aux comportements adoptés envers ce dernier (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). De ce fait, ces sentiments naissent à travers l'action et non par des paroles, ce qui permet à l'individu de percevoir ses capacités à partir de son vécu.

Le patient pourra ainsi transférer et organiser ses capacités dans des tâches de la vie quotidienne, voire s'adapter en cas de changements (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). L'animal en lui-même ne soigne pas mais sert de médiateur à la communication et aux échanges, durant la démarche de soin, pour apprendre de nouveaux comportements (Aubard, 2007).

3.3.2 Le soutien de l'ergothérapeute

Malgré l'apport de l'animal, le rôle de l'ergothérapeute est indispensable, puisqu'il soutient le patient quand il a besoin. L'ergothérapeute doit entretenir la confiance du patient, sa motivation dans l'activité et favoriser sa prise de plaisir (Barrois, Jean, Lebon, & Muller, 2020). Il peut mettre en place des réunions cliniques, des écrits et des échanges avec les soignants référents des patients (Aubard, 2007). L'ergothérapeute va accompagner le patient à adapter son quotidien avec l'activité sportive, en l'occurrence le cheval, pour améliorer son autonomie en : « *accompagnant dans la recherche des moyens de transports pour se rendre sur le lieu, le travail sur la préparation des affaires, sur l'hygiène*

corporelle, transférer les habiletés sociales sur le respect d'un cadre et de normes » (Ducouso-Lacaze, 2014, p. 36).

Par conséquent, il me semble important de rappeler que l'ergothérapeute se doit d'être investi dans l'accompagnement du patient et notamment lors de la médiation, pour favoriser l'investissement de ce dernier dans sa prise en charge (Fohr, 2016).

4 Hypothèse

La schizophrénie est une pathologie aux conséquences cognitives et comportementales, impactant l'insertion sociale. Pour améliorer le quotidien des personnes atteintes de schizophrénie, la thérapie cognitivo-comportementale peut être proposée par l'ergothérapeute. Cette thérapie favorise la modification de schémas de pensée et l'apprentissage de nouveaux comportements, afin de réadapter socialement la personne.

En effet, l'ergothérapeute aide les individus à gagner en indépendance et en autonomie dans leur quotidien. Ses compétences lui permettent d'intervenir en psychiatrie, puisqu'il accompagne la personne grâce à une alliance thérapeutique et à un processus thérapeutique établis et maintenus. Pour ce faire, l'ergothérapeute utilise les médiations, pour atteindre ses objectifs. Néanmoins, l'ergothérapeute a besoin de collaborer avec différents professionnels, aux spécificités bien variées, pour travailler de manière globale et se centrer le plus possible sur le patient.

L'ergothérapeute peut utiliser des médiations en dehors du lieu d'hospitalisation, comme la médiation équine. Cette médiation permet aux patients d'améliorer ses capacités cognitives et comportementales, grâce à un médiateur : le cheval. Cet animal demande au patient d'entrer en relation avec un être vivant, de mobiliser des sens et d'acquérir une rigueur et des responsabilités. De là, la personne apprend de nouveaux comportements dits « *plus adaptés* » et des règles. Ces règles de sécurité se partagent et s'échangent entre les membres du groupe, favorisant l'implication et le positionnement de chacun. De plus, le centre équestre offre une collaboration entre l'ergothérapeute et le moniteur d'équitation, externe au lieu de soin, qui s'oriente vers l'apprentissage de techniques spécifiques à la pratique. L'ergothérapeute étaye les patients dans les modifications de leur schéma de pensées et de comportements et les accompagne pour transférer les acquis dans les activités de la vie quotidienne.

Par conséquent, l'étude des différents concepts a mené à l'hypothèse suivante :

La médiation équine, proposée par l'ergothérapeute dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale, permet à la personne schizophrène de modifier son schéma de pensée et d'apprendre de nouveaux comportements.

Cadre expérimental

1. Méthodologie des enquêtes

1.1 Objectifs des enquêtes

Afin de pouvoir valider ou non mon hypothèse, j'ai souhaité analyser la pratique des ergothérapeutes sur le terrain par des observations systématiques et des entretiens semi-directifs. Ces études me permettront de déterminer les apports de la médiation équine dans la réadaptation sociale des personnes schizophrènes.

Ces enquêtes ont pour objectifs de :

- Identifier les comportements des patients schizophrènes, en amont et en aval des séances de médiation équine, durant le trajet.
 - o Critères d'évaluation : Qualitatifs. Repérer les modifications de comportements et de paroles et vérifier s'ils perdurent entre deux séances de médiation équine.
- Identifier les évolutions cognitives et comportementales des patients schizophrènes, au cours de la médiation équine, sur plusieurs séances consécutives.
 - o Critères d'évaluation : Qualitatifs. Identifier les discours et les comportements nouveaux des patients observés lors de la médiation.
- Analyser l'impact de la thérapie cognitivo-comportementale sur la réadaptation sociale des patients schizophrènes, pendant l'entretien avec un ergothérapeute.
 - o Critères d'évaluation : Qualitatifs. Repérer le champ lexical lié au modèle cognitivo-comportemental pour la réadaptation sociale des patients schizophrènes, via les discours des ergothérapeutes.
- Identifier les apports de la médiation équine auprès des patients schizophrènes au niveau cognitif et comportemental, à travers l'entretien avec l'ergothérapeute.
 - o Critères d'évaluation : Qualitatifs. Identifier les éléments verbaux justifiant des modifications comportementales et cognitives des patients, lors de l'entretien.

1.2 Choix des populations

Aux vues des données énoncées dans le cadre conceptuel et du temps limité pour réaliser ces enquêtes, les échantillons seront non représentatifs mais caractéristiques des populations ciblées (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Les enquêtes vont s'intéresser aux personnes schizophrènes participant à la médiation équine et aux ergothérapeutes proposant cette médiation.

Pour les personnes schizophrènes :

- Critères d'inclusion : adulte hospitalisé en psychiatrie, ayant été diagnostiqué schizophrène et suivant un groupe de médiation équine.
- Critères de non-inclusion : personne non hospitalisée en psychiatrie mais ayant un diagnostic de schizophrénie posé.
- Critères d'exclusion : personne hospitalisée en psychiatrie et suivant la médiation équine mais ayant un autre diagnostic posé.

Pour les ergothérapeutes :

- Critères d'inclusion : ergothérapeute travaillant en psychiatrie et menant une médiation équine avec des patients dont le diagnostic de schizophrénie a été posé.
- Critères de non-inclusion : ergothérapeute travaillant en psychiatrie et proposant une médiation équine à des patients suspectant une schizophrénie mais dont le diagnostic n'a pas été posé.
- Critères d'exclusion : ergothérapeute regroupant les critères d'inclusion mais ne comprenant pas bien la langue française (non-compréhension des questions de l'entretien et des demandes pour les observations).

1.3 Choix des outils

En raison des objectifs et des populations choisis, les outils d'enquêtes sont des observations systématiques et des entretiens semi-directifs. Ces deux enquêtes, de natures différentes, ont pour but de se juxtaposer, puisque les observations vérifient les éléments énoncés lors des entretiens (Fassin, 1990). Malgré leur nature, ces outils sont des enquêtes qualitatives, visant à décrire de façon subjective les éléments recueillis (Fassin, 1990).

1.3.1 Les observations systématiques

Tout d'abord, l'observation est un outil de recherche reposant sur plusieurs savoir-faire, tels que : percevoir, mémoriser, noter et sélectionner (Saussey, 2017). L'observation permet de présenter une neutralité aux propos rapportés, par rapport à des comportements envisagés et/ou effectués par les observés (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, & Trognon, 2013). En recherche de phénomènes authentiques et bien précis, il me semble nécessaire d'effectuer des observations non-participantes et systématiques. L'observation systématique permet de recueillir des données relatives aux événements recherchés, grâce à une grille d'observation standardisée et à la non-implication de l'observateur (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, & Trognon, 2013).

1.3.2 Les entretiens semi-directifs

D'autre part, l'entretien est « *un speech event dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B.* » (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, & Trognon, 2013, p. 83). L'entretien est un outil instaurant un échange, dans lequel l'interviewé exprime ses perceptions, grâce aux questions posées par l'enquêteur (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Recherchant la vision des ergothérapeutes, il me semble approprié d'effectuer des entretiens semi-directifs. Cet outil permet de suivre les thèmes recherchés, grâce à un guide d'entretien, tout en laissant une certaine liberté d'expression à l'interviewé (Fassin, 1990).

Ainsi, les deux outils ont été testés avant d'être utilisés, auprès d'étudiants de l'IFE de Créteil, d'ergothérapeutes (tuteurs de stage, maître de mémoire) et de personnes extérieures à la formation afin de les neutraliser.

1.4 Expérimentation des outils

Après avoir testé ma grille d'observation et ma trame d'entretien et les avoir modifiées pour obtenir plus de clarté et de neutralité, j'ai commencé à démarcher les deux populations envisagées.

Pour ce faire, j'ai sollicité les ergothérapeutes travaillant en psychiatrie adulte. Je me suis aidée de plusieurs réseaux sociaux pour déposer des annonces concernant ma recherche d'ergothérapeutes répondant à mes critères. J'ai également contacté mes anciens lieux de stage afin que mes tuteurs puissent relayer ma demande aux personnes susceptibles d'être intéressées. Ils ont partagé mes demandes à leurs connaissances, leur équipe et leur réseau.

Lors du démarchage, je n'ai pas souhaité dévoiler ma problématique, ni mon hypothèse pour ne pas biaiser les résultats de mes interlocuteurs. De plus, les ergothérapeutes n'avaient pas accès à ma grille d'observation et d'entretien. Néanmoins, ils étaient informés du thème des observations et de l'entretien.

1.4.1 Cotation des observations

Après l'accord de plusieurs ergothérapeutes, j'ai pu observer six séances de médiation équine hebdomadaire sur deux structures psychiatriques différentes, comme souhaité. Puisque c'étaient des observations systématiques et non-participantes, je me suis intégrée discrètement au groupe lors des séances, pour pouvoir observer les patients pleinement. En revanche, à chaque début d'observation, les patients ont donné leur accord pour que je puisse les accompagner et rester durant la médiation, sans leur donner la raison de ma venue. En effet, si les patients savaient la raison et auraient pris connaissance de ma grille d'observation, les résultats seraient moins spontanés.

Après les séances, je remplissais immédiatement les grilles d'observation, à mon domicile pour être à l'écart des observés et des ergothérapeutes.

1.4.2 Passation des entretiens

Les ergothérapeutes m'accordant les observations m'ont également autorisée à m'entretenir avec elles. J'ai pu m'entretenir avec trois ergothérapeutes. A chaque début d'entretien, les ergothérapeutes m'ont autorisées à enregistrer et exploiter les informations échangées.

Après les entretiens, je retranscrivais les échanges à mon domicile, pour pouvoir par la suite les analyser.

2. Présentation des résultats obtenus des enquêtes

Dans cette partie, les résultats bruts des enquêtes vont être présentés. Ils seront détaillés par thème, afin de faciliter la compréhension. Certains éléments recueillis seront cités pour appuyer encore plus les résultats. Il faut noter qu'une information concernant l'ergothérapeute 1 sera notée « E1 », une information concernant la personne schizophrène 1 sera notée « P1 ». Enfin, veuillez noter que tous les entretiens ont été retranscrits pour permettre leur étude et l'entretien avec l'ergothérapeute 2 est présenté en annexe (cf. Annexe VI). De plus, des graphiques ont été réalisés pour répertorier les éléments observés auprès des patients et des courbes de tendance sont présentés en annexe (cf. Annexe V).

2.1 Présentation des personnes présentant une schizophrénie et des ergothérapeutes

2.1.1 Les personnes présentant une schizophrénie

J'ai pu observer trois personnes durant trois séances hebdomadaire de médiation équine, dans deux centres équestres différents, mais en dehors du lieu d'hospitalisation. A chaque fois, la médiation était groupale mais les autres patients participants ne répondaient pas aux critères d'inclusion. J'ai demandé quelques informations aux ergothérapeutes concernant le profil du patient :

	P1	P2	P3
Données personnelles	30 ans Schizophrénie paranoïde Hospitalisé depuis décembre 2021	27 ans Schizophrénie catatonique Hospitalisé depuis décembre 2021	25 ans Schizophrénie paranoïde Hospitalisé depuis octobre 2021
Type d'hospitalisation	SDT	SL	SDRE
Lieu d'hospitalisation	Hôpital de soins psychiatriques en intra-hospitalier	Hôpital de soins psychiatriques en intra-hospitalier	UMD

Tableau 1 : Profil des personnes schizophrènes observées.

2.1.2 Les ergothérapeutes

Concernant les ergothérapeutes, j'ai effectué trois entretiens, réalisés sur leur lieu d'exercice ou par téléphone. Concernant leur expérience professionnelle, E1 est diplômée de juillet 2014, exerçant à mi-temps dans un service psychiatrique intra-hospitalier et à mi-temps en extra-hospitalier au CATTP depuis 2016. E2 exerce depuis les années 1993, a travaillé en service psychiatrique de secteur et travaille depuis 2007 en UMD. E3 est ergothérapeute depuis 1988 et exerce en psychiatrie depuis 1989 en service intra-hospitalier.

