

INSTITUT DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE LORRAINE CHAMPAGNE-
ARDENNE



**Perception et déstigmatisation des personnes
atteintes de schizophrénie dans la population
française**

Mémoire d'initiation à la recherche

Kéziah Hody

Juin 2023

Remerciements

Sous la direction de Benoît Giovanella, ergothérapeute au Centre Psychothérapeutique de Nancy à Laxou.

Je tiens, sincèrement, à remercier,

Benoît Giovanella, pour son implication, sa patience et ses remarques constructives, qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion, ainsi que sa bonne humeur, très rassurante, que l'on peut attendre d'un maître de mémoire.

L'équipe pédagogique de l'IFE-LCA, pour son accompagnement durant ces trois dernières années.

Les ergothérapeutes qui ont participé à cette étude, pour l'humain dont ils ont fait preuve et pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé.

Ma famille pour leur soutien, le regard extérieur et l'aide qu'ils m'ont apporté.

Mes amis, qui ont toujours été présents pour m'encourager quelles que soient les circonstances.

Clara, pour son soutien et sa transparence dans les moments difficiles.

Table des matières

| | |
|--|----|
| I) Introduction | 1 |
| II) Cadre théorique | 3 |
| A) Stigmatisation | 3 |
| 1) Définition de la schizophrénie | 3 |
| 2) Perception de la schizophrénie | 3 |
| a) Dans le temps | 3 |
| b) Dans la population française | 5 |
| 3) Le concept de stigmatisation | 6 |
| a) Définition | 6 |
| b) Stigmatisation sociale | 6 |
| c) Auto-stigmatisation | 8 |
| 4) L'influence médiatique dans la stigmatisation de la schizophrénie | 9 |
| a) Définitions des médias | 9 |
| b) Image générale véhiculée | 9 |
| c) Média & divertissement | 10 |
| d) Influence des médias | 10 |
| B) Prévention | 11 |
| 1) Définition | 11 |
| 2) Réhabilitation psychosociale | 12 |
| a) Définition | 12 |
| b) Les réhabilitations psychosociales, kécècé ? | 13 |
| c) Psychoéducation & ETP | 14 |
| d) Entraînement à la cognition sociale | 15 |
| e) Remédiation cognitive | 15 |
| f) Les thérapies cognitivo-comportementales | 16 |

| | |
|--|----|
| g) L'accompagnement vers la construction de projets professionnels et sociaux..... | 17 |
| 3) L'ergothérapeute au centre des réhabilitations psychosociales | 17 |
| a) Pourquoi l'ergothérapeute | 17 |
| b) L'ergothérapeute & réhabilitation psychosociale | 18 |
| III) Question de recherche | 19 |
| IV) Cadre exploratoire | 20 |
| A) La méthode de recherche..... | 20 |
| 1) Objectif de la recherche..... | 20 |
| 2) Choix de l'outil de recherche | 20 |
| 3) Construction de la grille d'entretien | 21 |
| 4) Population interrogée | 22 |
| B) Analyse des entretiens | 23 |
| 1) Analyse longitudinale..... | 23 |
| a) Entretien 1 | 23 |
| b) Entretien 2..... | 26 |
| c) Entretien 3..... | 28 |
| d) Entretien 4..... | 30 |
| e) Entretien 5..... | 33 |
| 2) Analyse transversale | 36 |
| a) Estimation du niveau de connaissance de la schizophrénie | 36 |
| b) Moyen d'informations | 37 |
| c) Représentation renvoyée de la schizophrénie par les médias et ressources | 37 |
| d) Prise en soin globale et moyen de déstigmatisation de l'ergothérapeute . | 39 |
| e) Déstigmatisation en tant qu'ergothérapeute | 40 |
| 3) Vérification de l'hypothèse..... | 41 |
| V) Discussion | 43 |

| | | |
|-------|---|----|
| A) | Limite de l'étude | 43 |
| B) | Confrontation des résultats avec le cadre théorique | 44 |
| 1) | La stigmatisation de la schizophrénie et l'impact médiatique en France .. | 44 |
| 2) | La prévention de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation de la schizophrénie..... | 45 |
| C) | Préconisation | 46 |
| 1) | L'utilisation des réhabilitations psychosociales par l'ergothérapeute | 46 |
| 2) | Inclusion de l'entourage & média ressource..... | 49 |
| 3) | Informations aux professionnels exerçant en santé mentale avec des personnes atteintes de schizophrénie | 50 |
| 4) | Accompagnement de l'ergothérapeute dans les projets des personnes présentant une schizophrénie..... | 51 |
| VI) | Conclusion..... | 52 |
| VII) | Bibliographie | 55 |
| VIII) | Annexe | 61 |

I) Introduction

La schizophrénie se caractérise par une distorsion notable de la perception et par des altérations du comportement. Les symptômes sont notamment les suivants : idées délirantes récurrentes, hallucinations, pensée désorganisée, comportement très désorganisé ou agitation extrême. (*Troubles mentaux*, s. d. OMS). La schizophrénie est un trouble mental grave dont sont atteintes environ 24 millions de personnes, soit une sur 300, dans le monde (*Troubles mentaux*, s. d. OMS). Elle touche actuellement environ 600 000 personnes en France, et se révèle aux alentours de 15 à 25 ans. (*Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé*, s. d.)

Aujourd'hui, les personnes souffrantes de cette maladie mentale, se voient stigmatisées par une grande partie de la population, qui en ont une perception majoritairement négative. Le cinéma comme les médias, les journaux ou encore plus en amont, les professionnels de santé rentrant dans l'accompagnement de ces personnes, peuvent contribuer à véhiculer une image négative de la schizophrénie et à augmenter la crainte liée à cette pathologie entraînant une forte stigmatisation.

La stigmatisation, c'est le fait d'avoir un trouble psychique qui peut être considéré, par certains, comme très négatif, dégradant, et entraîner la mise à l'écart de la personne. (*La stigmatisation et les discriminations - Psycom - Santé Mentale Info*, s. d.).

En effet, l'utilisation du mot « schizophrénie » n'est facile, ni pour les patients, ni pour les professionnels. Nous sommes en droit de nous poser des questions à propos, de la représentation des mots pour le grand public, pour les acteurs des soins et de l'accompagnement (« Schizophrénie et Société », 2011). Nous pouvons en conclure que le terme même de « schizophrénie » est stigmatisant.

Il est récurrent pour l'Homme, dans notre société, d'avoir des préjugés et d'entretenir des stéréotypes envers les personnes considérées comme « différentes ».

Durant ma formation en ergothérapie, j'ai relevé que ce phénomène se reproduisait instinctivement dès lors qu'une personne avait une différence par rapport à la norme. Plus particulièrement dans le domaine de la santé mentale, où j'ai pu constater que les personnes atteintes de schizophrénie étaient, généralement, mal perçues au sein des soignants et du grand public. J'ai pu travailler et accompagner ces personnes, qui témoignent ressentir une stigmatisation de la part de la société sur la représentation de leur maladie, entraînant une perte de leurs amis, de leurs capacités et surtout de leur confiance en soi. Puis, au cours d'autres stages, n'étant pas forcément liés au domaine de la santé mentale, il m'est apparu que les représentations de la schizophrénie étaient stigmatisantes, autant par les professionnels de santé, que par l'entourage de ces personnes. Ce manque d'information m'a amené à m'interroger, sur la perception de la population française sur la schizophrénie et la représentation qu'elle s'en fait, et par ailleurs, sur le rôle que l'ergothérapeute pourrait avoir sur la déstigmatisation des personnes atteintes de schizophrénie.

Ces réflexions m'ont amené à me poser la question de départ suivante : **Quelle est le rôle de l'ergothérapeute dans la perception de la schizophrénie au sein de la population française actuelle ?**

Dans un premier temps, un cadre théorique étudiant, la perception de la schizophrénie dans le temps, et plus précisément dans la population française, en relation avec l'influence médiatique ainsi que l'exploration de la prévention dans ce domaine, sera élaborée.

Dans un second temps, une partie exploratoire sera réalisée, développant la méthodologie de recherche, et l'analyse des données obtenues.

Dans un troisième et dernier temps, une discussion sera établie afin de confronter les éléments théoriques et exploratoires recueillis. Les limites de l'étude seront définies. Enfin, les préconisations liées à l'amélioration de la pratique de l'ergothérapie seront explorées.

II) Cadre théorique

A) Stigmatisation

1) Définition de la schizophrénie

Le terme « schizophrénie » vient de 2 mots grecs, « *schizo* » signifiant « séparé » et « *phrénie* » pour « esprit ». Ce terme a été inventé par l'aliéniste Suisse du XXème siècle, Eugène Bleuler, le vendredi 24 avril 1908, en s'appuyant sur les travaux de la *Dementia præcox* (démence précoce) réalisés Kraepelin (Bottéro, 2010).

La schizophrénie se caractérise par un ensemble de symptômes qui persistent durant une période de plusieurs mois. Il existe les symptômes dit positifs, ainsi dénommés parce qu'ils « s'ajoutent » aux perceptions ordinaires vécues comme réelles. Ces symptômes sont souvent très angoissants et source de souffrance considérable. Puis, nous avons les signes dit négatifs, ils s'expriment par la réduction de l'ensemble des activités, les sujets présentent une atténuation de leurs émotions et ont du mal à avoir une vie sociale. (*Schizophrénie*, s. d.)

« Ces troubles sont de nos jours définis par des anomalies dans, au moins, un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs » (American Psychiatric Association, 2015)

Cette pathologie touche environ 24 millions de personnes dans le monde (*Troubles mentaux*, s. d.) soit 0,7 à 1% de la population mondiale et environ 600 000 personnes en France, elle se révèle aux alentours de 15 à 25 ans (*Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé*, s. d.)

2) Perception de la schizophrénie

a) Dans le temps

Pendant la Renaissance, la notion de fou apparaît et devient rapidement une figure emblématique associant la folie à un visage inquiétant et fascinant. Or, lors du XVIIème siècle le sens de la folie change et ne fait plus référence à des pouvoirs surnaturels mais plutôt aux lacunes des hommes. Il y a donc une séparation entre la Renaissance

et l'âge classique quant à l'image du fou. Selon Foucault, c'est la création de l'hôpital général de Paris en 1656, qui marque le point de départ de « l'ère du grand renfermentement » avec l'incarcération des fous aux côtés de tous ceux considérés comme étant une charge pour la société. « La folie est désormais réduite à la déraison et se fonde de ce fait avec tout ce qui marque un écart par rapport à la norme sociale. ». Cette ère associe des buts moraux, sociaux et économiques au détriment de l'objectif médical. Mais à la fin du XVIIIème siècle, l'internement apparaît comme un biais économique engendrant la mise en liberté de tous ceux capables de travailler. Les personnes restantes dans ces prisons étaient les fous, incapables de s'adapter socialement et se retrouvant alors, seuls dans ces asiles. C'est vers la fin de ce siècle, en 1793, qu'une décision clé dans l'histoire de la folie est prise, grâce au mythe pinélien ; c'est la décision « d'ôter les chaînes » aux personnes considérées comme folles et ainsi les laisser sortir des institutions afin qu'elles se développent dans la société. C'est à partir de ce moment que la notion de fou a été remplacée par celle de maladie mentale. (Halpern, 2013)

À la suite de ces événements et précédant la création du terme de schizophrénie, c'est la notion de *Dementia præcox* (démence précoce) inventé par Kraepelin qui fit d'abord son apparition avant la fin du XIXème siècle. Selon Kraepelin la démence précoce se caractérisait par une destruction irréversible de la réactivité émotionnelle, de l'activité volontaire ou bien encore du jugement. C'est peu de temps après qu'Eugène Bleuler, en s'appuyant sur la *Dementia præcox* de Kraepelin, inventa le terme de « schizophrénie » maladie de la scission du sujet, un nouveau mot, forgé à partir du grec, afin de faire ressortir la « division de l'esprit ». (Bottéro, 2010).

En France, l'évolution de cette maladie est constatée par des premiers cas émergent dans les années 1910 et qui se diffuse de plus en plus après les Guerres mondiales, surtout entre 1930 et 1940 où l'apparition des cas augmente d'environ 15%. Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que nous allons parler de diagnostic de schizophrénie. (Guillemain, 2019)

Le terme de « schizophrénie » fut adopté pour décrire bon nombre de pathologies mentales sans pour autant les différencier ; la « dissociation » l'élément principal de son diagnostic, se bornera à mettre en évidence le moindre signe de « syndrome dissociatif », une inflation du nombre de cas de schizophrénie, tant les « petits signes de dissociation » se montrent en psychiatrie. (Bottéro, 2010).

Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale, avec la découverte des traitements neuroleptiques en 1952, par Delay et Deniker, que l'avènement de l'ère biochimique de la schizophrénie s'est présenté. Durant la seconde moitié du XX^e siècle, des facteurs tant sociaux, humanitaires, scientifiques, qu'économiques contribuent au passage d'une politique « asilaire » à un grand mouvement de « désinstitutionnalisation ». (Koenig & Castillo, 2017)

De nos jours, les préjugés les plus récurrents concernant les maladies mentales en France font souvent références à la violence, la dangerosité, l'inadaptation, l'absence de motivation, voire la paresse. (Giordana & Dubois, 2016).

b) Dans la population française

Selon une étude de 2005, trois quarts de la population française trouvent, et évoquent des similitudes entre le fou, le malade mental et le violeur, le criminel ou encore le meurtrier. (Roelandt et al., 2010). Le terme de schizophrénie a, par conséquent, une connotation très négative au sein de la population française.

Aux yeux du grand public, nous retrouvons deux représentations majeures à ce terme : la dangerosité et le dédoublement de personnalité. (Castillo et al., 2008). Parmi les idées reçues sur la dangerosité, lors de l'évocation de la schizophrénie dans la société française, celle-ci l'associe à 83%, à des personnes violentes et dangereuses. En l'occurrence, les crimes commis par des personnes atteintes de schizophrénie s'élèvent à un peu plus d'1% des homicides. De plus, ces personnes sont régulièrement plus victimes que violentes. Concernant le dédoublement de personnalité, nous pouvons simplement noter que c'est une pathologie différente de la schizophrénie. (Olano, 2019)

En effet, « Le fou dangereux, le schizo des films d'horreur prennent la place dans les représentations collectives de l'homme souffrant et des familles affectées par un fils ou une fille diagnostiqués « schizophrènes » »(Rey & Delion, 2021)

La schizophrénie est maintenant plus qu'une maladie du fait de sa représentation négative au sein de la population. Elle est devenue comme une insulte courante et a évolué en terme stigmatisant (« Schizophrénie et Société », 2011).

3) Le concept de stigmatisation

a) Définition

Le terme de stigmaté était présent dans la Grèce antique, où il désignait alors des marques sur le corps « destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée. » (Goffman, 1975)

Goffman (1975) nous apporte une autre définition : « c'est la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société. ». Il distingue dans son œuvre trois types de stigmatés :

- Les monstruosité du corps
- Les tares de caractères
- Les stigmatés tribaux que sont la race, la nationalité et la religion.

Ce qui nous amène au concept de stigmatisation.

La stigmatisation fait « référence à un concept multidimensionnel. Il est sous-tendu par une attitude générale de l'ordre de l'injustice et du préjudice, induite par la méconnaissance (voire l'ignorance) d'une situation ou d'un état, et qui va générer des conduites et des comportements de discrimination (ségrégation, exclusion) » (Giordana, 2019). La stigmatisation réfère aux attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle. (Canada, 2021)

A l'heure actuelle, nous distinguons 3 types de stigmatisations : L'auto-stigmatisation, la stigmatisation sociale et la stigmatisation structurelle (Canada, 2021)

Dans cette étude, le sujet de la stigmatisation sociale et de l'auto-stigmatisation seront abordés.

b) Stigmatisation sociale

La stigmatisation sociale correspond à des attitudes ou des comportements négatifs envers des personnes pas comme les autres, ou envers leurs amis et les membres de leur famille. (Canada, 2021). Elle se représente par des « stéréotypes centrés sur des croyances négatives au sujet d'un groupe de personnes, générant des

réactions émotionnelles de l'ordre de la crainte et de la peur, amène à des comportements d'exclusion ».(Giordana, 2019)

Il est important que les professionnels prennent garde à leur discours, ainsi qu'aux mots utilisés et leurs impacts, manifestement avec les usagers, mais aussi dans les équipes de soins ou pendant les échanges avec le grand public. (« La Discrimination Vécue Par Les Personnes Ayant Reçu Un Diagnostic de Troubles Schizophréniques. Premiers Résultats Français de l'étude INDIGO », 2012). Comme évoqué précédemment, la société associe le fou et le malade mental aux comportements dangereux et violents. (Cervello et al., 2017)

La stigmatisation sociale s'étend donc à l'ensemble de l'environnement. Le jugement péjoratif accompagné des notions de « mère de psychotique », de « famille schizophrénogène », de « père absent », etc va fortement toucher les familles. (Giordana, 2019)

Giordana (2019) met le point sur trois types de représentations et en identifie des réponses :

- Les notions de violence et de dangerosité vont développer la crainte, la peur ainsi que des comportements de ségrégation et d'exclusion.

- L'imprévisibilité, le caractère « hors norme », hors des conventions des règles et des lois.

- L'irresponsabilité ou une perception infantile du monde. C'est le stéréotype de benêt, du bêta, de l'idiot.

De plus, il précise que les attitudes interventionnisme et d'autoritarisme se dressent face à l'imprévisibilité et à l'irresponsabilité.

De ce fait, le regard porté par la société a un impact considérable. En effet, il y a une part de mystère inquiétante venant de l'histoire, entre « être un schizophrène » et « avoir une schizophrénie ». Cette différence change tout, dans le premier cas, les personnes « sont un problème », alors que dans le second elles « ont un problème ». (Giordana & Dubois, 2016)

c) Auto-stigmatisation

L'auto-stigmatisation se produit lorsqu'une personne intériorise les messages négatifs au sujet des personnes dans la même situation qu'eux en les appliquant à elles-mêmes (Canada, 2021). Elle se repose donc sur des croyances négatives sur soi-même, provoque une faible estime de soi, et amène la personne à se limiter elle-même dans des activités importantes pour elle. (Giordana, 2019)

Par ailleurs, la grande majorité des personnes présentant une schizophrénie ressentent la stigmatisation dont ils sont victimes comme légitime. (Giordana, 2019) En effet, les idées reçues et les représentations négatives de la maladie sont ancrées dès l'enfance, venant accentuer l'auto-stigmatisation. (Castillo et al., 2008)

Les personnes, à qui sont posées un diagnostic de maladie schizophrénique, partagent les mêmes représentations du « schizophrène » que le grand public. Elles ont, finalement, la même perception de leur maladie que la société. (« La Discrimination Vécue Par Les Personnes Ayant Reçu Un Diagnostic de Troubles Schizophréniques. Premiers Résultats Français de l'étude INDIGO », 2012).

De plus, cette auto-stigmatisation est accentuée par les symptômes de la maladie, comme le déficit de cognition sociale, qui est « la capacité à construire des représentations sociales sur soi-même et autrui, et sur les relations entre soi et les autres ainsi qu'à utiliser ces représentations de manière flexible afin de guider le comportement social et inclut des processus tels que le traitement des émotions, la théorie de l'esprit, le style attributionnel, la perception et les connaissances sociales » (C3RP, 2014). Ces processus déficitaires dans la schizophrénie ont été largement démontrées dans les diverses études faites sur ce sujet. Ils contribuent au renforcement des représentations négatives de leur maladie et par conséquent, l'accentuation de l'auto-stigmatisation.

Enfin, nous identifions une grande partie de l'auto-stigmatisation qui est causée par les médias, et qui forgent les représentations négatives en divulguant des informations erronées, tel que le dit Michael Pietrus dans Admin (2013) : « Les médias jouent un rôle déterminant dans la perpétuation des images négatives et des perceptions erronées de la maladie mentale. Ces images contribuent à déformer l'information. »

Les personnes atteintes de schizophrénie sont donc réduites par les médias à des rôles de boucs émissaires et se retrouvent habituellement, et malgré elles, au centre de beaucoup de peurs de la société.(admin, 2013)

4) L'influence médiatique dans la stigmatisation de la schizophrénie

a) Définitions des médias

« Moyen, technique et support de diffusion massive de l'information (presse, radio, télévision, cinéma...) ». (*média - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert, s. d.*)

Avec l'essor des nouvelles technologies, qui sont devenues plus simples d'accès à partir du XXème et XIème siècle, les médias contribuent grandement à véhiculer les informations générales, positives ou négatives, sur divers sujets. Ces sources d'informations ne sont que rarement vérifiées par la population, qui les prend pour argent comptant.

b) Image générale véhiculée

D'après Pietrus dans Admin (2013), les images représentées autour des pathologies mentales sont régulièrement erronées dans les médias. Surtout pour ce qui est de la schizophrénie car c'est celle que le grand public « connaît » le plus. (L'Obsoco, 2015)

Suivant les diverses études nationales et internationales, les résultats obtenus tendent tous vers l'abus de langage des médias à destination du grand public. Par prolongement, la population s'est appropriée certains termes en santé mentale, mais leurs utilisations continuent d'être principalement incorrectes et démontrent ainsi des raccourcis à propos de ceux-ci. (TZAMPAZI, s. d.)

