

Sommaire :

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | Introduction | 1 |
| 2 | Matériel et méthode..... | 43 |
| 3 | Résultats | 49 |
| 4 | Discussion | 62 |
| | Bibliographie..... | 69 |
| | Annexes | 74 |
| | Annexe 1 : Tableau des résultats des bases de données | 74 |
| | Annexe 2 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature..... | 75 |
| | Annexe 3 : Compte-rendu des modifications du questionnaire de l'enquête exploratoire | 97 |
| | Annexe 4 : Matrice du questionnaire | 98 |
| | Annexe 5 : Liste des groupes ou pages Facebook utilisées pour la diffusion du questionnaire de l'enquête exploratoire..... | 105 |
| | Annexe 6 : Résultats de l'enquête exploratoire – Définition de l'identité occupationnelle selon les participants..... | 105 |
| | Annexe 7 : Résultats de l'enquête exploratoire – Raisons de l'utilisation de certains modèles dans la pratique, plutôt que d'autres pourtant connus par les ergothérapeutes | 107 |
| | Annexe 8 : Résultats de l'enquête exploratoire – Apports de la formation au MOH | 111 |
| | Annexe 9 : Résultats de l'enquête exploratoire – intérêt de la prise en considération de l'identité occupationnelle et de l'utilisation du MOH dans la pratique selon les participants | 113 |
| | Annexe 10 : Critiques du questionnaire | 119 |
| | Annexe 11 : Matrice théorico-conceptuelle | 119 |
| | Annexe 12 : Matrice de questionnaire..... | 123 |
| | Annexe 13 : Liste des groupes et pages Facebook sur lesquels le questionnaire a été diffusé | 133 |
| | Annexe 14 : Présentation détaillée des participants (notés « ergo ») à l'enquête : | 134 |
| | Annexe 15 : Résultats du questionnaire - Fréquences des façons de connaître un usager par les ergothérapeutes..... | 135 |
| | Annexe 16 : Résultats du questionnaire - Fréquences de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle | 135 |
| | Annexe 17 : Calcul et codage des fréquences de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle..... | 136 |

| | |
|---|-----|
| Annexe 18 : Résultats du questionnaire : Degrés de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle (intensité) | 137 |
| Annexe 19 : Calcul des moyennes des degrés de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle..... | 138 |
| Annexe 20 : Matrice des données qualitatives - Manière de prendre en compte les éléments de l'identité occupationnelle | 140 |
| Annexe 21 : Degrés de connaissance du concept d'identité occupationnelle et degrés d'utilisation dans la pratique | 147 |
| Annexe 22 : Tableau de calcul des degrés de prise en compte moyens des éléments de l'identité occupationnelle pour chaque ergothérapeute | 148 |
| Annexe 23 : Comparaison entre prise en compte effective des éléments de l'identité occupationnelle et estimation d'utilisation du concept | 150 |
| Annexe 24 : Définitions de la psychose | 150 |
| Annexe 25 : Critique du questionnaire de recherche | 152 |

1 Introduction

Résonance du thème

Point de rupture et problématique professionnelle

Le point de rupture de ce travail de recherche provient d'un cours sur le rétablissement en santé mentale, ainsi que de recherches complémentaires sur l'expérience de vivre avec une psychose. En introduction de son cours, l'intervenant chargé du sujet a présenté des témoignages de personnes ayant été diagnostiquées psychotiques. Tous évoquent le changement brutal qu'a représenté la survenue de la maladie psychique dans leurs vies : arrêt des études, perte de l'emploi, ou encore isolement social. La question s'est posée de savoir, dans une perspective ergothérapique, si le premier épisode de psychose ne correspondrait pas à une rupture occupationnelle. Cette notion correspond au fait de ne plus pouvoir participer aux occupations, aux routines réalisées dans son environnement, ou encore à une perte de rôles sociaux. Ce type particulier de transition occupationnelle se caractérise selon Whiteford par son aspect imposé, imprévu, et par la perte de contrôle de l'individu qui la vit. Whiteford indique que la perte occupationnelle provient de facteurs internes, tels que la maladie. Il souligne également son aspect temporaire ou momentané (1).

Cependant, il semble que chez les personnes psychotiques, des facteurs externes viennent s'ajouter et tendent à maintenir cette rupture occupationnelle, qui devient peu à peu une privation occupationnelle. En effet, la recherche montre que les personnes ayant des troubles psychiques sont particulièrement stigmatisées et discriminées dans leurs environnements. Des personnes atteintes de schizophrénie indiquent vivre une réduction des relations sociales, une tendance à être rendues responsables de problèmes survenant dans leur environnement, un changement de perception de leurs valeurs et de leur identité, des difficultés d'accès à l'emploi et au logement (2). Le rôle attribué à ces individus est celui de malade mental, avec tout ce que cela comporte de représentations négatives : folie, dangerosité, différence, etc. Cette stigmatisation externe influe sur ces personnes, qui se l'approprient, et tendent alors à s'auto-stigmatiser (3). Dès lors, l'alliance de la maladie mentale à la stigmatisation engendre des obstacles importants à la représentation de soi des personnes vivant avec une psychose. En situation de privation occupationnelle, au sein d'un environnement non-facilitateur, comment ces personnes se considèrent-elles ? Qu'aspirent-elles à être, à devenir ? Qu'est-ce que l'identité occupationnelle chez les personnes psychotiques en général ?

L'identité occupationnelle étant un concept ergothérapique, comment l'ergothérapie prend en compte ce concept auprès de la population des personnes psychotiques, tant dans la recherche que dans la pratique ?

Champs disciplinaires

La population qui intéresse ce travail relève du domaine médical psychiatrique. C'est pourquoi les champs disciplinaires de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie et de la santé mentale sont retenus. De plus, le concept d'identité occupationnelle relève des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie : ces champs disciplinaires sont donc retenus.

Explicitation terminologique

Il faut maintenant préciser les termes de la problématique professionnelle.

La psychose

Créé en 1845, le terme « psychose » est traditionnellement opposé à celui de « névrose » (4), et est retenu dans le paradigme psychanalytique et psychopathologique. Jean Bergeret propose un modèle distinguant les psychoses des névroses et des astructurations (ou « états-limites »). Elles sont de trois types : schizophréniques, paranoïaques et mélancoliques. Toutes présentent les mêmes registres cliniques. Ainsi, la nature du conflit se situe entre le Ca et la réalité. La nature de l'angoisse latente est de type angoisse de morcellement, angoisse de mort et angoisse de destruction. Le mode de relation d'objet est plus ou moins fusionnelle, sans distinction entre soi et autrui. Les mécanismes de défenses principaux sont le clivage du Moi, le déni de la réalité et la projection.

Cependant, la CIM-10, c'est-à-dire la Classification Internationale des Maladies actuelle abandonne cette distinction entre névrose et psychose. Le terme « psychose » est « utilisé simplement pour indiquer la présence d'hallucinations, d'idées délirantes ou de comportements manifestement anormaux (p. ex une agitation ou une hyperactivité très importante, un ralentissement psychomoteur net, ou un comportement catatonique) » (CIM-10/ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, p.3). De plus, le qualificatif « psychotique » n'est utilisé que par commodité (5). Ainsi, le terme de « psychose » renvoie à des symptômes à la fois positifs (délires, hallucinations), et négatifs (ralentissement psychomoteur, comportement catatonique). Le DSM (Diagnostic and Statistical

Manual), outil de classification et de statistiques des troubles mentaux, abandonne également la distinction entre la névrose et la psychose, et l'approche psychanalytique dès sa troisième version (DSM III) (6).

L'OMS donne toutefois une définition de la psychose. Les psychoses dont la schizophrénie sont caractérisées par une « distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement. » L'organisme cite les délires et les hallucinations comme expériences fréquemment rencontrées par les individus porteurs de ce type de trouble, soit les symptômes positifs de la maladie. Il met en avant les difficultés que ce type de troubles engendre dans la vie quotidienne, notamment dans le monde du travail ou des études. Enfin, l'OMS souligne la stigmatisation et la discrimination dont sont fréquemment victimes les personnes psychotiques (7).

De plus, dans la recherche, le terme de « psychose » est bien présent. Il en va de même en France, où les manuels à destination des étudiants en psychiatrie en font mention (8). La nosographie française définit le trouble psychotique par la présence de troubles délirants ou de troubles dissociatifs. Ce trouble peut être aigu ou chronique. Parmi les troubles chroniques, sont distinguées les psychoses non dissociatives (ou groupe des délires chroniques), caractérisées par la présence de délire systématisé, et les psychoses schizophréniques caractérisées par la présence d'un syndrome dissociatif au niveau des émotions, des pensées et des comportements (8).

Ainsi, il apparaît que le terme de « psychose » est peu précis, et ne renvoie pas à une pathologie ou à un ensemble de pathologies clairement identifiées. Il s'agit plutôt d'un qualificatif utilisé en présence de certains symptômes tels que les délires, les hallucinations, la désorganisation, et la dissociation. Ce terme est utilisé dans la pratique en France – en témoignent les manuels pour étudiants –, et dans la recherche.

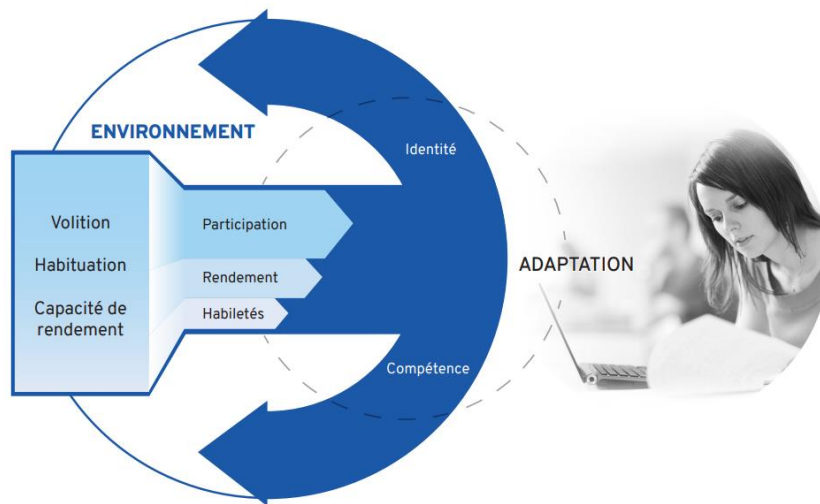
L'identité occupationnelle

L'identité occupationnelle est un concept issu du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), théorisé en 1980 par Gary Kielhofner. Il s'agit d'un des premiers modèles spécifiques à l'ergothérapie, établi afin de guider la pratique professionnelle, selon une approche holistique. Multiculturel, centré sur l'occupation¹ et centré sur la personne, le MOH permet d'adopter une

¹ Occupation humaine : « Le fait de réaliser des activités relevant de la productivité, du jeu ou de la vie quotidienne au sein d'un contexte temporel, physique et socioculturel, ce qui caractérise une grande partie de la vie humaine. » (traduction libre) (toutes les traductions effectuées par nos soins porteront la mention « traduction libre »)(9).

pratique fondée sur les preuves(9). La notion d'identité occupationnelle doit être appréhendée au sein de ce modèle pour être comprise.

Modèle de l'Occupation Humaine (9)



Le modèle de l'occupation humaine.

Adapté et traduit par Marcoux, C. (2017). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application, (5^e ed.). Wolters and Kluwer.

Le modèle comprend quatre dimensions : la personne ou « être occupationnel », la dimension de l'agir occupationnel, l'environnement, et l'adaptation occupationnelle.

La dimension de l'être occupationnel est constituée de la volition, c'est-à-dire ce qui motive une personne dans ses choix en fonction de ses déterminants personnels (sentiment de compétence), ses valeurs et ses intérêts, de l'habituation, soit les habitudes et les rôles tenus par la personne, et de la capacité de rendement c'est-à-dire les composantes spécifiques de la personne, qu'elles soient objectives, comme les structures physiques et mentales, ou subjectives : la manière dont se perçoit la personne (« corps vécu »).

La sphère de l'agir est composée de la participation occupationnelle, du rendement occupationnel, et des habiletés. Les habiletés sont des actions dirigées vers un but, pouvant être de type motrices, opératoires ou d'interaction et de communication. Elles constituent le rendement occupationnel, lequel constitue une étape, un élément de la participation occupationnelle. Celle-ci est la manière dont une personne va investir une occupation déterminée.

La dimension de l'environnement est constituée de l'environnement physique, social et occupationnel. L'environnement est en interaction réciproque avec tous les éléments du MOH.

En participant à plusieurs occupations, l'être occupationnel développe son adaptation occupationnelle, en fonction de la compétence et de l'identité occupationnelles (et toujours de l'environnement), conséquences des différents éléments de la personne, de l'agir occupationnel

et de l'environnement. La compétence occupationnelle est la manière dont la personne agit dans ses routines et ses rôles, organise sa vie de manière satisfaisante pour elle, en accord avec son identité occupationnelle et les obligations sociales auxquelles elle est soumise. L'identité occupationnelle est la représentation qu'a la personne sur elle-même en lien avec ses occupations passées et présentes, en fonction de ses différents rôles occupationnels passés et présents et de ce qu'elle aspire à devenir.

Identité et compétences occupationnelles sont déjà présentes chez la personne au début de la prise en soin ergothérapique. Le modèle les présente comme conséquences en tant qu'elles sont supposées devenir plus satisfaisantes pour la personne.

L'ergothérapeute appréhende la personne dans son environnement selon la dimension de la personne, sorte de portrait occupationnel réalisé à un instant déterminé. Cela lui permet de mieux comprendre la personne en tant qu'être occupationnel, et de pouvoir l'accompagner en travaillant avec elle sur ses occupations, dans la sphère de l'agir, en vue de l'adaptation occupationnelle.

Identité occupationnelle (9)

L'identité occupationnelle est donc la perception qu'une personne sur sa nature d'être occupationnel, issue de son histoire occupationnelle, soit sa perception sur sa volition, ses routines et ses rôles, et sa capacité de rendement.

Kielhofner la définit comme « la représentation qu'a la personne sur elle-même en lien avec ses occupations, en fonction de ses différents rôles occupationnels et de ce qu'elle aspire à devenir, toujours en lien avec ses occupations ».

Bien que subjective, la manière dont un individu se perçoit est influencé par la manière dont les autres le perçoivent. Aussi, l'identité occupationnelle d'une personne sera impactée d'une manière plus ou moins marquée par les représentations d'autrui.

Enfin, l'identité occupationnelle des personnes adultes peut être mesurée grâce à l'*Occupational Performance History Interview second version* (OPHI-II). Cet outil validé du MOH permet d'appréhender l'identité et la compétence occupationnelles passées et présentes. L'évaluation est constituée d'un entretien semi-directif explorant l'histoire occupationnelle de la personne, et de trois échelles de mesure : les échelles de l'identité occupationnelle, de la compétence occupationnelle et de l'environnement.

Rapport d'implication et de distanciation

Les termes de notre thématique ayant été explicités, il est désormais nécessaire d'évaluer notre rapport d'implication et de distanciation avec le sujet choisi.

Le domaine de la psychiatrie nous intéresse particulièrement car c'est un domaine dans lequel de nombreuses problématiques éthiques sont soulevées, notamment en lien avec la question de la normalité face à celle de la pathologie, ou encore le respect de la personne dans ce qu'elle est. Nous nous demandons ce qu'est être « normal » pour un individu, et surtout selon qui l'est-on. Est-on « normal » dans une société car l'on correspond à ses exigences ? Est-on normal car on agit de manière similaire à la majorité des individus vivant dans notre communauté ? Qui juge de cela ? N'est-ce pas injuste de refuser à un individu le respect de son mode de fonctionnement, de ses modes d'être et d'agir simplement parce qu'il ne correspond pas à ce que la société, ou la majorité attend de lui ? Or, au moment où ce travail a été entrepris, nous avions peu d'expérience ergothérapique en psychiatrie. Ce travail était donc l'occasion d'explorer un domaine encore nouveau pour nous, de manière *a priori* neutre.

Question socialement vive, utilité et enjeux

La thématique choisie comporte un enjeu de santé publique. En effet, selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), il y a 14 548 ergothérapeutes en France au 1^{er} janvier 2021 (10). Le nombre d'ergothérapeutes travaillant en psychiatrie n'est pas connu, car aucun recensement n'a été réalisé. Selon le site de l'Assurance maladie, en 2018, il y a 437 600 personnes prises en charge pour troubles psychotiques, soit 7,55% de la population française (11).

En outre, en 2016, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) publie un guide de recommandations de bonnes pratiques dans l'accompagnement des adultes en situation de handicap psychique dans lequel sont pris en considération la place de l'individu en tant qu'acteur et citoyen, sa vie affective, l'accès au logement, l'accompagnement à la vie quotidienne, à l'emploi et à la formation, et la santé (12).

De plus, en 2015, le Groupe de Réflexion En Santé Mentale (GRESM), constitué d'ergothérapeutes, publie le Livre Blanc sur l'Ergothérapie en Santé Mentale. Dans ce dernier, il est mentionné que « Lors de la réhabilitation, il faut pouvoir [...] donner [aux personnes atteintes

de pathologies psychiatriques] un maximum d'informations et de conseils pour que l'ancien patient redevienne un sujet à part entière, qu'il retrouve sa place et son rôle dans sa propre cellule familiale » (13). L'objectif principal de ce Livre Blanc est de promouvoir l'ergothérapie en santé mentale, de mieux affirmer et identifier la profession dans ce domaine (13). En ce sens, l'étude de notre thème peut également contribuer à la visibilité en psychiatrie de l'ergothérapie. Ainsi, le thème étudié comporte également un enjeu ergothérapique.

La thématique choisie comporte en outre un enjeu éthique fort. La recherche actuelle mentionne les difficultés rencontrées par les individus vivant avec une pathologie psychotique dans leur propre environnement : réduction des contacts sociaux, difficultés pour construire une relation amoureuse durable, difficultés d'accès à l'emploi ou à un logement (2).

Selon un sondage IPSOS effectué en 2014, 74 % des Français considèrent que les personnes souffrant de maladie mentale représentent un danger, et 45% estiment qu'elles représentent un danger pour les autres. 35% des Français seraient gênés de travailler dans la même équipe qu'une personne atteinte de maladie mentale, et 30% seraient gênés de partager un repas avec elle. Les Français estiment que les individus atteints de maladie mentale ont besoin d'être assistés dans leur vie de tous les jours (54%), qu'ils ne peuvent exercer d'activités professionnelles (14%), et qu'ils ne peuvent vivre en société, et doivent être isolés (8%). Ces résultats peuvent sembler alarmants, mais le sondage présente une comparaison avec les résultats de 2009 : la représentation négative de la maladie mentale a diminué. Selon l'organisme de sondage, il semble que ces statistiques soient corrélées à un manque de connaissance de la population française quant à la maladie mentale. (14).

Face à cette réalité sociale de stigmatisation, s'organisent des acteurs comme le site Psycom, organisme national d'information sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation (15). De plus, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit, dans ses articles 4 et 11, le développement de « groupes d'entraide mutuelle » (GEM) (16), soit des groupes de pairs à visée d'information, de prévention, de compensation et de soutien mutuel. Les personnes en situation de handicap deviennent ainsi acteurs de la reconnaissance de leurs difficultés (17). Dans une logique semblable, la pair-aidance se professionnalise dès 2012 avec l'expérimentation menée par le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé France pour la santé mentale (18). Des usagers ou anciens usagers de services de santé mentale sont embauchés en Contrat à Durée Déterminée pour accompagner des usagers de services psychiatriques dans leur rétablissement.

De plus, des associations de familles s'organisent, telle que l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) (19), dans le but d'informer les proches sur la maladie mentale, les soins, les recours possibles, etc. Enfin, l'article R. 3224-9.-I du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale prévoit l'implication des personnes en situation de handicap psychique, et de leur entourage dans l'élaboration et la mise en pratique de projets de soins dans les domaines sociaux ou médico-sociaux (20), ce qui montre qu'il y a un enjeu juridique à explorer ce thème.

Revue de littérature

Une fois la résonnance du thème explicitée, la constitution de la revue de littérature peut commencer.