2.2 Parcours de la personne schizophrène dans la réadaptation sociale

2.2.1 Prise en charge de la personne schizophrène au sein de l'équipe interprofessionnelle

Les trois ergothérapeutes insistent sur la personnalisation de chaque prise en charge en précisant que chaque patient est différent. E3 souligne que la stratégie interprofessionnelle dépend de l'état psychique et physique du patient, de ses besoins et envies. E2 et E3 donnent des stratégies, reportées ci-dessous :

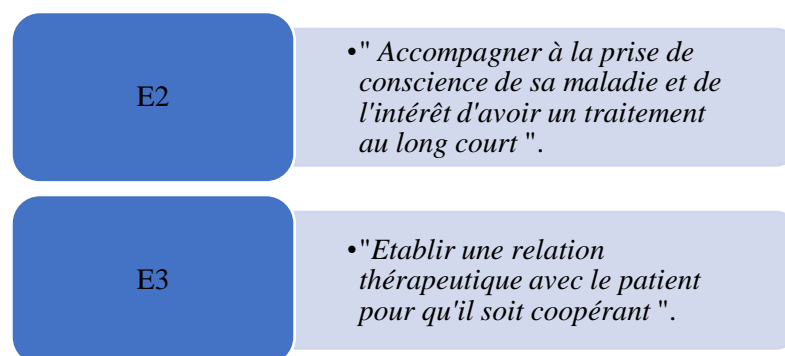


Figure 1 : Stratégies interprofessionnelles pour une meilleure prise en charge.

E1 donne les attitudes adoptées par l'équipe pour un meilleur accompagnement : l'écoute, les entretiens avec le patient et son entourage, les observations et les discussions.

E1 et E2 énumèrent les professions intervenant auprès du patient. D'après E2 : « C'est une prise en charge institutionnelle avec différents professionnels [...]. Donc infirmiers, psychologues, psychiatres et après des activités donc psychomotricité, ergothérapie. Du sport avec un éducateur sportif ». E1 rajoute comme professionnels présents : les assistants sociaux, les aides-soignants, les musicothérapeutes et les danse thérapeutes. Mais aussi les moyens mis en place pour

l'interprofessionnalité avec des transmissions écrites sur un logiciel de soins sécurisé, des réunions hebdomadaires ou mensuelles de façon formelle et des discussions de couloirs ou dans un bureau, pour plus de confidentialité.

2.2.2 Prise en charge de la personne schizophrène par l'ergothérapeute

Toutes les ergothérapeutes interrogées commencent leur réponse en mentionnant qu'elles n'agissent que sur prescription médicale du psychiatre du service. E1 et E3 informent qu'ensuite elles recueillent les données de la personne, la rencontrent pour faire connaissance, établissent une relation thérapeutique et mettent en place une prise en charge en ergothérapie. E3 évoque l'importance de poser un cadre et d'avoir une attitude rassurante et bienveillante envers le patient. Les trois ergothérapeutes apportent des informations suivantes lors de la prise en charge du patient :

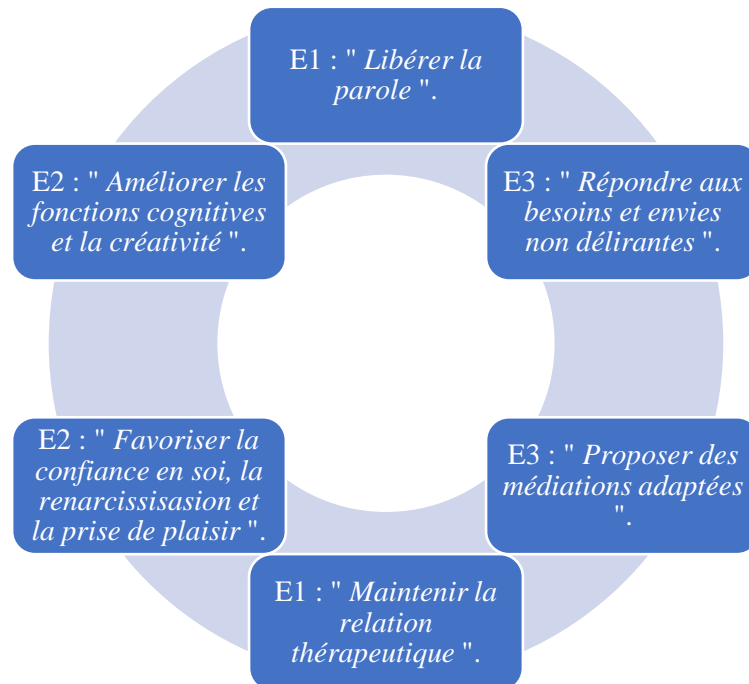


Figure 2 : Les objectifs de l'accompagnement du patient schizophrène d'après les ergothérapeutes.

E1 accompagne aussi des patients atteints de schizophrénie au CATTP et indique que les objectifs divergent de ceux en intra-hospitalier : « Le but va être l'autonomie et l'indépendance et que les patients puissent se passer de nous avec un travail sur l'accès à la cité et à des activités externalisées ».

2.3 Accompagnement de l'ergothérapeute avec la thérapie cognitivo-comportementale

2.3.1 La place de l'ergothérapeute dans la réadaptation sociale

Pour les ergothérapeutes interrogées l'accompagnement vers la réadaptation sociale de leurs patients commence dans l'atelier d'ergothérapie. Pour E2, les patients venant à l'atelier ont chacun un projet personnel mais ils sont ensemble dans un espace spatio-temporel défini. Le choix d'une médiation adaptée est indispensable pour les ergothérapeutes, afin de favoriser l'engagement du patient. Elles mettent en lumière un processus thérapeutique suivant :

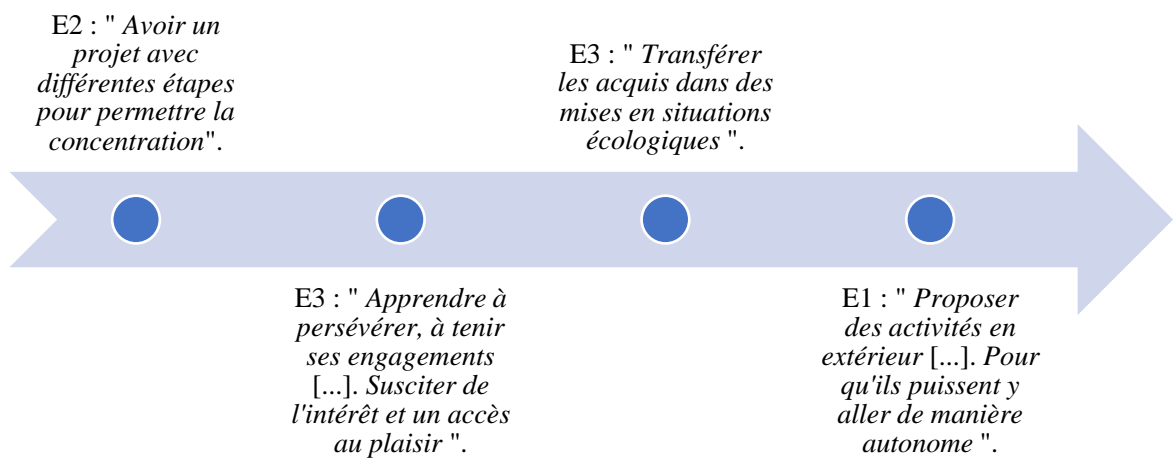


Figure 3 : Le processus thérapeutique mis en place par l'ergothérapeute.

E1 trouve plus d'intérêt dans la réadaptation sociale auprès des patients accueillis au CATTP puisqu'elle indique qu'ils sont plus stabilisés qu'en intra-hospitalier. Elle peut donc leur proposer des sorties thérapeutiques comme des sorties aux musées, non privatisés, et à la piscine municipale du secteur, dans le but qu'ils puissent poursuivre ces activités de manière autonome. E1 précise que : « Les patients qui participent régulièrement à ces sorties à la journée ou à la piscine, ont un comportement qui change. Et il y a moins d'anxiété, voire d'angoisse, dans la prise des transports en commun, dans le fait de se préparer pour arriver à l'heure et de se balader dans un endroit ». Elle relève aussi que certains des patients sont plus détendus à force de participer à des sorties et vont tout seuls à la piscine municipale, en plus des séances avec le CATTP.

2.3.2 Les intérêts de la thérapie cognitivo-comportementale auprès des patients schizophrènes en ergothérapie

Les adjectifs énoncés par les ergothérapeutes pour définir la thérapie cognitivo-comportementale sont : « *simple, pratique et concret* ». En revanche, E1 et E3 indiquent que parfois elle est compliquée à utiliser auprès de patients déficitaires et envahis grandement par la maladie.

E2 et E3 s'accordent pour dire que l'ergothérapeute va mettre en situation écologique le patient, via une médiation, puisqu'il va se confronter à des difficultés auxquelles il va devoir ou tenter de faire face, tout en gérant la frustration, puisque ce sont des méditations sur plusieurs séances. D'autre part, toutes les ergothérapeutes interrogées évoquent que le fait de sortir de l'unité, voire de l'hôpital, permet au patient de changer d'horizon, de se poser, de se concentrer et de se calmer. Mais aussi d'accompagner les patients dans la distinction de pensées inadaptées pour les amener à réfléchir et à réagir de façon plus adaptée aux nouvelles situations. E2 admet que l'ergothérapie : « *Peut aussi remplacer un traitement anxiolytique* ».

De plus, elles montrent l'importance de la médiation équine, dans la thérapie cognitivo-comportementale, dans laquelle elles peuvent observer des comportements et des évolutions de comportements dans des situations écologiques qui peuvent se produire dans la vie quotidienne.

2.4 Proposition de la médiation équine par l'ergothérapeute au patient schizophrène

2.4.1 Les apports de la médiation équine auprès des patients schizophrènes

Toutes les ergothérapeutes interrogées détaillent une séance type de la médiation avec : un temps de trajet pour se rendre sur le lieu ; un temps de préparation du cheval avec le pansage et le sellage ; un temps de reprise dans le manège avec un moniteur d'équitation ; un temps de soin du cheval avec le pansage et le dessillage ; et un temps de trajet pour rentrer dans l'unité. E1 évoque en plus le temps avant de partir au centre équestre : « *On va à la rencontre du patient dans le service. On va le saluer, ça commence déjà là même avant et on annonce qu'on va partir. On voit si la personne est déjà prête, s'est souciee d'avoir une tenue adaptée. Sinon on peut lui prêter des affaires et on y va* ».

Les réponses des ergothérapeutes à la question : « *Pouvez-vous me décrire concrètement ce qu'apporte la médiation équine auprès des patients schizophrènes ?* » sont les suivantes :

Réponses	
E1	<p>« De s'apaiser [...] L'environnement est vraiment changé avec des bruits, des odeurs, des sons, des animaux différents » ; « Être dans un manège qui est un lieu fermé et contenant » ; « Le patient est forcément en autonomie et dans une réalité » ; « Le cheval est un animal vivant qui bouge, respire, renvoie quelque chose au patient de positif ou négatif, ça peut être effrayant, rassurant, réconfortant » ; « Il impose au patient d'être présent, d'être dans une réalité, que ce soit à côté ou quand il est dessus. Il peut se faire bousculer ou tomber » ; « Être à cheval ou à côté et être attentif à ce qui se passe autour » ; « Emergence d'une dynamique de groupe qui est toujours différente et c'est intéressant d'observer les interactions entre les patients mais aussi avec les professionnels » ; « La collaboration avec le moniteur d'équitation qui nous fait des observations équestres et comportementales et nous on essaie de faire du lien avec la clinique » ; « Il adapte les exercices et les séances aux patients en fonction de ce qu'on aimerait observer ou ce qu'on aimerait bien voir ».</p>
E2	<p>« Lien vivant différent de si on fait de la terre [...] on peut pas tricher autant » ; « Stimuler beaucoup de choses, la vue, l'odorat, le toucher » ; « Intéressant, surtout en UMD quoi où ils sont privés de certains sens pendant très longtemps [...]. Ils voient toujours les mêmes choses » ; « Dominé sa peur, la fierté de monter à cheval [...] comme les plus privilégiés qui ont la possibilité de faire du cheval ».</p>
E3	<p>« Au niveau cognitif car on aide le moins possible les patients, c'est un travail d'autonomie et de mémorisation ce qu'il peut y avoir à faire notamment au niveau du pansage » ; « Le patient est censé savoir quelles sont les différentes brosses et les différentes étapes du pansage et du sellage » ; « Des patients sourient parce qu'ils prennent confiance en eux et aussi du plaisir » ; « Un patient était rejeté et persécuté de la part des autres y compris par des soignants car il était renfermé sur lui-même et montrait une agressivité [...] Beh là on le voit évoluer. Il progresse, accepte les consignes et conseils et commence à s'ouvrir de plus en plus dans le groupe » ; « Toujours attentif aux autres mais accepte de travailler en duo et en groupe avec le cheval » ; « Amène du positif dans le regard des autres et dans ce qu'on peut aussi leur retransmettre » ; « Donne aussi des arguments pour envisager d'autres projets [...] montrer que le patient a des capacités d'apprentissage, de concentration et d'attention envers les autres ».</p>

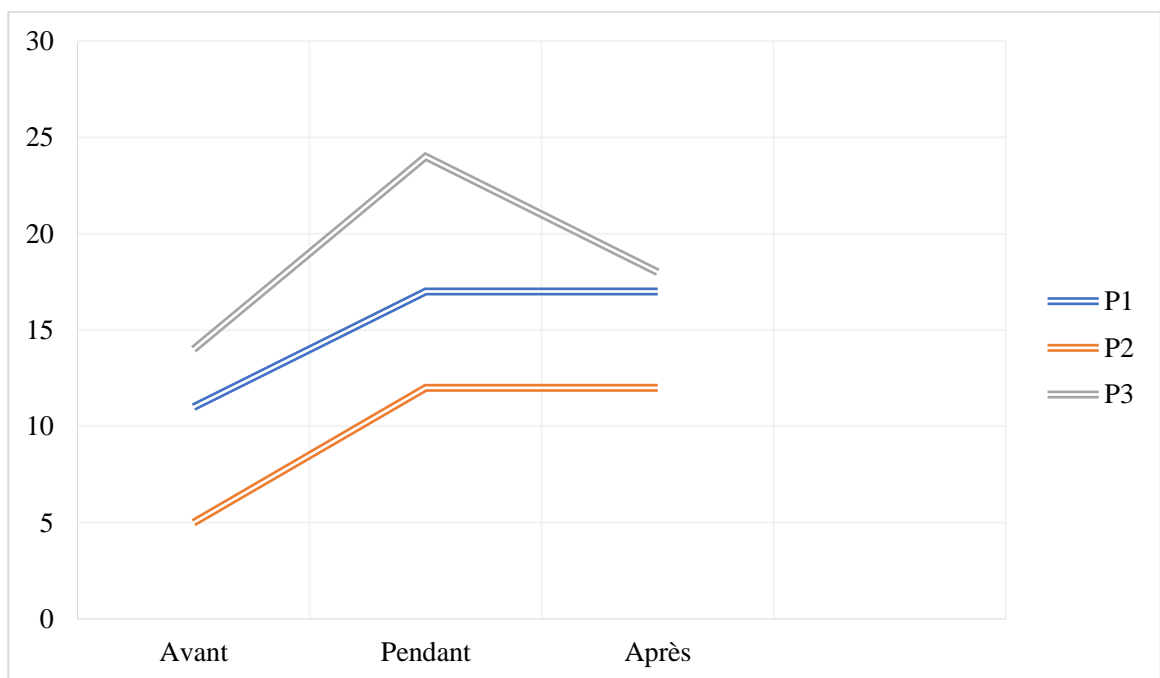
Tableau 2 : Bénéfices de la médiation équine d'après les ergothérapeutes

Les ergothérapeutes révèlent qu'elles voient le patient différemment puisque le contexte est autre que dans les unités et que les autres professionnels de santé sont surpris par les comportements verbaux et non verbaux que peuvent avoir les patients au centre équestre. E3 indique que : « *J'ai eu plusieurs fois les médecins qui ont été surpris de comment le patient pouvait se comporter au centre équestre et ne pensaient pas que nos patients pouvaient avoir une énergie positive* ».