Si nous prenons l'exemple du procès de Kim De Gelder en février 2013, pour un triple assassinat dans une crèche et un meurtre d'une personne âgée, les titres qui apparaissaient dans la presse, donnaient l'assassin comme fou ou dément entraînant un amalgame entre un problème de santé mentale et de dangerosité dans les réactions des internautes (admin, 2013).

c) Média & divertissement

Dans la société actuelle, qui est tape à l'œil, où le spectaculaire veut être au centre, les médias tendent plus vers un rôle de divertissement que d'information. C'est-à-dire que le côté informatif des médias, est placé au second plan par rapport à celui du divertissement. Il semblerait que le cinéma marque plus les esprits que les médias dit informatifs, ce qui pourrait expliquer pourquoi, les médias de divertissement sont plus influant que les médias d'informations pures. (Cervello et al., 2017)

Du côté des médias d'informations, nous pouvons retrouver que l'association de la violence à la schizophrénie est mentionnée dans 58% des articles d'après L'Obsoco (2015). L'étude précise que même dans le monde de l'art, les personnes ayant une schizophrénie font parfois référence à une idée d'hors norme.

Le discours médiatique veut donc que la représentation des personnes présentant une schizophrénie, par des métaphores, corresponde à un sens fantasmé et contraire de la réalité de la schizophrénie. Par conséquent, l'information et le discours délivrés au grand public dans les médias est en quelque sorte « amateur » et déconnecté des compétences ou connaissances sur la maladie expliquant la stigmatisation largement dominante. (L'Obsoco, 2015)

d) Influence des médias

La part négative des médias est présente surtout dans le cinéma ou la presse. D'après l'étude de Cervello et al. (2017), interrogeant des psychiatres sur l'impact du cinéma dans cette stigmatisation, ils ont pu démontrer que dans ce média, notamment dans les thrillers et les films dramatiques, la schizophrénie est mise en avant avec des représentations de personnes violentes et imprévisibles, accompagnées de troubles dissociatifs de l'identité. Ces représentations suscitent, dans la plupart des films, à la fois de l'empathie et de la peur, où le sentiment de crainte est bien plus grand que celui de l'empathie. (Cervello et al., 2017)

Cela met en avant une « surreprésentation dans le 7^{ème} art », renforçant l'idée générale de troubles fréquents et graves. Sous-estimer l'influence des médias sur la

représentation des personnes atteintes de cette maladie et le grand public est une erreur. (Cervello et al., 2017)

Ainsi, tel que nous l'avons évoqué précédemment, « Le fou dangereux, le schizo des films d'horreur prennent la place dans les représentations collectives de l'homme souffrant et des familles affectées par un fils ou une fille diagnostiqués « schizophrènes » »(Rey & Delion, 2021)

En revanche, s'il y a une part péjorative, il y a aussi une part positive dans les médias et des axes d'améliorations à explorer ;

Dans un premier temps, les professionnels se placent positivement quant à l'utilisation du cinéma comme support, pour expliquer certains symptômes et déconstruire les informations non vérifiées, dans le but de sensibiliser le public ainsi que de développer une discussion autour de cette stigmatisation. Cet objectif serait amené par le moyen de « cinédébat » animé par des professionnels. (Cervello et al., 2017)

Dans un second temps, il y aurait un véritable intérêt à agir sur les termes donnés et les informations véhiculées au grand public afin de réduire la stigmatisation. De plus, mélanger le divertissement et la délivrance d'informations vérifiées pourraient avoir un impact mélioratif sur la déstigmatisation de la schizophrénie ainsi qu'un rôle de prévention. (« Schizophrénie et Société », 2011)

B) Prévention

1) Définition

En 1948, l'OMS détermine que « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (*La prévention : définitions et comparaisons*, s. d.). Elle a distingué trois types de prévention :

- La prévention primaire, cible l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. Par conséquent, sont pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux. (*Les 3 niveaux de prévention selon l'OMS*, s. d.)

Cette prévention agit principalement sur la réduction de la stigmatisation sociale mais aussi dans l'auto-stigmatisation. Des préventions primaires sont déjà en place dans la population comme la semaine de santé mentale ou encore la journée mondiale de la schizophrénie.

- La prévention secondaire, intervient « dès lors que les troubles ou pathologies apparaissent afin de réduire leur action sur les individus. Il s'agit donc de diminuer la prévalence, c'est-à-dire le nombre de cas existants » (Chapelle, 2018).

- la prévention tertiaire, a lieu « quand la santé du salarié est altérée et comprend les actions menées pour réduire les incapacités, l'invalidité et la souffrance. Cette prévention inclut aussi les actions qui seront menées pour éviter la rechute ». (Chapelle, 2018)

Les préventions secondaires et tertiaires opèrent directement sur le patient et sur ses proches visant à diminuer dans ce cas, l'auto-stigmatisation.

Il existe une quatrième prévention évoquée par Chapelle (2018), la prévention quaternaire, qui « consiste à éviter toute psychologisation ou surmédicalisation ou sur-psychiatisation des individus ».

La prévention peut être mise en place par bon nombre d'acteur tel que le gouvernement, les employeurs au sein de leur entreprise, des professionnels de santé ou bien des associations ou encore des bénévoles.

2) Réhabilitation psychosociale

a) Définition

Marianne Farkas, chercheuse et directrice du Centre de Réhabilitation Psychosociale de l'OMS de Boston donne une définition des réhabilitations psychosociales ; « actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes de conduites déficitaires ou anormales ; ses buts consistent à améliorer le fonctionnement de la personne de façon qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'interventions professionnelles possibles » (*La réhabilitation psychosociale : espoir d'une vie meilleure - Grieps, s. d.*)

De nos jours, nous retrouvons une définition plus simple de la réhabilitation psychosociale ; « elle repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi). » (*Réhabilitation*, 2023)

b) Les réhabilitations psychosociales, kécécé ?

Tel qu'expliqué ci-dessus, ces réhabilitations « se basent toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour palier au mieux aux déficits. »(*Réhabilitation*,2023)

Bien que les médicaments aident à stabiliser les personnes atteintes de schizophrénie, ils ressentent encore des difficultés dans de nombreux domaines, notamment sur des problèmes de compréhension de la maladie, aussi appelé insight, ainsi que des difficultés d'habilités cognitives et sociales. Afin de résoudre ces différentes problématiques, l'ensemble d'outil qu'offre les réhabilitations psychosociales vont permettre d'être au plus proche de chaque difficulté et comprennent (*Réhabilitation*, 2023) ;

-La remédiation cognitive ou RC

-L'entraînement de la cognition sociale

- La psychoéducation

-Les thérapies cognitivo-comportementales ou TCC

-La paire-aidance : ce sont des personnes atteintes d'une pathologie et vivant avec depuis un certain temps qui sont devenues expertes de leur maladie. Elles prodiguent des conseils et délivrent des informations à leurs paires.

-l'accompagnement vers la construction de projet professionnel et sociaux

-groupe de thérapies corporelles et de pleine conscience

-L'ergothérapie

Quelques-unes d'entre elles vont être développées car elles seraient intéressantes dans le cadre de la déstigmatisation de la schizophrénie.

c) Psychoéducation & ETP

L'éducation thérapeutique (ETP) est créée dans les années 1980, elle fait partie intégrante des techniques de réhabilitation psychosociales et a pour but une récupération cognitive satisfaisante, une rémission symptomatique et un meilleur fonctionnement social. (« Éducation Thérapeutique Du Patient et Schizophrénies Débutantes », 2015)

L'ETP fait partie de la prise en soin de tout patient souffrant de maladie chronique (« Éducation Thérapeutique Du Patient et Schizophrénies Débutantes », 2015) et ce, depuis la loi HPST 2009 qui « prévoit la mise en place de dispositifs pour développer l'éducation thérapeutique des patients » (*Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, s. d.) c'est à dire que « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade » (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009) ce qui rend ETP obligatoire d'après l'article L1161-1. Cette loi démontre, par ailleurs, que l'ETP est la meilleure approche en terme de lutte contre la stigmatisation. (L'Obsoco, 2015)

Il est important de noter qu'il existe une légère différence entre l'ETP et la psychoéducation ; L'ETP est un programme conforme à des objectifs nationaux, et peut être utilisé, après autorisation de l'ARS, par des professionnels ayant reçu une formation d'au minimum 40 heures. Contrairement à la psychoéducation qui est une « intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. ». En conclusion, leur but est similaire, mais l'ETP demande une formation contrairement à la psychoéducation. (psycocom, 2021)

En adéquation avec la psychoéducation et/ou l'ETP, l'entraînement à la cognition sociale participera à l'acceptation du discours délivré lors de ces séances d'éducation.

d) Entraînement à la cognition sociale

Les personnes atteintes de schizophrénie rencontrent des difficultés pour créer des relations dans le monde social et à s'y adapter, constituant un frein dans le processus de réhabilitation psychosociale. La cognition sociale est définie telle que « la capacité à construire des représentations sur soi-même et autrui, et sur les relations entre soi et les autres, ainsi qu'à utiliser ces représentations de manière flexible, afin de guider le comportement social ; et inclut des processus tels que le traitement des émotions, la théorie de l'esprit, le style attributionnel, la perception et les connaissances sociales. » Le travail autour de cette compétence va se faire par l'intermédiaire de TCC ou de RC. (C3RP, 2014)

De plus, « des déficits concernant les différentes composantes de la cognition sociale ont été largement mis en évidence dans la schizophrénie et les troubles apparentés, et semblent par ailleurs, avoir un lien fort avec les difficultés observées dans les domaines du fonctionnement social, mais également des relations privilégiées avec les processus neurocognitifs » (C3RP, 2014). Par conséquent, il semble pertinent de travailler sur une remédiation cognitive pour que l'entraînement à la cognition sociale soit optimal.

e) Remédiation cognitive

La remédiation cognitive est « une modalité thérapeutique non médicamenteuse destinée, à compléter les effets des traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques ». Elle est en pleine expansion dans le secteur de la psychiatrie depuis les années 1990 et s'appuie principalement, sur les modèles et principes de la neuropsychologie et des TCC fortement développés sur le territoire Français depuis le dernier siècle (Amado et al., 2014).

La remédiation cognitive « se définit comme un entraînement intellectuel qui se fonde sur la réalisation d'exercices et l'apprentissage de stratégies pour résoudre des problèmes complexes » tel que planifier une journée de tâches à réaliser sur une journée ou moins, ou encore répondre à des exigences professionnelles (*La*

remédiation cognitive - Collectif Schizophrénies, s. d.). Cette technique vise à réduire l'impact de ces troubles, dans l'objectif de promouvoir l'autonomie et l'insertion sociale. Cela a pour but d'améliorer la qualité de vie, ainsi que l'estime de soi et de diminuer les symptômes afin d'optimiser les aptitudes cognitives. (Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps, s. d.)

Ces remédiations se déroulent sur une base de trois mois au minimum, soit en séance individuelle soit groupée. Il existe différents programmes de RC en France, mais globalement ces techniques se divisent en 4 sections d'après Amado et al. (2014) ;

- L'entraînement cognitif des capacités de base : « entraînement des performances initialement déficitaires du patient »
- L'apprentissage de stratégies : tâche à « améliorer le fonctionnement du patient en travaillant les stratégies, permettant ainsi une meilleure réalisation de la tâche et une meilleure exploitation de la compétence ciblée »
- Les approches de compensation : « modifient l'environnement du patient de façon à l'adapter à ses difficultés et à diminuer le coût cognitif que requiert la réalisation d'une tâche »
- Les programmes intégrés : « combinent l'apprentissage de stratégies et les approches par compensation »

La remédiation cognitive, à elle seule, est un outil intéressant et primordial. Mais elle devient vraiment idéale lorsqu'elle est associée aux autres thérapies tel que les thérapies cognitivo-comportementales.

f) Les thérapies cognitivo-comportementales

Les TCC proposent « une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage », c'est-à-dire qu'elle a pour but de remplacer, par un nouvel apprentissage, le comportement inadéquat par un comportement plus en adéquation à ce que souhaite la personne. Le thérapeute, en collaboration avec la personne, définit les objectifs à atteindre et contribue aux nouveaux apprentissages tout en fondant une stratégie thérapeutique adaptée. (*Les Thérapies Comportementales et Cognitives, s. d.*)

Par conséquent, elle vise à la restauration des aptitudes à traiter les informations, à permettre aux personnes d'avoir une meilleure perception et maîtrise de tous les facteurs ayant un effet sur la cognition et à développer des stratégies de stabilisation du soi. Elle tend également à diminuer l'intensité et la brutalité des symptômes psychotiques, ainsi que l'anxiété et la dépression, et de fournir de meilleures capacités à gérer ses émotions (Abdel-Baki & Nicole, 2001).

Toutes les réhabilitations psychosociales développées ci-dessus, contribuent finalement, à accompagner les personnes atteintes de troubles mentaux vers une construction d'un projet professionnel et social adapté.

g) L'accompagnement vers la construction de projets professionnels et sociaux

L'accompagnement vise à la réinsertion sociale, voire professionnelle des personnes atteintes de maladie mentale. Le travail apparaît comme un aspect essentiel mais qui n'est pas obligatoirement requis dans la réinsertion. La diversité des pratiques d'aide à la réinsertion tendent à une progression croissante de celle-ci, et tient à répondre aux différents besoins des personnes. Entre l'hôpital et l'entreprise, le parcours nécessite fréquemment plusieurs étapes. (Pachoud & Nascimento Stieffatre, 2005)

La question de l'accompagnement soulevée, il en reste encore une à laquelle il faut répondre ; qui, accompagne et entraîne ces personnes aux diverses réhabilitations psychosociales ? Le mieux placé et cité ci-dessus parmi les moyens de réhabilitations est l'ergothérapeute. Ceci est expliquée car la pratique de celui-ci « en santé mentale souhaite se déployer davantage dans le champ de ces réhabilitations psychosociales. » (ANFE, 2021).

3) L'ergothérapeute au centre des réhabilitations psychosociales

a) Pourquoi l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes s'appuient sur les sciences de l'occupation humaine pour réadapter, ou pallier, les incapacités auxquelles la personne fait face. Ils partent d'un

postulat où la vie est faite d'activités quotidiennes porteuses de sens pour chacun et où les occupations alimentent le sens que nous donnons à notre vie. Ce sont donc ces activités qui influencent nos rôles sociaux et notre place dans la société. En somme, les ergothérapeutes se servent de ces occupations humaines pour accompagner et réhabiliter les personnes dans leurs activités quotidiennes. L'objectif principal de l'ergothérapeute est, par conséquent, d'accompagner les personnes à retrouver, puis de mener des activités significatives, basées sur leur participation sociale afin d'avoir une vie satisfaisante. (ANFE, 2021).

De plus, pour l'aider dans cette démarche, l'ergothérapeute peut employer certains outils comme la Mesure Canadienne du Rendement et de l'Occupation (MCRO) afin de définir des objectifs occupationnels significatifs, en collaboration avec le patient. Cet outil permet, en outre, d'observer au fil du temps une évolution des problèmes définis, en cotant sur une échelle de 1 à 10 l'importance, le rendement et la satisfaction que représentent les activités en lien avec ces problèmes. L'objectif est de valoriser les patients en leur montrant une progression par rapport aux objectifs fixés. (« Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) - Canadian Occupational Performance Measure (COPM) », s. d.).

b) L'ergothérapeute & réhabilitation psychosociale

Conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (cf. Annexe I), qui décrit son référentiel d'activités et de compétences, l'étendue de son champ de compétences et sa vision holistique, expliquent pourquoi il est l'acteur principal des réhabilitations psychosociales. Il participe dans la presque totalité des outils proposés par ces réhabilitations et il joue autant un rôle informatif et d'accompagnement, que de soignant.

D'après la compétence 3 de l'Arrêté, « Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie » l'ergothérapeute intervient dans les programmes de réentraînement, des réhabilitations psychosociales, comme les TCC, la remédiation cognitive, l'accompagnement sur des projets extérieurs et enfin la psychoéducation auprès des patients et de sa famille.

De plus, suivant la compétence 5 « Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique » en association avec la compétence 10 « Former et informer », démontre que l'ergothérapeute est un professionnel pouvant être un acteur primordial pour l'ETP et dans l'information auprès des personnes atteintes de schizophrénie et leur entourage mais aussi vis-à-vis des professionnels exerçant en santé mentale. Le détail de ces compétences est développé dans l'Annexe I.

En supplément, par rapport aux unités d'enseignements (UE) relatives à la compétence 3, notamment l'UE 2.5 (cf. Annexe 1), l'ergothérapeute est amené à être un expert des pathologies psychiatriques.

Par conséquent, l'ergothérapeute est une des ressources, des réhabilitations psychosociales, essentielles autant pour sa mise en œuvre que pour sa pratique.

III) Question de recherche

Dans cette partie théorique, une représentation de la schizophrénie dans l'histoire et plus particulièrement dans la population française a été précisée afin de démontrer une stigmatisation de la schizophrénie chez les personnes atteintes de maladie et de leurs proches. Puis, le concept de stigmatisation dans le contexte de la schizophrénie a été exploré pour mettre en lumière ses différents niveaux et l'impact des médias autour de celle-ci. Pour finir, le concept de prévention a été développé pour exposer les différentes réhabilitations psychosociales et a permis d'approfondir ainsi qu'établir les compétences de l'ergothérapeute dans ce domaine. En utilisant nos divers concepts et contextes, nous avons abordé notre questionnement et cela nous a conduit à la problématique qui suit : **Comment l'ergothérapeute intervient-il dans le processus de déstigmatisation de la schizophrénie chez les personnes atteintes de cette maladie et leur entourage ?**

Afin de répondre à cette question, l'hypothèse suivante a été formulé :

« En raison de sa vision holistique et de son champ de compétences, l'ergothérapeute joue un rôle dans la déstigmatisation de la schizophrénie chez les personnes atteintes de cette maladie, et leur entourage. »

IV) Cadre exploratoire

A) La méthode de recherche

1) Objectif de la recherche

Cette partie exploratoire vise à étudier l'hypothèse formulée afin de la confirmer ou de l'invalider. Une enquête auprès d'ergothérapeutes est réalisée pour recueillir des données qualitatives. L'objectif est d'analyser la manière dont les ergothérapeutes, par leurs compétences, jouent un rôle dans la déstigmatisation de la schizophrénie chez les personnes atteintes de celle-ci et leur entourage.

Cette enquête permet de souligner : leurs observations sur la connaissance de la maladie et les moyens par lesquels ces personnes et leur entourage s'informent ; repérer l'impact positif ou négatif des médias sur le grand public ; les différents moyens mis en œuvre de manière générale dans les prises en soin et plus précisément pour réduire la stigmatisation ; enfin celui de leur rôle dans la déstigmatisation.

2) Choix de l'outil de recherche

Afin de récolter des informations pertinentes à notre procédure de recherche, un rassemblement de données qualitatives a été menées. En effet, ce travail ne vise pas à récolter des données quantitatives de la pratique de l'ergothérapeute en santé mentale, mais à savoir s'il met en place des moyens, des outils, afin de réduire la stigmatisation des personnes atteintes de schizophrénies et de leur entourage, et si ces personnes se sentent stigmatisées et pourquoi. Les données qualitatives sont donc recherchées dans cette étude.

Cette méthode de recherche permet aux ergothérapeutes interrogés de mettre en avant leur pratique et de laisser libre cours à leurs pensées afin qu'ils répondent de manière spontanée. Les questions soumises portent sur leur façon de travailler et la

vision qu'ils ont par rapport à la stigmatisation, ainsi que ce qu'ils pensent pour la réduire. Par conséquent, la méthode d'interrogation choisie a été celle des entretiens individuels semi-directifs.

3) Construction de la grille d'entretien

Une grille d'entretien a été réalisée en fonction de thèmes que nous voulions aborder. Ces thèmes ont été construits via notre cadre théorique et notre hypothèse. Cette grille joue donc un rôle de trame et favorise le bon déroulement de l'entretien ainsi que la pertinence des informations recueillies. Elle est composée d'une question d'introduction et 6 questions en lien avec les thèmes définis. Voici les différentes questions traitées et les objectifs auxquels ils répondent :

Question d'introduction : Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Cette question d'introduction permet à l'ergothérapeute interrogé de se présenter, et d'expliquer son parcours professionnel en général, et plus précisément en santé mentale.

Question 1 : Comment estimez-vous le niveau de connaissance des personnes atteintes de schizophrénie et de leur entourage par rapport à la maladie

Cette première question vise à savoir si les ergothérapeutes ont la possibilité d'évaluer le niveau de connaissance de la maladie des personnes avec une schizophrénie et si l'environnement humain est plus ou moins inclus lors de leur prise en soin.