Choix des bases de données, équation de recherche et mots-clefs (voir Annexe 1 p. 74)

PubMed a été sélectionnée, en tant que base de données regroupant des articles scientifiques dans le champ médical et paramédical, de même que Science Direct. Semantic Scholar a également été retenue pour la recherche, car cette base de données regroupe un grand nombre d'articles scientifiques. Enfin, le moteur de recherche Google Scholar a été utilisé.

Les mots-clefs de notre recherche sont « identité occupationnelle » et « psychose ».

L'équation de recherche est donc « identité occupationnelle ET psychose ». En anglais, l'équation devient « *occupational identity AND psychosis* ».

Les résultats issus de cette première recherche ont conduit à établir une seconde équation de recherche : « ergothérapie ET psychose ET Modèle de l'Occupation Humaine OU identité occupationnelle », ce qui devient en anglais « *occupational therapy AND psychosis AND Model Of Human Occupation OR occupational identity* ».

Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus les articles scientifiques, les études ou articles de revue de 1999 à 2021 afin d'avoir un état des lieux de la recherche récente. Lors de l'application de ce critère, il a été noté que très peu d'études en lien avec l'identité chez les personnes psychotiques ont été publiées avant cette période. Les articles n'évoquant pas explicitement le concept d'identité occupationnelle mais abordant la question de l'identité en lien avec les activités ont été retenus. Enfin, les articles non

accessibles gratuitement ont également dû être exclus, par manque de ressources financières. Des demandes auprès des chercheurs ont été effectuées, mais aucune étude n'a été transmise par la suite.

Une seconde recherche selon les mêmes critères, les mêmes mots-clefs et les mêmes bases de données a été lancée en mai 2022, afin de mettre à jour la revue de littérature. Ont été inclus les articles de 1999 à 2023, certaines bases de données telle que Science Direct proposant cette possibilité. Un article a été ajouté en utilisant la première équation de recherche.

Analyse critique de la revue de littérature (voir Annexe 2 p.75)

Quatorze études ont été retenues, et aucune n'est française. Huit articles sont issus de revues ergothérapeutiques. Douze études, qu'elles soient quantitatives, qualitatives ou des revues de littérature, présentent un bon niveau de scientificité. Deux études qualitatives n'explicitent pas assez la méthode employée pour l'analyse des résultats (21) (22) et ont donc un niveau de scientificité moins élevé que les autres. Seule une étude quantitative mentionne l'identité occupationnelle de manière explicite. Cependant, elle porte sur un petit échantillon de convenance et a été réalisée sur une courte période de temps (23), mais ses résultats ont été corroborés par d'autres études en ce qui concerne le lien entre identité occupationnelle, espoir et symptômes dépressifs (24) (25) (26).

Trois thématiques ont émergé de la revue de littérature : l'identité de la personne psychotique, l'identité occupationnelle de la personne psychotique, et l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine dans la pratique ergothérapeutique auprès de personnes atteintes de psychose.

L'ensemble de ces résultats se corroborent et se complètent. Aucun axe d'opposition n'a été constaté.

L'identité de la personne psychotique

Makdisi et al., chercheurs ergothérapeutes, proposent de définir, à la suite d'une étude collaborative exploratoire des perspectives des usagers en santé mentale, six aspects du soi chez les personnes vivant avec la psychose. Les trois premiers aspects du soi relèvent d'un certain épanouissement personnel. Le Moi social, tout d'abord, renvoie au sentiment d'appartenance et de sécurité éprouvé par une personne. Le Moi occupationnel correspond à la confiance et à l'engagement dans des activités significatives. Le Moi intégré est cet aspect de l'identité relevant

de la stabilité, de l'équilibre et de l'indépendance. Le soutien social dont va bénéficier une personne, notamment de la part de son entourage proche, le fait d'être engagée dans des activités significatives, et le fait de pouvoir s'intégrer constituent ainsi des facilitateurs pour la constitution d'une identité ressentie comme positive par la personne. Viennent ensuite trois autres aspects, plus négatifs, de l'identité. Ainsi, le Moi insupportable correspond au sentiment de ne pas être normal, conséquence d'un sentiment de manque de soutien social. Le Moi stigmatisé est le fait de se sentir exclu et dévalorisé, engendrant une estime de soi peu élevée. Ainsi, les proches qui ne comprennent pas la maladie et ce que vit la personne psychotique, la stigmatisation et le fait de rester seul sont des obstacles à un sentiment d'identité positif (21).

Ce sentiment d'identité n'est jamais fixe, et varie chez chacun au cours du temps, et selon l'expression de certains symptômes psychotiques, tels que les délires grandioses. Isham et al. ont étudié l'expérience de ce type de délires, et ont mis en évidence l'aspect hautement significatif qu'ils pouvaient avoir pour les personnes psychotiques. Ce type d'expérience permet de donner du sens à des expériences difficiles et douloureuses, permet de trouver des buts. L'identité de soi est alors renforcée lors de ce type d'expérience, pourtant porteuse de nombreuses conséquences préjudiciables, à tous les niveaux de vie de la personne : physique, sexuel, social, affectif...(27) Il faut se demander dans quelle mesure l'expérience de ce type de délire impacte l'identité occupationnelle actuelle d'une personne psychotique.

Conneely et al. viennent compléter l'examen de l'identité chez la personne psychotique, en étudiant les variations d'identité. Ces changements peuvent être compris selon cinq axes. Tout d'abord, les changements peuvent être la conséquence d'éléments pathologiques propres à la maladie mentale. D'une part, ils peuvent provenir des caractéristiques de la maladie psychotique, à savoir la fragmentation du Soi. D'autre part, ils peuvent être la conséquence de troubles cognitifs dont peuvent souffrir les personnes atteintes de psychose. Mais ces variations peuvent également être le produit d'éléments intrapersonnel, à savoir la stigmatisation intériorisée, et interpersonnel, à savoir la perte des rôles et des relations. Ces quatre axes impactent négativement l'identité de la personne. Les changements identitaires sont ici vécus comme des pertes identitaires. Le cinquième axe de changement, en revanche, est neutre voire positif et correspond au reflet de l'évolution interne de la personne, à la transformation du sens de soi, à la signification donnée à ces variations identitaires (28).

La notion de perte de rôle lors de dynamiques identitaires chez les personnes atteintes de pathologies psychiatriques est explorée plus profondément par Sercu et al. La perte de rôle

advient lors du déclenchement de la maladie mentale. Les personnes expérimentent à la fois un rejet d'être usager des services de santé mentale – là où vont les « fous », et la honte d'être malade face au regard de leur entourage. L'acceptation du fait d'être malade et de devoir tenir ce rôle pour se rétablir correspond à une modification des identités de rôles : il s'agit de s'éloigner ou de perdre d'anciens rôles pour endosser celui de malade, afin de demander de l'aide. Tenir au mieux ce rôle implique parfois de mettre à distance les attentes de rôles sociaux, familiaux et professionnels. Enfin, dans le processus de rétablissement, surgit l'espoir de rôles autres, certains complètement nouveaux, d'autres construits autour de l'identité de « malade » (22). La manière dont les personnes se représentent leurs rôles sociaux passés, présents et futurs relève du concept d'identité occupationnelle.

L'identité chez la personne psychotique est donc étudiée en profondeur par la recherche, tant ergothérapique (21) que médicale et psychiatrique (28), ou encore sociologique (22). Cependant, l'identité occupationnelle de la personne psychotique est très peu appréhendée en tant que telle dans la recherche en ergothérapie, et inexistante dans la recherche française.

L'identité occupationnelle de la personne psychotique

La seule étude traitant spécifiquement l'identité occupationnelle est très récente (2020), et concerne de manière spécifique les personnes schizophrènes. En outre, le concept d'identité occupationnelle n'est pas mesuré seul, mais en lien avec la compétence occupationnelle, au moyen de l'*Occupational self Assessment* (OSA), outil du MOH, qui permet de décrire l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle d'un usager. Les résultats de l'étude indiquent que l'espoir et les symptômes dépressifs prédisent l'identité occupationnelle (23). Ces résultats sont corroborés par deux autres études, qui appréhendent certains aspects de l'identité occupationnelle, sans mettre en évidence la notion. Ainsi, MacDougall et al. appréhendent la perception de soi dans l'avenir. Ils montrent qu'il y a une corrélation entre la représentation de soi-même dans le futur, et la relation entre la perception de la maladie et les symptômes dépressifs. Autrement dit, une vision négative de soi dans le futur est corrélée à une dépression plus importante (25). Berry et Greenwood évoquent l'interaction réciproque entre l'espoir et les évolutions positives constatées par les patients lors de leur traitement (24). La relation thérapeutique et les attentes positives des professionnels sont également en interaction réciproque avec l'espoir.

Au-delà de l'interaction et de la relation porteuses d'espoir, l'appartenance à des groupes sociaux, en particulier à des groupes d'amis, constituerait un facteur de protection contre les symptômes dépressifs (26).

L'expérience du volontariat permet aux personnes atteintes de troubles mentaux graves de reconstruire leur identité, de se sentir valorisées, appréciées et acceptées en tant que personnes « normales » - par opposition à la perception d'une personne « malade » (29). Ces résultats sont corroborés par Hitch et al. qui montrent que l'engagement dans des occupations donne le sentiment aux personnes d'être « plus qu'un schizophrène », sentiment amplifié par les relations interpersonnelles valorisantes lors de ces occupations. Les chercheurs mettent également en évidence le fait que l'engagement dans des occupations de la vie quotidienne procure à ces personnes un certain sentiment de responsabilité face à leur santé. Enfin, l'emploi est une occupation très significative qui impacterait le rétablissement plus que les soins personnels ou les relations. Le travail est vécu comme un élément important du maintien d'un contexte social et une source de sens et d'utilité dans la vie (30). Le fait que l'engagement dans un travail même non rémunéré donne une identité à la personne psychotique, et soit un vecteur de participation et d'inclusion sociale est également relevé par Blank et al. Les chercheurs ont également identifié les réflexions des participants de l'étude sur le travail présent, passé et espéré, en lien avec leur identité. Pour certains, il s'agit d'intégrer ce nouveau moi « malade psychiatrique », et pour d'autres, il s'agit de reconstruire une nouvelle identité professionnelle (31).

Des éléments en lien avec l'identité occupationnelle chez les personnes psychotiques sont donc évoqués par la recherche, mais la notion est encore peu mise en évidence de manière explicite. Elle ressort à-travers l'utilisation de l'OPHI-II, qui est un outil du MOH. Il semble dès lors nécessaire d'explorer le concept au sein du modèle d'où il est issu, à savoir le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

Représentations du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) dans la pratique ergothérapique auprès des personnes psychotiques

La majorité des ergothérapeutes utilisant le MOH comme modèle principal estiment que l'utilisation de ce modèle améliore les évaluations des usagers, l'établissement des objectifs thérapeutiques et la conduite d'interventions pertinentes. Le MOH permet de mieux structurer le raisonnement clinique des professionnels qui l'utilisent, au-travers notamment une meilleure priorisation des besoins des usagers, donc un établissement d'objectifs thérapeutiques plus

pertinent, et la possibilité de mesurer même les plus petits changements chez les usagers (32). Il permet également de développer les capacités d'observation des ergothérapeutes, de mieux identifier les besoins des bénéficiaires, et leurs capacités. La satisfaction des usagers des services psychiatriques quant au service d'ergothérapie est également plus importante. Les ergothérapeutes indiquent que leur pratique est plus centrée sur l'occupation, ce qui permet une meilleure communication au sein des équipes pluridisciplinaires et une meilleure valorisation de leur identité professionnelle, sans toutefois en préciser les conditions ni les modalités (33) (32). De plus, si plusieurs ergothérapeutes rapportent que l'utilisation du MOH a permis aux usagers de réfléchir sur leurs difficultés, sur leur motivation, sur leur récupération et sur leur inclusion sociale, il n'est pas explicité de quelle façon ces différents éléments ont pu être améliorés chez les usagers (32).

Cependant, utiliser le modèle dans la pratique demande du temps et de l'organisation (32). Le MOH peut également sembler obscur et difficile à transposer dans la pratique clinique (34). L'utilisation d'outils tel que *l'Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale* (OCAIRS) semble aider les ergothérapeutes à s'approprier la théorie apportée par le MOH. En effet, l'OCAIRS est un guide d'entretien permettant de recueillir des informations sur les usagers selon les concepts du MOH. Il permet ainsi aux professionnels d'être guidés dans l'utilisation du modèle sur le terrain de pratique (34).

Dans deux des trois études sélectionnées, la majorité des ergothérapeutes interrogés avaient bénéficié de la formation proposée par *l'United Kingdom Center for Outcomes Research and Education* (UKCORE) en Angleterre (33) (32). Pour les ergothérapeutes, être formés sur leur lieu de pratique leur permettrait une meilleure appropriation du modèle. Cela est corroboré par les résultats de la recherche-action participative menée par Wimpenny et al., laquelle consistait à étudier et accompagner les ergothérapeutes dans la mise en place du Modèle de l'Occupation Humaine dans leur service d'ergothérapie en santé mentale. La formation progressive sur le lieu de travail même a permis aux professionnels de se familiariser peu à peu avec la théorie, et de pouvoir l'appliquer dans leur pratique. De plus, le fait que plusieurs professionnels suivent cette formation en même temps a été un atout dans le processus d'apprentissage (34). Dans la mesure où des difficultés de compréhension et de transposition du modèle sont mises en évidence, comment les ergothérapeutes ne bénéficiant pas de telles formations guidées sur leur lieu d'exercice peuvent-ils utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine ? Comment alors se saisir du concept d'identité occupationnelle si le modèle dont il est issu n'est pas bien compris par les ergothérapeutes ?

Quant à l'outil d'évaluation de l'identité occupationnelle, l'OPHI-II, les ergothérapeutes l'ayant utilisé avec le processus de remotivation ont indiqué avoir développé une meilleure relation avec les usagers. Mais certains professionnels ayant employé l'outil ont aussi affirmé se sentir mal à l'aise face à la quantité d'informations personnelles demandées à l'utilisateur (32). Le MOH requiert en effet d'être centré sur la personne et sur l'occupation. Or cela pousse les professionnels à aller explorer la personnalité et la vie des usagers.

Problématisation pratique et circonscription du thème :

Si l'identité chez la personne psychotique est étudiée de manière précise par la recherche – y compris la recherche ergothérapique, seule une étude récente fait mention de l'identité occupationnelle de manière explicite. Malgré la paucité des recherches sur l'identité des personnes atteintes de psychose, des éléments en lien avec l'identité occupationnelle sont mis en évidence. Ainsi, l'identité occupationnelle chez une personne psychotique dépend de la possibilité pour elle de se projeter avec espoir dans l'avenir, de pouvoir assumer des rôles valorisants socialement notamment dans la sphère de la productivité, et dans l'établissement de relations interpersonnelles positives. Néanmoins, il n'a pas été trouvé d'études explorant les pratiques ergothérapiques qui tiendraient compte de la notion d'identité occupationnelle. L'OPHI-II est évoqué, mais les objectifs et les conséquences de l'utilisation de l'outil ne sont pas mentionnés. Il semble toutefois que cette évaluation, en association avec le processus de remotivation ait permis une meilleure relation avec les usagers, mais cela reste une hypothèse. Un certain malaise de la part des professionnels ayant utilisé l'OPHI-II est soulevé quant à la quantité d'informations demandées. Dès lors, dans quelle mesure les ergothérapeutes se sentent-ils d'aller explorer l'identité occupationnelle de leurs usagers ? En outre, aller chercher des informations aussi nombreuses auprès de personnes atteintes de psychose ayant des problématiques identitaires spécifiques à la pathologie est-il pertinent ? Autrement dit, l'OPHI-II est-il applicable à tous les stades de la maladie psychotique, quelle que soit la gravité des symptômes identitaires ?

De plus, si Kielhofner propose uniquement l'OPHI-II pour mesurer l'identité occupationnelle chez les adultes (9), la recherche fait mention de la mesure du concept avec l'OSA (23). Dans la mesure où la définition de l'identité occupationnelle renvoie à la perception qu'a un individu sur ses valeurs, ses intérêts, ses rôles et ses habitudes, ses capacités, - ce qui renvoie à la dimension de l'être occupationnel -, et son rapport à son environnement dans sa vie passée, présente et future, il paraît cohérent que d'autres outils puissent faire émerger cette identité. L'OSA permet

de mesurer la volition, l'habituatation et les capacités d'une personne, au moyen notamment du recueil de son histoire occupationnelle. L'OCAIRS permet également d'avoir un état des lieux de la dimension de la personne, ainsi que le *Model Of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST)(9). En outre, l'examen de la mise en pratique du MOH révèle que, si l'utilisation de ses éléments théoriques est avantageuse pour les professionnels qui les maîtrisent, ils peuvent être difficile à comprendre et à utiliser dans la pratique clinique. Une formation et un accompagnement des ergothérapeutes quant à l'utilisation du modèle dans leur pratique clinique est vécue comme un atout. Une étude effectuée auprès d'ergothérapeutes anglais montre qu'il y a un taux d'utilisation plus important du MOH comme modèle principal en Angleterre, où une proposition de formation des professionnels au niveau national a été mise en place, par rapport aux Etats-Unis : 92,1% face à plus de 80% outre-Atlantique (33). Dans la mesure où la recherche ne fait mention que d'une initiative britannique dans ce sens, comment les ergothérapeutes n'ayant pas accès à ce type de formation peuvent-ils s'approprier les éléments théoriques du MOH, notamment l'identité occupationnelle ? Existe-il ce type de formations sur le terrain en France ?

La recherche francophone en ergothérapie ne fait pas mention de la notion d'identité occupationnelle chez les personnes psychotiques. Dans quelle mesure les ergothérapeutes ces pays connaissent-ils cette notion ? Utilisent-ils cette notion dans leur raisonnement clinique auprès des personnes atteintes de psychose ? Cette notion apparaît-elle de manière implicite ? Explicite ? Sont-ils familiers avec les éléments théoriques du Modèle de l'Occupation Humaine ? Ont-ils bénéficié de formations leur permettant de mettre en place ces éléments dans leur pratique ? Utilisent-ils des outils du modèle avec les personnes atteintes de psychose ? Dans quelle mesure prennent-ils en considération l'identité occupationnelle des personnes psychotiques ?

Enquête exploratoire

Objectifs

Afin de trouver des réponses à cette problématisation pratique, une enquête exploratoire va être menée. Les objectifs généraux de cette enquête sont les suivants :

- Explorer un nouveau domaine ou un problème
- Chercher à comprendre et à décrire un phénomène

- Poser ou vérifier des hypothèses (ici : les ergothérapeutes appréhendent la notion d'identité occupationnelle auprès des personnes psychotiques ; et la notion d'identité occupationnelle est utilisée de manière plus ou moins explicite selon l'utilisation du MOH par les ergothérapeutes)

Les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer dans quelle mesure l'identité occupationnelle est une notion familière aux ergothérapeutes francophones.
 - La connaissent-ils ?
 - En tiennent-ils compte dans leur pratique ?
 - De manière implicite/explicite ?
 - Dans leur raisonnement clinique ? Dans le recueil de données ? Dans l'établissement des objectifs ? Au niveau de la relation thérapeutique ?
- Dans quelle mesure utilisent-ils le MOH dans leur pratique ? (Les concepts théoriques ? Les outils ?)
- Quelle est leur vision du concept d'identité occupationnelle ? Quelle représentation se font-ils de l'utilisation du MOH ?

Population cible et sites d'exploration :

La population cible de l'enquête correspond aux ergothérapeute francophones, c'est-à-dire les ergothérapeutes exerçant dans l'un des douze pays mentionnés par la *World Federation of Occupational Therapy* (WFOT). La WFOT, dans son Guide de pratique internationale de l'ergothérapie, mentionne douze pays francophones membres de l'organisation : Belgique, Canada, France, Haïti, Liban, Luxembourg, Madagascar, Maurice, Maroc, Rwanda, Seychelles et Suisse (35). Sont donc inclus les ergothérapeutes travaillant dans ces pays en santé mentale, et ayant au moins un an d'expérience auprès des personnes psychotiques. Sont exclus les ergothérapeutes travaillant dans d'autres pays francophones non mentionnés par le guide de la WFOT. Aucun critère d'exclusion n'est mis sur les sites d'exploration, d'une part car les lieux de pratique peuvent varier d'un pays à l'autre, et d'autre part dans le but d'obtenir le plus de résultats possibles. Sont donc inclus les ergothérapeutes travaillant en institutions, en établissements sociaux, médico-sociaux, en libéral, et dans la santé communautaire, ou santé de proximité.