2.4.2 Les impacts cognitifs et comportementaux sur les patients schizophrènes

Le guide d'observation (cf. Annexe III) m'a servi pour coter ce que je voyais avant, pendant et après la séance de médiation équine, auprès des patients schizophrènes participants.

Au cours de la séance, il y a une évolution dans les dimensions cognitives, comportementales et sociales. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution du patient grâce à la moyenne d'éléments adaptés, recueillis au cours des trois séances de médiation équine :



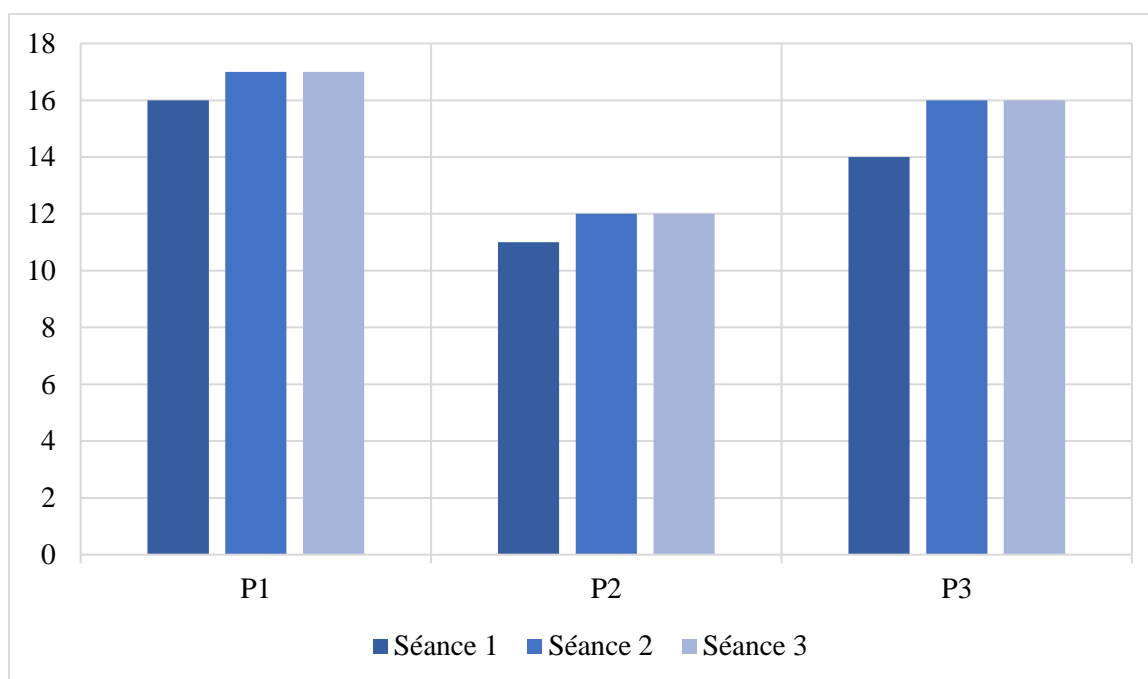
Graphique 1 : Evolution du nombre d'éléments adaptés tout au long de la médiation équine

Les trois patients observés sont jugés plus adaptés au cours de la médiation notamment entre le trajet et pendant la médiation. En effet, sur le trajet du retour, les patients s'endormaient et donc les éléments à observer ne pouvaient s'appliquer.

En plus d'avoir séparé les temps de la médiation, j'ai différencié les dimensions abordées, suivantes :

- **La dimension comportementale :**

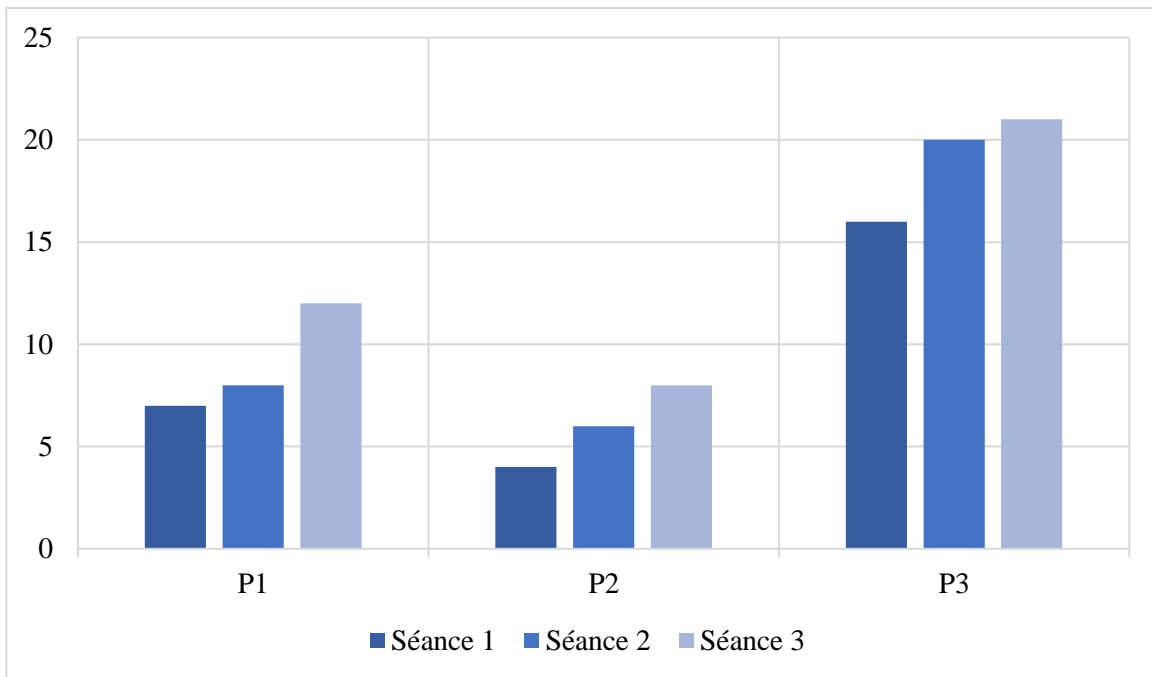
Les dimensions comportementales s'observent durant les trajets et pendant la médiation équine. Elles comptabilisent 17 catégories, comme notamment les gestes effectués et l'attitude non-verbale. Le graphique ci-après montre le nombre d'éléments adaptés au niveau comportemental entre la séance 1 et 3.



Graphique 2 : Evolution du nombre d'éléments adaptés au niveau de la dimension comportementale.

- **La dimension cognitive :**

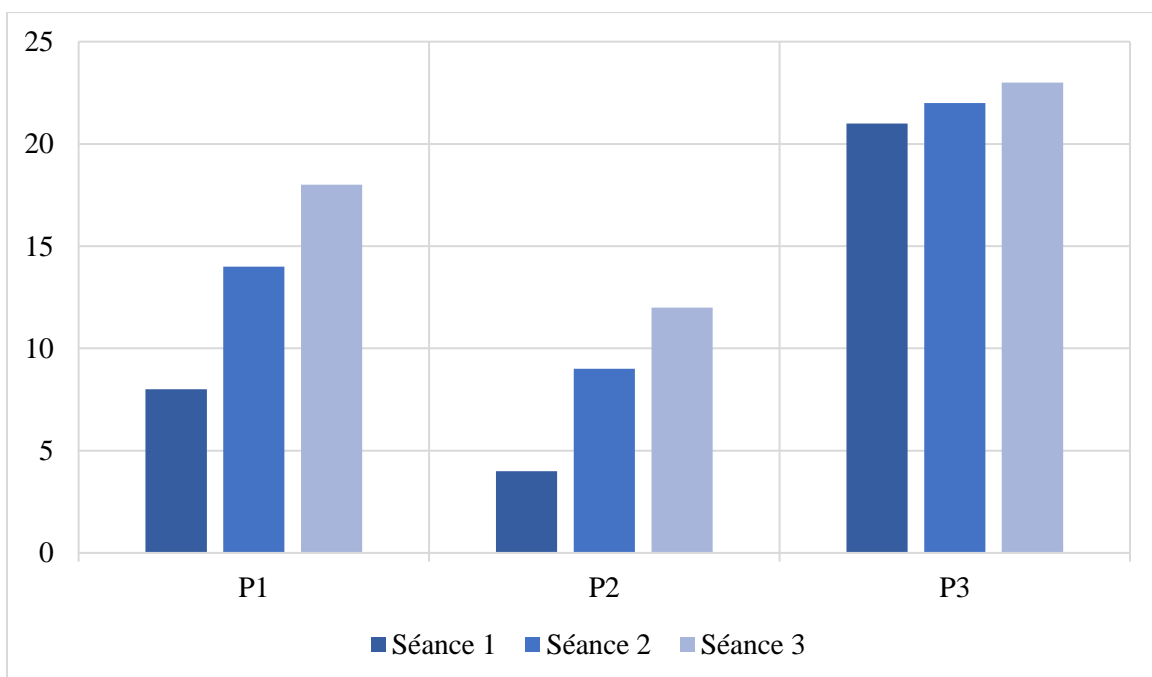
Le graphique suivant montre également l'évolution du nombre d'éléments adaptés au niveau cognitif entre la séance 1 et 3. Les fonctions exécutives et les capacités de lecture et de calcul sont observés et comptabilisent 21 catégories dans la grille d'observation.



Graphique 3 : Evolution du nombre d'éléments adaptés au niveau de la dimension cognitive.

- **La dimension sociale :**

Les interactions et le positionnement dans le groupe sont observés dans cette dimension quel que soit le temps de la médiation. Le graphique ci-dessous montre également l'évolution des éléments adaptés de chaque patient de la première à la troisième séance.



Graphique 4 : Evolution du nombre d'éléments adaptés au niveau de la dimension sociale.

Pour les trois patients, il y a une évolution positive en fonction des séances passées, sur les trois dimensions présentées, dans lesquelles ils acquièrent systématiquement plus d'éléments jugés adaptés.

Les ergothérapeutes rejoignent ces observations puisqu'elles disent qu'elles observent des comportements différents grâce à un lieu de médiation différent de l'atelier d'ergothérapie. E2 indique que le fait de voir le patient en médiation équine permet de retravailler avec lui dans l'atelier d'ergothérapie les capacités observées dehors. Pour E1 : « *C'est intéressant de mettre en comparaison les comportements observés et de voir l'évolution* ». E3 dit qu'elle voit les patients moins apragmatiques et moins en retrait, puisqu'ils échangeant avec les autres patients et professionnels, au fur et à mesure des séances de médiation équine.

Néanmoins, E2 souligne que parfois il peut y avoir un transfert d'acquis dans l'unité mais que la médiation équine n'est pas systématique. Comme elle dit en parlant d'un patient : « *Il a eu une mauvaise nouvelle entre-temps, là, c'était trop compliqué pour lui. Il a beau faire du cheval ça gère pas tout* ».

3. Analyse des résultats

Pour donner suite à la présentation des résultats bruts de l'enquête, une analyse croisant les discours des ergothérapeutes interrogées et les personnes schizophrènes observées semble nécessaire. Pour rappel, les objectifs des enquêtes étaient de :

- Identifier les comportements des patients schizophrènes, en amont et en aval des séances de médiation équine, durant le trajet.
- Identifier les évolutions cognitives et comportementales des patients schizophrènes, au cours de la médiation équine, sur plusieurs séances consécutives.
- Analyser l'impact de la thérapie cognitivo-comportementale sur la réadaptation sociale des patients schizophrènes, pendant l'entretien avec un ergothérapeute.
- Identifier les impacts cognitifs et comportementaux de la médiation équine auprès des patients schizophrènes, à travers l'entretien avec l'ergothérapeute.

Je souhaite reprendre les thèmes qui ressortent, tels que : les évolutions cognitives et comportementales pendant la médiation équine, et les intérêts et obstacles de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réadaptation sociale.