Question 2 : Selon vous, quelle image renvoie les médias sur la représentation de la schizophrénie auprès du grand public ? Des personnes ayant une schizophrénie ? de leur entourage ?

Ces items, tendent à montrer la vision de l'ergothérapeute vis-à-vis de la représentation de la schizophrénie dans les médias ainsi que celle de ces personnes et de leur entourage, grâce à ce que l'ergothérapeute a pu observer au cours de sa carrière.

Question 3 : Avez-vous connaissance de médias ressources ?

Ce thème cible si l'ergothérapeute a connaissance de médias ressources, s'il transmet ces médias à ses patients et à leur entourage, et par extension, si ces personnes et leur entourage ont connaissance ou/et utilisent des médias ressources.

Question 4 : Au moment où vous accueillez une personne présentant une schizophrénie que faites-vous globalement ?

Ici, nous recherchons à comprendre l'approche initiale de l'ergothérapeute à l'arrivée d'une personne présentant une schizophrénie. Chaque professionnel est différent, donc leur approche le sera aussi, avec des différences mais aussi des similitudes.

Question 5 : Que mettez-vous en place pour réduire la stigmatisation chez ces personnes et leur entourage ?

Cette question permet de savoir si des moyens sont mis en place par l'ergothérapeute afin de réduire la stigmatisation de la schizophrénie. Cela peut être des moyens implicites ou explicites, ou encore des moyens propres à la structure dans laquelle ils travaillent.

Question 6 : Que pensez-vous du rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation de la schizophrénie ?

Ce dernier thème tend à interroger le professionnel sur sa vision du rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation de la schizophrénie. S'il est essentiel ou non, s'il y a des limites, des choses à améliorer, à entreprendre, des éléments à cibler particulièrement etc.

4) Population interrogée

Cette étude a pour but de savoir si l'ergothérapeute joue un rôle dans la déstigmatisation de la schizophrénie. C'est pourquoi le choix de la population interrogée s'est dirigé vers des ergothérapeutes pratiquant en santé mentale et accompagnant des personnes atteintes de schizophrénie en France. Des ergothérapeutes de différentes régions en France et aussi des DOM-TOM ont été informés car ces entretiens pouvaient être réalisés en présentiel, par téléphone ou en visioconférence.

B) Analyse des entretiens

1) Analyse longitudinale

L'analyse longitudinale permet de synthétiser et regrouper par thème les données importantes avancées par chaque ergothérapeute en fonction de son expérience, sa pratique professionnelle et le cadre institutionnel dans le ou lesquels, ils exercent.

a) Entretien 1

L'ergothérapeute 1 (E1) est diplômé de l'IFE de Créteil depuis 2011 et travaille dans un Hôpital de Jour (HJ) de psychiatrie, basé sur les réhabilitations psychosociales. Elle est amenée à travailler avec des personnes adultes atteintes de troubles en santé mentale.

| Thèmes | Réponse de l'ergothérapeute 1 |
|--|---|
| Estimation du niveau de connaissance de la schizophrénie | <p>L'estimation des connaissances chez les personnes atteintes de schizophrénie se fait par la réalisation de bilan, la participation de différents jeux tels que le jeu des couleurs, le psychaquizz ou le dixiludo et l'éducation à la santé. Ces méthodes permettent d'évaluer à peu près l'insight et le niveau de connaissances.</p> <p>Concernant l'entourage, il y a encore beaucoup de progrès à faire car elle les rencontre assez peu. Elle peut les voir quand la personne vient pour la première fois ou pour des projets extérieurs, mais l'entourage ne reste pas assez inclus. Il y a eu un essai pour installer programme BREF mais il y a des limites. Comme c'est une petite équipe, il y a un biais où les thérapeutes ne doivent pas avoir de liens avec les personnes.</p> |
| Moyens d'informations | <p>Pour une grande majorité, les personnes atteintes de schizophrénie ne s'informent pas ou attendent que l'information arrive. Il y a une peur pour chercher des informations car l'annonce du diagnostic est un choc. Pour la minorité qui s'informe, les informations trouvées sont souvent erronées et ne collent pas avec le diagnostic ce qui perd encore plus ces personnes.</p> <p>Comme expliqué ci-dessus, une minorité des entourages ayant un besoin de comprendre effectue des recherches et s'informe par l'intermédiaire de professionnels ou d'autres personnes dans la même situation.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Pour la majorité l'annonce du diagnostic est floue et une peur de la maladie s'installe du fait de la représentation négative déjà ancrée et ne font donc pas de recherche.</p> |
| <p>Représentation renvoyée de la schizophrénie par les médias</p> | <p>L'image renvoyée au grand public est d'après l'E1 « hyper mauvaise », car la plupart des médias sont dans le spectacle et le sensationnel. L'utilisation de terme comme « attitude de schizophrène » donne une image complètement fausse ; Ces médias ne montrent pas les symptômes négatifs et veulent que ça soit vendeur, comme quelqu'un qui va te poignarder sans raison. De plus, ces mauvaises informations ont déjà fait leur impact, c'est donc par la suite compliqué pour rétablir la vérité avec les informations que l'E1 va communiquer car elles auront un impact amoindri. Elle précise que les croyances ont été forgé dès l'enfance et si l'on rajoute à ça le cinéma qui met en scène d'autres pathologies, ça ne va pas.</p> <p>En se basant sur expérience personnelle, les personnes atteintes de schizophrénie à l'annonce du diagnostic sont persuadées d'être des fous dangereux mettant en place dès le départ une auto-stigmatisation avant même de savoir si les informations servis par les médias sont légitimes. De plus, il y a un risque de choc si elles tapent « schizophrénie » sur internet.</p> <p>Selon l'E1, il n'y a aucun modèle de réussite de gens qui s'en sortent présentées dans les médias. Ils véhiculent que ces personnes sont dangereuses, mauvaises et sont des poids pour la société. Chaque fait divers rajoute un « pic » négatif.</p> <p>Chez l'entourage deux situations reviennent régulièrement d'après l'E1 : Ceux qui sont informés, ils réussissent à mettre de côté l'image véhiculée ou sont en colère contre les médias.</p> <p>Et ceux qui y adhèrent met la présence d'une puce de rappel dans un coin de leur tête avec l'image de dangerosité vient augmenter la part de stigmatisation surtout chez les adolescents et les jeunes adultes.</p> |
| <p>Média ressource</p> | <p>L'E1 a connaissance de médias ressources comme StuckmyBrain (vulgarisation de données scientifiques sur la stigmatisation et impact des médias) mais est très limitée quand même.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Elle a créé un groupe WhatsApp avec les participants où ils s'envoient des articles, des vidéos etc .. Pour montrer des médias qui véhiculent une image positive ou pour mettre en avant d'autres ressources.</p> <p>Les personnes atteintes de schizophrénie et leur entourage ont, en revanche, peu connaissances de médias ressources, et se reposent sur les soignants et les médias généraux.</p> |
| Prise en soin globale | <p>L'E1 commence toujours par regarder le dossier. Et même si les informations du dossier ne collent pas avec la réalité, elle garde toujours ça en tête.</p> <p>A la rencontre, elle se présente en disant qui elle est et ce qu'elle aime dans la vie. Demande à la personne de faire la même chose. Elle ne parle pas des symptômes, du traitement ou diagnostic, et essaie d'être la plus transparente possible afin d'établir une alliance avec la personne.</p> <p>Elle veut savoir qui est la personne en face d'elle et pourquoi elles se rencontrent aujourd'hui.</p> |
| Réduire la stigmatisation en tant qu'ergothérapeute | <p>L'établissement est basé sur les réhabilitations psychosociales à visée rétablissement.</p> <p>1^{er} base psychoéducation afin de déconstruire l'image des médias.</p> <p>Service sans blouse où tous se prénomment et se tutoient.</p> <p>Organisation d'activités communautaires, de collectif d'informations vis-à-vis des soignants.</p> <p>Formation de secourisme en santé mentale sert aussi à déstigmatiser.</p> <p>Différent programme tel que : PROfamille et les cafés familles.</p> <p>Quand des articles stigmatisants sortent, elle essaie d'en parler avec eux et demande ce qu'ils en pensent, ce qu'ils ressentent afin de toujours montrer que nous n'avons pas qu'une seule version de l'histoire.</p> |
| Rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation | <p>Le rôle de l'ergothérapeute dans cette entreprise est essentiel selon l'E1. Il est là pour voir où est la situation de handicap, où ça bloque dans l'autonomie.</p> <p>L'ergothérapeute doit aller jusqu'au bout et rencontrer les acteurs, les structures, les partenaires en question afin de discuter avec pour déstigmatiser, déconstruire les aprioris et faire aller de l'avant le projet de la personne accompagnée.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>D'après l'E1, ce n'est pas nécessaire de faire de grandes conférences mais déjà rien que par les projets individuels et les interactions avec l'entourage, il y a déjà un rôle déstigmatisant à jouer.</p> <p>De plus, elle pense que la déstigmatisation commence par les collègues avec qui nous travaillons, l'ergothérapeute est amené à recentrer les équipes vers une démarche patient centré, et il se retrouve à faire de l'éducation à ses collègues quel que soit le service.</p> |
|--|--|

b) Entretien 2

Cet entretien est retranscrit intégralement en annexe (Annexe II). L'E2 est ergothérapeute depuis 40 ans, et a commencé les 2 premières années à faire le tour de tous les domaines de l'ergothérapie, pour ensuite se précipiter sur un poste en psychiatrie où elle est depuis. Elle travaille dans 2 services au CPN, (Centre Psychothérapeutique de Nancy), une unité de soin libre et une unité de soin protégé où les personnes sont hospitalisées sous contrainte. Elle pratique aussi de l'ETP.

| | |
|---|---|
| <p>Estimation du niveau de connaissance de la schizophrénie</p> | <p>Sa pratique se base sur une modalité très psychodynamique. Elle précise que les personnes à l'unité de soin protégée fermée sont très dissociées et ne sont pas dans l'alliance donc, pas d'accord pour parler de leur pathologie. Contrairement à l'autre groupe sur l'unité libre où les personnes vont avoir connaissance de leur pathologie. Globalement 3 sur 4 personnes sont au courant de leur schizophrénie et la 4^{ème} personne va avoir plus de mal à la réaliser.</p> <p>Au niveau de l'entourage, elle ne travaille pas avec, ce sont les médecins qui font l'annonce du diagnostic à ces personnes et à l'entourage.</p> |
| <p>Moyens d'informations</p> | <p>L'E2 fait la démarche de renseignements aux personnes qu'elle accompagne quand elles les lui demandent, comme une sorte de psychoéducation. A part ça, les neuropsychologues les informent beaucoup ainsi que les patients ressources et experts tel que les paire-aidants. Ils ont aussi la possibilité d'aller dans des tiers-lieux pour échanger avec d'autres personnes. Dans la sphère de l'entourage, c'est plus par le moyen de programme comme ProFamille ou Espoir 54 ou encore PsyTrialogue qu'ils s'informent.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Représentation renvoyée de la schizophrénie par les médias</p> | <p>Du côté des personnes qu'elle accompagne, la plupart ne se sentent pas concernées et sont même agacées, voir écoeurées, de la représentation de leur maladie dans les médias. Elle ajoute que même dans l'art, lorsqu'il vise à déstigmatiser, les œuvres restent quand même stigmatisantes car les auteurs des tableaux signent avec le nom de leur pathologie. Du point de vue de l'entourage, elle ne connaît pas la réaction des proches, mais d'après les retours de certains de ses patients, il fait « l'autruche » et ne regarde ni s'informe sur la pathologie de leur proche.</p> |
| <p>Média ressource</p> | <p>L'E2 cite quelques médias ressources comme PsyCOM ou maison dans l'arbre, mais a plus de connaissance de programmes ou d'associations d'informations comme PsyTriologue.</p> |
| <p>Prise en soin globale de l'ergothérapeute</p> | <p>Dans un premier temps, l'E2 fait connaissance avec les personnes et leur propose de venir en atelier s'ils le veulent. Elle leur explique que la porte de la salle est ouverte et qu'ils peuvent venir quand ils le souhaitent. Son but est de se centrer sur leur auto-détermination à venir en séance. Elle lui arrive de forcer un peu les personnes si leur motivation est vraiment basse.</p> |
| <p>Réduire la stigmatisation en tant qu'ergothérapeute</p> | <p>Afin de réduire la stigmatisation, elle leur laisse la liberté de choisir et explique que la co-création et l'alliance avec le patient est indispensable pour aller vers ce but. Elle essaie d'inverser les positions et remettre le patient au centre où le soignant n'est pas le sachant tout puissant. Elle note que pour les patients psychotiques, il est quand même important de garder une position d'animateur pour ne pas les perturber. De plus, l'E2 partage un maximum d'informations et réalise de la psychoéducation quand elle le peut.</p> <p>Au niveau de l'entourage, c'est plus compliqué. C'est par le biais de programme comme ProFamille que la déstigmatisation sera faite.</p> |
| <p>Rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation</p> | <p>Elle explique pour finir que le rôle de l'ergothérapeute est très important, déjà pour aider ces personnes à être dans une vision différente d'elles-mêmes et de se valoriser. L'accompagnement doit se faire sur les habilités et l'inclusion sociale. Elle précise que « plus on ira dans la ville, plus on arrivera à déstigmatiser ». En revanche, l'action de l'ergo selon elle, passe plus par de la prévention secondaire et tertiaire, que primaire, pour le moment. Le dernier point sur lequel elle insiste,</p> |

| | |
|--|--|
| | c'est d'aller voir les partenaires pour leur fournir des informations sur les personnes schizophrènes et d'aller au bout de l'accompagnement |
|--|--|

c) Entretien 3

L'ergothérapeute 3 (E3) a commencé à travailler en 2018 en SSR pendant 1 ans puis s'est dirigée vers le CPN en Centre Médico-Psychologique (CMP), qui appartient au CPN mais se trouvant à l'extérieur de celui-ci, où elle y travaille depuis 4 ans. Elle reçoit des personnes entre 18 et 65 ans avec tous types de pathologies mentales. C'est l'unique ergothérapeute de son service et son but est d'aider les usagers qui sortent de l'hôpital ou entre dans la maladie, à s'adapter au tissu social.

| Thème | Ergothérapeute 3 |
|--|--|
| Estimation du niveau de connaissance de la schizophrénie | Selon, l'E3 le niveau de connaissance de la maladie dépend de l'insight des personnes. Cet insight, elle pourra l'apprécier en mise en situation écologique. De plus, elle pense que les personnes les plus jeunes peuvent avoir du mal à accepter la maladie, et que cette acceptation et le niveau de connaissance sera différent, si la personne vient d'entrer dans la maladie ou si ça fait déjà 5, 10 ans qu'elle vit avec. L'estimation de connaissance peut aussi se faire en ETP. |
| Moyens d'informations | Elle ne questionne pas les usagers à ce niveau et de ce qu'elle en sait c'est le médecin ou les infirmiers qui passent les informations concernant la maladie. Concernant l'entourage, c'est avec les programmes tel que ProFamille ou à la dernière séance d'ETP où les familles sont conviées, qui constituent des moyens d'informations. De plus, les familles entrant dans ces programmes sont celles qui ont envies d'en savoir plus pour venir en soutien à leur proche. |
| Représentation renvoyée de la schizophrénie par les médias | D'après l'E3, la représentation des médias par le grand public est globalement partielle et négative. Beaucoup de raccourcis sont fait et donnent l'image que si nous ne savons pas mettre un nom sur quelque chose, ça relève forcément de la psychiatrie. |

| | |
|---|--|
| | <p>Chez les personnes atteintes de schizophrénie, elle explique que l'image reflétée par les médias est également très mauvaise. Elles peuvent éprouver une grande solitude face à cette incompréhension venue du monde extérieur.</p> <p>L'entourage, en revanche, transpose plus à la réalité ce qu'il voit dans les médias. La 1^{ère} impression agit comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu nous dit l'E3.</p> |
| Média ressource | <p>L'E3 partage les médias qu'elle connaît à ses usagers, tel que le site Psycom ou RaptorNeuropsy, où apparaissent des témoignages visant à déstigmatiser la schizophrénie. Il y a aussi la journée de promotion du CPN qui organise des activités pour se renseigner.</p> |
| Prise en soin globale de l'ergothérapeute | <p>Elle commence avec un bilan autonomie afin de voir comment la personne fonctionne dans la vie de tous les jours. Elle regarde les fonctions exécutives, la cognition sociale, comment elle interagit avec un vendeur etc.. Elle utilise aussi l'outil ELADEB, un bilan suisse qui catégorise les besoins de la personne. Elle ajoute que c'est difficile pour un psychotique d'exprimer ses besoins et que ces outils permettent de l'aider.</p> |
| Réduire la stigmatisation en tant qu'ergothérapeute | <p>Venir en atelier permet de ritualiser et dynamiser leur routine de vie et ainsi les valoriser quant à leur capacité d'effectuer des tâches. Les programmes d'ETP aident aussi à réduire la stigmatisation.</p> <p>L'ergothérapeute joue un rôle selon elle déstigmatisant dans ses propositions d'accompagnements sur des structures extérieures, que ce soit pour des activités ou des emplois, afin d'une part rassurer les usagers et leur montrer qu'ils sont capables et d'autre part de discuter, déconstruire les préjugés des partenaires des structures.</p> <p>Du côté de l'entourage c'est la communication qui prime, quand c'est possible.</p> |
| Rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation | <p>L'ergothérapeute a un super rôle à jouer mais reste difficile pour le moment car le système de la santé mentale est en plein changement.</p> <p>La discussion avec les partenaires est primordiale pour leur expliquer le type de personnes à qui ils vont avoir à faire et la pathologie en question afin de déconstruire leurs à priori. Cela vient aider et supporter les patients qui</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>craignent d'aller vers l'extérieur et se confronter aux personnes, qui risquent de ne pas les comprendre et les stigmatiser.</p> <p>Le dernier point important du rôle de l'ergothérapeute et de tous soignants en général sur lequel l'E3 insiste, c'est la coordination entre les acteurs pour promouvoir la volition. Il faut que le patient ait envie de venir.</p> |
|--|--|

d) Entretien 4

L'E4 est diplômée depuis 2007, elle a travaillé 10 ans en psychiatrie à HIA Legouest en service libre de jour, avec des personnes ayant des pathologies addictives et des troubles dépressifs majeurs. Puis elle a intégré un Centre de Réhabilitation de Jour pour Adulte (CRJA) en 2020, qui a pour vocation de s'occuper de personnes rentrant dans la psychose.