Choix de l'outil du recueil de données :

Le questionnaire est l'outil de recueil de données le plus pertinent pour cette enquête. En effet, les caractéristiques d'un questionnaire correspondent aux objectifs généraux et spécifiques recherchés. Ainsi, il va s'agir de décrire les caractéristiques d'une population, celle des « ergothérapeutes francophones » auprès des personnes psychotiques, sur le thème de l'identité occupationnelle. Il va également falloir estimer des valeurs absolues, soit la quantité d'ergothérapeutes connaissant l'identité occupationnelle, la quantité de professionnels qui l'utilisent, et de quelle manière ils l'utilisent (implicite ou explicite), la quantité d'ergothérapeutes connaissant le MOH et ses outils. Il sera également pertinent d'estimer des valeurs relatives, soit la proportion d'ergothérapeutes connaissant et/ou utilisant l'identité occupationnelle, les concepts et outils du MOH dans chaque pays francophone. Il s'agira également de vérifier des hypothèses, telles que proposées plus haut dans les objectifs généraux.

L'usage d'un questionnaire comporte plusieurs avantages. L'anonymat garanti par l'outil peut rassurer l'enquêté et permet ainsi l'obtention d'informations plus personnelles et honnêtes, réduisant ainsi les biais de désirabilité sociale dus à la présence de l'enquêté. Le questionnaire permet une meilleure adaptation à l'emploi du temps des participants car ils peuvent choisir quand répondre. Cela engendre des réponses plus réfléchies. Enfin, un public nombreux peut être accessible, y compris des individus éloignés. Au regard de la population cible, le choix de cet outil est particulièrement adapté.

Cependant, le choix d'un questionnaire comporte également quelques inconvénients, dont il faut tenir compte pour une utilisation pertinente de cet outil. Un questionnaire demande un travail important d'élaboration notamment dans la formulation des questions. En effet, si la formulation n'est pas claire, l'enquêté peut ne pas répondre ou répondre de façon biaisée aux questions. Le biais de cadrage est donc à anticiper. De plus, dans le cas où le questionnaire est diffusé via les réseaux sociaux, il est possible que des personnes non visées y répondent, faussant ainsi les réponses. A cela s'ajoute le manque de certitude quant au fait que la personne visée réponde seule à l'enquête. En outre, l'emploi d'un questionnaire ne laisse pas de place à la spontanéité, et le chercheur est privé des informations non verbales.

Il est également essentiel d'anticiper les biais possibles quant à l'utilisation d'un tel outil. Par essence, un questionnaire engendre des biais de raisonnement dichotomique, en laissant peu de place aux nuances dans les réponses. Proposer plusieurs réponses en y ajoutant un item « autre »

peut prévenir ce type de biais. Des biais de désirabilité sociale peuvent également advenir. L'ordre des questions et leur formulation peuvent aider à anticiper la survenue d'un tel biais. Des tendances peuvent également influencer la fiabilité des réponses. Il faut donc en tenir compte et les anticiper lors de l'élaboration du questionnaire. Ainsi, la tendance à l'acquiescement peut être prévenue en changeant la forme des questions et des réponses.

Test du questionnaire

Une première matrice de questionnaire a été établie. Une première version du questionnaire a été réalisé au moyen de GoogleForm®. Les questions s'organisent en quatre parties. Tout d'abord, des informations sur la populations sont demandées (consentement, profession, pays d'exercice, âge, année d'obtention du diplôme, lieu d'obtention du diplôme, lieux de pratique, population prise en soin, temps passé auprès des personnes psychotiques et temporalité de la prise en soin auprès du public psychotique), afin de sélectionner les participants et de les connaître. Les trois autres parties du questionnaire correspondent exactement aux objectifs spécifiques tels que décrits plus haut.

Le questionnaire a été testé auprès d'un échantillon. Après l'avoir envoyé par mail à une dizaine de professionnels français, des modifications formelles du questionnaire ont été effectuées : des sections ont été ajoutées, afin que les enquêtés ne puissent pas voir toutes les questions, et ainsi limiter les biais de réponses. Cela a créé une seconde version du questionnaire. Ainsi, les ergothérapeutes ayant répondu après avoir été relancés par mail ont participé à un autre questionnaire que celui auquel avaient déjà répondu quelques professionnels. Trois ergothérapeutes français ont répondu à la première version, un ergothérapeute français a répondu à la seconde version. Il est donc à noter qu'une fois le questionnaire envoyé, il est préférable de ne plus le modifier.

A la suite de ce test, le questionnaire a été modifié (voir le compte-rendu des modifications en Annexe 3 p.97).

La matrice finale du questionnaire se trouve en Annexe 4 p.98.

Réalisation du questionnaire

L'enquête exploratoire a été diffusée sur plusieurs groupes ou pages Facebook®. La liste de ces groupes se trouve en Annexe 5 p.105. Deux professionnels ont également été contactés afin de

diffuser l'enquête au Canada et en Suisse. Trente-quatre réponses ont été apportées en deux semaines. L'une de ces réponses a été supprimée, car l'ergothérapeute ayant répondu ne remplissait pas tous les critères d'inclusion de la population interrogée.

Résultats de l'enquête exploratoire et analyse

Parmi les questions proposées, quinze sont des questions fermées à réponse unique, dont sept relèvent d'un choix binaire (oui ou non), ce qui permet de sélectionner la population enquêtée, et d'avoir une réponse simple à une question précise. Les huit autres questions sont des choix multiples à réponse unique, dont deux proposent une réponse « autre ».

Six questions sont à choix multiples avec réponses multiples, dont cinq proposant une réponse « autre », afin de recueillir des réponses spécifiques et précises chez les participants.

Sept questions sont ouvertes et servent à demander l'âge et l'année d'obtention du diplôme, à savoir ce qu'est l'identité occupationnelle pour les ergothérapeutes, mais aussi à approfondir les réponses à certaines questions et ainsi avoir une meilleure vision des perspectives des ergothérapeutes. Elles permettent de mieux comprendre les raisons amenant un professionnel à utiliser un modèle en particulier, ou au contraire à ne pas en utiliser, l'apport d'une formation au MOH, les conceptions des ergothérapeutes sur l'utilisation du MOH dans la pratique auprès des personnes psychotiques et la prise en considération de l'identité occupationnelle auprès de ce même public. Ces questions ouvertes ont été traitées par analyse thématique.

Parmi toutes ces questions, cinq sont proposées en fonction des réponses à d'autres questions, afin d'avoir des informations complémentaires, telles que décrites dans les modifications du questionnaire (voir Annexe 4 p.98).

a. Présentation de la population - voir Tableau 1 :

Les ergothérapeutes de seulement quatre pays, le Canada, la France, la Suisse et la Belgique ont répondu à l'enquête. La population ayant participé à l'enquête n'est donc pas représentative de la population cible. L'échantillon d'ergothérapeutes dans chaque pays est trop petit pour être représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes exerçant dans le pays. En effet, selon la WFOT, en 2019, 18 254 ergothérapeutes exercent au Canada, 3 400 professionnels en Suisse, et 12 00 en Belgique (35). Le nombre d'ergothérapeutes en France a déjà été donné plus haut. De plus, si la proportion d'ergothérapeutes ayant répondu exerçant au Canada, en France et en Suisse est

similaire, 11 professionnels canadiens, 9 professionnels français et 12 ergothérapeutes suisses, il n'en va pas de même pour ceux exerçant en Belgique : seul un professionnel du pays a répondu. Dans l'analyse des données, la comparaison entre les ergothérapeutes exerçant dans les différents pays ne peut donc être fiable. Cependant, il s'agit d'une étude exploratoire, servant à obtenir des données préliminaires sur un sujet très peu recherché. Les résultats constituent donc les prémisses de la compréhension de ce sujet.

Une première analyse des résultats a été réalisée en comparant les réponses des participants pays par pays. L'analyse n'a pas relevée de différences significatives.

Tableau 1 : Présentation de la population

| | |
|---|--|
| Pays | Belgique : 1 (3%) Canada : 11 (33%) France 9 (27%) Suisse : 12 (37%) |
| Âge | Entre 21 et 30 ans : 14 (43%) Entre 31 et 40 ans : 11 (33%) Entre 41 et 50 ans : 5 (15%) Entre 51 et 60 ans : 2 (6%) Plus de 61 ans : 1 (3%) |
| Année d'obtention du diplôme | Avant 2000 : 4 (12%) Entre 2000 et 2004 : 4 (12%) Entre 2005 et 2009 : 5 (15%) Entre 2010 et 2014 : 5 (15%) Entre 2015 et 2019 : 14 (43%) Après 2019 : 1 (3%) |
| Lieu d'obtention du diplôme | Belgique : 3 (9,1%) Canada : 10 (30,3%) France : 9 (27,3 %) Suisse : 10 (30,3%) Autre : 1 (3%) |
| Lieu d'exercice (38 au total) | Institution : 17 (51,5%) Etablissement médico-social : 6 (18,2%) Association : 1 (3%) Libéral : 8 (24,2%) Santé communautaire/de proximité : 6 (18,2%) |
| Temps de travail sur une semaine auprès des personnes psychotiques : | Entre 31 et 40h : 9 (27,3%) Entre 21 et 30h : 3 (9,1%) Entre 10 et 20h : 6 (18,2%) Moins de 10h : 15 (45,5%) |

b. Prise en considération de l'identité occupationnelle dans la pratique auprès des personnes psychotiques – voir Tableau 2 :

Sur les 33 participants à l'enquête, 5 affirment ne pas connaître le concept d'identité occupationnelle. Dans la présentation du questionnaire diffusé, la notion d'identité occupationnelle était mise en évidence. Il est donc possible qu'un biais d'échantillonnage soit présent ici : peut-être que seuls les professionnels intéressés par le sujet ont participé à l'enquête. Il faut noter que l'un des enquêtés a affirmé ne pas connaître le concept, puis en a donné une définition précise, et a indiqué utiliser explicitement la notion.

La majorité des professionnels, tous pays confondus, indiquent utiliser le concept de manière implicite (27/33 ergothérapeutes, soit 82%), dans tous les aspects de la prise en soin. En effet, la proportion d'ergothérapeutes tenant compte de l'identité occupationnelle dans le recueil de données (26/33 professionnels, soit 78%), dans le raisonnement clinique (25/33, soit 75,8%), dans l'établissement des objectifs (24/33, soit 72,7%) et dans la relation thérapeutique (24/33, soit 72,7%) est similaire. Un professionnel a précisé en tenir compte « tout au long de l'accompagnement, également dans la définition des moyens ».

Les définitions de l'identité occupationnelle (cf. Annexe 6 p.105) proposées par les enquêtés ont été traitées par analyse thématique. Seul l'un des participants (soit 3% de l'échantillon) n'a pas proposé de définition. Il est à noter que c'est l'ergothérapeute le plus âgé de l'échantillon. Les définitions données par ceux qui affirment ne pas connaître le concept et ceux qui affirment le connaître sont similaires. Les définitions données ont été traitées par analyse thématique. Cinq aspects de l'identité occupationnelle ont été mis en évidence (en gras les aspects les plus souvent apparus dans les réponses) :

- **Activités d'une personne** (dimension objective de l'identité)
- **Manière dont une personne s'identifie à-travers ses occupations** (dimension subjective de l'identité)
- Notion en lien avec la dimension du devenir
- Ensemble des rôles, des valeurs, des croyances, en tenant compte de l'engagement occupationnel, de la perception de soi, au sein de son environnement
- Définition générale de l'identité, au sens commun du terme

Cependant, seule 1 définition, proposée par un ergothérapeute canadien est suffisamment précise pour renvoyer à la définition du concept selon Kielhofner : « Comment une personne se définit en regard des occupations qu'elle a exercé, qu'elle exerce actuellement ou projette d'exercer. Plusieurs éléments viennent influencer comment la personne façonne son identité occupationnelle : l'importance et la valeur qu'elle accorde aux occupations, la croyance que ces occupations lui reviennent, le sentiment de compétence face à ses occupations, etc. ». Les autres propositions de définition sont peu précises, et parmi elles, 23 sont incomplètes, presque uniquement tournées vers l'activité ou l'occupation. Il semble donc que les ergothérapeutes ne connaissent pas bien cette notion.

Pour prévenir les éventuelles confusions quant à la définition de l'identité occupationnelle, la définition proposée par Kielhofner a été rappelée pour la suite du questionnaire. Parmi les ergothérapeutes ayant répondu à l'enquête, ce sont les Français qui indiquent utiliser le plus la notion de manière explicite : 3 professionnels, contre 2 ergothérapeutes canadiens et 1 ergothérapeute suisse. Il est possible qu'un biais de représentativité soit présent ici : la plupart des professionnels ayant participé à ce questionnaire seraient ceux à qui la notion évoque quelque chose de concret.

Le fait de savoir dans quels aspects de la pratique ergothérapique les professionnels prennent en compte l'identité occupationnelle constitue un apport à la recherche. Cependant, ces éléments ne permettent pas de comprendre comment la notion est intégrée de manière concrète dans la pratique.

Tableau 2 : Prise en considération de l'identité occupationnelle dans la pratique auprès des personnes psychotiques

| | | Ergothérapeut es canadiens (11) | Ergothérapeut es français (9) | Ergothérapeut es suisses (12) | Ergothérapeut es belges (1) | Total des ergothérapeutes (33) |
|---|--|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Connaissance théorique de l'identité occupationnelle | | 10 (91%) | 8 (89%) | 8 (75%) | 1 (100%) | 27 (82%) |
| Prise en considération du concept | De manière implicite | 9 (82%) | 6 (67%) | 11 (92%) | 1 (100%) | 27 (82%) |
| | De manière explicite | 2 (18%) | 3 (33%) | 1 (8%) | 0 | 6 (18%) |
| Prise en compte de l'identité occupationnelle dans la pratique | Dans le recueil de données | 9 (82%) | 8 (89%) | 8 (67%) | 1 (100%) | 26 (78%) |
| | Dans l'établissement des objectifs | 8 (73%) | 7 (78%) | 10 (83%) | 0 | 25 (75,8%) |
| | Dans le raisonnement clinique | 9 (82%) | 6 (67%) | 8 (67%) | 1 (100%) | 24 (72,7%) |
| | Dans la relation thérapeutique | 8 (73%) | 7 (78%) | 9 (75%) | 0 | 24 (72,7%) |
| | Autre : « tout au long de l'accompagnement, également dans la définition des moyens » | 0 | 1 (11%) | 0 | 0 | 1 (3%) |

c. *Utilisation du MOH dans la pratique auprès des personnes psychotiques – voir Tableau 4 :*

Connaissance du MOH

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés connaissent l'existence du MOH. D'après leurs déclarations, les ergothérapeutes français seraient donc les professionnels connaissant le mieux le MOH (3/9 professionnels français). La question se pose de savoir ce que les participants entendent par « connaître le modèle » : en connaître chacun de ses éléments théorique ? Le nom de ces derniers uniquement, ou leurs définitions ? Les outils du modèle ?

Connaissance et utilisation d'autres modèles

Concernant l'utilisation d'autres modèles, certaines réponses de la catégorie « Autre » ont été mises de côté car elles ne correspondent pas à un modèle théorique : « notion de l'espace transitionnel de Winnicott », « entretien motivationnel », « thérapie des schémas ».

Les Suisses et les Canadiens sont ceux qui utilisent le plus de modèles conceptuels, avec 100% d'utilisation, puis viennent les Français avec 89%, et enfin les Belges avec 0% de modèles utilisés.

Le modèle le plus utilisé par l'ensemble des ergothérapeutes participants (20/33 professionnels), et le plus utilisé chez les Canadiens (9/11) et les Français (5/9) est le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Chez les Suisses, c'est le Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP) qui est le modèle le plus utilisé (8/12). Cependant, il n'est pas possible de comparer l'utilisation de ces modèles avec l'utilisation du MOH car la question de l'utilisation de ce dernier n'a pas été posée. Il aurait été pertinent d'ajouter une telle question, afin de pouvoir comparer l'utilisation du MOH auprès des personnes psychotiques, par rapport à d'autres modèles.

Afin de comprendre les raisons des ergothérapeutes à utiliser un modèle (cf. Annexe 7 p.107), une analyse thématique a été effectuée. Les thèmes relevés se trouvent dans le Tableau 3 ci-dessous. D'emblée, il est à souligner qu'un biais de réponse a été introduit : la plupart des ergothérapeutes ont compris la question de manière générale : pourquoi utilisez-vous un modèle conceptuel. L'intention initiale de cette question était plutôt de comprendre pourquoi les

ergothérapeutes préfèrent l'utilisation de certains modèles à d'autres. La question était mal formulée.

Les raisons d'utilisation des modèles sont similaires aux avantages à utiliser le MOH dans la recherche (méthodologie, outils, approche ergothérapique donc valorisation de l'identité professionnelle, aisance de l'ergothérapeute avec le modèle). L'idée d'une formation pour utiliser les outils d'un modèle est soulignée, ce qui renvoie également aux données issues de la revue de littérature. Un ergothérapeute dit ne pas utiliser de modèle : « Contraintes du terrain pour utilisation complète ». Quelles sont les contraintes du terrain : sont-elles en lien avec l'institution, en lien avec le public spécifique ?

Tableau 3 : Raisons d'utilisation ou de non-utilisation des modèles conceptuels en général, auprès des personnes psychotiques (en gras : les thématiques les plus fréquemment retrouvées dans les réponses des participants) :

| <i>Utilisation d'un modèle plutôt qu'un autre, en particulier :</i> | <i>Utilisation des modèles en général :</i> | <i>Non utilisation :</i> |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - En fonction des intentions thérapeutiques, de la population prise en soin et des interventions prévues - Facilité d'utilisation et maîtrise de l'ergothérapeute - Approche personne-centrée, approche ergothérapique - Outils du modèle - Utilisation par d'autres professionnels | <ul style="list-style-type: none"> - Méthodologie, organisation - Fournissent des outils - Lorsqu'une formation a été délivrée pour utiliser les outils | <ul style="list-style-type: none"> - Contraintes du terrain pour utilisation complète |

Formation au MOH

Le fait que la formation sur le lieu de travail soit perçue comme bénéfique par les ergothérapeutes est cohérent avec les résultats issus de la recherche. Le fait que le modèle soit difficile d'accès pour ceux n'ayant qu'une formation théorique est également similaire aux résultats de la revue de littérature. La formation sur le lieu de travail a apporté (en gras, la thématique la plus fréquemment abordée par les enquêtés) :

- Meilleure connaissance du modèle impliquant une meilleure intégration des éléments à la pratique (seul un ergothérapeute a répondu dans ce sens)
- **Outils (trois ergothérapeutes ont répondu dans ce sens)**
- Donne spécificité à l'ergothérapeute et permet une pratique centrée sur la personne (un ergothérapeute a répondu dans ce sens)

3 des 4 ergothérapeutes ayant bénéficié d'une formation au MOH sur leur lieu de travail soulignent que le modèle donne des outils pour la pratique, sans plus de précision. De plus, l'un

d'entre eux a indiqué ne pas connaître la notion d'identité occupationnelle. Un autre indique avoir été formé à l'outil *Model of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST). Il semble que les formations sur le lieu de travail soient plus axées sur les outils que sur les concepts. Les apports des formations au MOH selon les participants se trouvent en Annexe 8 p.111.