- **Les évolutions cognitives et comportementales pendant la médiation équine :**

D'après mes observations et mes entretiens, une modification du comportement du patient est relevée durant la médiation. Les ergothérapeutes s'accordent pour dire que le cadre thérapeutique dans lequel s'inscrit la médiation équine permet une mise en situation écologique du patient. Elles ont toutes admis que cette médiation, hors du lieu d'hospitalisation, permet d'observer le patient différemment. E1 précise que le fait d'être hors de l'hôpital permet au patient de s'apaiser puisque la médiation se situe dans un environnement rural avec de nombreux sens stimulés : la vue avec beaucoup d'animaux présents et un cadre environnemental différent de l'hôpital ; l'odorat avec l'odeur du matériel et des animaux présents ; l'ouïe avec le bruit de matériel agricole et des animaux ; le toucher avec le contact des animaux et du matériel nécessaire à la pratique équestre. Pour toutes, cette médiation permet au patient d'être dans une mise en situation écologique dans laquelle se trouve un être vivant, le cheval, et un groupe. Elles s'accordent toutes à dire que le patient est inscrit dans la réalité avec la présence des éléments positifs comme négatifs, le menant à s'adapter. Pour cela, elles laissent le patient en autonomie et observent s'il a amélioré ses capacités cognitives, notamment au niveau des fonctions exécutives comme : la mémoire de travail afin qu'il retienne les informations et qu'il les utilise ; le contrôle de l'inhibition pour qu'il puisse contrôler ses pensées et ses impulsions et prenne un temps de réflexion avant d'agir ; et la flexibilité cognitive pour qu'il puisse s'adapter à un changement face à des situations nouvelles. Ces observations leur sont utiles puisque lors des entretiens, elles disent qu'elles s'en servent pour transférer les acquis dans les médiations en atelier d'ergothérapie et dans l'unité. Toutefois, les entretiens montrent qu'elles étayaient le patient quand il en a besoin.

L'ensemble des patients observés acquièrent de plus en plus d'éléments jugés adaptés au fur et à mesure des séances de médiation équine. Les trois patients ont le nombre d'éléments adaptés qui augmente entre la séance 1 et 3 : P1 passe de 30 à 47 ; P2 passe de 19 à 32 ; et P3 passe de 51 à 60. P1 et P3 sollicitaient énormément les ergothérapeutes et le moniteur d'équitation sur les tâches à effectuer lors de la médiation. Au fur et à mesure des séances, ces sollicitations ont diminué et ont laissé place plutôt à une autonomie de la part des patients dans les étapes à suivre. Les ergothérapeutes soulignent que cette autonomie entraîne une prise de plaisir du patient car il s'engage dans la médiation et un lien se fait avec l'animal. Mais aussi une prise de confiance car il intègre les tâches à faire et peut être attentif aux autres membres du groupe. Lors de la troisième séance avec P1, je l'ai observé prodiguer des conseils à un autre patient présent sur les étapes du pansage et les outils à prendre, sans que l'autre

patient le sollicite. P1 lui a proposé son aide de manière spontanée car il le voyait en difficulté. De même, il avait toujours le même cheval durant les séances et j'ai observé des attitudes verbales et non-verbales de plus en plus affectueuses envers l'animal. Ces phénomènes ont été observés auprès de P3 où les appréhensions envers l'animal se sont estompées au travers des séances. A la séance 1, il n'osait pas le toucher et mettait une distance physique avec l'animal. Progressivement, il s'est rapproché de lui, jusqu'à le câliner, lui parler dans les oreilles et le gâter en friandises. Toutes les ergothérapeutes relèvent que cette médiation permet au patient un apprentissage des habiletés sociales auprès du cheval, des autres patients et des professionnels. Elles peuvent alors observer les comportements « *en situation écologique* » comme le dit E3. Elle ajoute que ces observations lui permettent d'accompagner et de soutenir le patient dans ses projets futurs, auprès de l'équipe interprofessionnelle. En revanche, n'ayant pas la même schizophrénie diagnostiquée, P2 a moins d'éléments jugés adaptés que les autres patients. A chaque séance, sur les trajets et les moments à côté du cheval, il était en retrait et n'avait pas d'interaction avec les autres patients et professionnels. Cependant à cheval, il n'avait plus d'écholalie et de stéréotypies verbales et non-verbales et était de bon contact et adapté dans les interactions avec le moniteur d'équitation et le cheval. Sur le cheval, il montrait de bonnes capacités motrices et cognitives, notamment avec la compréhension et l'exécution des consignes et l'attention. E1 constate que l'accompagnement entre P1 et P2 est différent en raison de leur schizophrénie diagnostiquée et de leurs besoins. E2 et E3 la rejoignent en précisant que chaque prise en charge du patient est unique avec des objectifs personnalisés. Elles proposent donc des supports adaptés à la personne. E3 justifie ce choix pour établir une relation thérapeutique dans laquelle la personne soit coopérante et actrice de sa prise en charge.

Les ergothérapeutes interrogées montrent l'importance de la collaboration avec le moniteur d'équitation qui ajuste ces reprises d'équitation, en fonction des éléments qu'elles aimeraient observer chez le patient, sans rentrer dans les détails afin de conserver le secret professionnel. Les ajustements peuvent être au niveau du temps avec une reprise d'équitation inférieure aux reprises d'équitation classiques, en raison de la capacité de concentration ; au niveau des exercices proposés pour travailler les capacités motrices et cognitives directement. A ce moment-là, le moniteur est garant du cadre et gère le groupe, les ergothérapeutes se retrouvent en tant qu'observateurs, mais se tiennent à disposition si besoin. Ces échanges interprofessionnels les aident sur la prise en charge du patient parce que le moniteur fait des observations équestres et comportementales et elles font du lien avec la clinique. E3 ajoute que les autres professionnels, n'intervenant pas lors de la médiation équine, sont surpris de ce que rapporte l'ergothérapeute sur les capacités déployées par leurs patients lors de cette médiation.

Les éléments observés durant la médiation équine permettent aux ergothérapeutes de les retravailler ensuite à l'atelier d'ergothérapie, dans le but d'effectuer un transfert d'acquis sur d'autres médiations, y compris celles de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes rejoignent les observations en disant qu'elles peuvent appuyer les capacités acquises du patient lors de l'hospitalisation, notamment

avec la médiation équine, pour envisager de nouveaux projets, car elles l'ont vu dans un milieu écologique.

- **Les intérêts et obstacles de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réadaptation sociale :**

Les ergothérapeutes interrogées accompagnent les patients à se réadapter socialement dès la prise en charge à l'atelier. Elles soulignent l'intérêt de la prise en charge en groupe dans l'atelier où ils ont chacun un projet personnel mais ils sont ensemble dans un cadre spatio-temporel bien défini. Ce cadre spatio-temporel dépend des capacités de concentration et de la fatigabilité des patients. L'accompagnement dans la réadaptation sociale permet de susciter de l'intérêt et d'accéder à la notion de plaisir grâce à l'apprentissage à persévérer, à ternir ses engagements, avoir un projet sur plusieurs étapes, gérer la difficulté et la frustration et à se réajuster en fonction des situations. Les ergothérapeutes les aident à changer d'horizon durant un temps défini à travers une médiation, pour qu'ils puissent se poser, se concentrer, se calmer car les unités d'hospitalisation peuvent être bruyantes et agitées. Mais également elles les accompagnent à observer les pensées inadaptées pour proposer d'autres possibilités plus appropriées face aux situations. En effet, les patients observés durant les trajets, pour se rendre à la médiation équine, s'endormaient dans le véhicule ou sinon ils verbalisaient aux ergothérapeutes qu'ils étaient contents de sortir de l'unité car c'était un lieu bruyant en raison de la présence de patients agités et de l'organisation du service qui impose des règles strictes.

E1 rejoint les autres ergothérapeutes mais admet qu'elle utilise la thérapie cognitivo-comportementale plus au CATTP, via des sorties thérapeutiques d'ordre sportive et/ou culturelle car les patients sont plus stabilisés. Pour elle, les sorties thérapeutiques permettent aux patients d'être dans des milieux écologiques car les lieux sont des espaces publics, non privatisés et accessibles en transports en commun. Ces sorties s'effectuent en groupe et demandent aux patients d'être ponctuels et de gérer leurs angoisses et anxiété liés aux stimuli extérieurs comme les transports, le nombre d'usagers et les lieux clos. Les nouveaux comportements acquis des patients leur permettent de reprendre confiance en eux et de s'engager dans des activités sportives et culturelles. L'ergothérapeute les accompagne vers cette évolution pour qu'ils puissent être autonome dans les activités de la vie quotidienne et s'adapter dans leur milieu social.

Toutes les ergothérapeutes trouvent que la thérapie cognitivo-comportementale est une thérapie simple d'utilisation, pratique et concrète car elle se fait via des mises en situations écologiques et permet d'observer le patient dans un milieu ordinaire avec tous les paramètres extérieurs à l'hôpital, influençant les faire. Elle permet aussi de mettre en évidence les difficultés du patient dans des actions concrètes pour l'amener à se comporter différemment. Les observations faites des patients en médiation équine mettent en lumière les difficultés de ces derniers dans la relation à l'autre avec des comportements

inadaptés. A la séance 1, P2 était exalté sur le cheval avec une agitation psychomotrice importante jusqu'à ce que l'animal accélère son allure et le fasse tomber. Dans les autres séances, il se montrait moins exalté et plus ancré dans la réalité. Ils prennent conscience de leurs difficultés et se réajustent directement durant la médiation et sur les autres séances.

Néanmoins, E1 et E3 pensent que cette thérapie est difficilement applicable dans leur service en intra-hospitalier car les patients sont moins stabilisés et subissent plus d'oscillations entre les phases de stabilisation et décompensation. Leurs comportements et leur schéma de pensée varient fortement et rapidement selon la phase dans laquelle ils sont. Ils ont donc des délires fortement enkystés et présentent des déficits motivationnels dans leur prise en charge. E1 considère plus l'utiliser au CATTP puisque les patients accueillis sont plus stabilisés, engagés et investis dans leur prise en charge

D'après l'analyse présentée, il est intéressant de se questionner sur le lien entre l'apport de la thérapie cognitivo-comportementale et de la médiation équine. En effet, la thérapie cognitivo-comportementale demande d'intervenir dans des dimensions travaillées de façon écologique pendant la médiation équine.

Les différents lieux d'exercices des ergothérapeutes pourraient influencer les réponses des ergothérapeutes lors des entretiens. En effet, la prise en charge du patient diffère en fonction de son état psychique et physique, de son engagement et de son investissement.

4. Discussion

Afin de confronter l'analyse de mes résultats à la problématique, je souhaite rappeler mon hypothèse, qui est : **La médiation équine, proposée par l'ergothérapeute dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale, permet à la personne schizophrène de modifier son schéma de pensée et d'apprendre de nouveaux comportements.**

Les résultats et l'analyse des enquêtes montrent que le choix des ergothérapeutes porté sur la médiation équine auprès de leurs patients schizophrènes a une influence dans le processus de réadaptation sociale. La présence d'un cadre différent, dans un milieu social ordinaire, permet aux ergothérapeutes d'observer les capacités cognitives et comportementales du patient, voire les évolutions entre les séances. Ces résultats rejoignent ceux soulignés par Gaëlle Riou (2016) qui montre l'importance qu'a l'ergothérapeute à proposer au patient des médiations, en situation écologique, afin de développer un fonctionnement plus adapté et atteindre une autonomie pour son environnement antérieur ou futur. Les résultats des entretiens distinguent l'approche cognitivo-comportementale des autres en raison de son pragmatisme, terme utilisé par Marie-Chantal Morel Bracq (2007) pour la définir.

Les enquêtes rejoignent les propos de Charlotte Ducouso-Lacaze (2014) concernant le soutien de l'ergothérapeute auprès du patient, en rapportant à l'équipe interprofessionnelle les différentes capacités développées lors de la médiation, son investissement et ses projets envisagés. Les ergothérapeutes ont évoqué l'importance du travail en interprofessionnalité dans la prise en charge du patient, quel que soit leur lieu d'exercice. Florence Policard (2014), formatrice en soins infirmiers, les rejoint puisqu'elle estime que l'interprofessionnalité rassemble une synergie de plusieurs professionnels, avec chacun leur spécificité, essentielle pour accompagner au mieux le patient. Les résultats montrent également que l'interprofessionnalité peut se faire avec des métiers hors du soins, comme le moniteur d'équitation. C'est la collaboration que met en lumière Jacques Tremintin (2000) pour que l'accompagnement soit optimisé.

Néanmoins, des paramètres peuvent limiter l'investissement de la personne schizophrène dans sa réadaptation sociale. Les résultats relèvent que la schizophrénie est une maladie chronique et que la stabilisation est longue dans le temps. Pierre André (2013), psychiatre, indique que cette maladie est une dissociation durable et profonde de la personnalité avec l'oscillation de phases aiguës et de stabilisation (Ergopsy, 2015). Ensuite, les résultats d'enquêtes remarquent la différence de prise en charge en fonction de la forme de schizophrénie rencontrée. Ils diffèrent des résultats attendus puisque le DSM-V (2015) classe de manière générale cette maladie, sans préciser les différentes schizophrénies. Enfin, la médiation équine n'est pas une approche systématique et unique dans l'accompagnement de la personne. Ce résultat s'associe aux différentes approches proposées : médicamenteuse et non-médicamenteuse ; de façon complémentaire pour que le patient puisse échanger et s'engager dans son projet de réadaptation sociale (Ernest, Vuksic, Shepard-Smith, & Webb, 2017).

Toutefois, ces résultats m'interrogent sur la durabilité des apports cognitifs et comportementaux de la médiation équine à long terme auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

5. Intérêts et limites de l'étude

De nombreux intérêts et limites se sont présentés lors de ce travail d'initiation à la recherche.

Malgré la complexité du sujet, il est intéressant en raison de la pathologie abordée et de la médiation proposée par les ergothérapeutes. Néanmoins, l'absence de bibliographie spécifique sur le sujet présente une limite dans ce travail. Il était alors difficile de trouver des ouvrages pouvant appuyer mes propos.

Toutefois, ce travail m'a permis d'améliorer et d'affiner mes recherches pour obtenir des ouvrages plus fiables et scientifiques, tout en me remettant sans cesse en question. Ces compétences

développées me permettront de les transférer dans ma future pratique professionnelle mais aussi personnelle.

Les résultats inattendus m'ont permis d'élargir mes connaissances sur le sujet et de les approfondir.