| Sous thème | Ergothérapeute 4 |
|--|--|
| Estimation du niveau de connaissance de la schizophrénie | <p>L'estimation de connaissance est différente suivant les personnes d'après l'E4. Si la personne atteinte de schizophrénie a déjà eu un certain parcours, elle peut avoir des connaissances raisonnables mais elles auront autour de 40 ans. En revanche chez les jeunes, si c'est leur premier épisode, ils n'ont aucune connaissances.</p> <p>Il n'y a pas de contacts avec l'entourage au sein même du CRJA .</p> |
| Moyens d'informations | <p>D'après l'expérience de l'E4, les deux tiers des personnes atteintes de schizophrénie se renseignent sur google mais ne vérifient que très peu les informations qu'elles trouvent. Sinon, c'est beaucoup de préjugés en lien avec la représentation de la maladie dans les médias. Mais globalement il n'y a pas beaucoup de personne qui se renseignent.</p> <p>Le psychiatre informe du diagnostic et un peu au niveau des symptômes, mais les personnes en crise ont du mal à retenir autant d'informations ; il n'y a pas assez de répétition pour que ce soit bien intégré.</p> <p>Pour l'entourage il n'y a pas de démarche de recherche du fait de l'état de choc quant à l'annonce du diagnostic.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Représentation renvoyée de la schizophrénie par les médias</p> | <p>D'un point du vue général, les médias font preuve de sensationnalisme, de parodies et de raccourcis, par exemple celui d'un adolescent qui poignarde sa professeure de lycée ; L'image donnée est orientée et très loin de la réalité.</p> <p>Chez les personnes atteintes de schizophrénie, elles développent une peur d'elles-mêmes car le seul modèle qu'elle peuvent avoir, c'est la représentation dans les médias de personnes violentes qui tue des gens. Cela vient rajouter une charge anxieuse à la maladie.</p> <p>Pour ce que l'E4 a pu observer dans ses différents échanges avec l'entourage, il adhère pour la majorité à ce qu'il voit dans les médias. Ceux qui n'y adhèrent pas sont les proches qui vont chercher des informations ou qui s'inscrivent dans des programmes tel que ProFamille.</p> |
| <p>Média ressource</p> | <p>L'E4 communique à ses usagers les médias dont elle a connaissance, comme des chaînes youtube ou des site internet à visé de déstigmatisation. Elle reprecise que la recherche d'informations passe principalement par internet, et que les personnes ne vérifient pas les informations acquises.</p> <p>Plus particulièrement dans le quotidien il y a aussi des groupes associatifs par exemple à Metz, il y a les entendeurs de voix qui font des échanges, des discussions avec les acteurs en expliquant certaines connaissances théoriques vis-à-vis de la maladie. Elle note aussi la présence d'un journal de déstigmatisation, ESPOIR, qui sort de la sphère de la psychiatrie et qui est à destination du grand public.</p> |
| <p>Prise en soin globale de l'ergothérapeute</p> | <p>Dans sa prise en soin initiale, l'E4 commence par évaluer les difficultés et les situations de handicap des personnes puis, elle établit des objectifs avec un point d'honneur à essayer de recreuser les rôles sociaux au-delà de la schizophrénie, car ils se définissent comme schizophrène. Cette phase est difficile car ces personnes ressentent de la peur et du stress à l'idée de sortir de leur zone de confort et hésitent à tenter de nouvelles expériences.</p> |
| | <p>Personnellement l'E4 fait attention au cadre, à la manière de mener les séances, à sa relation humaine avec les usagers, en essayant de rester la plus</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Réduire la stigmatisation en tant qu'ergothérapeute</p> | <p>transparente possible. Elle évite de les mettre régulièrement en échec, et les valorise un maximum. Elle est dans l'idée de pouvoir inverser les rôles, c'est-à-dire, que c'est l'utilisateur qui sait, car c'est lui qui a la maladie au quotidien, et c'est le soignant qui s'informe.</p> <p>Selon elle, les séances de psychoéducation sont bénéfiques et visent à réduire l'auto-stigmatisation. La remédiation cognitive prend une place importante et permet à ces personnes de mieux comprendre leur fonctionnement.</p> <p>Le programme de métacognition en place possède une séance spécifique sur la stigmatisation destinée aux personnes atteintes de schizophrénie et à leurs proches, afin de leur faire prendre conscience des troubles en santé mentale.</p> <p>Elle a connaissance d'un autre programme, le programme MAC mais le connaît peu.</p> <p>Par le témoignage de familles, il y en a, qui ont essayé ProFamille et qui l'ont abandonné, car le programme est trop long. Les familles viennent avec une problématique immédiate mais la réponse à cette problématique n'est donnée qu'au bout 1ans du programme. Donc, les familles ne prennent pas le temps d'aller jusque-là et abandonnent vite.</p> |
| <p>Rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation</p> | <p>L'E4 considère que le vouvoiement dans la prise en soin de ces personnes est un frein. Elle retient que le point le plus important, à son sens, c'est de remettre le point de vue de l'ergothérapeute, celui du patient centré, auprès de l'équipe car le début de la stigmatisation commence avec les soignants qui sont eux-mêmes stigmatisant. De plus, elle trouve qu'il y a un véritable intérêt à ce que la prise en soin soit plus « libre », avec des accompagnements vers des occupations significatives socialement, comme aller voir des partenaires, pour que les projets offrent plus de possibilité qu'un accompagnement en ESAT ou une institutionnalisation. Elle remarque une difficulté en tant qu'ergothérapeute, qui concerne une question que lui pose les usagers qui sont plus ou moins rétablis : comment peuvent-ils faire pour déstigmatiser leur pathologie sans se stigmatiser eux-mêmes ? Elle affirme par la suite que pour</p> |

| | |
|--|---|
| | eux il y aura forcément un moment où ils seront obligés de s'auto-stigmatiser en disant qu'ils ont une schizophrénie, pour pouvoir déstigmatiser. |
|--|---|

e) Entretien 5

L'E5 est diplômé depuis 2020 et travaille sur le CPN depuis juillet 2020. Il est actuellement sur 2 équipes ; La première, une Equipe de Réhabilitation Ambulatoire (ERA) qui intervient en soin intensif au domicile souvent chez des personnes atteintes de schizophrénie à objectif de rétablissement fonctionnel. Et la seconde, l'Accueil Familiale Thérapeutique (AFT) qui reçoit des personnes adultes en hospitalisation et qui a pour but de retravailler sur leur quotidien et retrouver un rythme de vie en dehors de l'hospitalisation.

| Sous thème | Ergothérapeute 5 |
|--|--|
| Estimation du niveau de connaissance de la schizophrénie | L'E5 précise qu'il reçoit des personnes avec un insight relativement correct, c'est à dire une connaissance de la maladie à minima de leur symptômes, ce qui les déclenches, les avantages des traitements etc .. Au niveau de l'entourage, il observe 2 types de familles ; soit celles qui sont trop aidantes au point où c'est étouffant pour leur proche atteint de schizophrénie ; soit délétères où la compréhension de la maladie est limitée, et contribue à la stigmatisation que son proche est un fou dangereux. Dans les deux cas, cela nuit au développement et à l'autonomisation. |

| | |
|--|---|
| Moyens d'informations | <p>L'E5 explique que les personnes atteintes de schizophrénie retrouvent surtout les informations médicales auprès des professionnels rencontrés dans les unités d'hospitalisation. Il favorise les rencontres entre les usagers pour qu'ils échangent et s'informent entre eux. L'information passe aussi par le biais de l'ETP qui est propre au CPN. Pour l'entourage, il peut s'informer sur l'UNAFAM (Union National des Familles et des Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychique) où des associations d'aidants ou/et de proches se rencontrent pour prendre un café afin de discuter et d'échanger des informations. Il propose aux familles le programme ProFamille qui est intensif et intéressant pour comprendre comment leur proche atteint de schizophrénie interagit avec son environnement.</p> |
| Représentation renvoyée de la schizophrénie par les médias | <p>Selon lui, la représentation de la maladie dans les médias est extrêmement stéréotypée, ce qui entraîne une incompréhension de la pathologie psychiatrique dans la population générale, comme quoi un fou est un fou. L'image renvoyée est celle de personnes dangereuses, menaçantes et déconnectées de la réalité. Il remarque que le parcours de soin d'une personne atteinte de schizophrénie est très représentatif de l'image des médias de l'hôpital psychiatrique, comparé à des prisons mise à l'écart de la population. Bien que, culturellement cette image ne soit pas fautive non plus, si nous nous référons au mythe pinéen. Il ajoute que c'est aussi la politique de santé public en France qui veut que l'on écarte les personnes considérées comme « hors norme » afin de protéger la société. Les médias jouent sur la stigmatisation car ils cherchent « l'info qui buzz » avec la « personne schizophrène » qui tue quelqu'un, alors que ce sont des personnes plus auto-agressive qu'hétéro-agressive.</p> <p>D'après l'E5, les personnes atteintes de schizophrénie possédant un bon insight, avec qui il travaille, parviennent à faire la part des choses et à juger si c'est faux ou non. Celles moins bien informées ont, en revanche, plus de difficulté à faire la part des choses. Dans les deux cas, une auto-stigmatisation en découle. L'entourage transpose, la plupart du temps, ce qu'il voit dans les médias à la réalité.</p> |
| | <p>L'E5 partage les connaissances de plusieurs sites internet ressource, tel que Psycom, déjà présenté, ou SchizInfo, un site créé et géré par des personnes</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Média ressource</p> | <p>atteintes de schizophrénies où l'on retrouve des témoignages et des informations concernant la maladie. Il précise que les réseaux sociaux sont à double tranchant, mais certaines personnes sont pertinentes à suivre comme RaptorNeuropsych ou Dr David MASSON qui tweet des informations qui reprennent des faits d'actualités pour les déconstruire ou apporter des nuances.</p> |
| <p>Prise en soin globale de l'ergothérapeute</p> | <p>L'E5 est amené à aller au domicile des personnes et donc à rentrer dans leur cercle intime. Il prend le temps de discuter et à aller plus loin que le dossier, qu'il ne lit pas systématiquement, car il peut fausser son regard. Il n'aborde pas la schizophrénie comme une maladie mais comme des répercussions fonctionnelles sur le quotidien. Il commence souvent par une MCRO, qui lui donne une base de travail. Cet outil est intéressant, car il lui permet de faire prendre conscience aux usagers qu'il suit, de l'évolution entre la situation de départ et les résultats.</p> |
| <p>Moyen en place pour réduire la stigmatisation en tant qu'ergothérapeute</p> | <p>L'E5 insiste sur le travail des habilités sociales, qui permet de travailler la motivation et la déconstruction que ces personnes se font d'eux même et de leurs capacités. Il est amené à réaliser des groupes de déstigmatisation par des jeux mais aussi des activités, avec des groupes autour de l'emploi en collaboration avec des partenaires extérieurs. A son sens, il faut montrer une autre possibilité avec l'évolution et faire comprendre à ces personnes que la maladie ne représente qu'un pétale parmi tant d'autres. L'ETP et la promotion de la santé plus propre au CPN servent aussi à réduire la stigmatisation. Cependant, il note que la prévention au sein de la famille est difficile à mettre en place car les personnes accompagnées sont majeures et ils font leurs propres choix. S'ils ne veulent pas, il n'y a pas de rencontres avec l'entourage.</p> |
| <p>Rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation</p> | <p>L'E5 exprime que le rôle de l'ergothérapeute fait sens autant dans la prévention primaire, que secondaire. Il a une importance essentielle dans la déstigmatisation, mais à son échelle, dans son champ de compétence, et pas plus que celui des autres professionnels. Il estime qu'il y a un travail énorme à faire autour de la déstigmatisation des troubles psychiatriques. Le simple fait de montrer le travail fait avec eux est déjà un premier pas vers la déstigmatisation. Il explique que plus les gens seront informés, plus la stigmatisation sera diminuée.</p> |

| | |
|--|--|
| | Il ajoute que la déstigmatisation concerne les personnes accompagnées sur l'auto-stigmatisation, mais concerne principalement les personnes et les partenaires autour sur la stigmatisation sociale. Elle se fait donc d'une part auprès des usagers mais aussi auprès des partenaires, des voisins, des familles. |
|--|--|

2) Analyse transversale

L'analyse transversale permet cette fois-ci, de comparer et croiser les données mises en évidence dans l'analyse longitudinale entre les ergothérapeutes, en faisant ressortir les points principaux évoqués ainsi que les spécificités de chacun. Les informations clés de chaque entretien ont été rassemblées dans un tableau sur les différentes thématiques abordées.

a) Estimation du niveau de connaissance de la schizophrénie

Pour commencer, les ergothérapeutes interrogés sont tous d'accord sur le fait que les personnes entrant dans la maladie auront toutes un insight (une connaissance de la maladie), très faible, voire qu'ils n'acceptent pas et réfutent le diagnostic de schizophrénie. Contrairement à ceux plus avancés dans la maladie, qui en auront une meilleure connaissance, car ils vivent avec depuis 5, 10 ans. Ceux-ci vont accepter le diagnostic et avoir un meilleur insight avec une connaissance des symptômes, de ce qui peut les déclencher, et les avantages des traitements. L'E2 précise que les trois quarts de ces personnes vont être au courant de leur schizophrénie.

Pour estimer leur niveau de connaissances, ils se basent tous sur les activités de la vie quotidienne avec les habilités sociales ou par le biais de « jeux » avec des questions autour de la maladie et de la cognition.

En revanche au niveau de l'entourage, les ergothérapeutes nous informent qu'ils le rencontrent peu, ou ne travaillent pas avec. Ils estiment les connaissances par les témoignages des personnes qu'ils accompagnent. L'E5 identifie 2 types d'entourages ;

-Celui avec une bonne connaissance de la maladie et qui sera souvent trop aidant au point où c'est tellement étouffant pour leur proche qu'il n'arrivera pas à s'autonomiser.

-Et celui qui est délétère avec une connaissance de la maladie limitée, qui va dévaloriser et participer à la stigmatisation de leur proche.

b) Moyen d'informations

Les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que la plupart des personnes atteintes de schizophrénie ne s'informent pas. L'E1 nous fait parvenir que c'est par peur de rechercher des informations, car ils ont été choqués par l'annonce du diagnostic. L'E4 précise que 2 tiers de ceux qui s'informent par internet ne vérifient pas les informations trouvées. Les moyens d'informations pour ces personnes se situent surtout avec les différents professionnels de santé rencontrés au cours du parcours du soin, notamment avec l'annonce diagnostic du médecin et les informations données par les neuropsychologues. L'E2 et l'E5 sont d'accord sur ce point, ces personnes s'informent aussi entre elles ; soit par le biais de discussion dans les groupes communs ; soit par la paire-aidance. L'E3 ajoute aussi, avec l'E2 et l'E5, que les programmes d'ETP sont des bons moyens d'informations. L'E1 et l'E4 se rejoignent dans leurs idées que les informations passent beaucoup par les médias et qu'elles sont souvent erronées.

Pour l'entourage, l'E1 et l'E4 partagent la même vision ; l'entourage est informé du diagnostic par le médecin, mais cette annonce est choquante pour la plupart des entourages car ils ont la représentation des médias ancrées en eux. Seule une minorité, avec un besoin de comprendre, ira chercher plus d'informations. Ces informations peuvent être trouvées selon l'E2, l'E3 et l'E5 par l'inscription dans des programmes tels que ProFamille ou l'ETP. L'E5 renseigne une autre ressource l'UNAFAM et nous en précise deux autres, Espoir 54 et le PsyTrialogue.

c) Représentation renvoyée de la schizophrénie par les médias et ressources

Dans un premier temps, tous les ergothérapeutes répondent à cette question en disant que l'image renvoyée de la schizophrénie par les médias au grand public est globalement très mauvaise. C'est souvent l'image d'un « schizophrène tueur, instable psychologiquement » qui est mis en lumière. Sauf que, ces personnes sont plus souvent auto-agressives qu'hétéro-agressives d'après eux. L'E2 précise que sur un plan de pourcentage, « il y a moins de personnes atteintes de schizophrénies qui ont commis un meurtre que de gens normaux, sans pathologie particulière ». Leurs propos sont nuancés mais se rejoignent tous ; ils décrivent que les informations délivrées par

les médias sont finalement perçues comme sensationnelles, orientées et partielles, leurs buts étant de faire le buzz afin de vendre le plus possible. L'E5 explique, en plus, que l'image renvoyée est extrêmement stéréotypée mais pas non plus totalement fausse. En effet, d'après lui, le parcours de soin actuel est très représentatif de ce que nous trouvons dans les médias. Par exemple, celui des hôpitaux psychiatriques comparé à des prisons, faisant référence à l'histoire et précisément au mythe pinéen où ces hôpitaux enfermant des personnes atteintes de pathologie mentale sont mis à l'écart de la société pour la protéger.

Au niveau, de la représentation des personnes atteintes de schizophrénie, l'E1 et l'E5 renseigne que les croyances, l'image autour des pathologies mentales et notamment sur la schizophrénie, sont forgées dès l'enfance, d'une part par l'histoire et d'autre part l'image tranchée et négative des médias. De ce fait, dès l'annonce du diagnostic, les personnes atteintes de schizophrénie transposent ce qu'ils ont pu voir dans les médias ce qui engendrent une crainte d'eux-mêmes, et par conséquent une auto-stigmatisation. L'E5, l'E2 et l'E1 précise que suivant l'insight de ces personnes, ils vont plus ou moins adhérer à ce qu'ils voient dans les médias ; c'est-à-dire qu'une personne avec un bon insight ne va pas du tout transposer et même être écœurée par ce qui y est représenté ; tandis que ceux avec une connaissance moins poussée de leur maladie vont s'y identifier. L'E1 et l'E4 rajoute qu'il n'y a, en fait, aucun modèle de réussite de personne atteintes de schizophrénie dans les médias et que c'est toujours le tueur fou qui est représenté.

L'E1 et l'E4, identifient 2 types d'entourage ; celui qui ne s'informe pas et transpose dans la réalité, la représentation des médias. Et celui qui s'informe, qui cherche à s'instruire sur la pathologie, qui n'adhère pas à l'image des médias. L'E3 et l'E5 font face à des entourages qui transposent entièrement et l'E2 ne connaît pas les réactions de ceux-ci, mais a déjà eu à faire à des familles peu tolérantes qui font les « autruches » car ils ont peur de ce qu'ils pourraient voir en s'informant et en déconstruisant l'adhérence de l'image renvoyée par les médias.

Dans un second temps, nous pouvons remarquer que ces ergothérapeutes expliquent, à leur façon, la vision péjorative des médias, mais ne mentionnent pas spontanément les médias ressources que nous pouvons trouver. En leur posant la question, ils ont quand même connaissances de certaines ressources comme les sites internet tel que Psychom évoqué par tous ou schizinfo exprimé par l'E2 et l'E5. L'E1

renseigne des ressources comme StuckmyBrain ou des idées qu'elle a mis en place comme un groupe What's App, où les personnes qu'elle accompagne, peuvent échanger sur divers sujets. L'E5 est le seul à mentionner la télévision, les journaux ressources mais explique qu'ils sont malheureusement plus tournés vers les professionnels avec un accès restreint. L'E5 parle aussi des réseaux sociaux, notamment aux tweets Dr Masson, prenant des informations actuelles et les déconstruits en mettant l'accent sur le vrai du faux. Mais globalement ces réseaux font autant de bien que de mal car les sources ne sont pas vérifiées.

d) Prise en soin globale et moyen de déstigmatisation de l'ergothérapeute

Dans leurs prises en soin globale, les ergothérapeutes, commencent toujours par se présenter et demander à la personne qui elle est, afin de prendre le temps de créer une alliance. Certains, comme l'E1, regardent toujours le dossier pour garder les informations dans un coin de leur tête, et d'autres, comme l'E5, ne le regardent pas forcément pour ne pas être biaisés lors de la première rencontre. Ils commencent, tous, par faire connaissance avec la personne et font attention de ne pas parler des symptômes ou de la maladie, afin de ne pas la définir comme « schizophrène » mais simplement comme une personnes « normale ». Ensuite, certains se basent sur des bilans, tel que l'E3 avec l'ELADEB, et l'E5 avec la MCRO, afin d'obtenir une indication sur l'évolution des objectifs dans le temps, visant à valoriser les personnes. L'E5 insiste sur le fait que l'autonomie et le comportement évoluent suivant l'environnement où nous nous trouvons.

Les moyens mis en œuvre par ces ergothérapeutes pour déstigmatiser cette maladie sont multiples et variés ;

Ils font ressortir une première base de psychoéducation ou d'ETP afin de déconstruire l'image négative que ces personnes se font d'eux-mêmes. Ils ne le disent pas tous de la même façon, mais ils montrent tous une certaine transparence pour promouvoir une relation humaine, une alliance avec eux. L'E2 et l'E4 expliquent l'importance d'inverser les rôles dans la relation, que le patient soit le sachant car c'est lui qui est au courant de ses diverses situations problématiques et que le soignant soit celui qui écoute. En somme, que le soignant ne soit plus le sachant tout puissant que l'on doit écouter coûte que coûte. L'E1 rejoint cette idée mais ne le dit qu'implicitement. L'avant dernier point qui ressort pour l'E1, l'E3 et l'E4 est qu'ils se trouvent régulièrement dans l'obligation de communiquer des informations à leurs collègues,

leurs équipes, car ils stigmatisent sans s'en rendre compte. Enfin, le dernier point évoqué par tous les ergothérapeutes interrogés, c'est que la réduction de la stigmatisation se fait avant tout au niveau des habilités sociales, et que l'ergothérapeute ou les autres professionnels se doivent d'accompagner les personnes atteintes de schizophrénie jusqu'au bout de leurs projets et de rencontrer les différents acteurs et partenaires.

L'entourage, en revanche, est malheureusement peu inclus, et peu de moyens sont mis en place afin de réduire la stigmatisation car les rencontrer est plus difficile et les convaincre encore plus. De ce qu'ils en savent, ils proposent des programmes comme ProFamilles, ou d'aller voir des associations qui font des groupes d'informations sur la maladie et l'impact de celle-ci sur le quotidien, comme café-famille donné par l'E1.

e) Déstigmatisation en tant qu'ergothérapeute

Cette question, légèrement à part, interroge finalement les professionnels sur ce qu'ils pensent du rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation de cette maladie. Pour tous, le rôle de l'ergothérapeute est essentiel et très important à son échelle mais pas plus que les autres acteurs. Il y a, pour commencer, selon eux, un travail immense sur la déconstruction de l'image que les personnes atteintes de schizophrénie se font d'eux et sur leur accompagnement au niveau des habilités sociales permettant leur inclusion dans la société et une valorisation significative. L'E2 précise que « plus on ira dans la ville, plus on arrivera à déstigmatiser ». L'E1 et l'E4 trouvent, que le vouvoiement est un frein dans la prise en soin et participe à une stigmatisation. L'E1 et l'E5 argumente sur le fait que ce n'est pas nécessaire de faire de grandes conférences mais qu'il faut déjà se concentrer sur les projets individuels des personnes et sur les différentes interactions sociales pour faire un premier pas vers la déstigmatisation.