Utilisation des outils du MOH

29 participants indiquent utiliser des outils du MOH (soit 88%), en particulier l'*Occupational Self-Assessment* (OSA) (18/33 soit 55%), l'OCAIRS (14/33, soit 42%) et le MOHOST (12/33 soit 36%). 8 ergothérapeutes affirment utiliser l'OPHI II, soit 24% (Canadiens surtout : 4/11). Dans la catégorie « Autre », les participants ont également indiqué utiliser l'*Occupational Questionnaire* (OQ), le *Volitional Questionnaire* (VQ), l'*Assessment of Communication and Interaction Skills* (ACIS), la *Worker Role Interview* (WRI), la Liste des intérêts, la *Make It Clear*, et la Liste des rôles. Un ergothérapeute indique utiliser l'outil « RC ». Nous supposons qu'il s'agit de l'abréviation de « *Role Checklist* », soit la Liste des rôles, également cité par 1 autre professionnel. De nombreux outils sont donc utilisés par les ergothérapeutes auprès des personnes psychotiques. 10 professionnels parmi les 33 répondants (30%) déclarent cependant n'utiliser aucun outils du MOH (Canadien, Français). Les ergothérapeutes semblent se saisir du modèle à-travers ses outils. Bien que les échantillons de cette enquête ne soient pas représentatifs des populations visées par l'étude, il est à noter que, parmi les 10 professionnels n'utilisant pas d'outil du MOH, 5 exercent en Suisse. Ces résultats se retrouveraient-ils dans une population plus importante ?

Tableau 4 : Utilisation du MOH dans la pratique auprès des personnes psychotiques :

| | | Ergothérapeut es canadiens (11) | Ergothérapeut es français (9) | Ergothérapeut es suisses (12) | Ergothérapeut es belges (1) | Total des ergothérapeutes (33) |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Connaissance ontologique du MOH | Bonne connaissance | 1 (9%) | 3 (33%) | 1 (8,2%) | 0 | 5 (15%) |
| | Connaissance moyenne | 7 (61%) | 5 (56%) | 7 (58,4%) | 1 (100%) | 20 (61%) |
| | Peu de connaissances | 3 (27%) | 1 (11%) | 4 (33,3%) | 0 | 8 (24%) |
| Utilisation d'autres modèles | Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) | 0 | 1 (11%) | 6 (50%) | 0 | 7 (21%) |
| | Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH- PPH) | 1 (9%) | 2 (22%) | 0 | 0 | 3 (9%) |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) | 9 (81%) | 5 (56%) | 6 (50%) | 0 | 20 (61%) |
| | Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP) | 5 (45%) | 2 (22%) | 8 (67%) | 0 | 15 (45%) |
| | Kawa | 1 (9%) | 2 (22%) | 2 (17%) | 0 | 5 (15%) |
| | Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) | 0 | 2 (22%) | 0 | 0 | 2 (6%) |
| | Modèle psychodynamique | 2 (18%) | 3 (33%) | 2 (17%) | 0 | 7 (21%) |
| | Modèle cognitivo-comportemental | 5 (45%) | 4 (44%) | 7 (58%) | 0 | 16 (48%) |
| | Aucun modèle | 0 | 1 (11%) | 0 | 1 (100%) | 2 (6%) |
| | Autre : Modèle du rétablissement | 0 | 0 | 1 (8%) | 0 | 1 (3%) |
| | Autre : MOH | 5 (45%) | 1 (11%) | 1 (8%) | 0 | 7 (21%) |
| Formation théorique au MOH | | 9 (82%) | 4 (44,5%) | 6 (50%) | 0 | 19 (58%) |
| | | Apport à la pratique 7 (78%) | Apport à la pratique 3 (75%) | Apport à la pratique 5 (83%) | 0 | Apport à la pratique 15 (79%) |
| | | Aucun apport 2 (22%) | Aucun apport 1 (25%) | Aucun apport 1 (17%) | 0 | Aucun apport 4 (21%) |
| Formation sur le lieu de travail | | 0 | 1 (11%) | 2 (17%) | 1 (100%) | 4 (12%) |
| | | 0 | Apport à la pratique 1 (100%) | Apport à la pratique 2 (100%) | Apport à la pratique 1 (100%) | Apport à la pratique 4 (100%) |
| Pas de formation au MOH | | 2 (18%) | 4 (44,5%) | 4 (33%) | 0 | 10 (30%) |
| Outils du MOH utilisés | OCAIRS | 6 (55%) | 5 (56%) | 2 (17%) | 1 (100%) | 14 (42%) |
| | MOHOST | 3 (27%) | 3 (33%) | 5 (42%) | 1 (100%) | 12 (36%) |
| | OSA | 8 (73%) | 5 (56%) | 5 (42%) | 0 | 18 (55%) |
| | OPHI-II | 4 (34%) | 1 (11%) | 2 (16%) | 1 (100%) | 8 (24%) |
| | OQ | 2 (18%) | 1 (11%) | 1 (8%) | 0 | 4 (12%) |
| | ACIS | 3 (27%) | 0 | 0 | 0 | 3 (9%) |
| | VQ | 1 (9%) | 1 (11%) | 0 | 0 | 2 (6%) |

| | | | | | | |
|--|--------------------|---------|---------|---------|---|----------|
| | WRI | 1 (9%) | 0 | 0 | 0 | 1 (3%) |
| | Liste des intérêts | 0 | 1 (11%) | 0 | 0 | 1 (3%) |
| | Liste des rôles | 0 | 1 (11%) | 1 (8%) | 0 | 2 (6%) |
| | MIC | 0 | 0 | 2 (16%) | 0 | 2 (6%) |
| | Aucun outil | 2 (18%) | 3 (33%) | 5 (42%) | 0 | 10 (30%) |

d. Considérations des ergothérapeutes concernant la prise en compte de l'identité occupationnelle et l'utilisation des concepts théorique du Modèle de l'Occupation Humaine dans leur pratique auprès des personnes psychotiques – voir Tableau 5 :

Prendre en considération l'identité occupationnelle dans la prise en soin auprès des personnes psychotiques :

87, 9% des ergothérapeutes (soit 29 participants) considèrent que prendre en considération l'identité occupationnelle dans la prise en soin des personnes psychotiques pourrait améliorer la prise en soin. Une analyse thématique a été effectuée afin de comprendre en quoi le concept permettrait de l'améliorer. Cf. Annexe 9 p.113.

- Meilleure compréhension holistique de la personne
- Meilleure alliance thérapeutique avec la personne
- Meilleure motivation (volition) de la personne comme actrice de sa prise en soin et de sa vie
- Objectifs plus signifiants et significatifs, adaptés à la personne
- Meilleure considération des problématiques identitaires, notamment en lien avec l'auto-stigmatisation.
- Favoriser le bien-être et l'estime de soi chez les personnes psychotiques

D'une manière générale, prendre en considération l'identité occupationnelle de la personne permet d'être véritablement centré sur la personne psychotique, selon l'ensemble des participants. Deux nuances ont été évoquées : d'une part, aborder l'identité par le versant occupationnel pourrait être perçu comme intrusif selon un ergothérapeute, ce qui renvoie à la revue de littérature et à l'aspect intrusif de l'outil OPHI-II selon certains professionnels.

D'autre part, la prise en considération de l'identité occupationnelle peut être difficile dans le cas de prise en soin de courte durée. Par ailleurs, un ergothérapeute exprime avoir besoin d'être formé à ce concept, car il le prend en considération sans le nommer comme tel.

Pour un participant, prendre en considération l'identité occupationnelle n'aurait pas d'effet sur la prise en soin : « L'utilisation d'un modèle de l'humain exclusivement centré sur ses activités et ses rôles sociaux ne tient pas assez compte pour moi, de l'espace psychique interne de la personne, de ses capacités d'expression créative, de sa manière d'être et pas de faire. » L'utilisation du terme « espace psychique interne » renvoie à l'approche psychanalytique ou psychothérapeutique. Cet ergothérapeute semble utiliser une approche différente de l'approche occupationnelle. De plus, ce professionnel distingue la « manière d'être » et le « faire », et semble rattacher l'identité occupationnelle à la seule dimension du « faire », ce qui est restrictif et peu représentatif du concept.

Les trois participants ne se prononçant pas sur l'intérêt de prendre en considération l'identité occupationnelle ont chacun un point de vue différent. L'un d'entre eux indique utiliser d'autres approches thérapeutiques, un autre souligne l'aspect intrusif de la considération de l'identité occupationnelle. Le troisième indique prendre systématiquement en considération l'identité occupationnelle de ses clients, en vue d'une « meilleure compliance à la réadaptation » et pour orienter « les objectifs cliniques en fonction de ce qu'ils veulent faire/améliorer au quotidien » mais de manière implicite. Ce troisième témoignage renvoie encore à une approche centrée sur la personne.

Ainsi, prendre en compte l'identité occupationnelle de la personne psychotique permettrait d'être centré sur la personne. Cependant, utiliser ce concept dans la pratique pourrait être perçu comme intrusif selon deux ergothérapeutes.

Utiliser le MOH dans la prise en soin auprès des personnes psychotiques (cf. Annexe 9 p.113) :

Une analyse thématique a été réalisée autour de la question de l'amélioration de la prise en soin par l'utilisation du MOH, et cinq dimensions sont mises en évidence :

- Utiliser ce modèle permet de structurer le raisonnement clinique et de rester centré sur la personne. La plupart des ergothérapeutes ayant répondu renvoient à la réponse qu'ils ont donné concernant le bénéfice à prendre en considération l'identité occupationnelle de la personne psychotique dans la pratique. Cette thématique renvoie donc aux deux premières thématiques de la question précédente.
- Il offre des outils.
- Ce modèle est particulièrement adapté au public concerné.

- Il s'agit d'un modèle spécifique à l'ergothérapie basé sur des données probantes.
- La cinquième dimension correspond là encore aux nuances faites par les participants sur les bénéfices de l'utilisation du MOH auprès des personnes psychotiques : les modèles doivent être adaptés aux personnes, à leurs situations, et correspondre à l'identité professionnelle du thérapeute et/ou de l'institution dans laquelle il travaille.

Un seul ergothérapeute estime préjudiciable l'utilisation du MOH dans la prise en soin des personnes psychotiques : « trop de bilans, de protocoles, d'objectifs ». L'aspect formalisé du modèle pourrait peut-être empêcher de mettre en place une relation thérapeutique spontanée, naturelle avec l'utilisateur, selon ce participant. Il est à noter que ce dernier fait partie des plus âgés (60ans) de l'échantillon.

Trois ergothérapeutes considèrent que l'utilisation du MOH n'aurait pas d'influence sur la prise en soin. Deux des trois participants ayant répondu dans ce sens indiquent que d'autres modèles existent et peuvent tout autant être utiles. L'un des deux souligne la difficulté d'application du MOH sans formation. Enfin, Le troisième participant indique les difficultés d'utiliser les outils auprès de personnes étant en situation de crise.

7 professionnels sur les 33 répondants affirment ne pas savoir. Parmi les ergothérapeutes affirmant ne pas savoir quel impact aurait l'utilisation du MOH dans la prise en soin, trois n'ont pas développé leur point de vue. Deux ergothérapeutes indiquent ne pas connaître suffisamment ces concepts pour se prononcer. Un participant indique que l'utilisation d'un modèle est conditionnée par la maîtrise ressentie par l'ergothérapeute.

Comparaison des prises en compte de l'identité occupationnelle et du MOH

Le nombre d'ergothérapeutes qui estiment que l'utilisation du MOH dans la pratique serait bénéfique est inférieur (22/33 ergothérapeutes, soit 66,7%) au nombre d'ergothérapeutes estimant que prendre en compte l'IO serait bénéfique à la pratique (29/33 professionnels, soit 87,9%). Certains ergothérapeutes trouvant la prise en compte de l'identité occupationnelle bénéfique ont fourni les mêmes raisons concernant les bénéfices à utiliser le MOH. Pourtant, il semble que soit dissociée l'identité occupationnelle du modèle dont elle est issue. En effet, les participants indiquant utiliser le concept de manière explicite indiquent également n'avoir eu qu'une formation théorique ou aucune formation au modèle (voir Tableau 6 ci-dessous). De plus, un participant indiquant ne pas savoir quelle influence la prise en considération de l'identité occupationnelle aurait sur la prise en soin des personnes psychotiques exprime cette

dissociation entre concept et modèle de manière explicite : « Personnellement, l'identité occupationnelle de tous mes clients est prise en compte, car cela permet une meilleure compliance à la réadaptation et oriente les objectifs cliniques en fonction de ce qu'ils veulent faire/améliorer au quotidien. Que le MOH soit utilisé ou non, je pars des valeurs et des intérêts de mes clients pour que le processus clinique soit cohérent avec l'identité de la personne. »

Tableau 5 : Considérations des ergothérapeutes concernant la prise en compte de l'identité occupationnelle et l'utilisation des concepts théoriques du Modèle de l'Occupation Humaine dans leur pratique auprès des personnes psychotiques (en gras : les thématiques les plus fréquemment retrouvées dans les réponses des participants) :

| | | Ergothérapeutes canadiens (11) | Ergothérapeutes français (9) | Ergothérapeutes suisse (12) | Ergothérapeutes belges (1) | Total des ergothérapeutes (33) |
|--|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Impact de la prise en considération de l'identité occupationnelle sur la prise en soin selon les ergothérapeutes | Peut améliorer | 10 (91%) | 8 (89%) | 10 (83%) | 1 (100%) | 29 (87,9%) |
| | Est néfaste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | N'a pas d'effet | 0 | 1 (11%) | 0 | 0 | 1 (3%) |
| | L'enquête ne sait pas | 1 (9%) | 0 | 2 (17%) | 0 | 3 (9,1%) |
| Impact de l'utilisation du MOH sur la prise en soin selon les ergothérapeutes | Peut améliorer | 7 (64%) | 7 (78%) | 8 (67%) | 0 | 22 (66,7%) |
| | Est néfaste | 0 | 1 (11%) | 0 | 0 | 1 (3%) |
| | N'a pas d'effet | 2 (18%) | 0 | 0 | 1 (100%) | 3 (9,1%) |
| | L'enquête ne sait pas | 2 (18%) | 1 (11%) | 4 (33%) | 0 | 7 (21,2%) |

Tableau 6 : Comparaison entre la prise en compte explicite de l'identité occupationnelle et le type de formation au MOH

| Ergothérapeute et pays d'exercice | Prise en compte de l'identité occupationnelle | Formation au MOH |
|-----------------------------------|---|---------------------|
| Ergothérapeute canadien | Explicite : - Raisonnement clinique - Recueil de données - Etablissement des objectifs - Relation thérapeutique | Formation théorique |
| Ergothérapeute français | Explicite : - Raisonnement clinique - Recueil de données - Etablissement des objectifs - Relation thérapeutique | Formation théorique |
| Ergothérapeute suisse | Explicite : - Raisonnement clinique - Recueil de données - Etablissement des objectifs | Formation théorique |
| Ergothérapeute français | Explicite : - Raisonnement clinique - Recueil de données - Etablissement des objectifs - Relation thérapeutique - Autre : tout au long de l'accompagnement, également dans la définition des moyens. | Formation théorique |
| Ergothérapeute canadien | Explicite : - Raisonnement clinique - Relation thérapeutique | Formation théorique |
| Ergothérapeute français | Explicite : - Raisonnement clinique - Recueil de données - Etablissement des objectifs - Relation thérapeutique | Pas de formation |

Il semble que le Modèle de l'Occupation Humaine - et les modèles en général, apparaissent très formalisés, théoriques, peu applicables aux situations singulières rencontrées en pratique, et difficiles d'accès à certains ergothérapeutes.

La nécessité d'une formation est mise en évidence pour l'utilisation du MOH. Les bénéfices des formations (théoriques ou sur le lieu de travail) sont similaires avec les bénéfices d'utilisation du MOH relevés dans les résultats de l'enquête, et relevés dans la revue de littérature : aide au raisonnement clinique, approche occupationnelle de la personne, collaboration avec l'utilisateur favorisée, et spécificité donnée à l'ergothérapeute.

Les outils proposés par le modèle sont mis en évidence comme un avantage du modèle. Il apparaît que les outils proposés par le modèle impactent beaucoup l'utilisation du MOH, et les bénéfices constatés. Dans la recherche, il est indiqué que les ergothérapeutes formés sur le terrain adhèrent mieux au modèle lorsqu'ils se forment à l'utilisation des outils. Finalement, cette dissociation entre modèle et concept d'identité occupationnelle n'est-elle pas plutôt une dissociation entre l'aspect pratique du MOH, à savoir ses outils, et ses concepts théoriques comme l'identité occupationnelle ?

D'une manière générale, la grande majorité des ergothérapeutes estiment que prendre en compte l'identité occupationnelle dans la pratique peut être bénéfique à la prise en soin, car cela permet d'être véritablement centré sur la personne. Les raisons données par ces ergothérapeutes constituent un apport à la recherche.

Une limite relevée par les enquêtés concernant la prise en considération de l'identité occupationnelle est son aspect intrusif. Cela est corroboré par la revue de littérature : utiliser l'OPHI II, outil évaluant l'identité occupationnelle, induirait un malaise chez le professionnel face à la quantité d'informations à collecter. Une autre limite a été relevée : le temps consacré à l'utilisateur, qui doit être suffisant pour prendre en considération l'identité occupationnelle – ce qui constitue un apport à la recherche. Si prendre en compte l'identité occupationnelle semble bénéfique, selon quelles conditions faudrait-il en tenir compte ?

Critiques du questionnaire :

L'analyse des résultats met en évidence certaines lacunes dans le questionnaire utilisé. Le compte-rendu de celles-ci se trouve en Annexe 10 p.119.

Problématisation pratique et question initiale de recherche :

Somme toute, il apparaît que si les ergothérapeutes ont des difficultés à adhérer au MOH sans formation préalable – et parfois même malgré une formation théorique, la grande majorité estime bénéfique de prendre en considération l'identité occupationnelle. Mais le font-ils ? Ils semblent ne pas connaître précisément la notion, pas plus que le modèle dont elle découle, quand bien même ils affirment le contraire. Les définitions qu'ils proposent du concept sont imprécises ou incomplètes, ne se centrant que sur la dimension du faire, à-travers l'occupation ou l'activité. Comment les ergothérapeutes peuvent-ils estimer prendre en considération une notion, et juger que cela est bénéfique, si celle-ci ne renvoie pas à quelque chose de précis pour eux ?

Par ailleurs, il semble qu'il y ait une limite à cette prise en considération : chercher à comprendre l'identité occupationnelle d'un individu peut sembler intrusif à ce dernier. Dans la mesure où l'utilisation de l'identité occupationnelle est associée par les ergothérapeutes à une pratique centrée sur la personne, le risque d'être intrusif est un risque majeur. Or, une même situation peut être vécue par une même personne comme intrusive ou non, et cela dépend de la relation de cette personne avec le thérapeute. Dès l'instant où une relation de confiance se crée entre thérapeute et usager, ce dernier aura tendance à plus se confier, à livrer plus d'informations dans le soin. Pour le professionnel, la relation de confiance permet de mieux être centré sur l'usager qui lui offre plus d'informations. Là encore, il faut se demander si cette crainte d'être intrusif ne serait pas liée au manque de connaissance sur la notion.

La recherche a déjà étudié le rapport des ergothérapeutes au MOH, et les résultats présentés ici corroborent ceux issus de la revue de littérature. Cependant l'enquête a révélé ici que la connaissance du modèle, de ses outils est dissociée de la connaissance du concept d'identité occupationnelle. Plus précisément, il semble que l'aspect pratique du modèle, c'est-à-dire ses outils, soient dissociés de l'aspect théorique, c'est-à-dire les concepts telle que l'identité occupationnelle.

Les informations concernant la prise en considération de l'identité occupationnelle constituent un apport à la recherche. Les ergothérapeutes expriment déjà tenir compte de cette notion, de manière principalement implicite, aux différents niveaux de la prise en soin des personnes psychotiques, en vue d'une pratique personne-centrée. Cependant, cela est-il vraiment le cas, au vu du manque de connaissances des professionnels ? En outre, le lien entre le concept et modèle dans lequel il a été théorisé n'est pas mis en évidence dans les réponses données à l'enquête.

Chercher à retrouver des éléments renvoyant à l'identité occupationnelle en cherchant dans la connaissance et l'utilisation du MOH n'apparaît donc pas pertinent.

Plutôt que de chercher dans quels aspects de la pratique les professionnels tiennent compte du concept, il semble plus pertinent d'explorer quels aspects de l'identité occupationnels sont pris en compte dans la prise en soin des personnes psychotiques.

La question initiale de recherche serait donc comment les ergothérapeutes francophones comprennent-ils l'identité occupationnelle des personnes psychotiques avec lesquelles ils travaillent ?