Concernant les enquêtes, le fait d'avoir mené des entretiens et des observations, pour ensuite les croiser semble être pertinent pour cette étude. Le fait de juxtaposer mes observations des patients lors des séances et les propos rapportés par les ergothérapeutes interrogées est une richesse d'informations pour l'étude. En revanche, le choix de l'entretien semi-directif et de l'observation systématique est une limite puisque ce sont des outils qualitatifs et l'interprétation des résultats obtenus est variable en fonction des individus. L'entretien semi-directif ne permet pas toujours de recueillir les mêmes données, malgré la similarité des questions posées. L'observation systématique se cote de façon subjective, donc variable en fonction de l'observateur. De plus, les éléments à observer diffèrent selon le modèle conceptuel choisi, en l'occurrence, pour ce mémoire je me suis appuyée sur le modèle cognitivo-comportemental. Je me suis donc axée sur les dimensions cognitives et comportementales, en inhibant d'autres dimensions.

Les personnes interrogées et observées, bien qu'elles soient au total six, ne peuvent pas être représentatives de l'ensemble des populations. Il aurait été nécessaire d'observer et d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes et de personnes atteintes de schizophrénie. Cependant, le temps envisagé pour réaliser ces enquêtes ne permet pas de remplir cette condition. Les observations des patients durant la médiation équine se sont effectuées uniquement sur trois séances consécutives. Ce suivi restreint ne permet pas l'analyse fine de l'évolution des patients dans le temps, ainsi que les facteurs externes et internes qui y sont associés. Sachant qu'il existe plusieurs schizophrénies et structures psychiatriques d'accueils, il aurait été intéressant d'élargir mes observations et mes entretiens pour récolter des éléments changeant de part le type de schizophrénie et l'accompagnement apporté.

Enfin, ces enquêtes ne peuvent pas prétendre un impact durable de la médiation équine sur le schéma de pensée et les comportements des patients atteints de schizophrénie. En effet, si les impacts ont pu être relevés durant la médiation équine, cette étude ne permet pas d'évaluer si les modifications cognitives et comportementales perdurent dans le temps en raison de la chronicité de la maladie. Ceci pourrait être intéressant d'aborder l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des personnes ayant une schizophrénie, face à la chronicité de cette maladie.

Conclusion

La thématique de ce mémoire d'initiation à la recherche est survenue lors d'une situation de stage dans laquelle des patients atteints de schizophrénie participaient à la médiation équine. Cette situation a suscité en moi un questionnement : **En quoi l'ergothérapeute peut-il optimiser la réadaptation sociale de la personne schizophrène, à travers la médiation équine ?**

Les diverses recherches scientifiques m'ont permis de prendre en compte les difficultés que rencontrent les personnes atteintes de schizophrénie dans leur milieu social, en raison du schéma de pensée différent et des troubles du comportement apparents. L'équipe interprofessionnelle peut proposer à ces personnes des réponses pour réduire leurs difficultés et favoriser leur réadaptation sociale, en fonction de leur spécificité. L'ergothérapeute fait partie de cette équipe et peut proposer des médiations améliorant les capacités cognitives et comportementales, comme l'indique la thérapie cognitivo-comportementale. La médiation équine s'effectue dans un milieu social ordinaire avec la présence de moniteurs d'équitation et de chevaux, entraînant le patient à modifier son schéma de pensée et à apprendre de nouveaux comportements.

L'étude de ces différents concepts m'ont amené à émettre l'hypothèse suivante : **La médiation équine, proposée par l'ergothérapeute dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale, permet à la personne schizophrène de modifier son schéma de pensée et d'apprendre de nouveaux comportements.**

Afin de valider ou non cette hypothèse, j'ai décidé de mener deux types d'enquêtes qualitatives visant à déterminer les impacts cognitifs et comportementaux sur les patients schizophrènes, via la médiation équine, pour les réadapter socialement. Ces enquêtes se sont réalisées par le biais d'observations systématiques non-participantes de trois patients atteints de schizophrénie, durant la médiation équine, sur trois séances consécutives ; et d'entretiens semi-directifs avec trois ergothérapeutes. Les résultats croisés des enquêtes soulignent des évolutions cognitives et comportementales plus adaptées durant et entre les séances de médiation équine. Les ergothérapeutes estiment que ces évolutions sont dues à l'apprentissage de nouvelles techniques liées à la pratique, à l'autonomisation et à la prise de plaisir du patient. De plus, les ergothérapeutes interrogées évoquent l'intérêt d'accompagner le patient avec la thérapie cognitivo-comportementale puisqu'elle permet d'aborder à la fois la psychothérapie avec la prise de conscience des difficultés et la psychoéducation avec les stratégies pour gérer les difficultés au quotidien, grâce à des mises en situations écologiques.

Néanmoins, les résultats relèvent que la schizophrénie est une maladie chronique avec une oscillation de phases de décompensation et de stabilisation et que la forme de schizophrénie influence la prise en charge. Dans cette étude, la médiation équine ne permet pas de relever l'impact à long terme de la réadaptation sociale des patients car la notion du temps en psychiatrie est spécifique, en raison de

la chronicité des maladies. En effet, les enquêtes présentées sont des échantillons non-représentatifs des populations et sont réalisées dans un temps restreint. De ce fait, je considère que mon hypothèse est invalidée.

Ainsi, cette étude pourrait s'orienter vers deux axes. Le premier axe serait d'imbriquer différents modèles pour ne pas regarder uniquement les capacités cognitives et comportementales de la personne mais prendre en compte aussi ses émotions, ses ressentis, son environnement et sa motivation. Cela permettrait d'accompagner le patient dans sa globalité. Le second axe serait d'observer les répercussions cognitives et comportementales, sur le long terme, des patients schizophrènes ayant participé à la médiation équine, dans leur milieu de vie.

Bibliographie

- Amado, I., & Kern, L. (2021). Mêler activité physique adaptée et remédiation cognitive. *Santé mentale*(262), pp. 42-47.
- American psychiatric association. (2015). *DSM-V®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (éd. 5). (M.-A. Crocq, & J. D. Guelfi, Trans.) Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- André, P. (2013). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris: Heures de France.
- ANFE. (2021). *La profession*. Consulté le Octobre 27, 2021, sur Association Nationale Française des Ergothérapeutes: <https://anfe.fr/la-profession/>
- ANPAA. (2015). *Groupes à visée thérapeutique, addictologie ambulatoire*. Paris: Association national de prévention en alcoologie et addictologie.
- Ansorge, J. (2011). La médiation équine comme outil thérapeutique. *Le journal des psychologues*, 3(286), 52-55.
- Aubard, I. (2007). Activité thérapeutique et cheval. *VST - Vie sociale et traitements*, 2(94), 117-120.
- Barrois, C., Jean, P., Lebon, C., & Muller, E. (2020). *Médiation thérapeutique avec le cheval*. Toulouse: Erès.
- Berck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *EDP Sciences*, 49(4), pp. 317-326.
- Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., & Trognon, A. (2013). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : Observer, interviewer, questionner*. Paris: Dunod.
- Blondeau, C., Nicole, L., & Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales Médico Psychologiques*(164), pp. 869-876.
- Caria, A. (2021). *Professionnels de la santé mentale*. Consulté le Décembre 18, 2021, sur PSYCOM: <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/les-professionnels-de-la-sante-mentale/>
- Centre ressource réhabilitation. (2021). *Equiremed : un programme de remédiation cognitive facilité par la médiation équine*. Consulté le décembre 18, 2021, sur Réhabilitation psychosociale: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/outil-equiremed-un-programme-de-remediation-cognitive-facilite-par-la-mediation>

- Corbeau, D. (2014). Un médiateur nommé cheval. *Le journal des psychologues*, 6(319), 43-47.
- Dictionnaire de l'académie de médecine. (2022). *Dictionnaire de l'académie de médecine*. Consulté le février 22, 2022, sur Dictionnaire de l'académie de médecine: <http://dictionnaire.academiedecine.fr/>
- Donaz, M. (2007). Entre créativité et soin psychique : être ou ne pas être ergothérapeute en psychiatrie. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie* (pp. 71-91). Marseille: Solal.
- Ducouso-Lacaze, C. (2014). Ergothérapie et activité sportive pratiquée par des personnes schizophrènes. *ErgOTHérapies*(53), 33-37.
- Durand, B. (2011). L'évaluation pluridisciplinaire : pour un partenariat à réinventer. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(4), 251-254.
- Ergopsy. (2015). *Rappels pathologiques schizophrénie*. Consulté le Octobre 27, 2021, sur Ergopsy: <https://www.ergopsy.com/rappels-pathologiques-schizophrenie-a354.html>
- Ergopsy. (2015). *Rappels pathologiques schizophrénie*. Récupéré sur Ergopsy: <https://www.ergopsy.com/rappels-pathologiques-schizophrenie-a354.html>
- Ernest, D., Vuksic, O., Shepard-Smith, A., & Webb, E. (2017). *La schizophrénie, guide d'information*. Toronto: CAMH.
- Fassin, D. (1990). Décrire. Entretien et observation. Dans D. Fassin, & Y. Jaffré, *Sociétés, développement et santé* (pp. 87-106). Paris: Les Editions Ellipses .
- Fohr, A. (2014). Se voir en particulier. Dans F. Klein, *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (pp. 245-269). Toulouse: Erès.
- Fohr, A. (2016). "Etre dedans" ? Réflexions autour du positionnement actif de l'ergothérapeute auprès de patients psychotiques, dans des groupes à médiation. Dans F. Klein, *Clinique et médiation, regards croisés sur les médiations thérapeutiques* (pp. 55-76). Toulouse: Erès.
- Fortier, P., & Mottard, J.-P. (2005). Approches cognitivo-comportementales de groupes dans la prise en charge précoce de jeunes adultes schizophrènes. *Psychiatr Sci Hum Neurosci*, 3(1), S53-S68.
- Franck, N. (2014). *Cognition sociale et schizophrénie : outils d'évaluation et de remédiation* . Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Franck, N. (2016). Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 13(1), 1-7.
- Granger, B., & Naudin, J. (2019). *La schizophrénie, Idées reçues sur une maladie de l'existence*. Paris: Le Cavalier Bleu.

- INSERM. (2020). *Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Consulté le Octobre 22, 2021, sur INSERM: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
- Kapsambelis, V. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Klein, F. (2007). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 23-38). Marseille: Solal.
- Kocak, F. (2019). La schizophrénie, une psychose chronique. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(582), 48-53.
- Larousse. (s.d.). *Encyclopédie médicale*. Consulté le février 22, 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/psychose/15628>
- Launois, M. (2018). Activités ou médiations ? Comment une activité ou une médiation peuvent-elles être ou devenir thérapeutiques ? *ErgOTHérapies*(68), 1-11.
- Le Bihan, E. (2012). Avec et pour leurs patients, des équipes pluridisciplinaires se mobilisent... *Cliniques*, 1(3), 58-83.
- Le collectif Thérapie par le Cheval. (23 février 1996). *Psychiatrie et cheval*. Villejuif: PGV.
- Meyer, S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*. Lausanne: L'école d'études sociales et pédagogiques.
- Miljkovitch, R. (2017). *Psychologie du développement*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson .
- Ministère de la santé et des sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Consulté le octobre 26, 2021, sur <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-05-07-2010-annexe-i.pdf>
- Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie. (2001). *Avis relatif à la sécurité des centres équestres*. Paris. Consulté le Novembre 11, 2021, sur https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgccrf/boccrf/01_09/a0090006.htm
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Paris: ANFE, De Boeck.
- Morel-Bracq, M.-C., Trouve, E., & Offenstein, E. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* Paris: De Boeck-Solal.

- OEQ. (2009). *L'ergothérapie en santé mentale*. Consulté le Octobre 27, 2021, sur Ordre des ergothérapeutes du Québec: <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergothérapie-en-santé-mentale.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Schizophrénie*. Consulté le Octobre 22, 2021, sur Who: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Pachoud, B. (2012, Mars). Se rétablir de la maladie mentale. *Santé mentale*(166), pp. 24-30.
- Pibarot, I. (2007). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie* (pp. 13-21). Marseille: Solal.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 2(117), 33-49.
- Prouteau, A., Grondin, O., & Swenden, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*(1), pp. 137-155.
- Rebeiro, K. (2000). Client perspectives on occupational therapy practice : Are we truly client-centred ? *Canadian journal of occupational therapy*, 67(1), pp. 7-14.
- Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. Paris: ANFE.
- Rivy, B. (2000). Le centre équestre comme moyen d'éveil. *Sésame*, 356(135), pp. 13-16.
- Rousselet, A.-V. (2012). Thérapie comportementale et cognitive des troubles schizophréniques : actualités et perspectives. *Annales Médico-Psychologiques*, 2(170), 349-357.
- Saussey, M. (2017). Les défis méthodologiques de l'observation sociale. *Multitudes*, 67(2), 204-210.
- Sherbrooke, R. H. (2005). Préface. Dans M. Aubert, *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 9-12). Toulouse: Erès.
- SIFEF. (2021). *Ergothérapeute*. Consulté le Octobre 26, 2021, sur Syndicat des instituts de formation en ergothérapie français: <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415.
- Tremintin, J. (2000). Le cheval comme vecteur de la thérapie d'insertion. *Lien social*(540), 4-6.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.

Annexes

Annexe I – Liste des sigles utilisés.....	I
Annexe II – Glossaire.....	II
Annexe III - Guide d'observation personnes schizophrènes.....	IV
Annexe IV - Grille d'entretien ergothérapeutes.....	VII
Annexe V – Courbes de tendance répertoriant les observations faites auprès des patients.....	XIII
Annexe VI – Retranscription d'un entretien avec l'ergothérapeute 2.....	XV

Annexe I – Liste des sigles utilisés

- **AAH** : Allocations pour des adultes handicapés.
- **ANFE** : Association nationale française des ergothérapeutes.
- **DISC** : Discrimination and stigma scale v10.
- **CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.
- **CIM-11** : Classification internationale des maladies onzième révision.
- **DSM-V** : Diagnostique et statistique des troubles mentaux cinquième révision.
- **IFE** : Institut de formation en ergothérapie.
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- **SDRE** : Soins sans consentement sur demande d'un représentant de l'Etat.
- **SDT** : Soins sans consentement sur demande d'un tiers.
- **SIFEF** : Syndicat des instituts de formation en ergothérapie français.
- **SL** : Soins libres.
- **TCC** : Thérapie cognitivo-comportementale.
- **UMD** : Unité pour malades difficiles.