Enfin, la pensée générale commune, c'est que la déstigmatisation de l'ergothérapeute passe d'abord par une ré-information de ses collègues de travail et des équipes soignantes. De plus, ils mettent un point d'honneur sur les rencontres avec les acteurs, les partenaires, ainsi que l'accompagnement des personnes atteintes de schizophrénie dans leurs projets, car c'est en allant jusqu'au bout de

l'accompagnement que nous pourrions agir dans un premier temps sur l'auto-stigmatisation des usagers mais aussi sur la stigmatisation sociale des partenaires et des différents acteurs du projet. Le rôle de l'ergothérapeute est donc, d'après l'E5, autant inscrit dans la prévention primaire en collaborant avec les partenaires et les équipes pour expliquer, rétablir des informations proches de la réalité dans l'esprit de chacun par rapport à ce que nous pouvons observer dans les médias, mais aussi dans la prévention secondaire, cette fois-ci, en accompagnant, en étant le plus transparent possible, et en valorisant ces personnes par le biais d'activités autour des habilités sociales ou de remédiation cognitive.

3) Vérification de l'hypothèse

Les résultats obtenus à la suite de ces différents entretiens et des recherches théoriques nous ont donné des éléments de réponse à la question de recherche posée précédemment : « **Comment l'ergothérapeute intervient-il dans le processus de déstigmatisation de la schizophrénie chez les personnes atteintes de cette maladie et leurs entourages ?** » Les entretiens effectués avec les ergothérapeutes travaillant en santé mentale nous ont permis d'identifier les différents moyens possibles pour réduire la stigmatisation de cette population.

Les entretiens ont été guidés par l'hypothèse suivante : « **En raison de sa vision holistique et de son champ de compétence, l'ergothérapeute joue un rôle dans la déstigmatisation de la schizophrénie chez les personnes atteintes de cette maladie et leur entourage.** »

L'analyse de ces entretiens met en lumière que l'ergothérapeute est amené par ses compétences, à jouer un rôle dans la déstigmatisation de la schizophrénie chez ces personnes, mais aussi l'entourage, ainsi qu'une partie du grand public.

En effet, il a dans un premier temps, un rôle à jouer dans l'auto-stigmatisation car il est dans la capacité, d'accompagner et de déconstruire l'image que ces personnes se sont forgées d'elles depuis leur enfance, par le biais de psychoéducation, d'ETP, de remédiation cognitive ou d'habilités sociales. Toujours sur le versant de l'auto-stigmatisation, l'ergothérapeute peut influencer sur la motivation, la volition des personnes présentant une schizophrénie, en dynamisant leur quotidien par

le travail des habilités sociales qui rentre parfaitement dans les compétences de celui-ci.

Dans un second temps, l'ergothérapeute aurait un rôle à jouer au niveau de l'entourage ; bien qu'à l'heure actuelle il n'a pas beaucoup accès à famille car les personnes ayant une schizophrénie sont majeurs pour la plupart et décide pour eux-mêmes, donc si elles ne veulent pas inclure leur entourage, c'est leur choix. Il reste possible de relayer des informations ou leurs proposer d'intégrer des collectifs.

Dans un troisième et dernier temps, l'ergothérapeute joue un rôle très important dans la stigmatisation sociale ; en effet, il est amené à accompagner les personnes atteintes de schizophrénie dans leurs différents projets de vie à l'extérieur, donc à rencontrer les acteurs, les partenaires, afin de déconstruire leurs représentations de la schizophrénie que ces partenaires se font dans le but d'inclure et déstigmatiser ces personnes. De plus, il y a un versant au niveau professionnel, où l'ergothérapeute se retrouve à mener des collectifs d'informations auprès des professionnels car ils participent à la stigmatisation sociale.

Enfin, l'hôpital psychiatrique tel que nous le connaissons actuellement, est en pleine transition. Nous passons d'une prise en charge institutionnelle, à une prise en soin autour des réhabilitations psychosociales et des interactions sociales, par conséquent l'inclusion des personnes atteintes de schizophrénies et non plus l'exclusion.

En prenant en considération les informations collectées lors de cette recherche, il est possible de confirmer notre hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute travaillant en santé mentale, par ses compétences, joue un rôle dans la déstigmatisation de la schizophrénie auprès de ces personnes et de leur entourage.

V) Discussion

A) Limite de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qui nécessitent une nuance de l'ensemble des résultats. La méthode utilisée pour la conduite des entretiens semi-directifs est critiquée pour son exigence d'une aisance relationnelle permettant de mener un échange fluide et complet. Il est important d'être capable de rebondir efficacement, mais l'anticipation des relances présente des limites car certains questionnements ou points à approfondir peuvent émerger postérieurement. Les questions ouvertes et relativement générales ont été privilégiées, mais cela a parfois perturbé les personnes interrogées qui ne savaient pas comment orienter leur réponse ou a ouvert la possibilité à d'autre, de développer des points s'éloignant de la thématique de l'étude. Pour remédier à cela, il serait judicieux de réfléchir à des questions plus précises mais toujours ouvertes.

De plus, l'objectivité souvent non dominante dans une recherche qualitative doit également être considérée en prenant en compte l'expérience et les connaissances personnelles de chaque personne interrogée. Les ergothérapeutes travaillent tous au sein d'une équipe pluridisciplinaire, et la collaboration joue un rôle important dans cette étude. Il est important de nuancer les résultats obtenus à cet égard, car en pratique, les relations entre les professionnels ne sont pas toujours aussi claires qu'en théorie. Par conséquent, elles peuvent être facilitatrices ou conflictuelles, ce qui a un impact sur leur collaboration.

Nous pouvons ajouter que la taille de notre échantillon ne permet pas d'avoir des données généralisées sur l'activité des ergothérapeutes. Bien qu'un entretien ait été réalisé avec une ergothérapeute d'outre-mer, ils ont principalement été fait avec des ergothérapeutes intervenant dans la région Grand-Est et plus précisément en Moselle et en Meurthe-et-Moselle. Leur recrutement s'est effectué selon l'orientation de la partie théorique et l'élaboration de la question de recherche. C'est-à-dire que les ergothérapeutes interrogés devaient travailler avec des personnes atteintes de schizophrénie et avoir conscience d'une stigmatisation de cette maladie.

Enfin, la dernière limite de cette étude se base sur le fait que les réhabilitations psychosociales sont encore en plines expansions et tendent à se développer et à se généraliser bien plus qu'à l'heure actuelle. En effet, les modèles actuels et leurs

applications sont pour le moment flous et vagues en France, malgré la pertinence de ces outils dans la prise en soin et dans la déstigmatisation de la schizophrénie selon les ergothérapeutes interrogés.

B) Confrontation des résultats avec le cadre théorique

1) La stigmatisation de la schizophrénie et l'impact médiatique en France

Comme nous l'avons observé dans la partie théorique, la stigmatisation, des personnes atteintes de troubles mentaux et désignées comme « fou », est ancrée dans l'histoire depuis quelques siècles. Il y a ensuite eu un amalgame au siècle dernier entre les pathologies psychiatriques et la schizophrénie, terme créé par Eugène Bleuer, un aliéniste du XIX^{ème} siècle, qui a contribué à une centralisation de la stigmatisation sur ce terme. Les personnes atteintes de schizophrénie souvent représentées comme des tueurs violents fous dangereux dans les médias, promeuvent autant l'auto-stigmatisation que la stigmatisation sociale de ces personnes. De plus, la mise en scène de cette pathologie dans les médias, associée à l'augmentation de leurs accessibilités au cours du milieu du XX^{ème} siècle, ont fortement influés sur les informations, régulièrement péjoratives et dévalorisantes, divulguées au grand public. Les témoignages des ergothérapeutes interrogés dans la partie exploratoire confirment ces faits et observent en temps réel, par l'intermédiaire de leur pratique basé autour des réhabilitations psychosociales, l'impact médiatique sur les personnes présentant une schizophrénie et leur entourage, qu'ils accompagnent. Ils parviennent à évaluer, plus ou moins, le niveau de connaissance de ces personnes vis-à-vis de la pathologie et constatent qu'il y a souvent une transposition de la maladie, aussi bien chez ces personnes que leur entourage, par rapport à ce que nous pouvons regarder dans les médias. Ainsi, ce phénomène peut expliquer une autre part de l'auto-stigmatisation car avant et même après avoir développée une schizophrénie ces personnes ont pris les informations des médias et ont enrichies leur croyance autour de la maladie. Il explique aussi une part de la stigmatisation sociale où c'est encore plus explicite.

Bien que l'image véhiculée par les médias soit majoritairement négative et spectaculaire, telle que la définissent les ergothérapeutes de notre partie exploratoire et notre cadre théorique, il y a aussi une part de positif, car certains médias peuvent

être définis comme ressources. Nous entendons par médias ressources tous médias délivrant des informations « véridiques » sur la maladie. Dans la partie théorique nous identifions le cinéma comme ressource. Or, nos analyses nous ont apporté des réponses supplémentaires sur ce sujet ; pour la plupart des ergothérapeutes interrogés, ils citent différentes ressources, comme des sites internet tel que PsyCom et SchizInfo, et d'autres, plus précisément des réseaux sociaux et des vidéos trouvées sur tweeter ou youtube. En revanche, ils expliquent qu'il y a tout de même un manque cruel de ces médias traduisant la peur, que les personnes atteintes de schizophrénie et leur entourage, ont de s'informer sur la maladie.

2) La prévention de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation de la schizophrénie

Le concept de prévention associé aux réhabilitations psychosociales, dont l'acteur principal identifié est l'ergothérapeute grâce à ses compétences et sa vision holistique, a été développé dans notre cadre théorique. Dans cette partie théorique, l'ergothérapeute est donc au centre des réhabilitations psychosociales et s'en sert comme moyens de prévention de la schizophrénie. Le rôle préventif de l'ergothérapeute s'inscrit, par conséquent, plus dans la prévention secondaire et tertiaire, agissant sur l'auto-stigmatisation, que primaire, influant sur la stigmatisation sociale. Nous avons pu remarquer que les ergothérapeutes interrogés mettent l'accent sur la stigmatisation sociale, donc la prévention primaire. Ils expliquent, que cette prévention est mise en place, en accompagnant les usagers jusqu'au bout de leur projet professionnel et social, en rencontrant les divers partenaires intervenant dans le projet de vie. Bien sûr, ils ne négligent pas l'auto-stigmatisation et essaient de la réduire par le biais de travail sur la remédiation cognitive, les thérapies cognitivo-comportementales, l'entraînement des habilités sociales, la psychoéducation mais aussi par leur posture et leur transparence.

Ainsi, les ergothérapeutes de notre étude identifient un réel intérêt de l'ergothérapie pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie. En effet, ils expliquent que d'une part le changement de fonctionnement des structures, qui passent d'une institutionnalisation à une inclusion dans la société et d'autre part l'avènement des réhabilitations psychosociales contribuent à déstigmatiser cette

maladie auprès des personnes atteintes de celle-ci et leur entourage, mais aussi auprès du grand public. Même si l'action au niveau du grand public est à plus petite échelle, c'est un commencement. En relation avec le cadre théorique et exploratoire, nous pouvons ajouter qu'un premier pas, simple mais essentiel, vers la déstigmatisation est celui de la formation des professionnels, afin de déconstruire leurs préjugés et éviter d'être stigmatisant, car la stigmatisation débute par eux. Toutefois, la prévention au niveau de l'entourage est plus difficile à mettre en place car dans un premier temps, ils n'ont pas obligatoirement envie de s'informer sur la maladie malgré l'existence de programme tel que ProFamille, et dans second temps, les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent majeures et décident donc pour elles-mêmes.

C) Préconisation

Quatre préconisations complémentaires sont proposées ici, dans le but d'améliorer la pratique professionnelle de l'ergothérapeute, en lien avec notre problématique de recherche.

1) L'utilisation des réhabilitations psychosociales par l'ergothérapeute

Les réhabilitations psychosociales sont des outils en pleine expansion favorisant le rétablissement et la déstigmatisation des personnes atteintes de maladies psychiques. Cette approche de soin encourage une dynamique positive et personnalisée qui favorise l'engagement, la participation active et l'autonomie de la personne accompagnée. Tel que nous l'avons vu dans notre cadre théorique, l'ergothérapeute fait partie intégrante de ces réhabilitations grâce à ses valeurs et sa vision holistique.

Lors de nos entretiens, nous n'avons pas spécifiquement ciblé des ergothérapeutes travaillant avec les réhabilitations psychosociales, mais nous avons pu remarquer qu'ils les utilisent plus ou moins, dans différents domaines suivant le service dans lequel ils évoluent.

Il est donc essentiel, pour l'ergothérapeute, de promouvoir les réhabilitations psychosociales en service de santé mentale, pour retrouver une action déstigmatisante et de valoriser les personnes accompagnées au maximum. Conformément aux compétences de l'ergothérapeute de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif

au diplôme d'Etat d'ergothérapeute et les unités d'enseignements (Annexe I), il est capable d'utiliser les réhabilitations psychosociales (réhabilitation, 2023) développées dans notre cadre théorique afin de déstigmatiser la maladie ;

| <u>Réhabilitations psychosociales</u> | <u>Compétences de l'ergothérapeute</u> |
|---|---|
| <p>Psychoéducation : Travail sur différentes thématiques : les symptômes, le traitement médicamenteux, le rétablissement. Séance animée par animées par plusieurs thérapeutes.</p> | <p>Compétence 3 : « Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie »,</p> <p>Compétence 5 : « Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique »,</p> <p>Compétence 9 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »</p> <p>Compétence 10 : « Former et informer »</p> |
| <p>Remédiation cognitive : en cas de la présence de troubles cognitifs</p> | <p>Compétence 3 : « Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie »</p> <p>Compétence 9 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »</p> |
| <p>Thérapie cognitivo-comportementale : Travail sur le raisonnement, l'affirmation de soi. Les séances sont</p> | <p>Compétence 3 : « Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie »</p> <p>Compétence 9 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »</p> |

| | |
|--|---|
| individuelles ou groupales. | |
| Entraînement aux habilités sociales : Se base sur des exercices d'interaction avec les autres membres du groupe. | <p>Compétence 3 : « Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie »</p> <p>Compétence 5 : « Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique »</p> <p>Compétence 9 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »</p> <p>Compétence 10 : « Former et informer »</p> |
| Accompagnement vers la construction de projets professionnels et sociaux | <p>Compétence 3 : « Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie »</p> <p>Compétence 9 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »</p> <p>Compétence 10 : « Former et informer »</p> |

De plus, les **compétences 1** « Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique », **2** « Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement » et **6** « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie » contribuent à utiliser de façon adéquate les réhabilitations psychosociales dans un accompagnement optimal ainsi que la réduction de l'auto-stigmatisation et de la stigmatisation sociale.

Par conséquent, l'utilisation de ces outils tendent vers le bon rétablissement des personnes atteintes de maladies mentales, plus précisément de schizophrénie dans notre cas, et en supplément vers la réduction de la stigmatisation en générale.

D'après notre analyse transversale, nous pouvons ajouter que, dans le but de déstigmatiser, les ergothérapeutes devraient se centrer vers la psychoéducation, une prévention secondaire, et l'accompagnement des personnes dans leurs projets professionnels et sociaux, une prévention plus primaire, afin de lutter respectivement contre l'auto-stigmatisation et la stigmatisation sociale. Sans pour autant négliger les autres réhabilitations, qui s'inscrivent plus dans la prévention secondaire et tertiaire pour réduire l'auto-stigmatisation.

Pour finir, durant sa formation initiale, l'ergothérapeute acquiert des connaissances en réhabilitation psychosociale, cependant, elles ne sont pas suffisamment développées. L'ANFE propose en complément une formation « démarche de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale » dont l'objectif est de clarifier le rôle de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale, approfondir ses principes et identifier les divers outils d'évaluation et thérapeutiques utilisables dans le cadre de cette approche.

2) Inclusion de l'entourage & média ressource

Nous avons remarqué dans notre étude que l'inclusion de l'entourage était complexe et dépendait énormément de l'avis des personnes concernées. C'est-à-dire que dans le cas où les personnes accompagnées sont majeures et n'ont pas forcément de lien avec leur entourage, elles peuvent décider de leur inclusion. En revanche pour les personnes entrant dans la maladie, leur entourage est souvent soit trop aidant, soit pas assez, et par conséquent, il peut être délétère pour leur proche présentant une schizophrénie. L'objectif serait d'inclure l'entourage, lorsque c'est possible, par le biais d'ETP, de rencontres avec les professionnels, de partage de médias ressources ou de programmes spécifiques afin de déconstruire les représentations péjoratives liées à la schizophrénie et de comprendre de quoi il en retourne lorsque leur proche a un manque de motivation ou autre.

Concernant les séances de psychoéducation menées par l'ergothérapeute, en collaboration avec les autres professionnelles, il s'agirait d'organiser des séances, où l'entourage peut être inclus, dans le but de leur apporter certaines connaissances théoriques sur la maladie, qui apparaissent comme difficiles d'accès dans les articles scientifiques et dans les médias. Cet apport de connaissances permettra de réduire la

maltraitance de l'entourage, puis, laisser de l'autonomie et de la liberté à leur proche pour s'épanouir, ainsi qu'un meilleur accompagnement de leur part dans les projets de vie professionnels et sociaux.

Au niveau des programmes spécifiques, ProFamille est, régulièrement, mentionné par les ergothérapeutes de notre cadre exploratoire. Mais il existe d'autres moyens que des programmes normés et longs à suivre pour les familles. Ce sont les associations liées ou non aux établissements comme l'UNAFAM, Espoir 54 et le PsyTriologue qui délivrent des informations via des discussions personnalisées ou des évènements à visée d'information sur la maladie et de déstigmatisation de celle-ci.

Le partage de médias ressources devrait être obligatoire, toujours dans le but de déconstruire l'image ancrée dans l'esprit de chacun et afin de rétablir des informations concrètes et pertinentes. Ce fait concerne les ergothérapeutes comme les autres professionnels de santé. En effet, l'entourage ne s'informe pas ou peu de peur de ce qu'il peut trouver. Donc, le partage de ces médias contribuerait à la réduction de l'auto-stigmatisation de leur proche ainsi qu'à la baisse de la stigmatisation sociale émise de leur côté. Nous pouvons retrouver des sites internet évoqués par les ergothérapeutes de notre étude comme SchizInfo, Psycom, ou encore ErgoPsy, des journaux, des vidéos youtube, telles que RaptorNeuropsychy et des réseaux sociaux comme les tweets du Dr Masson cité par l'E5.

Par extension les médias ressources devraient être partagés aux personnes atteintes de schizophrénie, pour qu'elles puissent s'informer elles-mêmes ou en collaboration avec leur entourage ou des professionnels de santé. Ce partage permettrait une réduction de l'auto-stigmatisation, dans leur cas, s'inscrivant dans une prévention secondaire et tertiaire.

3) Informations aux professionnels exerçant en santé mentale avec des personnes atteintes de schizophrénie

Il a été relevé lors des recherches théoriques et exploratoires, que le personnel soignant pouvait être stigmatisant dans leur accompagnement. Il serait, dans ce cas, intéressant de réaliser des réunions d'informations ou des formations spécifiques aux

professionnels commençant à exercer dans le domaine de la santé mentale ou ceux à qui cela pourrait être bénéfique. Ces formations ou réunions d'informations seraient une sorte de remise à niveau sur les pathologies psychiatriques, notamment la schizophrénie, afin d'éviter une première stigmatisation de la part des professionnels étant considérés comme des personnes de confiance. De plus, elles pourraient être réalisées avec un patient expert ou pair-aidant, de la maladie en question, en collaboration avec un ergothérapeute, afin d'obtenir une sensibilisation avec un meilleur impact.

Nous pouvons ajouter que la vision du professionnel sachant peut être considérée comme un frein dans la relation et dans l'accompagnement des projets des personnes. Nous nous expliquons du fait que le patient est plus expert de ses problèmes occupationnels que n'importe quelle autre personne soignante ou non. Ainsi, l'idée serait d'inverser les rôles, et écouter les problèmes occupationnels de ceux-ci, sans les discréditer et en les aidant à trouver des solutions pour résoudre ces problèmes.

4) [Accompagnement de l'ergothérapeute dans les projets des personnes présentant une schizophrénie](#)

Dans notre première partie d'étude, nous avons remarqué que le grand public était touché par l'information médiatique. Dans notre seconde partie, les ergothérapeutes interrogés confirment que les partenaires transposent l'image véhiculée par les médias sur la schizophrénie dans la réalité et expliquent que cette situation a un impact sur l'acceptation de ces personnes au sein de leur insertion professionnelle jusqu'au simple fait de faire partie d'une activité sociale quelconque.