Afin de préciser cette problématique, un étayage conceptuel est nécessaire. Vont donc être étudiés la notion de psychose, et le concept d'identité occupationnelle.

Cadre conceptuel (voir matrice théorico-conceptuelle en Annexe 11 p.119)

Le concept de psychose

Le terme de « psychose » a pris différents sens depuis sa création en 1845 par Ernst von Feuchtersleben. A l'origine, ce dernier l'emploie pour désigner toute pathologie mentale, en opposition aux « névroses » comprises comme des maladies nerveuses. Le courant organiciste considère dès 1850 les psychoses comme étant une sous-classe des névroses, donc comme un type particulier de trouble nerveux. Dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, un renversement a lieu : la psychose retrouve son sens de maladie mentale, et la névrose en devient une sous-catégorie, pour enfin complètement sortir du champ de la psychiatrie, et devenir un élément neurologique. La psychose englobe alors l'ensemble du champ de la psychiatrie. C'est à la fin du XIX^{ème} siècle que la névrose est réhabilitée dans le champ des maladies mentales, aux côtés de la psychose, grâce aux travaux de Freud. En 1911 apparaît le terme de « schizophrénie », inventé par Bleuler, qui va prendre l'ascendant sur le terme de « psychose ». La schizophrénie est alors comprise comme un ensemble de pathologies et de symptômes très divers : psychose maniaco-dépressive, paranoïa hallucinatoire ou encore hystérie (4). Ce qui caractérise la schizophrénie selon Bleuler c'est la dissociation de la pensée, qui ne peut plus suivre son cours (8).

Après la seconde guerre mondiale, la nécessité d'un consensus autour des pathologies psychiatrique a été mise en évidence, afin de soigner les vétérans de guerre. Ainsi, l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) intègre dans la sixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-6) les pathologies mentales. Aux Etats-Unis est créé le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – DSM*) (36). Jusqu'à la deuxième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-II), les maladies sont classées sous les deux grandes catégories de névrose et de psychose, cette dernière étant comprise comme perte du sens de la réalité. Cependant, dès le DSM-III, la psychose n'est plus une catégorie, mais un symptôme parmi d'autres (4).

Le DSM I (37) définit les troubles psychotiques comme des maladies qui désintègrent la personnalité, altèrent radicalement le rapport à la réalité et aux relations interpersonnelles, notamment dans le travail. L'humeur, la pensée, le comportement et l'affect sont profondément altérés. Les troubles schizophréniques sont caractérisés par des perturbations fondamentales du rapport à la réalité et de la conceptualisation, avec des altérations au niveau de l'affect, du comportement et de l'intellect, avec des altérations du cours de la pensée. Des tendances régressives, des bizarreries et des délires sont également notés.

Le DSM II (38) qualifie la psychose comme un trouble mental altérant la capacité des individus à participer à la vie ordinaire, à agir et réagir de manière adaptée, et à appréhender la réalité de manière correcte et efficace. Elle se caractérise par des hallucinations et des délires. Parmi les psychoses affectives, c'est l'exaltation ou la mélancolie qui entravent le rapport au réel. Dans la schizophrénie, pensée, comportement et humeur sont altérés, et provoquent des interprétations erronées ainsi que des délires. Les réponses émotionnelles sont restreintes, marquées par une ambivalence, et sont inappropriées, engendrant une perte d'empathie vis-à-vis d'autrui. Dans les états paranoïaques, la principale caractéristique de la psychose est un délire de persécution ou grandiose. Enfin, les affections organiques ne peuvent être qualifiées de psychotiques que si l'individu qui les manifeste présente des caractéristiques de la psychose pendant le diagnostic médical.

Le DSM III (6) classe les maladies en 15 catégories. Les troubles psychiatriques sont regroupés en trois catégories : les troubles schizophréniques, les troubles paranoïaques et les troubles psychotiques non classés, auxquels s'ajoutent les troubles mentaux organiques et les troubles affectifs, issus de deux autres catégories. Sont qualifiées de psychotiques les personnes dont les perceptions de la réalité et les pensées sont radicalement incorrectes, engendrant la création d'une nouvelle réalité. Dans la version révisée du DSM III, les termes « troubles schizophréniques », « troubles paranoïaques », « troubles paranoïaques partagés » et « troubles affectifs » sont

remplacés respectivement par « schizophrénies », « troubles délirants », « troubles psychotiques induits » et « troubles de l'humeur ». Il n'est plus question de « psychoses maniaco-dépressives », mais de « troubles bipolaires ».

Dans le DSM IV, ce n'est plus le rapport au réel profondément altéré qui caractérise la psychose, mais la présence de certains symptômes, tels que les idées délirantes, hallucinations, une désorganisation du discours, ou un comportement catatonique. (39)

Dans le DSM V, la catégorie « schizophrénie et autres troubles psychotiques » du DSM IV est remplacée par « trouble du spectre de la schizophrénie », avec comme symptômes caractéristiques les délires et hallucinations, la désorganisation, souvent également des troubles cognitifs. Les symptômes négatifs tels que l'incurie, la bradypsychie, la bradylogie, l'apragmatisme, la diminution de l'expression émotionnelle, ou encore l'aboulie sont très caractéristiques de ce type de psychose, et on les trouve moins marqués dans les autres troubles psychotiques. On retrouve certains de ces symptômes dans d'autres troubles, plus ou moins marqués, dans les troubles bipolaires ou apparentés, les troubles de l'humeur, et dans certains troubles de la personnalité (personnalité schizotypique par exemple). (40)

Le concept d'identité occupationnelle

Pour comprendre la notion d'identité occupationnelle, il semble pertinent de remonter à la source historique du concept, et d'envisager la notion d'identité en premier lieu.

a. Historique (notion d'identité) :

Champ disciplinaire de la philosophie

L'identité a longtemps relevé du champ disciplinaire de la philosophie, avant de se déployer parmi toutes les sciences humaines. Ainsi, selon le philosophe présocratique Héraclite « on ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve » (41), car toute chose est soumise au changement. Comment alors reconnaître une chose comme étant la même dans le temps ? Comment concevoir aussi que plusieurs réalités singulières puissent être qualifiées de la même manière ? Selon Platon, elles participent toutes d'un même concept, d'une même Idée (42). Plusieurs siècles plus tard, Locke répond à la question de comment penser l'identité au cours du temps (et du changement) par la mémoire, qui unifie les différents aspects du soi dans le temps.

Champ disciplinaire de la psychanalyse

Dans le champ psychanalytique, Erikson est considéré comme le père de l'identité personnelle. Selon lui, elle se développe tout au long des huit phases par lesquelles passe tout individu. Lors de la première année de la vie d'un enfant vont se mettre en place des dynamiques de confiance face à des dynamiques de méfiance. C'est la réponse maternelle aux besoins de l'enfant qui va permettre la mise en place de ces relations. Jusqu'à l'âge de trois ans, des mécanismes d'autonomie face à ceux relevant de la honte et du doute vont s'établir chez l'enfant, encore une fois en fonction de la réponse de l'environnement à ses besoins. De trois à six ans, l'enfant va construire des mécanismes d'initiative via la représentation de rôles sociaux dans le jeu, face à des mécanismes de culpabilité. Lorsque l'enfant entre à l'école, et jusqu'à l'adolescence, le travail prend une place importante et l'enfant cherche à être valorisé pour ce qu'il fait. Autrement, s'installe un sentiment d'infériorité. La cinquième étape advient à l'adolescence. C'est lors de cette phase qu'advient la première « crise d'identité » de l'individu. L'adolescent remet en cause l'héritage familial mais également sociétal, que ce soit au niveau des connaissances, des expériences ou des compétences. C'est la période où il va s'intéresser aux grandes causes humaines, où il va chercher à appartenir à des groupes qu'il idéalise. La sixième étape est l'étape où l'intimité entre en conflit avec l'isolement du jeune adulte. C'est le moment où l'individu crée des liens affectifs et professionnels, où il trouve un travail, éventuellement un compagnon de vie. La septième étape correspond au moment dans la vie d'un adulte où il lui apparaît important de s'engager vis-à-vis de la société, que ce soit au niveau politique ou associatif. Enfin, la huitième étape correspond au moment où la personne âgée fait le point sur sa vie. Cette phase oscille entre l'intégrité et le désespoir.

Il est à noter que les « crises d'identité » peuvent advenir à tout âge de la vie, dès l'adolescence. Il s'agit d'une remise en question des connaissances, des valeurs, des principes selon lesquels un individu agit, pense et s'exprime (43).

Champ disciplinaire de la sociologie

Enfin, le champ disciplinaire de la sociologie permet de comprendre la notion d'identité de groupe. Halpern évoque la montée des identités de groupe dans les années 1960 aux Etats-Unis, notamment avec la création du mouvement des *Black Panthers*. Les revendications identitaires vont être le fait de minorités cherchant à revendiquer la reconnaissance de leurs spécificités. Ainsi, des mouvements de femmes, d'homosexuels, de groupes religieux, ou d'ethnies vont

revendiquer leur identité. Or, comme le souligne l'auteur, « [l']un des paradoxes de l'identité personnelle est précisément de s'exprimer par l'appartenance à des groupes et donc par le croisement d'identités collectives (je suis un homme, libraire, père de famille, militant politique, amateur d'opéra, d'origine italienne, etc.) ».

b. L'identité occupationnelle selon le champ des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie

Les liens entre identité, individu, et occupation

Selon Kielhofner, l'identité occupationnelle est composée du « fait de se représenter soi-même sa capacité et son efficacité dans l'action », « des choses que l'on trouve intéressantes et satisfaisantes de faire », de « qui nous sommes, défini par nos propres rôles et interrelations », de « ce que l'on se sent obligés de faire et que l'on considère comme important », du « sens que l'on donne aux routines familières » et de « la perception de notre environnement, des attentes que nous lui prêtons, et des attentes que nous en avons »². L'identité occupationnelle s'inscrit dans la temporalité de la personne : elle est le produit de son histoire occupationnelle, et comprend également ses désirs et aspirations futurs. En ce sens, elle est un continuum allant de la connaissance qu'un individu a de ses capacités, intérêts et valeurs en fonction de ses expériences de vie jusqu'à ce qu'il aspire à faire et être selon ces mêmes représentations de ses valeurs, intérêts et capacités. Elle émerge dans l'enfance, dès lors que l'individu est apte à convoquer ses expériences passées dans le présent et à se projeter dans le futur, à considérer sa vie de manière narrative, comme un récit. L'identité occupationnelle évolue tout au long de la vie. L'identité occupationnelle n'est pas seulement manifestée, elle est également éprouvée par la personne (9).

Selon Christiansen, l'identité personnelle est intimement liée à ce que nous faisons -donc à l'occupation. Parmi les besoins principaux des êtres humains, il y a la possibilité d'exprimer son identité spécifique d'une manière qui donne sens à sa vie. Autour de cette affirmation fondamentale, sont articulées quatre propositions.

Tout d'abord, l'identité est un concept primordial qui influence et est influencé par nos relations avec les autres. Ce concept comprend une dimension interpersonnelle comme nos rôles sociaux, une dimension temporelle, de possibilité ou de potentiel, c'est-à-dire qui nous pourrions et souhaitons devenir, et une dimension de valeurs, influençant nos choix.

² Traduction libre.

En second lieu, l'identité est profondément liée à ce que l'on fait et à notre interprétation de ces actions dans un contexte de relation avec autrui. Dès l'enfance, nous prenons conscience que nos actions sont approuvées ou réprouvées par notre entourage, ce qui confère à ce que nous faisons une signification sociale. C'est également le moment où le jeune individu comprend qu'il appartient à des groupes sociaux, à commencer par la famille. L'identité se développe ensuite à travers les compétences et capacités par rapport aux autres, notamment à l'école. Puis, dès l'adolescence, l'influence de la société devient plus forte. Ce qui façonne l'identité sera les valeurs et préférences. A l'âge adulte, ce sont les buts que l'on poursuit en vue de devenir tel type de personne.

En troisième lieu, l'identité est centrale dans l'histoire de vie qui donne du sens et de la cohérence aux événements quotidiens et à la vie même. Notre interprétation subjective des événements conditionne notre comportement et notre vision de nous-même, et s'inscrit dans l'histoire que nous faisons de notre vie. Notre récit de vie est imbriqué dans les récits des autres, et ces histoires s'influencent mutuellement.

En dernier lieu, le sens que l'on donne à notre vie étant décliné à-travers notre identité, celle-ci est un élément essentiel dans la promotion du bien-être et de la satisfaction. La cohérence que nous donnons à notre récit de vie fournit un contexte et un sens à notre vie, et nous permet de nous projeter dans l'avenir.

Pour Christiansen, donc, l'identité est toujours occupationnelle. Nos choix sont conditionnés par les attentes sociales, et nous exprimons qui nous sommes à-travers ce que nous faisons. Le regard porté sur soi est toujours influencé par le regard que porte autrui et la société sur ce que nous faisons, et pouvons faire. Le sentiment de compétence éprouvé par un individu est conditionné par la croyance que nos actes seront approuvés par autrui, et par l'efficacité avec laquelle il fait face aux défis qui se présentent à lui. Ce que nous faisons est motivé par des objectifs faisant le lien entre qui nous sommes dans le présent, et qui nous aimerions être. Plus nous évoluons vers l'identité souhaitée, plus nous éprouvons de la satisfaction. (44).

Dans la même idée, selon Unruh et al., l'identité occupationnelle « peut être conceptualisée comme l'expression des aspects physiques, affectifs, cognitifs et spirituels de la nature humaine, au sein d'une interaction avec les dimensions institutionnelles, sociales, culturelles et politiques de l'environnement, à-travers le temps et l'espace de la durée de vie d'une personne, via les

occupations de soins personnels, de productivité et de loisir » ³ (45). Autrement dit, la personne exprime ce qu'elle est lorsqu'elle réalise ses occupations, l'occupation étant comprise au sein d'un système environnemental multidimensionnel qui se déploie dans le temps et l'espace. Ce que l'on fait définit qui nous sommes dans un contexte social, à-travers des identités publiques fondées principalement sur le travail et la productivité, et des identités privées, fondées sur les loisirs.

Les liens entre identité occupationnelle et société

Phelan et al. montrent que le développement de l'identité occupationnelle est toujours conditionnée par les relations sociales, au sein d'une société déterminée, avec ses représentations, ses croyances, et ses valeurs, que ce soit au niveau de l'individu, du choix, de la productivité ou des dimensions sociales elles-mêmes.

Si, au niveau de l'individu, il s'agit d'avoir le contrôle sur son identité, - à-travers le sentiment de compétence, la confiance en soi, l'estime de soi, le succès, les motivations, les objectifs poursuivis et leurs réalisations, et les traits de personnalité contribuant à la réalisation de l'identité occupationnelle -, il est important de considérer cet individu au sein de ses environnements sociaux, à-travers ses relations. En effet, la société, avec ses valeurs et sa culture, influence profondément les attentes et les actions des individus qui la constituent, et donc impacte la constitution de l'identité. De même que l'occupation est à comprendre au sein d'un système dynamique, l'identité occupationnelle doit être considérée de manière holistique dans toutes ses dimensions. Cela n'a donc pas de sens de la considérer uniquement du point de vue de l'individu.

Au niveau du choix, l'hypothèse principale est que l'identité est atteinte et décrite, plutôt qu'attribuée et prescrite. Nous choisissons nos occupations contribuant à notre identité, nous les contrôlons en vue d'un objectif que nous avons déterminé. L'identité occupationnelle est donc constituée par les choix effectués, notamment dans la sphère des loisirs, où les choix d'occupations sont les plus libres. Cependant, nos choix sont influencés par les relations sociales et la société. La valeur accordée au choix dans la culture occidentale privilégie l'autonomie sur les aspects relationnels (lien au genre, aux conditions socio-économiques, à la culture, etc.). Se pose dès lors la question de l'existence et de la possibilité d'un choix véritablement autonome.

³ Traduction libre.

Au niveau de la productivité, la valeur accordée au travail est primordiale. L'identité occupationnelle est profondément tournée vers la réalisation d'un travail significatif et vers la reconnaissance sociale qui en découle. Or, d'autres modes de fonctionnement sont possibles, comme dans les communautés de l'Arche de Jean Vannier, où l'accent est mis sur l'appartenance à la communauté plutôt que sur la productivité.

Au niveau des dimensions sociales, il apparaît que la société influence fortement l'identité individuelle. Les enfants recherchent l'approbation de leurs parents, de leurs pairs, puis de la société. Les identités positives sont valorisées lorsque les individus perçoivent que leurs occupations choisies sont approuvées. Or, ce qu'une personne perçoit du monde, ce qu'elle connaît de ce dernier est façonné culturellement et historiquement. Par exemple, si le port d'arme est largement répandu aux Etats-Unis, c'est parce qu'il s'agit d'un symbole de liberté et d'émancipation, issu de l'histoire de la formation du pays. Dès lors, l'identité se constitue à partir des représentations disponibles dans les discours sociétaux, à un niveau presque inconscient. Elle se construit selon l'âge, la sexualité, le genre, l'origine ethnique, etc., et la représentation que se fait la société de ces différents facteurs (46).

L'expérience de l'identité occupationnelle dans la recherche en ergothérapie

Selon Ocasio Hansson et al., l'identité occupationnelle fait le lien entre l'être et le faire de manière interne, avec la perception que l'on a de soi-même en tant qu'individu, et de manière externe avec d'une part l'expression extérieure de soi en tant qu'individu, et d'autre part l'expression extérieure de soi au sein d'un groupe. A-travers les liens entre être et faire, émergent également les notions de devenir et d'appartenance. En ergothérapie, la littérature relève trois catégories d'utilisation du concept d'identité occupationnelle : sa construction, ses discordances et ses perturbations.

Dans la construction de l'identité occupationnelle, le sentiment de soi comme individu correspond à la manière dont on se perçoit en tant qu'être occupationnel au fil du temps. Les expériences positives et négatives influencent cette perception, et ont également un impact sur les liens futurs entre être et faire. Se percevoir soi-même peut être se percevoir selon un rôle signifiant (mère, frère, travailleur...). L'autoreprésentation de soi d'un individu est influencée par les récits qu'il fait de sa vie, et surtout par les perceptions des autres (famille, société) sur ce qu'il exprime de son être et ce qu'il fait. Ont également un fort impact sur la constitution de

l'identité occupationnelle la valeur accordée au travail ou à l'école, et la volonté d'accepter de changer en vue d'une identité future.

Au niveau de l'expression de soi en tant qu'individu (de manière extérieure), la construction de l'identité occupationnelle est manifestée par l'action, et par les significations données à ce que l'on fait. Le sens donné à ce que l'on fait permet un sentiment de cohérence. Tout changement de sens donné à ce que l'on fait implique un changement dans nos occupations. Plusieurs aspects de soi peuvent se manifester, notamment à-travers les différents rôles et actions menées en lien avec ces derniers. La réussite dans l'action et le choix de ce que l'on fait ont également un impact sur la constitution de liens entre être et faire.

Mais cette expression externe de soi est influencée par la perception que les autres ont de ce que l'on fait, ainsi que par notre propre perception, lorsque nos actions sont comparées à celles des autres. Aussi, des relations importantes telles que la famille ou les relations affectives influencent la constitution de l'identité occupationnelle. De plus, faire avec autrui permet la création d'un sentiment d'acceptation, de compréhension et d'appartenance au sein d'un groupe ou de la société. L'identité occupationnelle est donc influencée par les normes sociales et culturelles.

L'identité occupationnelle peut également présenter des discordances, c'est-à-dire des écarts ou conflits entre soi-même et l'un des aspects structurant notre identité occupationnelle. La perception de soi peut être discordante. On peut s'imaginer ne pas avoir telle qualité qui pourtant nous correspond : se sentir ignorant sur un sujet que l'on maîtrise pourtant bien par exemple. On peut également décrire un rôle actuel par ce que l'on faisait dans le passé. Par exemple, une mère peut se définir au présent comme subvenant aux besoins de son enfant qui est pourtant majeur et indépendant.

Au niveau de l'expression de soi comme individu, des discordances peuvent subvenir lorsque l'on désire être et faire comme avant, alors que nos capacités ne sont plus les mêmes (âge, handicap...).