Annexe II – Glossaire

- **Affects** : Ensemble de comportements observables qui expriment un état émotionnel subjectivement éprouvé (American psychiatric association, 2015).
- **Agitation catatonique** : Activité motrice sans but et excessive sans cause évidente (American psychiatric association, 2015).
- **Antipsychotique** : Classe de médicaments désignant les molécules capables de réduire les symptômes caractéristiques d'un trouble psychotique : symptômes positifs, négatifs et de désorganisation psychocomportementale (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Apragmatisme** : Incapacité d'origine psychique d'effectuer complètement des actions nécessitant une certaine coordination, alors qu'elles peuvent être conçues, commencées différemment de l'aboulie, et qu'aucune lésion neurologique n'est décelée (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Cénesthésique** : Relatif à la cénesthésie. Ensemble de sensations non spécifiques provenant du corps indépendamment des données des appareils sensoriels (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Habilités sociales** : Concept englobant le domaine des comportements sociaux avec l'affirmation de soi, la gestion des états émotionnels induits par des situations interpersonnelles et la résolution des problèmes relationnels (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Hallucinations** : Perception sensorielle qui procure la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle en l'absence de stimulation externe de l'organe sensoriel intéressé (American psychiatric association, 2015).
- **Incurie** : Défaut de soin (Larousse).
- **Interprofessionnalité** : Apprentissage et/ou activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration pour améliorer la prise en charge (Organisation mondiale de la Santé, 2019).

- **Mégalomanie** : Surévaluation par un sujet de ses capacités mentales, physiques et/ou sexuelles, de sa situation sociale et de sa puissance (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Mutisme** : Réponse verbale très faible ou absente en l'absence d'une aphasie reconnue (American psychiatric association, 2015).
- **Néologisme** : Mot créé par le malade mental par déformation de phonèmes ou de substitution (Larousse).
- **Nihilisme** : Négation des valeurs intellectuelles et morales communes à un groupe social, refus de l'idéal collectif de ce groupe (Larousse).
- **Paralogisme** : Raisonnement faux dans sa forme (Larousse).
- **Persécution** : Délire chronique initialement dégagé des monomanies comme une entité, sur la base de son contenu de persécution (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Psychotiques** : Caractéristiques marquées par des idées délirantes, des hallucinations et un trouble du cours de la pensée (American psychiatric association, 2015).
- **Somatique** : Relatif au soma et ce qui concerne le corps de manière purement organique (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Stéréotypies** : Conduites motrices répétitives, anormalement fréquentes, non dirigés vers un but, apparemment effectuées sous la contrainte, et non fonctionnelles (Dictionnaire de l'académie de médecine, 2022).
- **Stupeur** : Manque d'activité psychomotrice, qui peut varier de l'absence d'interaction active avec l'environnement à une immobilité totale (American psychiatric association, 2015).

Annexe III - Guide d'observation personnes schizophrènes

Date :

Séance numéro :

Durée :

Participants :

Personne observée :

Temps de la médiation	Dimensions abordées	Catégories	Adapté	Inadapté	Explications	
En amont (trajet)	Comportementales	Position du patient				
		Mouvements effectués				
		Dynamique				
		Statique				
		Adaptation / progression				
	Cognitives	Capacité d'organisation				
		Résolution de problème - Planification - Essais-erreurs				
		Pensée logique				
		Concentration				
		Attention				
		Ordre des étapes				
	Sociales	Positionnement dans le groupe				
		Interactions				
		Actions d'isolement				
		Actions de groupe				
		Démonstration de gestes de responsabilité				

		Communication				
		Capacité de contrôle				
Pendant	Comportementales	Position du patient				
		Mouvements				
		Dynamique				
		Statique				
		Endurant				
		Démonstration de gestes d'accomplissement de tâche				
		Adaptation / progression				
	Cognitives	Capacité d'organisation				
		Résolution de problème - Planification - Essais-erreurs				
		Pensée logique				
		Concentration				
		Attention				
		Ordre des étapes				
		Interpréter signes et symboles				
		Lire indications				
		Répondre aux consignes				
	Sociales	Positionnement dans le groupe				
		Interactions				
		Actions d'isolement				
Actions de groupe						
Compétition						

		Démonstration de gestes de responsabilité				
		Communication				
		Capacité de contrôle				
		Capacité à suivre et à collaborer				
En aval (trajet)	Comportementales	Position du patient				
		Mouvements				
		Dynamique				
		Statique				
		Adaptation / progression				
	Cognitives	Capacité d'organisation				
		Résolution de problème - Planification - Essais-erreurs				
		Pensée logique				
		Concentration				
		Attention				
		Ordre des étapes				
	Sociales	Positionnement dans le groupe				
		Interactions				
		Actions d'isolement				
		Actions de groupe				
		Démonstration de gestes de responsabilité				
		Communication				
		Capacité de contrôle				

Thématiques	Sous-objectifs	Questions posées	Questions de relance
<p>I. Connaissance du parcours professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir le profil de l'ergothérapeute interviewé 	<p>1) Pour commencer cet entretien, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En quelle année avez-vous été diplômé ? - Au sein de quelle structure travaillez-vous actuellement ? Depuis combien de temps ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Relever la formation thérapie cognitivo-comportementale de l'ergothérapeute interviewé 	<p>2) Pouvez-vous me détailler les formations que vous avez faites en plus de votre formation initiale ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous suivi la formation thérapie cognitivo-comportementale ? Si oui, combien de temps ? Comment ? Quand ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre l'environnement professionnel et institutionnel du professionnel 	<p>3) Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes schizophrènes ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avec quel type de population travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?

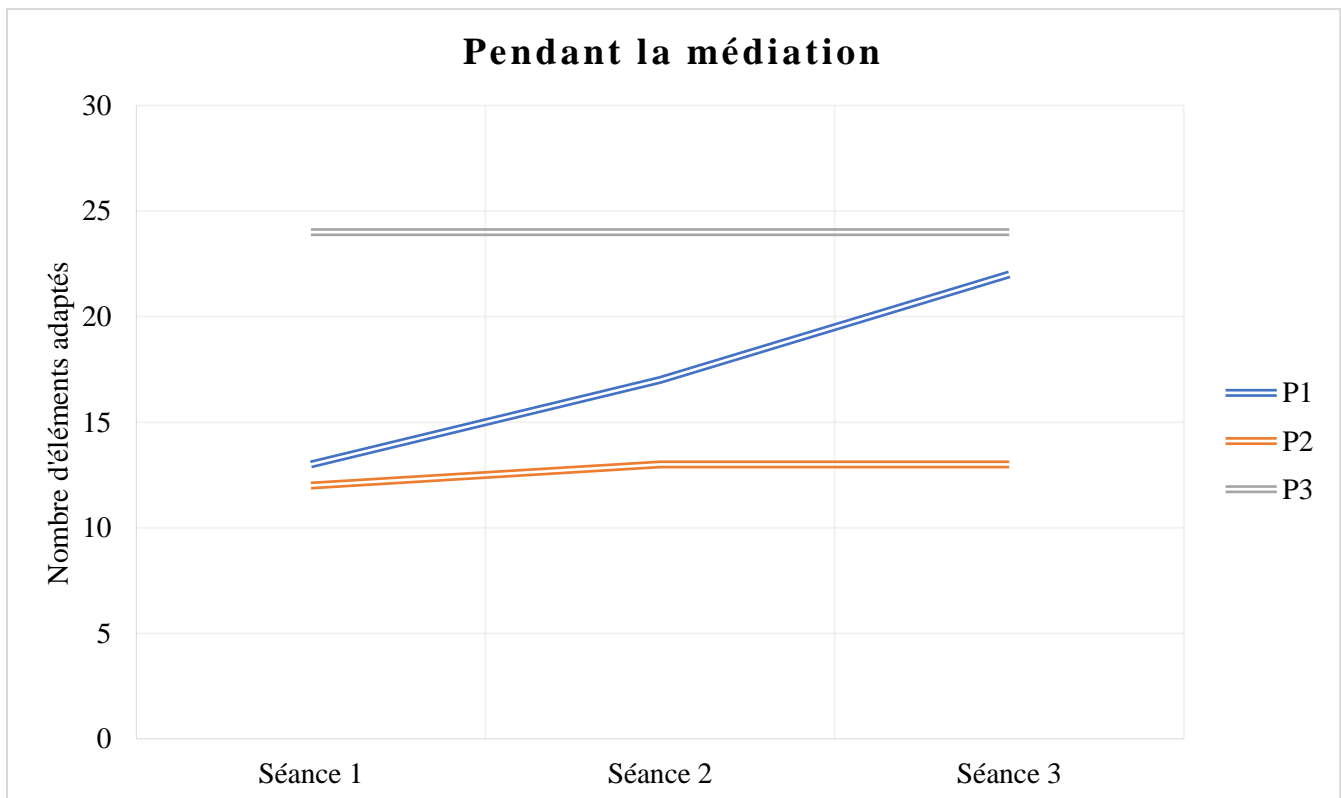
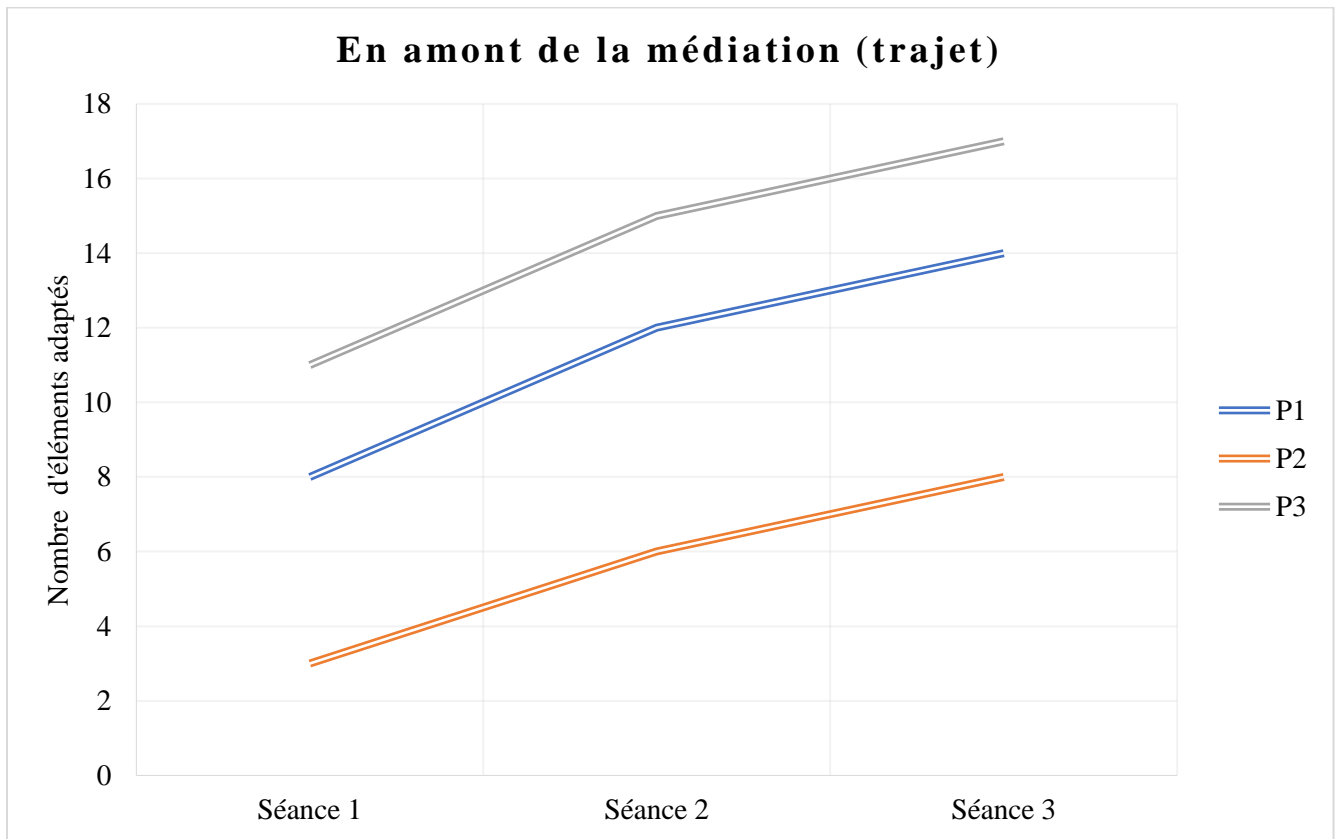
II. Parcours de la personne schizophrène dans la réadaptation sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir un descriptif du parcours de soin classique d'une personne présentant une schizophrénie 	<p>4) Pouvez-vous me décrire la prise en charge globale d'une personne schizophrène dans votre service ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me parler de l'accompagnement de la personne schizophrène en phase aigües de décompensation ? - Pouvez-vous me parler de l'accompagnement de la personne schizophrène en phase de stabilisation ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer le travail interprofessionnel de l'équipe 	<p>5) Pouvez-vous m'expliquer les stratégies mis en place par l'équipe interprofessionnelle pour accompagner au mieux un patient schizophrène ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos moyens de communication avec l'équipe ? Quand ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer le champ et le plan d'intervention de l'ergothérapeute interviewé auprès de la personne schizophrène 	<p>6) Pouvez-vous me présenter votre accompagnement en tant qu'ergothérapeute auprès de la personne schizophrène ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment accueillez-vous la personne schizophrène ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les objectifs ergothérapeutiques mis en place 	<p>7) Quelles sont les objectifs en ergothérapie mis en place avec ce type de population ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment fixez-vous les objectifs avec la personne schizophrène ?