Le point à développer par l'ergothérapeute est d'entreprendre exhaustivement l'accompagnement des personnes ayant une schizophrénie dans leurs projets en allant vers les partenaires et les acteurs internes et externes à la structure. L'objectif est de se confronter à ces partenaires et acteurs, concernés dans le projet des personnes, afin d'une part collaborer et créer une alliance avec eux, et d'autre part leur expliquer et délivrer des informations par rapport à la maladie.

Cette démarche s'inscrit parfaitement dans les réhabilitations psychosociales et l'ergothérapeute y joue un rôle important à travers sa formation initiale et continue. En

effet, sa vision holistique et ses compétences relationnelles, coopératives, et informatives sont requises pour coordonner efficacement ces ressources dans ce type d'accompagnement, afin d'assurer sa coordination et son efficacité.

VI) Conclusion

La stigmatisation de la schizophrénie en France est multifactorielle ; elle découle de l'histoire, passant par la création du terme « schizophrénie » à la fin du XIXème siècle, pour qu'ensuite ce terme commence à s'utiliser et se développer jusqu'au milieu du XXème siècle pour devenir un diagnostic médical, où il représente toutes les maladies mentales dans la mentalité générale, jusqu'à être approprié par différents médias de diverses façons, pour expliquer, de manière spectaculaire afin de faire le buzz, certaines violences, voir meurtres commis, à la population générale. Ainsi, l'information abusive mise en lumière par l'histoire et l'influence médiatique au cours du temps ont ancré les préjugés et les fausses représentations dans la tête de la population, entraînant une stigmatisation de la schizophrénie et par conséquent des personnes atteintes de celle-ci.

Parmi ces médias, certains se sont développés pour devenir « ressource », et lutter contre cette stigmatisation, mais ils sont bien moins connus et méritent d'être promeut. De plus, certaines préventions sont mises en place pour lutter contre celle-ci. Ces préventions peuvent être d'ordre primaire, secondaire ou tertiaire. Elles agiront respectivement sur la stigmatisation sociale pour la première, et l'auto-stigmatisation pour les deux autres.

Ces moyens de prévention font références aux réhabilitations psychosociales pratiquées en partie par l'ergothérapeute, un professionnel de santé, basant sa pratique sur l'occupation humaine. D'après les réhabilitations psychosociales, l'ergothérapeute est une de ses ressources, de plus, ces réhabilitations s'inscrivent parfaitement dans le champ de compétences de celui-ci. De ce fait, l'ergothérapeute peut les utiliser afin de proposer des séances luttant contre l'auto-stigmatisation et la stigmatisation sociale en accompagnant les personnes atteintes de schizophrénie

dans leurs projets sociaux et professionnels. Il y a, cependant, plusieurs points à développer pour réduire la stigmatisation ;

-L'utilisation des réhabilitations sociales par l'ergothérapeute exerçant en santé mentale : En effet, ces réhabilitations ne sont pas acquises pour tous les ergothérapeutes exerçant en santé mentale et ils seraient pertinents qu'ils s'appuient sur ces outils pour un accompagnement optimal et afin de lutter contre la stigmatisation.

-L'inclusion de l'entourage et la promotion des médias ressources : Effectivement, l'entourage est difficile d'accès et donc complexe à inclure. Il y a des moyens pour lui communiquer des informations comme des programmes, des associations ou encore des médias ressources

-L'accompagnement exhaustif des personnes atteintes de schizophrénie dans leurs projets de vie : le fait d'aller rencontrer les partenaires et les autres acteurs internes et externes pour nourrir la déstigmatisation auprès de ces personnes.

-Les informations acquises par les professionnels exerçant en santé mentale : il se trouve que certains professionnels se révèlent être stigmatisant envers les personnes atteintes de schizophrénie. Une remise à niveau des informations concernant la maladie proposée par un ergothérapeute en collaboration avec un patient expert serait envisageable afin de rétablir la place du patient au centre de l'accompagnement

Pour conclure, l'ergothérapeute joue un rôle important dans la déstigmatisation de la schizophrénie, aussi bien au niveau des autres professionnels, qu'au niveau des personnes atteintes de schizophrénie et leur entourage, mais aussi celui des partenaires participant au projet de vie des usagers. Son rôle se positionne autant sur la prévention primaire que secondaire. Tel que l'ont dit les ergothérapeutes interrogés : « le principe n'est pas de faire de grandes conférences sur la stigmatisation, mais d'aller, à notre échelle, voir les partenaires et d'accompagner les personnes dans leurs projets pour agir petit à petit sur cette stigmatisation et changer l'idée des gens ».

Enfin, dans la continuité de cette réflexion, il semblerait qu'une nouvelle ressource soit en train d'apparaître et a été légèrement évoquée dans notre recherche, c'est celle de la paire-aidance ; ce sont des patients rétablis, dit « expert » de leur

maladie, qui interviennent dans les établissements pour accompagner, informer, valoriser et déstigmatiser les personnes atteintes de pathologie mentale. Une étude serait intéressante à réaliser sur l'importance de la collaboration entre l'ergothérapeute et la paire-aidance dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladie mentale.

VII) Bibliographie

Abdel-Baki, A., & Nicole, L. (2001). Schizophrénie et psychothérapies cognitivo-comportementales. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(6), 511-521. <https://doi.org/10.1177/070674370104600605>

admin. (2013, décembre 11). De l'influence médiatique sur la (dé)stigmatisation. *Centre Franco Basaglia*. <https://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emanicipation/de-linfluence-mediatique-sur-la-destigmatisation/>

Amado, I., Alexandre, C., & Prost, Z. (2014). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : Des principes à sa mise en œuvre. *Le Journal des psychologues*, 315(2), 16-22. <https://doi.org/10.3917/jdp.315.0016>

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5® MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX (5e éd.) [Pdf]. Elsevier Masson. <https://psyclinifcs.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

ANFE. (2021). *Ergothérapie et santé mentale*. Ministère de la Santé et de la Prévention. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf

Bossard, C., Launois, M., Schmitt, B., & Wihlidal, M.-C. (2015). « Que devient l'ergothérapie ? » Conversation entre ergos. *VST - Vie sociale et traitements*, 128(4), 60-66. <https://doi.org/10.3917/vst.128.0060>

Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86(5), 391-403. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8605.0391>

Bouchard, L. E., & MacLean, R. (2018). Pour reconnaître la stigmatisation. *Canadian Family Physician*, 64(2), 88-89.

C3RP. (2014a, septembre 18). Cognition sociale et schizophrénie : Impact clinique et fonctionnel des déficits. *C3RP*. <https://c3rp.fr/cognition-sociale-et-schizophrenie/>

C3RP. (2014b, septembre 18). Cognition sociale et schizophrénie : Impact clinique et fonctionnel des déficits. *C3RP*. <https://c3rp.fr/cognition-sociale-et-schizophrenie/>

Canada, S. (2021, juillet 9). *La stigmatisation : Pourquoi les mots comptent* [Éducation et sensibilisation]. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/stigmatisation-pourquoi-les-mots-comptent-fiche-information.html>

Castillo, M.-C., Lannoy, V., Seznec, J.-C., Januel, D., & Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution Psychiatrique*, 73(4), 615-628. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2007.06.006>

Cervello, S., Arfeuillère, S., & Caria, A. (2017). Schizophrénie au cinéma : représentations et actions de déstigmatisation. Résultats d'une enquête nationale auprès des internes en psychiatrie et des psychiatres français. *L'information psychiatrique*, 93(6), 507-516. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1661>

Chapelle, F. (2018). 29. Préventions. In *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail* (p. 223-231). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0223>

Démarche de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale. (s. d.). Consulté 3 mai 2023, à l'adresse <https://www.anfemigal.fr/formation-demarche-de-lergotherapeute-en-rehabilitation-psychosociale>

Éducation thérapeutique du patient et schizophrénies débutantes. (2015). *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 173(1), 92-96. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.003>

Giordana, J.-Y. (2019). 5. La schizophrénie : Une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale. In *Les schizophrénies* (p. 34-38). Lavoisier. <https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-p-34.htm>

Giordana, J.-Y., & Dubois, F. (2016). Chapitre 9—Médiateurs de santé—Pairs et déstigmatisation. In *L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs* (p. 109-123). Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.roela.2016.01.0109>

Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Les Editions de Minuit.

Goyet, V., Duboc, C., Voisinet, G., Dubrulle, A., Boudebibah, D., Augier, F., & Franck, N. (2013). Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 3-19. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.09.012>

Guillemain, H. (2019). Quand la schizophrénie était méridionale. Une étude statistique et cartographique des premiers patients schizophrènes à travers les archives historiques. *L'information psychiatrique*, 95(10), 843-849. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.2040>

Halpern, C. (2013). Histoire de la folie à l'âge classique. In *Pensées rebelles* (p. 41-46). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.colle.2013.02.0041>

Koenig, M., & Castillo, M.-C. (2017). Changer notre regard sur la « schizophrénie » au XXI^e siècle ? Histoire et perspectives cliniques contemporaines. *Perspectives Psy*, 56(2), 123-132. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2017562123>

La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. (2012). *L'Encéphale*, 38(3), 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.06.007>

La prévention : définitions et comparaisons. (s. d.). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

La réhabilitation psychosociale—Introduction et définitions. (2023, mai 3). Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/la-rehabilitation-psychosociale-introduction-et-definitions>

La réhabilitation psychosociale : Espoir d'une vie meilleure—Grieps. (s. d.). Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://www.grieps.fr/actualites-la-rehabilitation-psychosociale-espoir-d-une-vie-meilleure-300>

La remédiation cognitive—Collectif Schizophrénies. (s. d.). Consulté 16 mai 2023, à l'adresse <https://www.collectif-schizophrenies.com/les-prises-en-charges/la-remediation-cognitive>

La stigmatisation et les discriminations—Psycom—Santé Mentale Info. (s. d.). <https://www.psycom.org/>. Consulté 20 décembre 2022, à l'adresse <https://www.psycom.org/comprendre/la-stigmatisation-et-les-discriminations/>

La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : Une revue systématique de la littérature. (2019). *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), 346-363. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.09.002>

Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. (s. d.). Consulté 16 mai 2023, à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/les-principes-de-la-remediation-cognitive-dans-la-schizophrénie/>

Les Thérapies Comportementales et Cognitives. (s. d.). AFTCC. Consulté 16 mai 2023, à l'adresse <https://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>

Les 3 niveaux de prévention selon l’OMS. (s. d.). Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://www.celester.org/guide-methodologique-1/definitions/les-3-niveaux-de-prevention-selon-loms>

[Livre] *La réhabilitation psychosociale, des soins porteurs d’espoir en psychiatrie.* (2023, mai 3). Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/livre-la-rehabilitation-psychosociale-des-soins-porteurs-d-espoir-en>

Llorca, P. P.-M. (2004). *Editeurs scientifiques : Professeur Marion Leboyer, Professeur Paolo-Lucio Morselli.*

L’Obsoco. (2015, décembre). L’image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique. pdf. https://www.fondation-fundamental.org/sites/default/files/synthese_etude_obsoco_traitement_mediatique_schizophrénie.pdf

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (s. d.). vie-publique.fr. Consulté 11 mars 2023, à l'adresse <http://www.vie-publique.fr/loi/20546-loi-hpst-hopital-patients-sante-agences-regionales-de-sante>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009-879 (2009).

Lovell, A. M., Henckes, N., Troisoeufs, A., & Velpry, L. (2011). Sur quelques mauvais jeux de mots : Classifications psychiatriques et stigmatisation. *L’information psychiatrique*, 87(3), 175-183. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8703.0175>

média—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert. (s. d.). Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/media>

Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)—Canadian Occupational Performance Measure (COPM). (s. d.). *Extranet - Institut Nazareth et Louis-Braille*. Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://extranet.inlb.gc.ca/recherche-et-innovation/orvis/mcro-fiche-orvis/>

Olano, M. (2019). *La schizophrénie*. 312(3), 11-11. <https://doi.org/10.3917/sh.312.0011>

Pachoud, B., & Nascimento Stieffatre, M. (2005). Psychopathologie et réinsertion professionnelle. Une clinique pluridimensionnelle requérant des ressources théoriques pluridisciplinaires. *Cliniques méditerranéennes*, 72(2), 147-171. <https://doi.org/10.3917/cm.072.0147>

psycom. (2021). Psychoéducation et éducation thérapeutique du patient en psychiatrie. psycom. <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Psychoeducation-2021.pdf>

Réhabilitation. (2023, mai 9). Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-rehabilitation->

Rey, J.-F., & Delion, P. (2021). Schizophrénie et radicalisation : De quoi parle-t-on ? *VST - Vie sociale et traitements*, 151(3), 77-79. <https://doi.org/10.3917/vst.151.0077>

Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36(3, Supplément 1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70012-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70012-9)

Schizophrénie. (s. d.). Fondation FondaMental. Consulté 21 février 2023, à l'adresse <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/schizophrénie/la-recherche>

Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé. (s. d.). Inserm. Consulté 2 janvier 2023, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>

Schizophrénie et société. (2011). *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(3), 168-170. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.02.004>

Suter, C., Favrod, J., & Pellet, J. (2019). Auto-stigmatisation dans la schizophrénie. Un frein au rétablissement psychologique. *Laennec*, 67(3), 34-43.
<https://doi.org/10.3917/lae.193.0034>

Troubles mentaux. (s. d.). Consulté 16 décembre 2022, à l'adresse
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

TZAMPAZI, E. (s. d.). *RAPPORT sur la santé mentale | A6-0034/2009 | Parlement européen*. Consulté 21 février 2023, à l'adresse
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-6-2009-0034_FR.html

Villani, M., & Kovess-Masféty, V. (2017). Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? *L'Encéphale*, 43(2), 160-169.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.011>

VIII) Annexe

Annexe I : : Extraits de l'arrêté du 5 juillet 2010

Annexe II : Retranscription complète d'un entretien (ergothérapeute 2)

Annexe III : Déclaration sur l'honneur contre le plagiat

Annexe I : Extraits de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapie : référentiel de compétences et référentiel de formation

Extrait de l'annexe II : Référentiel de compétences

Compétence 1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.

Compétence 2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.

Compétence 3. Mettre en oeuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.

Compétence 4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques. En l'absence d'une orientation médicale impliquant un professionnel de l'appareillage.

Compétence 5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.

Compétence 6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.

Compétence 7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.

Compétence 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.

Compétence 9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.

Compétence 10. Former et informer.

COMPETENCE 1

Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.

2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation.

3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations.

4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention.
5. Évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie.
6. Identifier les éléments facilitants ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel.
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé.
8. Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap.
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis dans le dossier du patient.

COMPETENCE 3

Mettre en oeuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique.
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité.
5. Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité.
6. Mettre en oeuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
 - Techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ;
 - Techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ;
 - Techniques de guidance et d'accompagnement ;

- Techniques de compensation et de remédiation.
7. Identifier les facteurs et mettre en oeuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.
 8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance.
 9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique.
 10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie.
 11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
 12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité.

COMPETENCE 5 :

Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

1. Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en oeuvre d'activités éducatives.
2. Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage.
3. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé.
4. Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé.
5. Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes.
6. Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de

participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé.

7. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives.

8. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines.

9. Évaluer la démarche éducative et ses effets et apporter en conséquence des ajustements.

10. Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne.

11. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale.

12. Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités signifiantes et significatives.

COMPETENCE 9

Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale.

2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents.
3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie.
4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie.
5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur.
6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques.
7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels.
8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités.
9. Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

COMPETENCE 10

Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure.
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation.

3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.
4. Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires.
5. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
6. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être.
7. Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités.

Extrait de l'annexe III : Référentiel de formation

Compétence 3 : Mettre en oeuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie

UE 2.3 S1 - Dysfonctionnement des appareils musculosquelettique et tégumentaire

UE 2.4 S2 - Dysfonctionnement des systèmes nerveux et sensoriel

UE 2.5 S3 - Dysfonctionnement cognitif et psychique

UE 2.6 S4 - Dysfonctionnement cardio-respiratoire et métabolique

UE 3.4 S3 - Modèles d'analyse de l'activité

UE 3.6 S3 - Médiation, relation et cadre thérapeutique

UE 4.3 S4 - Techniques de positionnement

UE 4.4 S2 - Techniques de rééducation et de réadaptation

Annexe II

Retranscription complète d'un entretien, avec l'ergothérapeute 2.

Présentateur 1

Ok c'est bon, on peut démarrer.

Présentateur 2

Voilà, Bonjour.

Présentateur 1

Alors, du coup j'imagine que tu connais toutes les modalités déjà. J'ai pas besoin de de les rappeler.

Présentateur 2

Non, c'est bon, je connais.

Présentateur 1

Du coup, le thème de mon mémoire, c'est le rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation de la schizophrénie. Du coup, je suis amené à faire des entretiens avec des ergos qui travaillent avec ces personnes pour voir un peu leur méthode, comment est-ce qu'ils font. Déjà dans un premier temps, est-ce que tu pourrais me présenter ton parcours ?

Présentateur 2

Alors, je suis allé thérapeute depuis 40 ans et en retraite bientôt le premier juillet. Alors, en tout cas, en retraite du boulot, pas pas de la formation et de l'enseignement. Mais bon voilà donc j'ai commencé par faire 2 ans un peu partout. J'ai bossé un petit peu en remplacement addicto en neuros en neurochir en en soin de SSR. En retour à domicile, j'ai fait un petit peu le tour et dès qu'il a un peu son psychiatrie Ben je me suis précipitée sur le poste en psychiatrie et j'en ai jamais bougé donc pendant mon travail j'ai travaillé en unité libre, en unité fermée. J'ai fait aussi un petit peu de CATTP donc toujours dans la même dans le même service à l'unité 6 et puis pendant ptre 5 ans c'est rajouté de l'addictologie. Et puis depuis, je pense de temps un peu près, se sont rajoutés des temps de de travail en éducation thérapeutique, avec des gens qui sont d'abord c'était des douloureux chroniques, style rhumato névralgie pudendale

donc en relaxation, hypnose. Et puis, ensuite, la chirurgie bariatrique donc aussi en relaxation et avec un travail sur le sur les émotions et puis la cardio également en relaxation. On on m'a permis de rester un peu sur mes sur mes acquis. Et depuis, je vais, je participe aussi à l'éducation, à la santé, donc là par contre j'ai dû récupérer un peu des des savoirs que je n'avais plus depuis longtemps. Quelques savoirs sur l'éducation à la santé, sur les coussins et autres choses dont on peut avoir besoin quand on a une névralgie pelvienne. Mais bon moi je reste quand même beaucoup dans. Le domaine du psychique.

Présentateur 1

Ok. Et est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu du coup là, le type d'établissement ou dans lequel vous travaillez ?

Présentateur 2

C'est dur à me tutoyer. *rire*

Présentateur 1

Ouais, c'est dur des fois j'ai repris, j'ai repris une sous-question. C'est pour ça du coup. Je l'ai lu tel quelle

Présentateur 2

Voilà alors le lieu où je travaille, c'est le CPN, c'est un centre psychothérapique. Nous sommes une unité de soins qui est reliée à un. Un secteur on est le secteur de Toul et on a mixé depuis quelques années avec le secteur de pont-À-Mousson donc. On a. Des c'est. Un CMP / CATTP une unité de soins protégés fermés où là les gens sont hospitalisés sous contrainte et une unité d'hospitalisation ouverte, voilà. Oui, voilà, et on va pas tarder à avoir une une hospitalisation de jour, enfin un véritable lieu d'hôpital de jour parce que pour le moment, les Hospices de jour, on est obligé de les faire sur les 2 lieux d'hospitalisation.

Présentateur 1

Ok, d'accord. Du coup, maintenant, je vais vous poser des je vais te poser pardon. Des questions par rapport aux personnes atteintes de schizophrénie et leur entourage. Comment est ce que toi tu estimes leur niveau de connaissance par rapport à leur maladie ?

Présentateur 2

Alors souvent, on est, on est entré nous, dans une modalité pendant en début de carrière, on était dans une modalité très psychodynamique. Oui, et quand on est arrivé sur le CDN il y a 15 ans, le CPN a pris un virage vers les thérapie cognitivo-comportementale. Ce qu'on appelle les tcc. Donc, à partir du moment où on a pris ce virage là, il y a eu des neuropsychologues qui sont venus et qui ont commencé à parler de psychoéducation, c'est-à-dire d'éducation à la santé, au niveau des symptômes pour les personnes schizophrènes, puis de remédiation cognitive ensuite puis de réhabilitation psychosociale. Donc en fait la plupart du temps les patients que schizophrène que je suis alors soit ils sont. Très dissocié à l'unité de soins protégés fermés et dans ce cas-là. Bah ils sont pas tellement ils sont plutôt dans le déni, ils sont pas dans l'alliance, ils sont pas d'accord pour être hospitalisés donc ceux-là je pense que parler de leur pathologie c'est encore un petit peu compliqué. C'est encore trop précoce mais par contre j'ai un groupe de patients schizophrènes à l'unité libre donc qui s'appelle autonomie et projets et là ce sont des patients qui ont qui ont une connaissance de leur pathologie, qui sont plus ou moins d'accord mais la plupart sont déjà dans un dans un dépassement des symptômes aigus. Dans la chronicité donc, ils sont. Allez, 3 sur 4 sont au courant de leur schizophrénie, 4e et il a encore un petit peu de mal quand on lui parle de sentiment de persécution. Il dit que non et il veut bien admettre qu'il soit en insécurité, mais pas qu'il a un. Sentiment de persécution. Et dans l'ensemble, voilà, ils sont quand même assez au courant de leur. Il y a de plus en. Plus de de psychoéducation et on éclaire sur leurs symptômes et on leur explique.