Dans la mesure où les discordances ont tendance à être manifestes lorsque des changements ont lieu, c'est surtout dans notre rapport à autrui que s'expriment des écarts dans l'identité occupationnelle. En effet, si nos capacités ont changé, si les personnes constituant notre environnement social ont changé, cela crée des discordances entre l'expression de soi au sein d'un groupe passée et cette même expression dans le présent. La perception de soi par les autres peut également être discordante : autrui peut nous considérer selon nos caractéristiques passées

par exemple. Ces écarts impactent négativement le sentiment de soi et le sentiment d'appartenance.

Les perturbations d'un des aspects de l'identité occupationnelle (sentiment de soi, expression de soi comme individu, expression de soi au sein d'un groupe, devenir et appartenance) a tendance à impacter tous les autres. Ainsi, une perturbation du sentiment de soi impacte les possibilités de devenir, le sentiment d'appartenance. La perte de certaines capacités engendre l'incapacité de faire et d'être ce que l'on pouvait exprimer auparavant dans nos actions. Cela impacte les rôles signifiants à-travers lesquels on exprimait notre identité occupationnelle. Le regard porté par les autres sur notre identité occupationnelle peut également créer ce genre de perturbations.

Proposition d'un cadre conceptuel autour de la notion d'identité occupationnelle

Occasion Hansson et al. proposent un cadre conceptuel pour définir l'identité occupationnelle à partir des éléments trouvés dans la littérature en ergothérapie.

Pour déployer ses attributs, elle a besoin de prérequis. Ainsi, pour se constituer, l'identité occupationnelle nécessite une intériorité, l'expérience de ce que l'on a été et fait, et le sentiment de soi en tant qu'être occupationnel.

Elle a plusieurs attributs. Elle est interconnectée. En effet, l'être est lié au faire, au devenir et à l'appartenance. Ces connexions sont à la fois internes (en soi), externes (visibles dans l'action), individuelles et collectives. L'identité occupationnelle est également temporelle, puisque les connexions entre être et faire se constituent et existent à-travers le temps. Les connexions actuelles sont issues des connexions passées, et elles auront un impact sur les futures connexions. L'identité occupationnelle est signifiante, c'est-à-dire que nous exprimons notre identité en fonction de ce qui a du sens pour nous, et pour notre environnement social. Enfin, l'identité occupationnelle est contextuelle, elle est déterminée et varie selon les personnes et les lieux que l'on fréquente, et selon la société et ses valeurs.

En fonction de ces attributs, des conséquences sur l'identité occupationnelle vont advenir. Elles peuvent être positives et permettra la satisfaction, la confiance, les sentiments de compétence et d'acceptation. Mais elles peuvent aussi être négatives : mécontentement, incertitude, incompétence et aliénation (47).

Définition de la question de recherche

Dans la mesure où l'enquête exploratoire a mis en évidence deux éléments, d'une part la mauvaise connaissance du concept d'identité occupationnelle chez les ergothérapeutes, d'autre part sa prise en considération auprès des personnes psychotiques de manière implicite, il va s'agir de comprendre de quelle manière les ergothérapeutes en tiennent compte de manière précise, en déterminant quels aspects de la notion sont pris en considération dans la prise en soin des personnes psychotiques. En mettant le concept mal connu de côté et en s'attachant aux différents aspects qui le constituent, il est postulé que les professionnels soient en mesure d'expliquer comment ils en tiennent compte. La question de recherche est donc **comment les ergothérapeutes francophones comprennent-ils l'identité occupationnelle des personnes psychotiques avec lesquelles ils travaillent ?** L'objet de recherche est donc ici la compréhension, au double sens de connaître et de tenir compte, de l'identité occupationnelle des personnes psychotiques prises en soin par les ergothérapeutes.

2 Matériel et méthode

Population visée, sites d'exploration et critères d'inclusion et d'exclusion

La population sélectionnée pour la recherche est la même que celle visée par l'enquête exploratoire, car la question de recherche tend à préciser les éléments de la première enquête. Il s'agit donc des ergothérapeutes francophones, exerçant dans l'un des douze pays relevés par la WFOT (35). Ces professionnels doivent exercer depuis au moins un an auprès de la population intéressant ce travail de recherche, afin d'avoir des éléments de réflexion autour de leur pratique. Sont donc exclus les ergothérapeutes n'exerçant pas dans l'un de ces pays, ne travaillant pas avec des personnes adultes psychotiques, et ne travaillant pas avec ce public depuis au moins un an. Afin d'avoir une vision actualisée des perspectives des professionnels, sont également exclus les ergothérapeutes ne travaillant plus avec la population d'usagers visée.

Choix de la méthode de recherche

L'enquête exploratoire a montré quelques éléments apparemment discordants : les ergothérapeutes ne connaissent pas bien le concept d'identité occupationnelle, mais affirment en tenir compte dans les différents aspects de leur pratique, et estiment cela bénéfique. C'est la raison pour laquelle il semble pertinent d'une part de chercher quels éléments de la notion sont pris en compte par les professionnels dans leur vécu de pratique, et de comparer cela avec leurs

représentations intellectuelles sur la prise en compte du concept global. Ces données sont également à comparer avec la manière dont ils définissent la psychose chez leurs usagers. La recherche sera donc exploratoire. C'est pourquoi l'utilisation d'une méthode de recherche mixte a été retenue. Cela permettra d'une part de pallier la surinterprétation des résultats qualitatifs grâce aux résultats quantitatifs, et d'autre part de pallier le manque de nuances d'une enquête exclusivement quantitative. De plus, cela servira à accroître la fiabilité de l'étude en utilisant des éléments qualitatifs et quantitatifs. Le protocole de cette recherche sera convergent (QUAN + QUAL) (48). La priorité de chacune des deux méthodes est équivalente. Le recueil de données et l'analyse des résultats se feront de manière à la fois qualitative et quantitative, dans le même temps.

Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil de données

Ce travail de recherche exploratoire requiert un nombre important de participants, afin d'étudier un phénomène encore trop peu abordé par la recherche francophone. La population visée est vaste car sélectionnée sur 12 pays. Le temps imparti pour cette recherche est court. Pour ces raisons, l'utilisation d'un questionnaire est requise. Afin d'explorer les éléments de l'identité occupationnelle pris en compte par les professionnels, les questions ont été établies à partir des indicateurs et des sous-indicateurs de la matrice conceptuelle.

Objectifs de recherche

Les objectifs de la recherche sont les suivants :

- Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte dans la pratique des ergothérapeutes
- Explorer de quelle manière les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les professionnels sur le terrain.
- Mettre en évidence les éventuelles discordances entre les représentations intellectuelles des ergothérapeutes et leur pratique sur le terrain
- Identifier la manière dont les ergothérapeutes comprennent la psychose chez les usagers avec lesquels ils travaillent
- Mettre en lien leur compréhension de la psychose avec leur pratique auprès des personnes psychotiques

Test du questionnaire

Une première version du questionnaire a été envoyée par e-mail à cinq ergothérapeutes. Trois ont participé au test. Leurs critiques sont identiques : le questionnaire initial est trop long, ce qui décourage la participation, certaines questions sont redondantes et peu précises. A l'origine, le questionnaire faisait soixante-seize questions. Les questions portant sur les éléments de l'identité occupationnelle ont été remaniées. Quarante-sept sont désormais proposées, dont dix ouvertes.

Les questions redondantes et peu précises ont été supprimées en faveur de questions similaires et plus précises. Par exemple « Prenez-vous en compte chez les personnes vivant avec la psychose les moments de perturbations, de reconstruction et de crise ? » a été supprimée car d'autres questions abordent de manière plus précise certains moments de perturbation ou de crise, comme la survenue de la psychose, ou la perte d'une capacité. La forme des questions a également été revue. Certaines questions ouvertes ont été converties en questions fermées sous forme d'échelles de Likert, afin de diminuer le temps de participation à l'enquête. De plus, le choix de la forme des questions, à l'origine motivé par l'alternance des formes, afin de conserver l'attention des participants, a été réexaminé en fonction des objectifs de l'enquête (voir ci-dessous).

Constitution du questionnaire final

Une question de recherche de consentement est proposée en début de questionnaire, accompagnée d'une description, afin de respecter l'éthique de recherche (présentation du dispositif de recherche, recherche de consentement éclairé des participants, conservation et protection des données, anonymat...). Neuf questions sont prévues pour faire une étude démographique sur les participants, dont quatre en début de questionnaire cherchant à confirmer que les participants correspondent bien à la population visée, en vue de limiter les biais d'échantillonnage.

Pour la prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes, quarante-huit questions ont été prévues, trente-huit étant des questions fermées, le plus souvent sous forme d'échelles de Likert.

Sont proposées deux types de questions à échelle de Likert :

- De type échelle de 0 à 10 : intensité de prise en compte lorsqu'il s'agit d'éléments appréhendés d'une manière générale (par exemple « Généralement, prenez-vous en compte la manière spécifique dont les personnes psychotiques réalisent une occupation déterminée, et les raisons pour lesquelles elles font cette occupation ainsi ? ») ou d'éléments en interrelation, c'est-à-dire lorsqu'un élément en impacte un autre (par exemple « Prenez-vous en compte comment la survenue de la psychose chez vos usagers impacte ou a impacté la perception de leurs proches (famille, amis) sur certaines de leurs occupations et sur leur capacité à les réaliser ? »)
- De type « Toujours, Souvent, Parfois, Rarement, Jamais » : fréquence de prise en compte lorsqu'il s'agit d'éléments pouvant être appréhendés isolément. (Par exemple : « Prenez-vous en compte ce qui limite les possibilités de choix signifiants des personnes psychotiques ? »)

Neuf des dix questions dichotomiques permettent de déterminer si les ergothérapeutes prennent en compte des éléments en interrelation complexe. Si les participants affirment prendre en compte ces éléments, ils sont le plus souvent (huit fois sur neuf) amenés à décrire de quelle manière grâce à une question ouverte. Une question dichotomique cherche à déterminer quel langage les professionnels utilisent lorsqu'ils abordent la psychose sur leur lieu de pratique (« Dans votre pratique, entendez-vous parler ou parlez-vous de psychose maniaco-dépressive ? »).

Neuf questions ouvertes ont été prévues. 8 explorent la manière dont des éléments de l'identité occupationnelle en interaction complexe sont pris en compte par les professionnels. Une question cherche à connaître la manière dont les professionnels définissent la psychose, afin de déterminer s'il existe une corrélation entre leur vision de la psychose et la prise en compte de l'identité occupationnelle dans leur pratique.

Deux questions à choix multiple avec réponse unique sont également prévues pour identifier, notamment à-travers le langage utilisé pour aborder la psychose, quel DSM est utilisé sur le lieu de pratique des ergothérapeutes.

La matrice du questionnaire se trouve en Annexe 12 p.123.

Diffusion de l'enquête

Le questionnaire est diffusé en chaîne à effet boule de neige sur le réseau social Facebook®. La liste des groupes Facebook et des pages sur lesquels a été publié l'enquête se trouve en Annexe

13 p.133. Des demandes de diffusion par mail sont également envoyé à la directrice de mémoire de cette recherche, via le réseau du Groupe de Réflexion des Ergothérapeutes en Santé Mentale (GRESM) et au Directeur général et secrétaire à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Atténuation et contrôle des biais

D'une manière générale, plusieurs biais sont à contrôler. Les biais d'échantillonnage sont gérés en proposant des questions en début de questionnaire visant à contrôler la population. En cas de réponse ne correspondant pas à la population visée, le questionnaire se ferme. Les biais de cadrage peuvent être évités en proposant des questions suffisamment précises et compréhensibles. De plus, dans la mesure où l'utilisation d'un questionnaire laisse le temps aux participants de répondre aux questions, un biais de désirabilité sociale peut se présenter, notamment si les enquêtés font des recherches au lieu de répondre avec leurs connaissances propres. Pour atténuer cela, la présentation de la démarche de recherche met en évidence l'intérêt de fournir des réponses subjectives, spécifiques au professionnel, et insiste sur l'anonymat garanti des participants.

Plus spécifiquement, peuvent survenir des biais relatifs aux méthodes. Au niveau des questions quantitatives, afin de pallier toute tendance à l'acquiescement, l'ordre dans lequel sont présentés les items des réponses des échelles de Likert (de type « toujours...jamais ») peut être inversé. Ainsi, dans ce type de questions, les réponses peuvent aller de « Toujours » à « Jamais », ou de « Jamais » à « Toujours ».

Il y a, dans les questions ouvertes, plus qualitatives, un risque de mal interpréter les réponses données par les ergothérapeutes car il n'y a pas de possibilité de relancer la personne afin d'approfondir sa perspective. De plus, le chercheur est privé d'informations non verbales. C'est pourquoi il est nécessaire de poser des questions à la fois précises et ouvertes, et d'expliquer aux participants dans la présentation du questionnaire l'intérêt de fournir des réponses les plus précises possibles.

Choix des outils de traitement des données et méthodes d'analyse

Les données quantitatives sont traitées à l'aide du logiciel Excel®. L'enquête étant exploratoire, les analyses statistiques sont descriptives. Les données qualitatives sont traitées par analyse thématique à l'aide du logiciel Maxqda®.

Identification et manière dont sont pris en compte les éléments de l'identité occupationnelle dans la pratique

Les données quantitatives exprimées sous forme de fréquences explorent la temporalité de la prise en compte des éléments les plus simples de l'identité occupationnelle.

Tableau 7 : Codage des fréquences de prise en compte

| Fréquence de prise en compte | Code |
|------------------------------|------|
| Toujours | 4 |
| Souvent | 3 |
| Parfois | 2 |
| Rarement | 1 |
| Jamais | 0 |

Pour les comparer entre elles, un codage est utilisé, comme indiqué dans le tableau 7, donnant une échelle de fréquence allant de 0 (jamais pris en compte), à 64 (toujours pris en compte). Cette échelle est utilisée pour chaque question, en multipliant le nombre de participants ayant choisi un même item avec le code proposé (par exemple : 3 ergothérapeutes ont choisi « toujours », donc $3 \times 4 = 12$), et en additionnant l'ensemble des valeurs de chaque item. Une synthèse des fréquences de prise en compte est proposée.

Les données quantitatives exprimées de degrés explorent l'intensité de prise en compte des éléments plus complexes de l'identité occupationnelle. Les résultats des échelles de 0 à 10 sont transformés en pourcentages, puis en moyennes, afin de pouvoir comparer les différents éléments entre eux. Une synthèse de l'intensité de prise en compte est proposée.

Les données qualitatives sont présentées par analyse thématique.

Comparaison entre les représentations intellectuelles sur la prise en compte du concept d'identité occupationnelle des ergothérapeutes et la prise en compte des éléments du concepts sur le terrain

Sont ensuite comparés les degrés moyens de prise en compte des éléments du concept avec le degré d'utilisation estimé du concept par les professionnels, afin de mettre en évidence les cohérences et les discordances entre représentation et mise en pratique pour chaque professionnel.

Compréhension de la psychose et discordances éventuelles chez les ergothérapeutes

Enfin, les données quantitatives et les données qualitatives relatives à la compréhension de la psychose chez les ergothérapeutes sont comparées afin de déterminer si ces données sont cohérentes entre elles pour un même professionnel.

3 Résultats

Analyse quantitative en termes de fréquences et d'intensités moyennes

Les ergothérapeutes sont notés « Ergo » suivi d'un numéro (de 1 à 16) dans les tableaux en annexe.

16 ergothérapeutes ont participé à l'enquête. Seuls 3 pays francophones sont représentés : la France (12/16), la Suisse (3/16) et la Belgique (1/16). Trop peu d'ergothérapeutes représentent la Belgique et la Suisse pour qu'une comparaison pays par pays soit pertinente. Les participants ont entre 21 et 30ans. Ils ont été diplômés entre 1981 et 2020, en Belgique (2/16), en France (11/16) et en Suisse (3/16).

Tableau 8 : Présentation de la population

| | |
|---|---|
| Pays | Belgique : 1 France : 12 Suisse : 3 |
| Âge | Entre 21 et 30 ans : 4 Entre 31 et 40 ans : 3 Entre 41 et 50 ans : 5 Entre 51 et 60 ans : 4 |
| Année d'obtention du diplôme | Entre 1981 et 1990 : 3 Entre 1991 et 2000 : 4 Entre 2001 et 2010 : 3 Entre 2011 et 2020 : 5 |
| Lieu d'obtention du diplôme | Belgique : 2 France : 11 Suisse : 3 |
| Lieu d'exercice (au total) | Institution : 10 Etablissement médico-social : 4 Equipe mobile : 2 Libéral : 3 Santé communautaire/de proximité : 4 |
| Temps de travail sur une semaine auprès des personnes psychotiques : | Entre 31 et 40h : 9 Entre 21 et 30h : 4 Entre 10 et 20h : 1 Moins de 10h : 2 |

L'âge et l'année de diplôme n'ont pas montré de corrélation avec les résultats. La majorité (10/16) travaille en institution. 9 professionnels indiquent travailler entre 31 et 40h par semaine auprès des personnes psychotiques (voir tableau 8). Une présentation de chaque répondant est disponible en Annexe 14

p.134.

Eléments préalables à la prise en compte de l'identité occupationnelle de la personne psychotique (voir Annexe 15 p.135)

Les manières les plus fréquentes de connaître un usager sont de deux types : en étant au contact avec la personne, et en recherchant des informations à son sujet. Ainsi, pour connaître un usager en étant en contact avec, sont fréquemment utilisés les entretiens (62/64 sur l'échelle de fréquence), et les activités thérapeutiques (60/64). Pour connaître l'usager à-travers des informations le concernant, les professionnels échangent fréquemment avec leur équipe (62/64),

et consultent le dossier médical de la personne (58/64). Les visites à domicile sont moins fréquemment utilisées (35/64).

Fréquences de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle (voir résultats en Annexe 16 p.135, et codage en Annexe 17 p.136)

Globalement, les professionnels tiennent fréquemment compte des éléments de l'identité occupationnelle. Sur l'échelle de fréquence, les données vont de 49/64 à 62/64. Elles sont classées en 3 classes :

- Les éléments les plus fréquemment pris en compte (de 59/64 à 64/64 sur l'échelle de fréquence)
- Les éléments fréquemment pris en compte (de 53/64 à 58/64 sur l'échelle de fréquence)
- Les éléments les moins fréquemment pris en compte, relativement aux autres résultats (de 47/64 à 52/64)

Les éléments de l'identité occupationnelle les plus fréquemment pris en compte

Les habitudes de vie sont les éléments les plus fréquemment pris en compte par les professionnels, avec un score de 62/64 sur l'échelle de fréquence. Le second élément le plus souvent pris en compte est lié aux habitudes de vie car il s'agit de l'organisation hebdomadaire des occupations (59/64). Il est possible que le fait que ces éléments soient immédiatement identifiables par l'ergothérapeute permette à celui-ci de les prendre en compte de manière plus systématique.

Les éléments de l'identité occupationnelle fréquemment pris en compte

Les difficultés exprimées pour s'engager dans des occupations significatives sont fréquemment prises en compte par les professionnels, avec un score de 58/64. L'écart entre le souhait de l'utilisateur de réaliser certaines occupations et ses capacités effectives à le faire est presque autant pris en compte (57/64). Ces éléments demandent de passer un peu plus de temps avec la personne pour mieux les identifier. Peut-être est-ce là la raison d'une fréquence de prise en compte moindre.