			<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la durée de l'accompagnement en moyenne ?
III. Accompagnement de l'ergothérapeute avec la thérapie cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Relever les thèmes spécifiques au modèle cognitivo-comportemental 	<p>8) Pouvez-vous me détailler l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès de la personne schizophrène afin de le réadapter socialement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos objectifs pour que la personne puisse se réadapter socialement ? - Quels sont vos moyens thérapeutiques envisagés ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les moyens mis en place pour modifier le comportement de la personne schizophrène 	<p>9) Pouvez-vous m'expliquer vos moyens mis en œuvre pour modifier les comportements de la personne ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que proposez-vous au patient pour qu'il prenne conscience de leurs comportements ? - Que proposez-vous au patient pour apprendre de nouveaux apprentissages ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'apport de l'ergothérapie dans la thérapie cognitivo-comportementale 	<p>10) Selon vous, qu'apporte en plus l'ergothérapie dans la thérapie cognitivo-comportementale ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous-en quoi consiste la thérapie cognitivo-comportementale ? (définition à donner si besoin pour pouvoir poursuivre) - Comment utilisez-vous la thérapie cognitivo-comportementale en ergothérapie ? - Comment utilisez-vous les deux

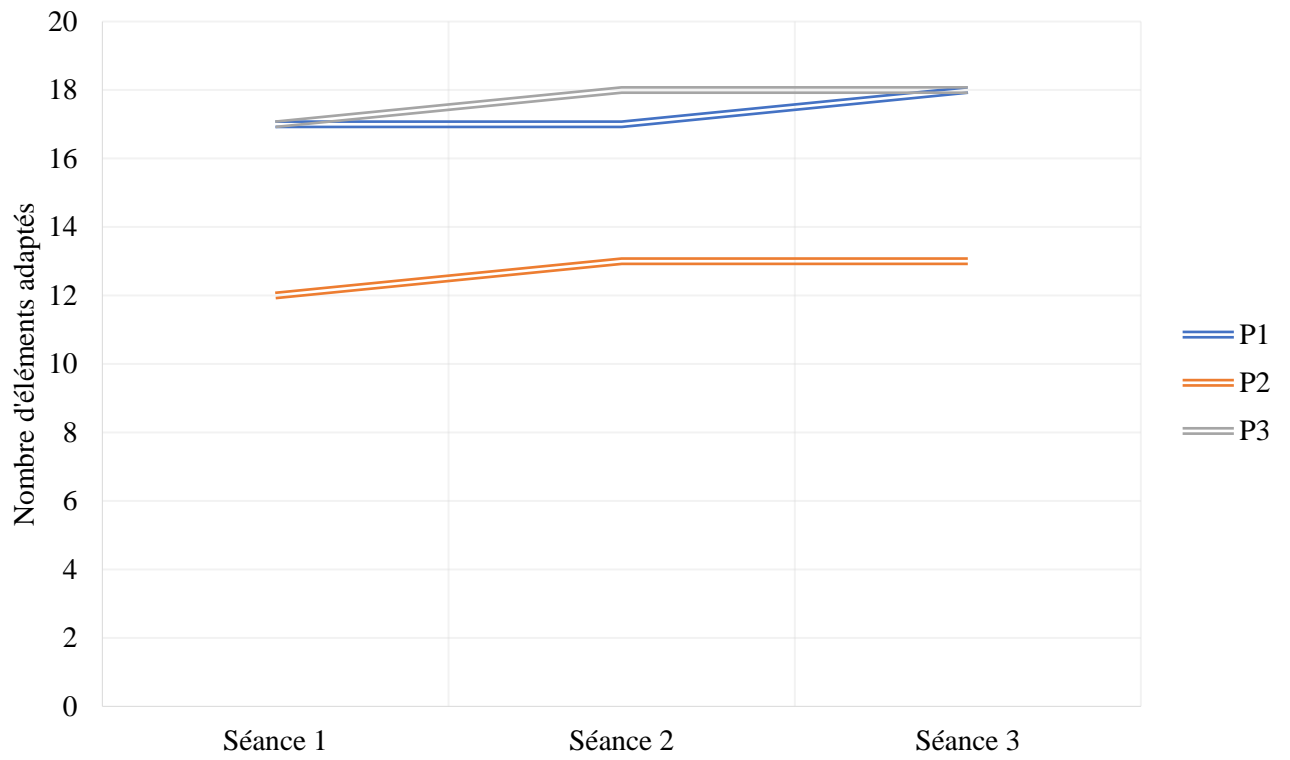
			thérapies combinées ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale chez les patients schizophrènes 	11) Selon vous, quels sont les intérêts de la thérapie cognitivo-comportementale auprès des patients schizophrènes ?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'observez-vous durant ces accompagnements ? - Qu'apporte en plus la thérapie cognitivo-comportementale sur les patients schizophrènes ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale dans l'accompagnement en général 	12) Quels sont les intérêts de la thérapie cognitivo-comportementale en psychiatrie ?	<ul style="list-style-type: none"> - Que proposez-vous aux autres patients n'étant pas diagnostiqués schizophrènes ?
IV. Proposition de la médiation équine par l'ergothérapeute au patient schizophrène	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les spécificités de la médiation équine, proposée par l'ergothérapeute 	13) Pouvez-vous me détailler les étapes types d'une séance de médiation équine ?	<ul style="list-style-type: none"> - Combien de temps dure une séance de médiation équine ? - Combien de patients assistent à la médiation ? - Que font-ils durant la médiation ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer l'intérêt de cette médiation auprès de la personne schizophrène 	14) Pouvez-vous me décrire concrètement ce qu'apporte la médiation équine	<ul style="list-style-type: none"> - Que se passe-t-il durant la médiation chez le patient ? Entre les patients ? Envers les professionnels ?

		auprès des patients schizophrènes ?	<ul style="list-style-type: none"> - Que remarquez-vous après la médiation ? - Que vous disent les patients sur cette médiation ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer l'impact de la thérapie cognitivo-comportementale en dehors de la médiation équine 	15) Pouvez-vous me décrire l'impact qu'à la thérapie cognitivo-comportementale sur les patients schizophrènes en dehors de la médiation équine ?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'observez-vous comme comportements chez les patients schizophrènes après la médiation équine ? - Que pouvez-vous me dire sur les apprentissages vus lors de la médiation ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier la collaboration ergothérapeute/moniteur d'équitation 	16) Pouvez-vous m'expliquer votre collaboration avec le moniteur d'équitation durant la médiation ?	<ul style="list-style-type: none"> - Que fait le moniteur d'équitation durant la médiation ? Sur quoi se concentre-t-il ? - Que faites-vous durant la médiation équine ? - Quand communiquez-vous avec le moniteur d'équitation ? De quelle manière ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer la continuité du soin avec l'équipe soignante 	17) Pouvez-vous me dire à quoi vont vous servir les observations de	

		comportements plus « adaptés » des patients après la médiation ?	<ul style="list-style-type: none"> - Après la médiation, que faites-vous des éléments observés ? - Comment est mis au courant l'équipe soignante ? Quand ? - Comment les observations sont-elles exploitées par la suite ?
Autre	- Obtenir des éléments supplémentaires potentiellement utiles pour l'analyse des résultats	18) Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?	(Pas de questions de relances envisagées)
	- Répondre aux questions de l'ergothérapeute interviewé	19) Avez-vous des questions ?	(Pas de question de relances envisagées)



En aval de la médiation (trajet)



Annexe VI – Retranscription d'un entretien avec l'ergothérapeute 2

Date : 11 avril 2022

Durée : 21 minutes

Pauline : Alors Bonjour. Bon pour commencer cet entretien, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? S'il vous plaît.

Ergothérapeute 2 : Alors ergothérapeute, diplômé de 93. J'ai fait 6 mois de gériatrie, ensuite j'ai travaillé dans un service psychiatrique classique à Villejuif. Service [...]. Puis à l'UMD de [...] pendant 5 ans. Et maintenant je suis depuis 10 ans à l'UMD de [...].

Pauline : D'accord et pouvez-vous me détailler les formations que vous avez pu faire ? En plus, votre formation initiale ?

Ergothérapeute 2 : Alors faut que j'aille rechercher ? [rire] Bon, j'avais quand même fait un truc qui. Est intéressant pour le cheval, j'ai. Fait un groupe. D'une semaine sur l'éthologie du cheval. D'accord donc, c'est ce que c'est l'éthologie oui voilà. Donc on a fait un groupe d'une semaine après. J'en ai fait plein de formations.

Pauline : En rapport avec le. Cheval.

Ergothérapeute 2 : En rapport avec le cheval, c'est la seule. Après, j'ai fait OMEGA, j'ai fait des formations sur sur le langage verbal non verbal, euh j'ai fait des formations sur. Autour de la création, de la créativité sur. Là c'est pas de l'hypnose, c'est comme on appelle ça là. La relaxation, comment ça s'appelle ? Ça ressemble à la relaxation, c'est bien, je fais une formation. Je me souviens même plus du nom de la formation. [rire] Je vois pas. Ça ne reviendra, bref.

Pauline : Et du coup, depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes schizophrènes ?

Ergothérapeute 2 : Bah depuis 94.

Pauline : Et alors pouvez-vous me décrire la prise en charge globale d'une personne schizophrène dans votre service ?

Ergothérapeute 2 : Alors actuellement, donc c'est à l'UMD donc la prise en charge globale c'est compliqué de décrire ça en cinq minutes [rire]. Donc c'est une prise en charge institutionnelles avec différents professionnels, donc les pluridisciplinaire. Donc infirmiers, psychologues, psychiatres et après des activités donc psychomotricité, ergothérapie. Du sport avec un éducateur sportif et hum près de nos activités, médiatrice dont le cheval. Effectivement, mais moi je me, je m'en occupe pas la piscine et des repas thérapeutiques. Le jardin, voilà ça. Je m'en occupe pas. Que de l'atelier ergo.

Pauline : Et alors ? Du coup, pouvez-vous m'expliquer stratégie mis en place par l'équipe pluridisciplinaire pour accompagner au mieux un patient schizophrène ?

Ergothérapeute 2 : Stratégie, évaluation. Il arrive, on évalue. Après, c'est une prise en charge personnalisée avec des objectifs personnalisés pour chacun. Voilà la stratégie thérapeutique. L'objectif, c'est qu'il prenne conscience de sa maladie, qu'il prenne conscience de sa dangerosité, qui prennent conscience de. De ces émotions qu'il prenne conscience de l'intérêt d'avoir un traitement au long court. Voilà ça, c'est pour l'objectif un peu général sur l'UMD et puis après moi en ergothérapie, j'ai beaucoup de objectifs que tu connais, j'énumère ou pas ?

Pauline : Non, c'est parce que sur la question d'après [rire]. En fait, du coup c'est pouvez-vous me présenter votre accompagnement en tant que ergothérapeute. Du coup auprès. De la personne schizophrène avec les objectifs ?

Ergothérapeute 2 : Donc déjà la prise en charge est sur prescription médicale. Et elle est personnalisée en fonction aussi du projet médical du patient. Et donc mes objectifs vont d'abord être en fonction aussi de l'évaluation que je vais faire du patient. Et après, ça va être des objectifs de dans plusieurs domaines, l'évaluation, la confiance en soi. La renarcissions, ça va être. La, la concentration travaillée, la planification, l'organisation, toutes les fonctions cognitives, oui. Et ça peut être aussi être dans un groupe adapté, ça peut être aussi travailler sa créativité, travailler. Voilà, qu'est-ce que je peux avoir d'autres ? Euh et puis se faire plaisir.

Pauline : C'est un gros point [rire]

Ergothérapeute 2 : [rire] Accepter de se faire plaisir.

Pauline : Et donc du coup, vous pouvez-vous me détailler l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès de la personne schizophrène afin de le réadapter socialement ?

Ergothérapeute 2 : Ce que j'expliquais, comment, comment on travaille, c'est à dire seul, travailler en groupe. C'est mettre dans un groupe avec un. Avec chacun son son projet. Je parlerai d'adapter socialement. Ah c'est c'est, c'est lui apprendre à persévérer, à tenir ses engagements, à avoir un projet de différentes étapes qui va permettre d'aboutir près socialement, socialement. Nous, on fait pas grand chose. Parce que on sort pas, donc on travaille pas tout ce qui est. Vie quotidienne, tout ça quoi.

Pauline : Et oui.

Ergothérapeute 2 : Les activités, elles, sont sur le par le biais. On fait pas de vie quotidienne après effectivement, le le fait de persévérer, de se concentrer et de s'organiser, forcément, ça resurgit sur la réadaptation, mais après de mises en situations de réadaptation.

Pauline : Oui, c'est pour l'hôpital d'origine après.

Ergothérapeute 2 : Ouais ouais.

Pauline : Et donc du coup, pouvez-vous m'expliquer vos moyens. Mis en place pour modifier le les comportements de cette personne enfin de la personne ?

Ergothérapeute 2 : Donc ça a été pareil, travailler en groupe en séances d'une d'une heure qui permet la concentration sans être trop fatigué. Après les moyens ça va être le choix d'activités qui vont être adaptés en fonction de, de ce qu'on va choisir donc. La terre, la peinture, le dessin, le cartonnage, euh [rire]

Pauline : Ah, d'accord [rire]

Ergothérapeute 2 : La mosaïque que voilà. [montre l'atelier] Ce sont les moyens. Le moyen, c'est travailler en groupe, dans un, avec un projet personnel quoi. Oui.

Pauline : Et donc, selon vous, que apporte en plus là l'ergothérapie dans la thérapie cognitive-comportementale ? Enfin déjà, est-ce que vous connaissez la TCC ?

Ergothérapeute 2 : Bah j'ai pas été formé mais j'en ai entendu parlé alors c'est en gros. Alors qu'est-ce que là ? Ben je pense que l'ergothérapie va mettre en situation. Apparemment, on utilise le mot. Écologique, maintenant, oui.