Présentateur 1

Ok, et c'est pareil du coup au niveau de l'entourage ?

Présentateur 2

Alors l'entourage, on n'a pas tellement, on travaille pas avec eux, mais a priori on on a effectivement, on en tout cas nous en tant qu'ergo. Mais les médecins annoncent, font des annonces diagnostiques aussi à la famille, à l'entourage.

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Et on a aussi des groupes justement. Des programmes pro-famille aussi bon que nous, on utilise pas trop mais en tout cas qui sont sur le CPN parce que sur le CPN on a une des 2 associations de de famille c'est ensemble. L'autre, c'est espoir. 54, ils sont plus à l'extérieur, mais on ils ont pas d'antenne dans le CPN, mais ensemble à une antenne et donc les familles peuvent être accompagnées.

Présentateur 1

Ok. Mais au sein du CPN, même du coup, il y a pas vraiment de lien avec les ergos et l'entourage.

Présentateur 2

Bah en tout cas, l'unité 6, pas forcément. Là j'ai un collègue, moi qui fait partie d'un d'un dispositif dans lequel je vais peut-être essayer de m'inscrire, ça s'appelle le Psy triologue. Ou des soignants discutent avec des familles et avec des patients, mais sans que sans. C'est sur un thème, mais sans que les soignants soient les sachant. Donc, en fait, ce sont des échanges. Donc voilà, moi je commence un petit peu à m'intéresser à ça. Alors jusqu'à présent, entre le boulot et ce que j'avais à faire à côté, c'est un peu compliqué. Maintenant que j'aurai un seul travail à savoir. Enseignement formation, GRESM. Je pourrais peut-être. Aller faire le Psy triologue et je trouve que ça c'est, c'est enfin tel qu'il me l'a décrit, ça a l'air extrêmement intéressant et pour moi ce sera. A commencé à avoir accès aux familles parce que on était quand même, on est très intra hospitalier très hospitalo centré donc ce qui fait que on n'avait pas cette habitude là elle même dans notre CATTP ma collègue ergot, elle n'est pas ancrée dans une relation avec les familles. Ça commence à venir, maintenant, c'est les pères aidants, les patients experts qui commencent à venir et donc on commence un petit peu à à voir, à faire alliance avec les patients, aller voir sous un autre. Angle et du. Coup, je pense qu'on aura de plus en plus accès aussi à aux familles. Mais bon, avant c'était. Recentrer Hospital hôpital

Présentateur 1

Ok, d'accord. Est-ce que tu sais comment est-ce que ces personnes elles s'informent par rapport à leur pathologie ?

Présentateur 2

Alors moi, dans dans le groupe autonomie et projet, un jour j'ai eu une demande du groupe de patients, il y a il y a déjà un moment hein ? Avant justement qui est très clairement cette psychoéducation et ils ont commencé à me dire Bah on va aller voir sur Internet, je vais hop hop hop hop, on s'arrête tout de suite là donc avec l'étudiant de 3e année qui était avec moi, on a fait des recherches donc il y avait pas encore le le. Le neuropsychologue qui faisait la psychoéducation. Donc on a fait une espèce de psychoéducation comme on a pu. Je bon toujours un petit peu avec ma ma sauce psychodynamique et imaginaire, donc en fait on leur a parlé du délire et on leur a demandé de choisir des cartes de dixit qui leur faisaient penser au délire pour que il y ait quand même un petit peu quelque chose de d'eux-mêmes et de leur choix. Bon, ça les a très ça les a beaucoup intéressé. Et puis progressivement, quand le Neuropsychologue est arrivé, Ben ils ont été de plus en plus informés. Donc, après les patients dans le groupe autonomie et projets, à chaque fois qu'ils allaient en psychoéducation, en remédiation cognitive, j'en profitais pour leur demander ce qu'ils faisaient, ce qu'ils en avaient compris, à quoi ça leur servait. Le tout premier qui a fait de la psychoéducation. Il est revenu, il m'a dit, C'est super intéressant, mais je vois pas pourquoi on parle de ça. Moi, je. Suis pas schizophrène. Donc voilà donc, il a fallu quelques années avant qu'il refasse une psychoéducation, où il commence maintenant un tout petit peu à à accepter qu'il puisse éventuellement avoir souffert à un moment donné de schizophrénie. Mais faut vraiment mettre 4 paires de gants. Pour qu'il accepte. ça

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Mais sinon, moi, j'ai j'ai eu un patient dans le groupe autonomie et projet qui était tellement au courant de de ces symptômes qui faisaient très patients en ressources et experts pour les autres. Et il a fini par créer un site sur la schizophrénie. Donc lui, il était très au courant, il est allé se renseigner justement. Alors dans les sites, il est allé se renseigner dans mon site aussi donc je l'avais donné à la référence. Il est allé se renseigner sur des sites médicaux, sur la pathologie et il a essayé de retransformer ça de de le simplifier pour pour donner accès aux autres et pour que les autres personnes puissent témoigner. Oui, il a, il l'a mis en ligne, il a retiré, ça lui coûtait des sous, il l'a

remis en ligne. Il a retiré ça, lui coûté des sous Il est en train de leur faire pour leur mettre en ligne. Bon, c'est pas évident pour lui parce qu'ils touchent, ils touchent l'AAH donc moi je suis en train d'essayer de voir si on peut pas trouver un moyen pour la sponsoriser par le GREMS ou par je sais pas quoi pour qu'il puisse le le mettre en ligne et que je puisse éventuellement continuer à à travailler ça avec lui parce que on voit bien que c'est c'est quand c'est fait par quelqu'un qui est concerné que ça. Marche le mieux pour. Les autres, c'est quand ils échangent entre eux la dernière fois, moi que mon patient il voulait pas reconnaître qu'il avait un sentiment de persécution. Bah ce patient là qui avait fait le site de ce quizouquoi. Il lui a dit dans la durée égale, si toi t'as pas les sentiments de persécution, qui c'est qui en A quoi ? Et il y a que lui qui peut dire un truc comme ça. Moi je peux pas dire ça quoi.

Présentateur 1

Et ce serait possible d'avoir le nom du coup. Du site.

Présentateur 2

Ouais, ça s'appelle Schizouquoi, mais il est plus en ligne.

Présentateur 1

Ok. Tu sais, tu sais, il sera remis en ligne quand ? Ce site ou pas du tout ?

Présentateur 2

Je sais pas, je sais pas parce qu'il est en train de le refaire et puis y a toujours ce problème d'argent de toute manière, moi dès qu'il sera. Remis en. Ligne. Je j'ai l'intention de soit. Je vais essayer de voir avec l'école s'ils veulent pas un peu sponsoriser de façon à ce qu'ils puissent venir à l'école, discuter avec les gens de l'école, bosser avec les... Tu vois ? J'aimerais bien qu'ils qu'ils bossent avec les étudiants. Enfin tu vois quelque chose, un petit peu comme ça, de justement pour déstigmatiser, parce que lui, il se considère comme quasi sorti de la schizophrénie, il a raison. À mon avis, il a de temps en temps, quelques coups de mou mais ça va être plutôt dépressif, plutôt la tristesse et il a plus de symptôme délirant du tout. Donc il est tout à fait bien calé pour pouvoir. Je lui ai proposé, hein, de faire la la formation, mais lui il veut développer, il veut être développeur web parce qu'il veut faire des sites, hein.

Présentateur 1

Ok Bah c'est vraiment son objectif à lui.

Présentateur 2

Oui, oui, c'est ça. Donc j'ai il m'a dit, J'ai dans un coin de ma tête. Le coût du DU avec patient expert mais bon je pense aussi qu'il s'est rendu compte que en dehors de ces de ces compétences informatiques qui sont excellentes et Ben je crois qu'il aurait quand même un petit peu de mal à reprendre des études. Tu vois donc alors après je sais j'imagine que dans les études de père aidant. C'est pas non plus. Très exigeant sur un plan intellectuel. Mais je sais pas très bien ce que c'est, je ne suis pas encore renseignée.

Présentateur 1

Ok, d'accord. Maintenant, je vais te parler un peu plus de l'impact des médias dans la schizophrénie du coup du coup selon toi qui ? Quelle image les médias renvoie sur la représentation de la schizophrénie auprès du grand public ?

Présentateur 2

Un pas très mauvaise, mais mes patients eux-mêmes protestent que alors eux, ça les fascine aussi, hein Ils sont-ils sont tous allés voir Split, mais tous en se sentant pas du tout concernés et tous en disant que ça donnait une mauvaise image. Bon, alors que c'était un film de science-fiction, OK, mais que ça donnait une mauvaise images . Il y en a un de de mon groupe là qui dit que lui il va pas avoir les films ou les documentaires parce que ça l'agace, parce que effectivement, il a l'impression que. Voilà, il y. En a certains qui qui disent alors bon, il y en a un qui a tué sa mère, donc il l'évoque, pas trop gueule pas trop après les gens qui disent les schizophrènes sont des tueurs, mais y en a un autre qui est tout à fait en capacité de dire que c'est honteux de de montrer que dès que quelqu'un a une problématique psychique et a fait un un meurtre, pardon entend vachement plus parler que les autres alors que sur un plan de pourcentage il y a moins de personnes qui souffrent de schizophrénie qui ont fait un meurtre, que des gens normaux.

Présentateur 1

Ouais, je confirme ce que vous dites, c'est vrai.

Présentateur 2

Donc voilà. Mais c'est vrai que eux, ils trouvent et moi aussi. Alors après Split, je suis allée le voir comme tout le monde. Mais c'est vrai que pour moi c'est les personnalités multiples en plus c'est pas des personnes à qui j'ai à faire hein. C'est une forme de schizophrénie bien particulière. On la voit pas trop d'ailleurs en France donc je sais pas si ça a été développé par les Américains parce que.

Ils sont un peu théâtrales ou théâtraux, je sais pas très bien mais en tout cas voilà. Ça, ça fait le Buzz et c'est.

Présentateur 1

Moi aussi, qu'est-ce qui va venir choquer le grand public un peu

Présentateur 2

Voilà, c'est ce qu'ils vont chercher ça et et du coup la vision imaginaires dans les films, n'est pas n'est pas pertinente et la vision dans les dans les informations n'est pas pertinente non plus. J'ai très rarement vu des des documentaires sur la schizophrénie parler un peu d'autre chose, alors ça c'est des choses. Voilà, j'aime, j'aimerais bien effectivement participer maintenant plus à ça à la déstigmatisation. Il y a à Paris, mais bon c'est à Paris, la maison dans l'arbre où justement ils essaient de de travailler sur autre chose et pas plus tard que tout à l'heure. J'ai vu un reportage sur la péniche. Elle s'appelait comment ? La péniche ? Charles tu te rappelle. La péniche qu'on a vu tout à l'heure pour les patients

À Mattan l'Harmattan, donc c'est pas l'harmattan, ça c'est enfin bon. Il y a une péniche parisienne, on a vu ça tout à l'heure aux infos où il montrait que les gens pouvaient se retrouver entre eux, voire un coup, qui avait un petit bar un petit truc. Et il y avait une thérapeute qui disait, alors, c'est toujours un petit peu moi, ça, j'ai toujours l'impression que c'est un peu téléphoné dans le sens. Exagéré qui disait Ah bah de toute manière vous nous aidez aussi, vous les patients, à remettre des choses en question et de comprendre des choses. Je me méfie toujours de ce genre de discours là, qui est trop affiché le jour où ce sera vrai, on aura plus besoin de l'afficher. Parce que l'inclusion sociale, elle, est loin d'être faite, mais en tout cas, cette péniche ça alors ça des stigmatise pas dans la mesure où les gens ils restent. Entre eux, eux ?

Présentateur 2

Et avec des thérapeutes, Adaman ça s'appelle voilà.

Il n'était pas loin, oui, ça s'appelle Adaman. Et mais c'est vrai que tant que les tire, le les tier lieux comme ça, qui sont hors des des murs de l'hôpital. Je trouve ça très bien, mais ça reste encore des tiers lieux. On en avait un, nous ici, qui s'appelle Delta. Bah delta pendant des années, c'était un lieu de création ou des patients et des personnes extérieures pouvaient venir. Bah le CPN n'a rien trouvé de mieux à un moment donné que de rapatrier ça en mode CATT. Donc si tu veux ça c'était 1/3 lieu qui permettait aux gens véritablement d'être dans une inclusion sociale puisqu'il y avait d'autres personnes qui venait créer. Sauf que Ben je, je pense qu'ils ont estimé que ils avaient besoin enfin ça c'est ma lecture, mais ils avaient besoin de cette de ce lieu là pour en faire, parce que c'est c'est très visuel. Tarif faisait des expositions, donc il y avait un côté un peu pub comme ça, je pense qu'ils l'ont récupéré à mon avis, c'était une erreur parce que il y a beaucoup moins ce côté exposition là. La dernière exposition qu'ils ont fait. Il y avait un côté enfin moi j'y suis allé, c'était Delta Morphose et c'était à à la médiathèque. Et tu avais l'impression que c'était un peu l'art des fous quoi.

Présentateur 2

Ok.

Présentateur 2

Il y a aussi à Montpellier. J'ai visité un truc sur l'art primitif et donc il y avait un truc assez assez intéressant. Il y avait sur l'art primitif et puis à côté, il y avait une salle. Et puis tu avais une salle avec des des œuvres donc qui étaient intéressantes. Et quand tu regardais en dessous, bah c'étaient les noms des gens. Et puis schizophrène et puis schizophrène et. Puis schizophrène. Et là, moi, ce qui m'a choqué, c'est que. Pas pourquoi mais qui sont schizophrènes ? Tu vois, c'était l'artiste, on me disait Picasso aux personnes, est allée lui chercher des poux sur la tête pour savoir s'il était schizo ou pas, alors que eux, on les mettait dans cette salle là. Et ça, pour moi, ça stigmatise encore plus. C'est pas le tout de faire une exposition, si c'est pour dire. Qu'on expose parce qu'ils sont schizos, ça va pas

Présentateur 1

Ok. Et du coup, quelle image ces médias ils renvoient aussi sur la représentation de la schizophrénie, mais cette fois-ci chez les proches, chez leur entourage.

Présentateur 2

Ah alors ça, j'ai moins d'idée

Présentateur 1

Ah ouais ?

Présentateur 2

J'ai moins d'idées parce que je connais pas les je connais pas les réactions des proches, mais je ne peux en savoir quelque chose que par mes patients et ils en parlent assez peu. En fait, c'est vrai que je sais pas quelque chose que je vais interroger.

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Si dernièrement il y a un jeune patient qui nous a dit, Ben justement avec qui on avait essayé Le médecin a essayé de faire l'annonce de la schizophrénie aux parents aussi parce qu'ils étaient assez peu tolérants avec lui. Ça n'a eu aucun effet.

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Ça les a pas rendu plus tolérants. Les 2 autres, ils ont pas Ils ont pas de. Il y en a. Qui a un frère, l'autre qui est assez solitaire, assez une mère adoptive et qui est semble à bien comprendre ce qui se passe encore, que elle a eu tellement peur de lui à un moment donné qu'elle voulait plus, elle le voit en dehors de. De de. Enfin, il n'est plus, il ne vit plus. Chez elle quoi . Et puis il y en a un qui est pas loin, qui vit à côté de chez ses parents. Alors lui, effectivement, il en parle et il dit que ses parents ils comprennent pas trop, alors on. A essayé de lui. De lui dire que bah il pourrait peut être avoir des explications. On a cherché des livrets. Pour que qu'ils s'expliquent Mais lui, il nous disait que. Ses parents non plus face à celui qui n'aimait pas regarder les films ou les documentaires et ses parents non plus. Je pense que c'est dans la. Famille, un peu. Autruche ils veulent pas trop regarder, pas trop savoir.

Présentateur 1

Ok. Ça marche. Quand ils apprennent leur leur maladie, leur diagnostic et ce qu'ils transposent, ce qu'ils ont pu voir déjà dans les médias.

Présentateur 2

Je non parce que on le on, les médecins font bien attention de de leur expliquer, c'est eux. Après effectivement, quand ils commencent à vivre avec cette maladie là, cette pathologie là. C'est pour ça que j'aurais bien aimé rencontrer les paires aidants, mais ils sont arrivés il y a très peu de temps au CPN et donc ils avaient plein de gens à rencontrer tous azimuts, donc. Je les verrai probablement. Pas avant mon départ en retraite mais effectivement le l'identification oui, il peut se faire à ce qu'il voit dans les médias, mais. Alors je pense que je pense que y a quand même, je sais pas. Tu vois par exemple M*****, lui qui a réellement tué sa mère, je sais pas, il en a jamais parlé de ça. C'est un, c'est des terrains sur lesquels on va pas facilement et comme souvent, la stigmatisation des personnes schizophrènes c'est Il parle tout seul, ils ont des voix, oui, que les gens, parce que grosso modo, c'est un peu, c'est un peu ça. Je sais pas trop. Pas trop ?

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

On a, on a eu un patient comme ça qui était qui avait une schizophrénie et qui était aussi addict alcoolique et qui avait une fois passé la main à travers la fenêtre. Sa mère ne l'a plus voulu, tu vois, là, j'étais de chez elle en. Disant que bon. Il lui faisait peur qu'il devenait dangereux. Je sais pas dans quelle mesure c'est plutôt l'acte qu'il avait fait, que ce qu'elle avait pu voir. Ouais c'est c'est des bonnes questions ça. Dans un psytrialogue, ça serait très un très bon thème ça sur la, la stigmatisation.

Présentateur 1

C'est vraiment pour savoir en fait ce que ces gens-là ils ressentent. En fait au. Final et comment est-ce qu'ils voient par rapport au monde qui les entoure

Présentateur 2

Bah quand ils s'en sont sortis et qu'ils sont plus à distance, ils sont pas contents de l'image qu'on qu'on montre d'eux. Maintenant, ceux qui sont plus en état de crise, je pense qu'ils sont pas tellement à même. J'avais un collègue infirmier, moi qui justement voulait travailler sur ça avec des documentaires, et cetera. Puis les parties, les parties ailleurs, mais ça aurait été intéressant. De travailler avec des documentaires et de voir un petit peu quelle vision. Eux ils avaient eux. Mais c'est vrai que comme on est encore une fois, on est en intra hospitalier, donc si tu veux on, on est sûr, soit le soin de crise soit de comment essayer de les aider à aller après à l'extérieur. Mais la déstigmatisation, on a, on en a jamais parlé, il faut que je je réécrive à Célia parce qu'elle travaille à Kurt dans la remédiation cognitive et eux ils font un travail sur la stigmatisation. Je vais lui renvoyer un message pour qu'il. Qu'elle te réponde si elle l'a pas encore fait, mais elle a pas encore fait, donc je vais lui envoyer un message plus directement parce que eux ils font, on travaille sur la décimalisation.

Présentateur 1

Ouais, je l'ai pas encore fait, je crois. Ok, parce que je lui ai envoyé un mail du coup, mais j'ai après ça. Va, ça arrive qu'elle peut qu'elle puisse pas voir à un moment quoi.

Présentateur 2

Non mais ça ça ça, ça marche un. Peu mieux quand c'est ouais. J'ai dit aux gens plus directement, Hello, il y. A quelqu'un, ce serait bien.

Présentateur 1

En tout cas, merci, c'est gentil. Ok, est-ce que tu connais des médias ressources ? J'entends par Media ressources tous les médias qui délivrent des informations véridiques vis-à-vis de la pathologie.

Présentateur 2

Ben la, la maison dans l'arbre. Nous, on est allé chercher, on est allé chercher leurs informations. Il y a aussi Psy COM, le site Psy COM.

Présentateur 1

C'est ouais, Oui je vois. , ce que c'est.

Présentateur 2

Voilà donc ils essaient, moi je suis pas allée en voir beaucoup, mais je sais que ces 2 là étaient intéressants et on a notamment utilisé des des, des petits livrets qu'on a imprimés et de Psy COM. J'ai une étudiante d'ailleurs qui a fait, qui a fait un jeu à partir de de la petite vidéo sur la santé mentale avec la planète, Sympa la planète pas sympa. Enfin les les voilà et et et la. Les petits livrets de la maison dans l'arbre, on les a, on les a imprimés et on les donne aux patients, ça permet un peu effectivement de, mais après le le Neuro Psycho il utilise des programmes comme moi j'aime pas les programmes tout fait je dois avouer je. Suis jamais allée m'en préoccuper.