Le travail et les études sont également pris en compte selon un score de 57/64 sur l'échelle de fréquence. Il est possible ici que la fréquence de prise en compte soit amoindrie par le fait que

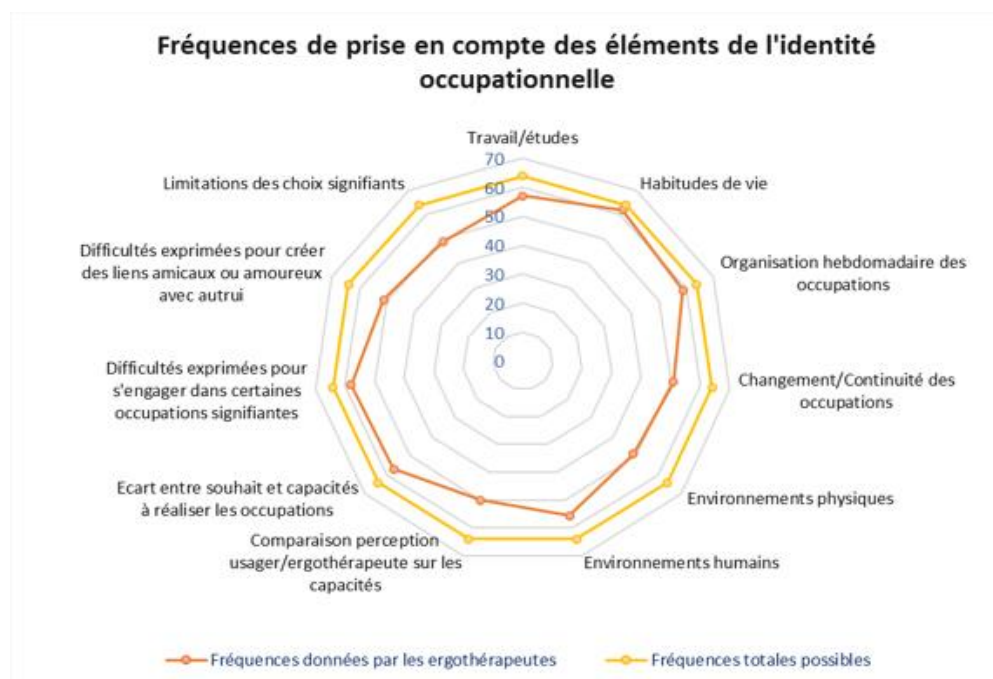
certaines individus vivant avec la psychose n'ont pas eu ou n'ont pas actuellement accès à ces domaines, pour cause d'institutionnalisation, d'état de crise, etc.

Enfin, les professionnels tiennent compte des environnements humains, à savoir la famille, les amis et le/la conjoint.e de la personne psychotique selon un score de 55,67/64. Tenir compte de cet aspect suppose être en contact ou avoir des informations sur les entourages, ce qui dépend de la présence de ces environnements auprès de la personne, et de ce qu'elle livre à l'ergothérapeute.

Les éléments de l'identité occupationnelle les moins fréquemment pris en compte en comparaison des autres résultats

Les changements et la continuité des occupations réalisées par l'utilisateur sont pris en compte aussi souvent que les difficultés exprimées pour créer des liens amicaux ou amoureux avec autrui (51/64). La comparaison entre la perception de l'utilisateur sur ses capacités et celle de l'ergothérapeute est un peu moins souvent prise en compte (51/64). Enfin, les éléments les moins fréquemment pris en compte par les ergothérapeutes sont les environnements physiques et les limitations des choix signifiants (49/64). Pour prendre en compte ces aspects, il est nécessaire de travailler avec l'utilisateur sur une certaine durée : peut-être est-ce une des raisons expliquant une fréquence moindre.

Synthèse des fréquences de prise en compte



Intensité de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle (voir résultats en Annexe 18 p.137, et calcul des moyennes en Annexe 19 p.138)

D'une manière générale, la prise en compte moyenne des éléments complexes de l'identité occupationnelle va de 50% à 90%.

Les différents aspects étudiés en termes d'intensité de prise en compte sont classés en 3 catégories :

- Les éléments les plus pris en compte (80% de prise en compte moyenne et plus)
- Les éléments pris en compte de manière intermédiaire (entre 70% et 79% en moyenne)
- Les éléments les moins pris en compte (moins de 69% en moyenne)

Les éléments les plus pris en compte par les professionnels

Les aspects dont les professionnels tiennent le plus compte sont ceux relatifs à la personne. Le sens des occupations des usagers est l'aspect le plus pris en compte par les ergothérapeutes (en moyenne 90%), suivie par la prise en compte des différents aspects de la santé - mentale, physique et sociale - des usagers (en moyenne 88,75%), l'influence de l'histoire de vie sur leurs aspirations pour l'avenir (86,87%), et les formes et significations des occupations (85,6%). L'écart entre la prise en compte du sens des occupations et la prise en compte de la forme et de la signification, bien que restreint, reste surprenant : comment prendre en compte la signification de ce qu'une personne fait si on ne sait pas comment elle le fait ?

Le sentiment d'appartenance est également fortement pris en compte, avec une moyenne de 89,38%.

Les ergothérapeutes tiennent compte à 86,88% en moyenne de l'impact de la survenue d'une incapacité sur la définition de soi.

Enfin, l'influence de la comparaison aux autres sur les occupations (83,75%) et la perception des codes sociaux (81,25%) sont un peu moins pris en compte.

Les éléments pris en compte de manière intermédiaire par les professionnels

Les éléments pris en compte de manière intermédiaire sont en particulier ceux relatifs à la psychose et à ses conséquences. En effet, l'impact de la survenue de la psychose sur la perception

de soi et sur la réalisation des occupations est pris en compte à 78,75%. Les professionnels tiennent compte de l'impact de la stigmatisation sur la manière dont l'utilisateur se projette dans l'avenir et de son impact sur la création de nouvelles relations sociales à 71,25%. L'impact de la stigmatisation sur le choix des occupations et leur réalisation est pris en compte en moyenne à 70,63% et son impact sur l'autodéfinition de la personne à 70%.

Les éléments les moins pris en compte par les professionnels

Les ergothérapeutes tiennent moins compte des éléments de l'identité occupationnelle relatifs aux environnements sociaux de la personne, dont il fait lui-même partie, au même titre que les autres professionnels de santé travaillant avec l'utilisateur.

Il faut rappeler que les environnements sociaux sont pourtant fréquemment pris en compte par les ergothérapeutes (voir plus haut). Cela montre que la fréquence de la prise en compte n'est pas assimilable à son intensité.

Deux éléments relatifs à la psychose en lien avec les environnements sociaux sont moins pris en compte : l'impact de la stigmatisation vécue par l'utilisateur sur les actions avec ses proches pris en compte à 68,13%. et l'impact de la survenue de la psychose sur la perception des proches en moyenne à 65%.

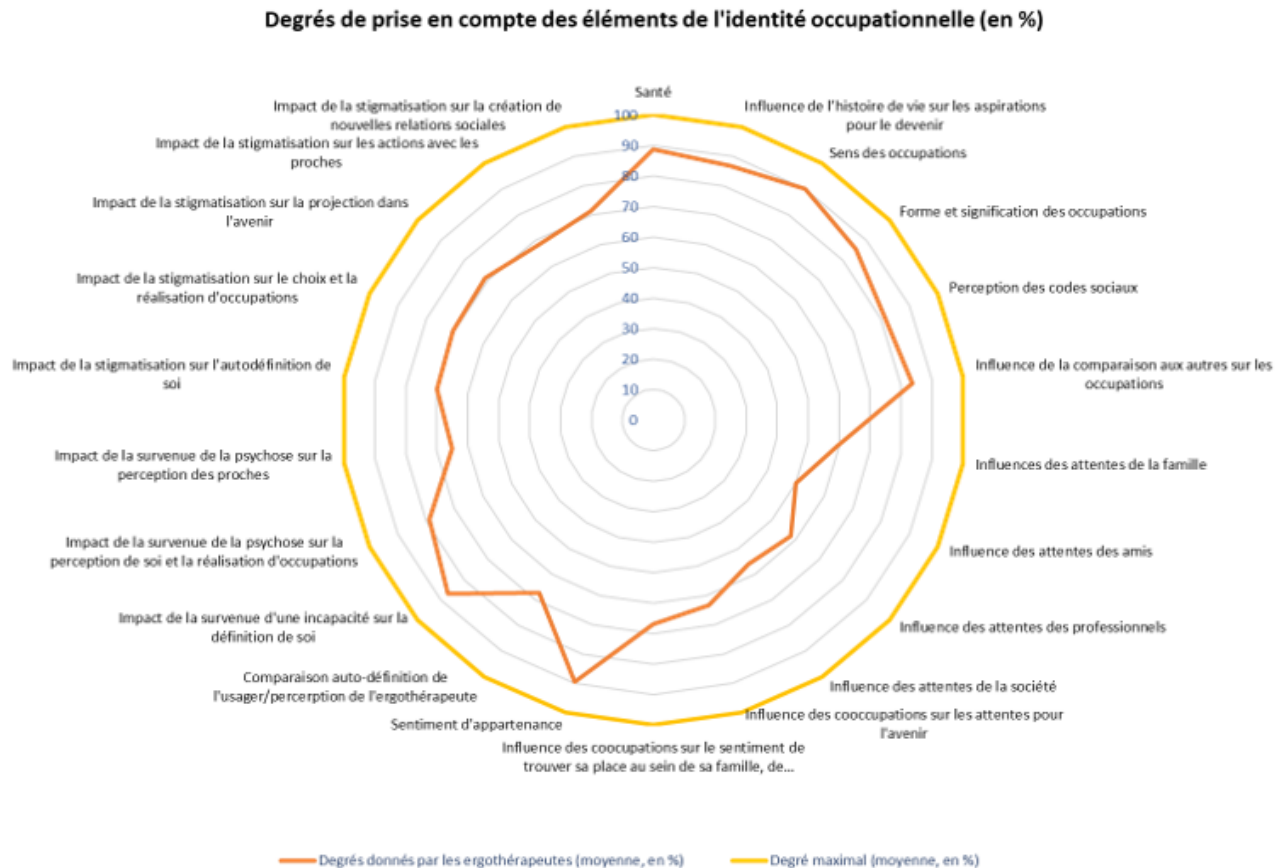
Les ergothérapeutes tiennent compte de la comparaison entre l'autodéfinition de l'utilisateur et leur propre perception en moyenne à 67,5%. L'influence des co-occupations sur le sentiment de trouver sa place au sein de sa famille, de groupes d'amis ou d'un couple est pris en compte à 66,88%. L'influence des co-occupations sur les attentes pour l'avenir est pris en compte à 63,13% par les professionnels.

Enfin, en-dessous de 60% en moyenne, ce sont les influences des attentes des environnements sociaux qui sont les moins pris en compte par les ergothérapeutes : influence des attentes de la famille pris en compte à 59,38%, influence des attentes des professionnels pris en compte à 58,13%, influence des attentes de la société pris en compte à 56,25% et influence des attentes des amis pris en compte à 50%.

Les ergothérapeutes indiquant peu prendre en compte les éléments relatifs aux environnements sociaux des usagers psychotiques travaillent en institution (Voir Annexe 14 p.134, et Annexe 18 p.137). Peut-être que le travail en institution permet moins d'échanger avec les entourages

sociaux que les accompagnements à domicile. Y a-t-il une corrélation entre les spécificités et les exigences du lieu d'exercice et la prise en compte ou non de certains éléments de l'identité occupationnelle ?

Synthèse de l'intensité de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle



Analyse qualitative : Manières de prendre en compte les éléments les plus complexes de l'identité occupationnelle

Parmi les réponses des participants aux questions ouvertes, certaines n'ont pas été retenues. Il s'agit de réponses de type commentaire de l'aspect de l'identité occupationnelle interrogé, ou bien de type réponse à la question « pourquoi prendre en compte tel élément » et non « comment », ou encore des non-réponses telle que « oui ».

L'analyse thématique de la manière dont les ergothérapeutes prennent en compte les éléments de l'identité occupationnelle a fait émerger cinq thématiques (Voir Annexe 20 p.140). Ainsi, prendre

en compte les éléments de l'identité occupationnelle d'un usager vivant avec la psychose peut signifier :

- Identifier et comprendre ces éléments, ce qui peut constituer un possible point de départ au travail en ergothérapie.
- Accompagner l'usager dans l'identification des éléments de son identité occupationnelle.
- Accompagner l'usager dans l'acquisition d'habiletés et de stratégies, visant à le protéger des possibles représentations négatives des environnements sociaux
- Travailler avec les environnements sociaux pour favoriser une perception plus adéquate des capacités de l'usager.
- Accompagner l'usager dans la réalisation ou le développement des éléments de son identité occupationnelle

La première thématique est la plus largement représentée dans les réponses des participants de l'enquête, car on la trouve dans les réponses de chacune des questions. Elle est souvent associée à l'accompagnement de l'usager dans l'identification des éléments de son identité occupationnelle, ainsi qu'à son accompagnement dans l'acquisition de stratégies et habileté.

Identifier et comprendre en compte les éléments de l'identité occupationnelle

Pour identifier et comprendre l'influence des expériences passées sur certaines des occupations actuelles d'un usager vivant avec la psychose, les professionnels utilisent des entretiens, sous la forme d'échanges, d'écoute du patient, et de questions. Ils essaient d'être au plus près de la perspective de l'usager afin de mieux comprendre ce qu'il vit, et d'utiliser la réassurance et la valorisation. Les besoins, les difficultés et les ressources sont identifiées, ce qui constitue un point de départ au travail en ergothérapie. Un professionnel indique prendre spécifiquement en compte les expériences passées liées au travail, en vue d'un accompagnement vers le retour à l'emploi. Les ergothérapeutes utilisent également les mises en situation. Ils indiquent comparer le passé de l'usager avec son présent. Enfin, ils utilisent des outils, sous la forme de questionnaires tels que les Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB), et le *Model Of Human Occupation Sreening Tool* (MOHOST)).

Pour identifier et comprendre les perspectives d'avenir d'un usager psychotique, les entretiens sont employés par les ergothérapeutes, en échangeant avec l'usager, en l'écoutant et en lui posant des questions. Comme point de départ du travail en ergothérapie, des objectifs thérapeutiques peuvent être mis en place, ainsi qu'un Plan de Suivi Individualisé (utilisé en réhabilitation

psychosociale). Les outils utilisés peuvent être ELADEB, ou *l'Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale* (OCAIRS). Il s'agit pour les professionnels d'être au plus près de la perspective du patient, d'identifier les ressources, et les besoins et difficultés.

Afin d'identifier et de comprendre la perception d'une personne vivant avec la psychose sur ce que pense ses environnements sociaux, les professionnels utilisent des entretiens, en échangeant avec la personne et en l'écoutant. Ils cherchent à identifier ses besoins et ses difficultés en lien avec ce qu'il perçoit de ses environnements. Les ergothérapeutes utilisent l'observation et des outils tels que ELADEB, *l'Occupational Self-Assessment* (OSA) et l'OCAIRS.

Pour identifier et comprendre l'influence de la perception des proches sur les capacités de l'usager les ergothérapeutes font des entretiens avec sa famille, cherchent à recueillir des informations sur ses environnements sociaux et échangent avec l'équipe de travail. Cette identification passe également par des entretiens avec la personne, des mises en situation, des activités thérapeutiques et des visites à domicile, afin d'être au plus près de la perspective de la personne. Des outils et des bilans sont aussi utilisés, sans que les professionnels ne donnent d'exemple précis, ainsi que l'observation.

Pour identifier et comprendre le sens que donne un usager psychotique à sa vie, la manière dont il trouve sa place dans la société et démontre un sentiment de compétence, les ergothérapeutes utilisent des outils comme l'OCAIRS ou le MOHOST, font des entretiens, et observent la personne. Ils mettent en place un projet d'intervention, en tenant compte de l'évolution et du devenir du patient, en recherchant un projet de vie, et en mettant en place des objectifs, pour définir le point de départ du travail en ergothérapie.

Pour identifier et comprendre l'impact des occupations (ou de leur absence) sur la constitution de l'identité de la personne psychotique et le sens qu'elle met derrière cette identité, les professionnels font des entretiens avec elle. Ils mettent en place un cadre thérapeutique favorisant la confiance et l'alliance thérapeutique. Un ergothérapeute indique identifier l'histoire occupationnelle, les routines et les habitudes de vie, sans préciser de quelle manière. L'observation, le travail en réseau et avec l'équipe sont également évoqués, sans plus de précision. La mise en place d'un projet d'intervention en tenant compte de l'évolution et du devenir de la personne, également utilisée, constitue un point de départ au travail en ergothérapie.

Pour identifier l'écart entre la manière dont un usager se définit et ce qu'il manifeste de lui, les ergothérapeutes utilisent des entretiens et observent l'usager.

Enfin, pour identifier comment une personne vivant avec la psychose se définit, les professionnels font des entretiens dans lesquels ils écoutent, ils échangent avec l'usager, ils lui posent des questions et reformulent ses propos. Ils cherchent l'autodéfinition de l'usager à-travers ce qu'il vit de sa maladie, et l'un d'entre eux essaie d'accompagner à la différenciation entre soi et la maladie. Les professionnels essaient d'être au plus près de la perspective de la personne, de s'adapter à sa temporalité et à son état de santé et d'identifier ses besoins et ses difficultés. Ici, prendre en compte la définition de soi de l'usager consiste surtout à identifier la manière dont il se définit à-travers la maladie. L'attention du thérapeute est portée vers ce qui pose problème à l'usager principalement. Les ergothérapeutes utilisent également des outils, tels que ELADEB ou l'OCAIRS. Ils mettent en place un projet d'intervention tenant compte de l'évolution et du devenir de la personne, et cherchent un projet de vie adapté, ce qui constitue un point de départ à l'intervention ergothérapique.

Se dessinent deux tendances à-travers l'identification de la manière dont un usager se définit : d'une part, une attitude de recueil ouverte de ce que l'usager exprime de son identité, et d'autre part une attitude de recueil orientée vers la maladie, les difficultés. La prise en compte de l'identité occupationnelle d'une personne psychotique doit-elle être restreinte à la psychose ? N'est-ce pas mettre de côté d'autres éléments importants constituant l'être occupationnel de la personne ? N'est-ce pas biaiser la prise en soin, voire en restreindre l'efficacité ?

Accompagner l'usager dans l'identification des éléments de son identité occupationnelle

Pour accompagner un usager à identifier l'influence de ses expériences passées sur certaines de ses occupations actuelles, des mises en situation sont utilisées. Le modèle du rétablissement peut aussi être employé. L'utilisation d'outils (ELADEB, MOHOST) peut également favoriser cette prise de conscience chez l'usager.

Pour accompagner la personne à identifier l'impact des occupations (ou de leur absence) sur la constitution de son identité et le sens qu'elle met derrière cette identité, les ergothérapeutes l'accompagnent dans l'identification des occupations et travaillent avec elle sur son engagement occupationnel. Sont également utilisées les séances de groupes, les activités thérapeutiques et la stimulation à l'expression de soi.

Afin d'accompagner l'usager à identifier l'écart entre la manière dont lui se perçoit et ce qu'il manifeste aux autres de son identité, les professionnels lui proposent des mises en situation, des séances de groupe, un travail sur la régulation et l'expression des émotions et des visites à

domicile. Ils effectuent également des entretiens dans lesquels ils lui donnent des indications, échangent avec lui, l'écoutent et utilisent la reformulation. Ils comparent la perspective de l'utilisateur avec la leur, recherchent le consensus avec lui, et s'adaptent à sa temporalité.

Accompagner l'utilisateur dans l'acquisition d'habiletés et de stratégies, visant à sa protection face aux représentations négatives de ses environnements sociaux

Ils accompagnent la personne dans l'acquisition de stratégies liées à ses perspectives d'avenir, sous la forme de séances individuelle ou de groupe.

Les professionnels semblent estimer que la perception des environnements sociaux de l'utilisateur psychotique est négative, et est susceptible de le dévaloriser. Ainsi, dans la prise en compte de la perception de l'utilisateur sur ce que pensent ses environnements sociaux, les ergothérapeutes indiquent être conscients de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation vécue par la personne. Ils essaient alors d'être au plus près de sa perspective, et utilisent la réassurance. Un professionnel indique travailler « autour de la stigmatisation », sans plus de précision.

Pour lui donner des moyens de se protéger de ce que pensent ses environnements sociaux de lui, les ergothérapeutes proposent surtout des activités thérapeutiques, un travail autour de l'expression et de la régulation des émotions, et des mises en situation. Sont également utilisées les visites à domicile, l'accompagnement à la mise en place chez l'utilisateur de stratégies et le travail des habiletés sociales. Les actions sont entreprises en individuelles ou en groupe.

Pour accompagner l'utilisateur à l'acquisition de stratégies visant à le protéger de l'influence de la perception de ses proches sur ses capacités, les professionnels lui proposent des stimulations à l'expression de soi, des activités thérapeutiques et des mises en situation. Ils emploient la valorisation et la réassurance, et lui donnent des conseils.