Pauline : Oui, c'est ça.

Ergothérapeute 2 : Exactement en situation écologique. Bon, moi j'utilise pas. [rire]Ce mot là parce que j'ai pas, j'ai jamais appris, mais voilà, vraiment, c'est une mise en situation. C'était quoi la question ?

Pauline : Du coup, selon vous, qui apporte en plus l'ergothérapie dans la ?

Ergothérapeute 2 : Oui Ben c'est ça, c'est là l'intérêt de de la médiation thérapeutique et la mise en situation. Ok, pas forcément faites par par d'autres, mais du coup on va, on va se retrouver face à une difficulté, donc on va gérer la frustration. On va se retrouver face à quelque chose de long, donc on va gérer. Le temps et cetera, et cetera.

Pauline : Mais c'est sûr. Et donc du coup, selon vous, quels sont les intérêts de cette thérapie auprès de ses patients ?

Ergothérapeute 2 : Bah le premier intérêt, ça va être et j'ai beaucoup de patients vont me dire ça va être de sortir de l'unité et de faire autre chose, changer un peu de d'horizon et ça va être aussi de se poser, de se concentrer et du coup de se calmer. Donc ça peut aussi remplacer un traitement anxiolytique par exemple. C'est quand même très intéressant. Oui, voilà ça c'est les deux intérêts au départ.

Pauline : C'est pourquoi la question que du coup, les intérêts oui, de cette thérapie cognitive-comportementale, près de ses patients ?

Ergothérapeute 2 : Bah après ça va être la prise de conscience des difficultés et du coup de gérer, essayer de les gérer quoi. Apprendre à voir quels sont les, les comment on dit. Les pensées qui sont toujours les mêmes, essayer de de, d'en prendre conscience et de proposer autre chose, proposer d'autres possibilités de réagir face. À ça quoi. Face à.

Pauline : Face à oui, du coup à aux situations et du coup. Quels sont du coup les intérêts de la thérapie cognitivo-comportementale en psychiatrie ?

Ergothérapeute 2 : C'est simple, c'est pratique. C'est ça, c'est pratique, c'est concret.

Pauline : Ah mais c'est vrai, c'est concret.

Ergothérapeute 2 : Mais oui. Mais c'est enfin, ça reprend un. Peu. Oui, les réponses d'avant, mais. Je trouve que c'est. Ouais, voilà. C'est évident, c'est pour les patients qui sont en difficulté qu'un petit niveau, ça part quand même probablement plus facilement.

Pauline : Ah ouais, ouais complètement. Et du coup, par rapport à la médiation équine. Vous pratiquez plus maintenant, mais avant, pouvez-vous me détailler ? En fait les étapes types d'une séance de cette médiation ?

Ergothérapeute 2 : Toute la préparation déjà avant, on en parle avec le patient. Ensuite, on se rend sur les lieux, on ensuite on alors on se fait attribuer un cheval qui choisissent par les. Ils choisissaient pas les patients à ce moment-là. On prépare le cheval, donc souvent accompagné d'un d'un thérapeute, donc préparer le cheval, ça veut dire brosser ça veut dire câliner, ça veut dire discuter avec le cheval et on va contact un peu rapproché, ça veut dire sentir, et le crottin et l'odeur du cheval. Après, ça veut dire mettre une selle si besoin et ensuite sortir le cheval pour l'amener. Alors nous, on travaillait dans un dans un manège pour l'amener jusqu'au manège, ensuite monter. Ou pas, ça dépend aussi du patient, ses capacités, de son appréhension, et cetera. Donc si le patient monte pas, il va promener son cheval dans dans le manège. Si il monte, on va. En fonction de son évolution et de ses capacités, on va faire les différents. Différentes vitesses là, pas trot ou galop. Et bon, c'est rare qu'on fasse du galop, mieux faire en général du pas, c'est déjà pas mal, donc apprendre à. À diriger son cheval. Donc on fait faire des des figures, on fait faire aussi des échauffements, oublier tout ça.

Pauline : Les échauffements ? [rire]

Ergothérapeute 2 : Oui [rire]. Faire tourner les. Bras, la tête, les jambes. [montre mouvements]. Voilà échauffement faire les les figures et puis voilà. Et puis gérer surtout son appréhension, gérer son stress, c'est là qu'on se rend compte que le patient, qui est complètement délirant quand il est sur le cheval, il l'est plus du tout. Et il. Devient avec nous

Pauline : Ouais

Ergothérapeute 2 : Dans la. Ouais dans la. Réalité. Et c'est ce que j'ai appris, ce sont en danger finalement. Le délire, il est un peu mis de côté. Voilà, et puis après on descend. On félicite son cheval, on le, on le ramène. On desselle, le voilà, voilà. Voilà, on enlève la selle.

Pauline : Oui, c'est mieux [rire]

Ergothérapeute 2 : [rire] Comment on dit désolé, non, c'est pas ça. On le desselle.

Pauline : Ouais, c'est ça.

Ergothérapeute 2 : On enlève la selle et on brosse, on fait des bisous à son cheval, on lui. Dit au revoir et on s'en va.

Pauline : Pas mal tout ça.

Ergothérapeute 2 : Ah, ça, c'est une séance type un, on nous demande.

Pauline : Ah oui, oui.

Ergothérapeute 2 : Après chacun, fonction de leur capacité de leur.

Pauline : Ah oui mais c'est. Vrai que enfin, de ce que. J'ai observé, c'était ça en général et c'est. Déjà très complet. Oui, et alors ? Du coup, pouvez-vous me décrire concrètement ce qu'apporte cette médiation là auprès des patients schizophrènes ?

Ergothérapeute 2 : Alors, ça apporte beaucoup. Ça apporte déjà un lien vivant qui va être différent justement effectivement. De si on fait de la terre, cetera. Un lien sur lequel il, on peut pas tricher autant on peut dire des insultes à une personne, autant un cheval. Si on commence, commence à. Être un peu. Agressif le cheval, il le sent donc voilà. Ça peut être aussi un lien affectif qu'il a pas forcément aussi dans les services donc enfin moi j'ai vu des gros durs câliner les chevaux, leur faire des bisous, leur raconter des secrets et puis repartir en roulant des mécaniques quoi.

Pauline : Je vois très bien le.

Ergothérapeute 2 : Donc voilà, c'est, c'est permettre aussi d'avoir une relation différente avec. Un, un interlocuteur différent. Après, ça permet de stimuler beaucoup de choses, la vue, l'odorat, le toucher. C'est intéressant, surtout en UMD quoi où ils sont-ils sont entre guillemets, privés de certains sens pendant très longtemps, sont toujours entourés de de. Il voit toujours les mêmes choses, il sent toujours la même chose et voilà donc là ça sert, ça sert du quotidien.

Pauline : C'est clair.

Ergothérapeute 2 : Voilà, et puis après c'est savoir, j'ai dominé sa peur, la fierté de monter à cheval. Et puis le le cheval, il est considéré comme un animal noble. Donc voilà, je pense que c'est aussi cette fierté là de se dire que moi je suis un cavalier quoi. Moi je.

Pauline : Je suis comme les autres.

Ergothérapeute 2 : Voilà, ouais, pas forcément comme les autres, mais comme les plus privilégiés qui ont la possibilité de. Faire du cheval. Tout le monde n'a pas la possibilité de monter. Un cheval, c'est très cher quand même.

Pauline : Et alors ? Du coup, pouvez-vous me décrire l'impact qu'à la thérapie cognitive-comportementale sur les patients schizophrènes en dehors de la médiation équine, ça pourrait ?

Ergothérapeute 2 : Je sais pas, j'ai pas. Déjà répondu à cette question ?

Pauline : Ah mais qu'est-ce que ? Y'a des transferts ? Observez-vous comme comportement chez les patients schizophrènes après la médiation ?

Ergothérapeute 2 : Ah ouais non mais là c'est trop loin pour moi [rire]. Pour ceux qui que je vois ici, ce que je vois, c'est surtout. Une fierté quoi. Mais après, comme je les vois pas sur place, je vois pas trop. Les autres, c'était. Plus de 15 ans [rire]

Pauline : Ah [rire]. Après, il y a. Vous avez peut-être vu des des apprentissages qui enfin ils apprennent de nouveaux apprentissages et est-ce que vous les avez observés ?

Ergothérapeute 2 : Bah c'est vrai que au cheval, au bout d'un moment, ils apprennent à comment s'adresser au cheval, comment se tenir à côté du cheval, comment parfois mettre le licol ou le filet, et après, comment ? Comment seller son cheval ? Donc c'est des apprentissages techniques tout ça, mais il y a aussi des apprentissages de relation. Effectivement, comment s'adresser au cheval et comment ne pas se mettre en difficulté par exemple ? Donc du coup, il y avait un moniteur d'équitation pendant une séance.

Pauline : Ok et donc du coup, pouvez-vous m'expliquer votre collaboration avec ce. Le moniteur d'équitation durant la médiation ?

Ergothérapeute 2 : Alors bah on on accompagné les patients pour préparer les chevaux et après au retour, enlever la selle et et les brosser après. Cependant, l'activité c'était quand même la psychomotricienne qui était garante du groupe, qui qui gérait le groupe, qui a proposait les les parfois des jeux où voilà les choses à faire. Nous, on était vraiment là, juste un soutien. En fait, on était quand même là. On a enfin on aime, mais rien de pas d'initiative quoi. On était vraiment soutien accompagné à ce. Niveau-là, oui. Après, c'était son job à elle que de gérer le groupe à ce moment-là.

Pauline : C'est ce que j'avais vu déjà du coup par rapport à mes observations.

Ergothérapeute 2 : C'était ça, c'est que vraiment nous à accompagner pendant la préparation, mais après c'était là le moniteur. Ouais. Après je pense que c'est aussi une formation. Elle avait cette. Cette

formation était psychoth mais elle avait aussi cette formation sur. Je pense équithérapie y a des niveaux, et cetera. Voilà donc elle avait. Nous, on l'avait pas donc.

Pauline : Voilà oui, donc vous étiez quand même là ?

Ergothérapeute 2 : En support, ouais après. C'est un métier de gérer un groupe d'équitation avec plusieurs.

Pauline : Voilà, c'est clair.

Ergothérapeute 2 : Ça c'est clair, c'est pas le même métier.

Interruption de l'entretien par un appel de l'unité

Pauline : Et pouvez-vous me dire à quoi vous sert, enfin, vous vous servez les observations du coup de comportements plus adaptés des patients après la séance. Pendant la séance d'un comportement plus adapté donc à quoi ça. Nous servait après ?

Ergothérapeute 2 : Bah ça nous prouvait que il y avait cette possibilité de cette possibilité là. On voit aussi le patient différemment, autrement et du coup, ça nous permet après de retravailler ça. Comme on dit. Transfert des acquis sur d'autres activités quoi. Oui d'accord et sur la vie quotidienne après, ce serait l'idéal quoi.

Pauline : Oui, mais c'est vrai que déjà l'unité dans l'unité, vous voyez la différence.

Ergothérapeute 2 : Plus ou moins ouais. Voilà, c'est mal barré. Que tu que tu as vu là. Il a une mauvaise nouvelle entre-temps, là, c'était trop compliqué pour lui. Il a beau faire du. Cheval, ça, ça, ça gère pas tout.

Pauline : Ça c'est clair. Et donc du coup souhaitez-vous rajouter quelque chose par rapport à cet entretien ?

Ergothérapeute 2 : On était complet déjà [rire]

Pauline : Oui, et donc avez-vous des questions par la suite ?

Ergothérapeute 2 : Non [rire]

Pauline : [rire]. Merci beaucoup.

Résumé

La France comptabilise 600 000 personnes concernées par la schizophrénie, qui subissent des répercussions dans leur milieu social. Ce pays est l'un des plus marqué par la discrimination et la stigmatisation envers les personnes présentant une schizophrénie. Ce travail de recherche s'intéresse à l'accompagnement de l'ergothérapeute, à travers la médiation équine pour aider la réadaptation sociale de ces personnes dans leur milieu social. Les enquêtes de ce travail ont recherché l'intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale et les impacts cognitifs et comportementaux de la médiation équine sur les personnes schizophrènes. Pour cela, des entretiens semi-directifs et des observations systématiques ont été menés auprès de trois ergothérapeutes et de trois patients schizophrènes. Les enquêtes croisées montrent que cette médiation a des apports dans la modification des schémas de pensée et de comportements plus adaptés pendant et entre les séances. De plus, la thérapie cognitivo-comportementale remplit des critères favorables à la prise en charge du patient en ergothérapie. Néanmoins, les résultats montrent que la schizophrénie est une maladie chronique et la notion du temps en psychiatrie est spécifique en raison de la chronicité des maladies accueillies. Ainsi, les impacts positifs à long terme de cette médiation auprès du patient ne peuvent être relevés.

Mots-clés : Ergothérapie – Psychiatrie – Schizophrénie – Réadaptation sociale – Médiation équine.

Abstract

France counts 600,000 people affected by schizophrenia, who suffer repercussions in their social environment. This country has one of the highest levels of discrimination and stigmatization towards people with schizophrenia. This research work is interested in the accompaniment by occupational therapists, through equine mediation to help the social rehabilitation of these people in their social environment. The research sought to identify the interest of cognitive-behavioral therapy and the cognitive and behavioral impacts of equine mediation on schizophrenic individuals. For this purpose, semi-structured interviews and systematic observations were conducted with three occupational therapists and three schizophrenic patients. The cross-investigations show that this mediation contributes to the modification of thought patterns and more adapted behaviors during and between the sessions. In addition, cognitive-behavioral therapy fulfils criteria favorable to the care of the patient in occupational therapy. Nevertheless, the results show that schizophrenia is a chronic disease and the notion of time in psychiatry is specific because of the chronicity of the diseases treated. Thus, the positive long-term impacts of this mediation with the patient cannot be noted.

Keywords : Occupational therapy – Psychiatry – Schizophrenia – Social rehabilitation – Equine mediation.