Présentateur 1

Ok, ça marche.

Présentateur 2

Voilà les petits, les petits livrets qu'on peut donner à un instant t ou que la personne demande ou qu'elle s'approprie. J'aime bien et protocole, ça me dérange toujours un peu parce que j'ai l'impression d'essayer d'essayer de les faire rentrer dans un tiroir. J'aime pas trop ça.

Présentateur 1

Oui, du coup c'est pas eux qui vont venir tout de suite s'intéresser à ça.

Présentateur 2

Le jour où. Ils m'ont dit c'est quoi la schizophrénie ? On va voir sur Internet, hop hop, on va peut-être essayer déjà. De bosser ensemble, avoir.

Présentateur 1

Ok, maintenant, je vais te poser des questions plus sur le rôle de l'ergo dans la prévention de la schizophrénie. Du coup, au moment où tu vas accueillir un patient schizophrène qui qu'est ce que tu fais globalement ?

Présentateur 2

Souvent, quand on accueille ces ces personnes là, tout comme les autres d'ailleurs, on leur explique que les ... nôtres, alors quand ils sont en état de crise, on on fait le tour des chambres, on fait connaissance et on leur propose. De venir si ils veulent. Donc ma collègue elle, elle va les accueillir et leur proposer des horaires comme ça,

ça différencie un. Peu les lieux. Les plus sûrs de la créativité avec un engagement et une salle un peu plus confidentielle. Moi, je suis plus dans une salle où il y a la porte ouverte d'ailleurs et où les gens on est en face de la salle télé, donc on va aller chercher et souvent alors des fois il y a 2 personnes, des fois la dernière fois, on arrivait pas à tenir tellement il y avait de gens. En salle on, c'est un peu, voilà. L'ergothérapie ouverte. On peut jouer, on peut faire des petits bricolages, vous pouvez venir, c'est plus ça. Sur pour ces patients là, je vais plus me centrer sur leur auto détermination sur leur envie de venir parce que comme ils sont déjà enfermés, bah ça leur laisse une partie de choix. Et puis sur bah. Une fois qu'ils sont là, qu'est-ce que vous avez envie de faire ou ce que vous avez envie de jouer ou simplement d'être là ? Il y en a qui sont simplement là. Au début, je mettais. De la musique pour faire un peu une bulle sonore, puis après ça fait un peu trop de trucs. Je pense qu'ils avaient plutôt besoin d'être au calme, que en musique, surtout à faire autre chose. Ça faisait un peu trop d'excitation. Par contre, dans l'unité libre, là où on fonctionne avec les patient psychotique aussi, qui sont moins dissociés. Et Ben on sait déjà un peu dans quel État ils sont. On peut leur proposer au départ de l'individuel si ils ont un sentiment de persécution tel qu'ils peuvent pas être en en groupe mais on peut leur proposer aussi le choix. Alors on a 3 groupes, à savoir la relaxation que moi je travaille en en forme de relaxation active très contenant donc. Ils peuvent venir. L'écoute musicale il y a un protocole très contenant, donc ils peuvent venir et la créativité, là c'est un. Petit peu plus. Délicat parce que c'est la création libre et un temps de parole après, mais on leur laisse quand même le choix et souvent, ce qui se passe, alors, il y a aussi en les jeux qui sont en auto détermination. Donc là-bas, on fait le tour, on demande aux gens ceux qui veulent venir, on leur dit qu'ils sont les bienvenus. Et souvent, ce qui est pour le groupe autonomie et projets, là il est. Prescrit, c'est à dire que ce groupe là, ils ont pas forcément spontanément envie d'y aller une fois qu'ils y sont, comme on le voit un petit peu de jus de pomme, que y en a qui font régulièrement des gâteaux au chocolat et que on est plutôt sur de la discussion et qui a pas trop d'exigences. Ils y restent assez volontiers parce qu'ils s'ancrent dans un groupe dont ils sentent qu'ils sont. Assez accueillants mais y a quand même une prescription un petit peu plus incitative de la part de du psychiatre. Après voilà, si au bout de quelques séances ils veulent plus venir, il y en a un, R*****. En ce moment, ils veulent plus venir, il va arrêter. Ben il va arrêter, mais c'est vrai que on va peut-être être un peu plus incitatif pour le groupe.

Autonomie et projet parce que c'est peut-être. Pas spontanément si ils auraient envie de d'aborder

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Donc, quand on les accueille, on reste toujours dans cette idée qu'il faut qu'il y ait un choix quelque part. Une autodétermination pour renvoyer un message de pas d'autonomie. De capacité de change.

Présentateur 1

Ok. Du coup, maintenant, qu'est-ce que tu vas mettre en place pour réduire la stigmatisation auprès de ces personnes ?

Présentateur 2

Alors bah déjà cette cette notion de les laisser choisir, c'est important. Quand on a monté le le groupe autonomie et projet, pour moi c'est la co création et l'Alliance qui est fondamentale. Quand on a monté le groupe autonomie et projet, je faisais des réunions avec le groupe, des thérapeutes, je faisais des réunions avec le groupe des patients et donc en fait, je faisais passer le discours des uns et des autres envers les uns et les autres de façon à ce qu'on puisse. J'aurais bien aimé qu'ils bossent ensemble, alors ça c'était juste pas possible à ce moment-là. Peut-être que maintenant ça aurait changé. Là, ça ça, ça remonte à plusieurs années et du coup je faisais le lien entre les 2 en leur donnant d'ailleurs, c'est grâce aux patients que le groupe s'appelle autonomie et projets et projet avec 1S. Parce que j'ai, je suis retourné voir les thérapeutes en disant Bon bah les patients ils trouvent que l'autonomie ça demande trop donc c'est il y a des, il y a des projets, voilà c'est autonomie et les projets. On a alors ils avaient dit bah non ces projets sans parce que c'est le projet de vie, je reviens dans le groupe de patients, le groupe de patients, il me dit Ah non, non, non. Projet de vie, c'est pareil, que l'autonomie, c'est trop énorme. Ces projets avec 1S pour ces si on fait des petits projets bah on les met en place ensemble donc si tu veux pour moi la déstigmatisation elle passe par le l'Alliance avec le patient quand je sais pas quelque chose je le dis, je l'ai dit au patient c'est accepter que nous on soit pas les sachant les tout puissants et en position haute et à partir de ce moment-là. Le patient alors pour

les patients psychotiques, il est quand même important de garder une position d'animateur. Et de ne pas entrer dans la confusion parce qu'après. Ils savent plus. Qui est qui. Mais c'est tout l'heure de de savoir ce qu'on peut dire quand je joue, par exemple un jeu thérapeutique. Bah je joue avec les patients avec les patients psychotiques aussi, quand on fait le débriefing de leur semaine, je parle pas de ma semaine. Tu vois, il y a quand même des nuances comme ça. Je suis toujours assise à la même place, mais aussi d'ailleurs entre parenthèses. Mais bon, ils ont ça les sécurise, ça doit me sécuriser aussi donc mais l'idée c'est effectivement qu'à un moment donné on puisse partager avec certaines choses de notre façon de voir pas de notre vie, mais de notre façon de voir les choses et de notre façon d'être sur le cinéma ou sur des choses un peu anodines comme ça. Voilà la dernière fois, on a travaillé avec eux sur. Comment est ce qu'on peut gérer l'angoisse qui a le truc qu'on utilise. Moi je leur ai parlé de ce. Que je propose en relaxation et et en avec les automassages et la respiration. Je leur ai expliqué que moi je savais ce que c'était, que les crises d'angoisse, parce que une fois je faisais de la, j'ai commencé la plongée et j'ai fait ma seule une crise d'angoisse de ma de ma vie avec les bouteilles sur le dos. Tu sais, sonde, la respiration. Je suis restée accrochée à mon échelle, en mode je sais plus où j'en suis. J'entendais bourdonner dans mes oreilles ce qu'il m'a sorti de là. Paradoxalement, c'est. Que je me suis dit. Et Ben comme ça, je saurai ce que c'est qu'une crise d'angoisse. Et du coup, comme j'ai pris une position, tu vois un peu de d'observateur, ça m'a sorti de de cette crise là quand je la raconte aux gens, je leur dis, Ben voilà parce qu'effectivement c'est reprendre le contrôle de quelque chose donc ça souvent je le raconte. Évidemment, je raconte que c'est la seule et unique que j'ai fait dans des circonstances particulières, de façon à ce qu'ils entendent que il y avait quelque chose de différent d'eux et je passe pas mon temps en crise d'angoisse et c'est aussi un partage. Tu vois d'expérience et ça, j'ai appris à le faire depuis que j'ai été formé en ETP et depuis que je fais que je fais ça parce que le côté psychodynamique ne nous prépare pas du tout à ça, on garde une position de neutralité et de distance. Les TCC ne nous prépare pas non plus à ça parce qu'on garde une position un peu de de contrôlant de protocole ou on dit un peu aux gens ce qu'il faut qu'ils fassent, on leur donne des tâches à faire, des consignes à réaliser et assez paradoxalement, finalement, c'est l'éducation thérapeutique que j'ai fini par rejoindre et par apprécier à ce que c'était. C'était là où on proposait aux gens

d'échanger entre eux, des stratégies. C'était là, on leur proposait de réfléchir entre eux, de trouver leur propre solution, le. Finalement, j'ai beaucoup apprécié ça.

Présentateur 1

Ok, et concernant les réhabilitations psychosociales ? Du coup que le ETP en fait partie, ça concerne vraiment toute cette partie là.

Présentateur 2

Alors la réhabilitation psychosociale ne est-ce que le ETP en fait partie ? Bah ça c'est une bonne question. L'éducation thérapeutique, moi je la connais. Là, je la connais en dehors des soins psychique.

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Comme je t'ai dit en soins somatiques, cardio, machin tout ça. Donc on appelle pas ça de la réhabilitation psychosociale. On appelle ça de l'ETP et par contre, là où je bosse, donc au CPN comme c'est pas dans un programme validé par l'ARS, on appelle ça de la psychoéducation.

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Voilà et donc le ETP à l'éducation thérapeutique. Il y a un seul programme d'éducation thérapeutique au CPN qui concerne. Il y a 12 séances. Bah la prise de médicaments, les habiletés sociales, le retour à domicile, et cetera. Sauf que c'est le PGN le pôle du Grand Nancy qui l'a mis en place. Et que notre notre. Chef de service, n'a pas accepté d'intégrer ce ce programme là, ce qui était très dommage. Moi, j'ai rencontré l'infirmière qui faisait ça, alors malheureusement, quand elle est arrivée, la seule dans le service qui était formée en ETP, c'était moi et moi. Je connaissais pas la. Sur les 12 séances, je me reconnaissais sur 3 séances à peu près en tant qu'ergo par les autres, notamment sur la psychoéducation sur les symptômes ou les médicaments. Donc ça

aurait nécessité de faire de telles formations de ETP pour le. Les infirmiers que le chef de service il a laissé tomber.

Présentateur 1

Ok.

Présentateur 2

Donc du coup comme c'est pas validé par l'ARS on appelle ça la psychoéducation et c'est souvent centré sur les symptômes. Alors que l'ETP, normalement, c'est centré sur comment aider la personne à gérer les répercussions des symptômes. Si tu veux, c'est pour ça ce ce. Ce programme de ETP Il allait plus loin que juste la psychoéducation. Mais pour le moment, il n'a pas été intégré.

Présentateur 1

Ok, est-ce qu'il y a des choses qui sont mises en place aussi pour réduire la stigmatisation du coup ? Mais cette fois ci auprès de l'entourage.

Présentateur 2

Alors auprès de l'entourage, je pense que le notamment le programme pro famille, doit faire, doit intégrer ça. Mais toi c'est pareil, comme c'est un programme, je suis pas intéressé, j'avais pas le temps. Non, mes priorités n'étaient pas là-dedans. Donc effectivement je m'y suis pas intéressée, mais j'ai j'entends fréquemment parler de ça de pro famille, du travail avec les familles. Voilà. Bah je vais demander aussi à je vais demander à Célia et puis à Philippe establie aussi parce que lui il s'est. C'est lui qui fait partie du Psy triologue et qui est très branché, il il bosse avec espoir 50. Je vais les solliciter directement de ni pourrait te dire des trucs intéressants.

Présentateur 1

Mais c'est cool. Merci encore une fois. J'ai passé mon temps à te remercier, c'est ça, je suis mal. À l'aise maintenant.

Présentateur 2

Non mais au fur et à mesure tu vois qu'on discute. Je je perçois mieux les ergots qui vont être. Concernés par ça ?

Présentateur 1

Ouais et du coup je vais terminer par une dernière question, Quesque, tu penses du rôle de l'Ergo dans la déstigmatisation de la schizophrénie ?

Présentateur 2

Bah je pense que c'est très important parce que on peut-on peut aider les patients à être déjà dans une vision d'eux-mêmes, diff. Quand on travaille avec eux. Et puis je pense qu'on peut participer, alors là c'est plutôt Cassandre. Ben voilà, la 3e, c'est plutôt Cassandre qui travaille à l'ancien Atelier Delta et qui travaille justement sur des sur des. Ce qu'on appelle ça ? Sur des expositions, sur des intégrations d'artistes et sur de l'inclusion sociale. C'est justement des des actions comme ça qui peuvent aussi permettre la déstigmatisation. Encore une fois, si on dit pas ouais, c'est pas sûr du CPN. Ils viennent exposer parce qu'ils sont schizophrènes, faut faire très attention à ça mais par exemple ils font beaucoup de travail sur les les semaines, les 6, les semaines de la santé mentale. Et d'ailleurs, on s'est rendu compte dans le GRESM, donc le groupe de réflexion en santé mentale que on apparaissait vraiment pas suffisamment dans les systèmes. Donc on va essayer d'aller un petit peu plus vers ça parce que le problème des des ergo, c'est que la Déstigmatisation. C'est de la prévention secondaire donc et. La. Alors la prévention primaire, j'en parle même pas. On n'est pas tellement dessus. La prévention secondaire, on commence à s'y intéresser un peu. Mais à je me rappelle, y a 2 ou 3 ans, quand on a, on nous avait mis en tas de groupes d'ergo et qui venaient un peu partout pour parler de la prévention. Bah on était, on avait pas beaucoup de d'outils à cette époque là, je bossais avec une. Une psychologue, pour moi, ça n'avait rien à voir. C'était le projet de Trottinette. Elle m'avait embarqué parce qu'elle trouvait que j'avais des idées, mais c'était pour le le travail avec les enfants que je ne connais absolument pas. Mais bon, moi je leur donnais des idées de bricolage ou de créativité parce que ça me venait naturellement ou de jeu et en fait là c'était de la prévention primaire parce qu'elle proposait de travailler. Et sur le Bah, la déstigmatisation, le handicap, des choses comme ça ou le harcèlement. Elle proposait de travailler avec eux avant même qu'ils aient eu des. Difficultés et on s'est rendu compte quand on a fait notre notre. Groupe là, tous les ergo, bah que finalement il y en avait qu'une seule qui faisait de la prévention primaire, c'était moi tout à fait par hasard et avec les mêmes, mais parce qu'en fait on était tous en prévention secondaire où tertiaire, et ça, c'est pas. Et la déstigmatisation. Je pense que ce serait à mon avis, c'est, et avec les patients et dans

la ville quoi donc Plus on ira dans la ville, plus on arrivera à à déstigmatiser. Mais tant que. Moi, je sais que il m'arrive parfois d'accompagner des patients. Tu sais au cinéma ou et. Oui, et quand je vois le regard des gens, j'ai pas mon truc. CPN j'ai pas, enfin on se balade hein, je veux dire, Ben comme tu vois le regard des gens sur les patients parce que certains y a ils ont un un look particulier ou un air un peu particulier. Ben je me dis que c'est pas nous les trimbaler comme ça simplement qui va suffire hein Parce que les gênes Font certainement plus, on a visité un groupe d'entraide mutuelle avec ma dernière, étudiante de 3e année, Clara.

Présentateur 1

Ah bon ? Ça doit être une superbe personne.

Présentateur 2

Voilà, et donc dans le gène. Effectivement il proposait, il proposait aux gens qui qui étaient en situation de solitude de venir donc ils disaient pas que c'étaient des schizophrènes, ils disaient c'était les gens aux situations de solitude venaient amener vos projets et on vous aidera à les faire avec les autres. Donc quand t'es sur des des groupes d'entraide mutuelle comme ça qui ne stigmatisent pas eux-mêmes c'est vachement bien parce que là tu c'est ouvert à. Tous, quoi

Présentateur 1

Et Ben du coup, J'ai fini de te poser toutes mes questions, ce que t'aurais des précisions à ajouter par rapport à tout ce que je viens de dire.

Présentateur 2

5 si tu veux mettre le site après il y a pas. De souci, il sera bien accueilli.

Présentateur 1

On bah si tôt ça te dérange ? Pas, ouais, pourquoi pas moi, ça me convient.

Présentateur 2

Non non non, mais les les mémoires après les, ça permet à tous les autres étudiants de pouvoir aller sur des mémoires qui ont déjà. Été faits, voire des choses. Et puis je vais te, je vais envoyer un message à Cassandra, Célia et Philippe parce que c'est les

3 plus à mon avis, les 3 les plus à même à te répondre dans ceux du CPN et après ?
Bah si peut-être gwenaëlle aussi.

Annexe V :

Attestation sur l'honneur contre le plagiat



Institut de Formation en Ergothérapie de
Lorraine Champagne-Ardenne
4, rue des Sables
54000 NANCY

DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT


Je soussigné Kéziah HODY,

Certifie qu'il s'agit d'un travail original. Toutes les sources ont été indiquées dans leur totalité.

Je certifie n'avoir ni recopié, ni utilisé des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine. Les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites disciplinaires ainsi que devant les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le : 21/05/2023

Signature : 

Promotion : 2020 - 2023

Nom et prénom : HODY Kéziah

Titre : Perception et stigmatisation de la schizophrénie dans la population française

Résumé : La schizophrénie est un trouble mental grave dont sont atteintes environ 600 000 personnes en France, et se révèle aux alentours de 15 à 25 ans. Cette étude constate la stigmatisation de la schizophrénie en France ainsi que l'impact médiatique autour de cette pathologie afin mettre en lumière le système de prévention basé sur les réhabilitations psychosociales et des compétences de l'ergothérapeute pour appliquer celles-ci. Ce qui a amené à s'interroger sur le rôle de l'ergothérapeute dans la déstigmatisation de la schizophrénie chez ces personnes et leurs proches. Il est sujet de rechercher si grâce à ses compétences et sa vision holistique, l'ergothérapeute joue un rôle dans la déstigmatisation de la schizophrénie. Afin de vérifier cette hypothèse, cinq entretiens ont été réalisés pour obtenir des données qualitatives venant d'ergothérapeutes exerçants en santé mentale avec des personnes présentant une schizophrénie. Les résultats obtenus montrent que ces personnes sont pour la plupart mal informées et subissent autant de stigmatisation sociale que d'auto-stigmatisation. Ceci est expliquée par le fait que la majorité des médias divulguent des informations erronées et partielles sur la schizophrénie. Ensuite, le rôle de l'ergothérapeute dans cette stigmatisation, basé sur les réhabilitations psychosociales, serait d'accompagner ces personnes au-delà des institutions, informer ses collègues et les recentrer sur la personne et enfin promouvoir les programmes de psychoéducation pour elles ou leurs proches. (221 mots)

Mots clés : (dé)stigmatisation ; ergothérapeute ; réhabilitation psychosociale ; prévention ; médias ; schizophrénie ; santé mentale

Title : Perception and stigmatization of schizophrenia in the French population

Abstract : Schizophrenia is a mental disorder that affects about 600,000 people in France, and appears around the age of 15 to 25. This study observes the stigmatization of schizophrenia in France as well as the media impact around this pathology in order to highlight the prevention system based on psychosocial rehabilitation and the skills of the occupational therapist to implement them. Here, the role of the occupational therapist in destigmatizing schizophrenia among these people and their relatives is focused on. The question is whether the occupational therapist's skills and holistic vision can help destigmatize schizophrenia. In order to address this hypothesis, five interviews were conducted to obtain qualitative data from occupational therapists working in mental health with schizophrenic people. The results show that this population is mostly uninformed and experience both social and self-stigmatization. This can be explained by the fact that the majority of the media reveal erroneous and partial information about schizophrenia. Thus, the role of the occupational therapist in this stigmatization, based on psychosocial rehabilitation, would be to accompany these people beyond the institutions, to inform their colleagues and refocus them on the person and to promote psycho-education programs for them or their relatives. (200 words)

Key words : (de)stigmatization ; occupational therapist ; psychosocial rehabilitation ; prevention ; media ; schizophrenia ; mental health

Maître de mémoire : Benoit Giovanella