Travailler avec les environnements sociaux pour favoriser une perception plus adéquate des capacités de l'utilisateur.

La prise en compte de la perception de l'utilisateur sur ce que pensent ses environnements sociaux se fait soit par le travail en réseau, soit par un travail avec les familles, soit en recueillant des informations sur les environnements sociaux, soit avec des associations de type Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNFAM). Un ergothérapeute indiquant travailler avec les proches précise utiliser les programmes de

réhabilitation psycho-sociale Profamille et Bref. Cela est surprenant, car ces programmes sont à destination des familles uniquement, sans lien avec l'utilisateur psychotique. Il semble que les professionnels ne prennent pas en compte la perception des usagers psychotiques sur ce que pensent leurs environnements sociaux, mais plutôt qu'ils travaillent avec les environnements sociaux leur perception de l'utilisateur.

Accompagner l'utilisateur dans la réalisation ou au développement des éléments de son identité occupationnelle

Afin d'accompagner l'utilisateur dans la réalisation et le développement de ses perspectives d'avenir, les professionnels l'accompagnent dans l'identification et la réalisation de ses occupations.

Pour accompagner l'utilisateur dans la réalisation ou le développement du sens qu'il donne à sa vie, de la manière dont il trouve sa place dans la société et démontre un sentiment de compétence, les ergothérapeutes accompagnent l'utilisateur dans l'identification et la réalisation de ses occupations. Ils proposent un travail sur l'engagement occupationnel, sans plus de précision. Les séances de groupes, les activités thérapeutiques, le travail sur la régulation et l'expression des émotions, l'accompagnement à l'investissement de rôles satisfaisants, le travail des habiletés sociales, l'usage de l'entretien motivationnel et les mises en situation sont également employées. Les professionnels utilisent la valorisation de la personne, en essayant d'être au plus près de sa perspective. Ils essaient de susciter chez elle du désir, mettent en place un cadre thérapeutique adapté et s'adaptent à son état de santé et à sa temporalité. L'utilisation du modèle du rétablissement est également citée par un professionnel.

Afin que l'utilisateur puisse développer la définition de lui-même, les professionnels lui proposent des activités thérapeutiques, des séances de groupe, et des accompagnements à l'investissement de rôles signifiants.

Connaissance et utilisation du concept d'identité occupationnelle (Voir Annexe 21 p.147)

En moyenne, les ergothérapeutes estiment connaître le concept d'identité occupationnelle à 60,63%. 4 ergothérapeutes indiquent le connaître parfaitement (100%). 3 ergothérapeutes affirment ne pas le connaître du tout, (0%) et 2 le connaître peu (entre 10 et 30% en moyenne).

Les professionnels estiment utiliser le concept dans la pratique à 58,13% en moyenne, ce qui semble surprenant au vu des résultats précédents concernant la prise en compte des aspects de l'identité occupationnelle. 3 professionnels indiquent l'utiliser totalement (100%), mais 3 autres estiment ne pas l'utiliser du tout (0%). 2 professionnels estiment peu l'utiliser (entre 20 et 30% en moyenne).

Ces résultats corroborent ce qui avait déjà été mis en évidence par l'enquête exploratoire, à savoir que les ergothérapeutes ont des difficultés avec l'aspect théorique du concept. Des éléments discordants sont cependant présents : la comparaison des degrés de connaissance de l'identité occupationnelle avec les degrés d'utilisation du concept dans la pratique montre que 3 professionnels estiment plus utiliser le concept que ce qu'ils le connaissent. 1 professionnel indique ne pas connaître le concept du tout, mais l'utiliser à 50%. L'usage du questionnaire manifeste ici ses limites : un entretien aurait été nécessaire pour mieux comprendre les réponses des participants ici.

Comparaison entre les représentations intellectuelles sur la prise en compte du concept d'identité occupationnelle des ergothérapeutes et la prise en compte des éléments du concepts sur le terrain

Afin de comparer les estimations faites par les ergothérapeutes sur l'utilisation du concept d'identité occupationnelle dans la pratique et la prise en compte effective de ses éléments, a été calculée pour chaque ergothérapeute la moyenne des degrés de prise en compte des éléments du concept. Le tableau de calcul se trouve en Annexe 22 p.148. La comparaison entre les estimations (ou représentations) des ergothérapeutes sur leur utilisation du concept et l'utilisation de ses éléments dans la pratique se trouve en Annexe 23 p.150.

5 ergothérapeutes présentent une forte cohérence entre leurs représentations sur l'utilisation du concept et la prise en compte de ses éléments, avec un écart entre les deux valeurs (degré de prise en compte de l'ensemble des éléments de l'identité occupationnelle dans la pratique, et degré de prise en compte du concept d'identité occupationnelle) inférieur à 10%. Pour 5 professionnels, il y a une forte discordance (écart supérieur à 30%) entre la prise en compte des éléments du concept et leur estimation d'utilisation de l'identité occupationnelle dans la pratique. Les estimations de ces 5 professionnels sont inférieures à la prise en compte effectives des éléments du concept.

Compréhension de la psychose et discordances éventuelles chez les ergothérapeutes (Voir Annexe 24 p.150)

Ont été comparées les réponses des participants concernant les définitions et les termes qu'ils utilisent pour parler de psychoses.

Vocabulaire et version du DSM utilisés

Sur les 16 ergothérapeutes, 11 indiquent utiliser le DSM V dans leur pratique, 4 le DSM IV, et 1 le DSM III. La majorité des ergothérapeutes (9/16) ont sélectionné la définition de la schizophrénie correspondant au DSM V, 4 professionnels ont choisi la définition de la schizophrénie correspondant plutôt aux DSM II et III, et 3 ergothérapeutes la définition correspondant au DSM IV. 8 professionnels indiquent utiliser le terme « psychose maniaco-dépressive ». Or, en comparant les réponses de chaque professionnels, seuls 4 d'entre eux présentent des réponses cohérentes. En effet, tous indiquent utiliser le DSM V, ont choisi la définition de la schizophrénie qui y correspond, et n'utilisent pas le terme « psychose maniaco-dépressive ».

Est-ce un manque de connaissance du DSM qu'ils utilisent ? Est-ce dû à différents types de langages utilisés en équipe, selon l'actualisation des formations aux pathologies ? L'échantillon interrogé est trop petit pour proposer une hypothèse, d'autant plus que le questionnaire se limitait à des questions (obligatoires) autour du DSM. Peut-être que les professionnels interrogés n'utilisent pas ce manuel.

Définitions de la psychose par les ergothérapeutes (voir Annexe 24 p.150)

Les définitions de la psychose proposées par les ergothérapeutes ont été traitées par analyse thématique. Cinq thématiques ont émergé : la caractérisation biomédicale de la psychose, la caractérisation neutre, l'altération ou diminution des capacités de la personne, l'inadéquation au réel, et les conséquences.

La majorité des professionnels caractérisent la psychose en termes de maladie, de pathologie et de trouble. Les personnes porteuses de cette maladie présentent des symptômes positifs et négatifs, fluctuant dans le temps et selon la personne, des obsessions, de la méfiance, ou encore un repli sur soi. En ce sens, les ergothérapeutes considèrent ici la psychose de manière plutôt biomédicale.

A cette caractérisation s'oppose une manière plus neutre de définir la psychose. Les professionnels évoquent une manière d'être, une structure psychique particulière, ou encore un « handicap de vie ».

La troisième thématique est l'altération ou diminution des capacités de la personnes sont de nature cognitive, émotionnelle, relationnelle, volitionnelle, comportementale et sociale.

La quatrième thématique correspond à l'inadéquation au réel. Selon les professionnels, les personnes vivant avec la psychose présentent une vision altérée voire une perte de contact de la réalité.

Enfin, la cinquième thématique ayant émergé correspond aux conséquences de la psychose dans la vie des personnes. Vivre avec la psychose entraîne des entraves dans leurs occupations, dans leur identité, dans leur rapport au monde, au quotidien et dans leurs relations.

Trois des cinq thématiques attribuent des éléments de définitions plutôt négatifs à la personne (caractérisation biomédicale, altération ou diminution des capacités, inadéquation au réel). Les deux autres semblent plus neutres. Un entretien aurait été intéressant pour compléter les définitions des ergothérapeutes. Cela aurait permis de savoir si les conséquences de la psychose ne sont que le fait de la personne, ou s'il s'agit d'une inadéquation entre son mode de fonctionnement particulier et le fonctionnement de la société dans laquelle elle vit.

Que ce soit au niveau du vocabulaire employé, de la version du DSM utilisée, ou des définitions proposées par les professionnels, aucune corrélation significative n'a été trouvée avec la prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle.

4 Discussion

Interprétation des résultats

La question de recherche était de savoir comment les ergothérapeutes francophones comprennent l'identité occupationnelle des personnes psychotiques avec lesquelles ils travaillent. L'utilisation d'une méthode mixte a mis en évidence que les ergothérapeutes estiment peu prendre en compte l'identité occupationnelle des usagers vivant avec la psychose. Cependant, ils indiquent prendre en compte les éléments du concept, à des degrés et des fréquences différents. Les professionnels comprennent donc l'identité occupationnelle à-travers ses éléments principalement. Les ergothérapeutes semblent avoir des difficultés pour identifier le concept dans leur pratique, ce

qui avait été mis en évidence dans la revue de littérature et dans l'enquête exploratoire, à-travers l'examen du Modèle de l'Occupation Humaine.

Les éléments de l'identité occupationnelle des personnes psychotiques les plus fréquemment pris en compte sont les habitudes de vie, l'organisation des occupations dans la semaine, l'environnement social proche, les difficultés pour s'engager dans des occupations significatives, et l'écart entre le souhait de réaliser certaines occupations et les capacités pour le faire. Il s'agit d'éléments peu complexes, qu'il peut être aisé d'identifier.

Les éléments les plus pris en compte en termes de degrés sont les aspects relatifs à la santé, ceux relatifs au sens, à la forme et à la signification des occupations, l'influence de la comparaison à autrui sur les occupations, l'impact de la survenue d'une incapacité sur la définition de soi et le sentiment d'appartenance.

Les aspects de l'identité occupationnelle les moins fréquemment pris en compte sont les changements et continuité des occupations, les environnements physiques, la comparaison entre la perception de l'ergothérapeute et celle de l'utilisateur sur les capacités de ce dernier, les difficultés exprimées pour créer des liens affectifs et les limitations de choix significatifs. Ces résultats semblent surprenants en considérant que plusieurs ergothérapeutes, dans leurs définitions de la psychose, mettent en évidence l'atteinte de la volition. Dès lors, pourquoi les changements et continuité des occupations et les limitations de choix significatifs ne sont pas plus fréquemment pris en compte ?

Les aspects de l'identité occupationnelle les moins pris en compte en termes d'intensité sont l'influence des attentes des environnements de la personne (famille, amis, professionnels, société), l'influence des co-occupations sur les attentes pour l'avenir, l'impact de la survenue de la psychose sur la perception des proches, la comparaison de l'autodéfinition de l'utilisateur avec la perception de l'ergothérapeute. Il s'agit principalement d'aspects en lien avec les environnements sociaux de la personne, et sur leurs perceptions de l'utilisateur. Cela semble surprenant dans la mesure où les professionnels, dans leurs définitions de la psychose, mettent en évidence les difficultés relationnelles des personnes psychotiques. Krupa et al. mettent en évidence l'importance de favoriser la participation occupationnelle des personnes ayant vécu un premier épisode psychotique, et de développer des occupations et des routines au sein d'environnements sociaux, afin de favoriser leur rétablissement et leur maintien dans la communauté (49). Eklund et al. montrent que les contacts sociaux font partie des sources principales permettant de donner

du sens à sa vie chez les personnes vivant avec la schizophrénie (50). Une des manières de donner du sens aux occupations d'une personne vivant avec une maladie mentale persistante serait en outre la connexion avec les environnements sociaux, d'après Leufstadius et al. (51).

Cinq manières de prendre en compte les aspects complexes de l'identité occupationnelle ont émergées.

Les ergothérapeutes cherchent à identifier et à comprendre, ce qui peut constituer le point de départ du travail en ergothérapie. Ils accompagnent l'utilisateur à identifier lui-même ces aspects constituant son identité occupationnelle, et essaient de lui fournir des habiletés visant à le protéger des perceptions potentiellement négatives de ses environnements sociaux. Ils travaillent avec ces environnements sociaux pour favoriser une perception plus adéquate des capacités de l'utilisateur psychotique. L'importance de relations de soutien avec la famille et les soignants a été mise en évidence par Lama et al. (52). Enfin, les professionnels accompagnent à la réalisation des éléments de l'identité occupationnelle (comme trouver sa place et développer un sentiment de compétence), ou à leur développement (comme se définir soi-même malgré la maladie). La revue de littérature a montré l'importance de s'investir dans des occupations productives tel que le travail rémunéré ou non (31) (30) (29).

Cette prise en compte s'effectue à tous les niveaux de l'intervention en ergothérapie. Lors des entretiens avec l'utilisateur les ergothérapeutes échangent avec lui, écoutent, reformulent, posent des questions et lui fournissent des indications en fonction de ses propos.

Ils observent l'expression des éléments de l'identité occupationnel dans l'agir.

Ils utilisent des outils et des bilans : trois outils du MOH sont cités à plusieurs reprises (OCAIRS, OSA, MOHOST). Birken et al. soulignent l'intérêt d'utiliser les outils de ce modèle, qui permettent d'identifier les motivations à agir chez une personne, ses habitudes de vie, ses rôles et ses capacités de performance occupationnelle dans son environnement de vie (53). Deux autres outils non spécifiques à l'ergothérapie (ELADEB et AERES), souvent utilisés en réhabilitation psycho-sociale, sont également cités.

Les ergothérapeutes travaillent avec leurs équipes en échangeant avec, et en réseau : ils recherchent des informations sur les proches de l'utilisateur, font des entretiens et des travaux avec les familles, utilisent des programmes à destination des aidants (Profamille, Bref), et sont en lien avec des associations (UNAFAM).

Ils utilisent leur posture pour être au plus près de la perspective de l'utilisateur et ainsi mieux comprendre ce qu'il exprime ou manifeste de son identité occupationnelle, et comparent pour certains la perspective de la personne avec la leur. Ils accompagnent la personne dans son autodéfinition en lien avec la maladie, et sont conscients de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation qu'elle peut vivre. Lama et al. ont montré l'importance de soutenir les usagers des services de santé mentale communautaire à la réalisation de leur meilleur Moi occupationnel, en fonction de ce qu'ils aspirent à devenir (52). Ils s'adaptent à son état de santé et à sa temporalité. Ils identifient les besoins, les difficultés et les ressources de l'utilisateur. Certains professionnels indiquent utiliser le modèle du rétablissement. D'autres évoquent la mise en place d'un cadre et d'une alliance thérapeutique, et l'utilisation de la réassurance et de la valorisation. Au niveau de la posture de l'ergothérapeute, Birken et al. évoquent le Modèle de la Relation Intentionnelle en Ergothérapie (Taylor, 2020 (54)) comme guide de relation thérapeutique utile à la pratique ergothérapique (53). Ce modèle, non traduit en français, n'apparaît pas dans les résultats de recherche. Cependant, il pourrait être utile dans la prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle.

La prise en compte des aspects complexes de l'identité occupationnelle s'effectue aussi lors de l'établissement du projet d'intervention, à-travers la mise en place d'objectifs adaptés, la recherche d'un projet de vie et la prise en compte de l'évolution et du devenir de l'utilisateur.

Les ergothérapeutes mettent également en place des techniques et des actions d'intervention tenant compte de l'identité occupationnelle de l'utilisateur. Le travail peut se faire en individuel comme en groupe. Il peut porter sur la régulation et l'expression des émotions, sur le développement des habiletés sociales, sur l'engagement occupationnel, sur la stimulation à l'expression de soi, et aborder la stigmatisation. L'entretien motivationnel est utilisé, de même que les mises en situation, et les visites à domicile. Lama et al. soulignent l'intérêt de travailler avec les usagers dans leurs lieux de vie pour découvrir et développer leurs compétences, et favoriser leur participation sociale (52). Des activités thérapeutiques sont également employées. Enfin, il s'agit d'accompagner l'utilisateur à identifier et à réaliser des occupations significatives, à mettre en place ses propres stratégies et à investir des rôles satisfaisants. Permettre de (re)trouver des rôles sociaux satisfaisants est un enjeu majeur pour les personnes vivant avec la psychose (29) (22) (28). Lloyd et al. en soulignent l'importance auprès des jeunes ayant développé une psychose (55) Il faut se demander dans quelle mesure ces interventions sont liées entre elles. En effet, Dallman et Triplette montrent que les émotions changent avec la participation à des occupations déterminées (56). Le travail sur la régulation et l'expression émotionnelle ne

pourrait-il pas dès lors être corrélé au travail d'identification et de réalisation des occupations ? D'une manière générale, le travail autour de l'occupation permettrait de favoriser la santé des personnes vivant avec la schizophrénie selon Eklund et al. (50).

Critique du dispositif de recherche et limites des résultats

Cette étude est la première dans toute la littérature scientifique à explorer la prise en compte de l'identité occupationnelle des personnes vivant avec la psychose en ergothérapie. Elle ouvre des pistes d'investigation pour de futures recherches.

La population initialement visée était les ergothérapeutes exerçant dans des pays francophones, notamment afin d'avoir un large échantillon. C'est également une des raisons pour laquelle l'utilisation d'un questionnaire avait été choisie. Or, seuls 16 professionnels ont participé à l'enquête, la majorité exerçant en France. Seuls 3 pays francophones sont représentés (Belgique, France, Suisse). Les résultats sont donc peu transférables à l'ensemble de la population des ergothérapeutes francophones. Cependant, la petite taille de l'échantillon a permis une analyse précise des réponses de chacun des participants.

La méthode de recherche mixte sous la forme d'un questionnaire a permis le recueil de nombreuses informations, mais de manière peu approfondie. L'utilisation de l'outil de recherche a engendré des biais, notamment au niveau des résultats qualitatifs. En effet, certaines réponses ont été mises de côté car ne constituaient pas une réponse à la question « comment prendre en compte tel élément ». La plupart des réponses sont succinctes, peu développées, engendrant des risques de surinterprétation de la part du chercheur. Ces inconvénients pourraient être palliés en réalisant des entretiens semi-dirigés.

Au niveau des résultats, la transparence et la clarté de l'analyse a été privilégiée, afin d'assurer la reproductibilité de l'étude, ce qui constitue une des forces de cette recherche.

Implications pour la pratique

Il semble donc que les ergothérapeutes prennent en compte l'identité occupationnelle dans ses éléments. Cependant, dans la mesure où les professionnels ont du mal à s'approprier le concept, des formations autour de l'identité occupationnelle pourraient être proposées, afin de faire le lien entre ce qu'ils font déjà sur leur lieu de travail et ce qu'ils pourraient encore développer.

Dans la pratique ergothérapique, il serait pertinent de prendre en compte l'identité occupationnelle des personnes vivant avec la psychose. La fréquence, l'intensité et la manière de prendre en compte ses aspects seraient à adapter à chaque personne car cela dépend de ses besoins, mais également de la temporalité du soin, que ce soit celle de l'utilisateur, ou celle dont dispose l'ergothérapeute pour sa prise en soin. Cependant, l'identification de l'ensemble des aspects est nécessaire. Cela aiderait à la mise en place d'objectifs adaptés et orienterait les interventions ergothérapiques de manière à être au plus près des besoins de ces usagers.

En outre, que ce soit sur les réseaux sociaux ou lors des réunions du Groupe de Rencontre des Ergothérapeutes en Santé Mentale, les ergothérapeutes expriment des difficultés à faire valoir leur place et la spécificité de leur pratique dans les équipes en psychiatrie. Utiliser l'identité occupationnelle pourrait permettre de valoriser leur profession.

De plus, cela favoriserait la prise en soin holistique de ces personnes, notamment au niveau de leurs environnements de vie et leurs interactions sociales, conformément aux politiques de santé actuelles, notamment en France (57). Ces politiques encouragent et promeuvent le virage ambulatoire dans la prise en soin de tout individu, y compris ceux vivant avec des problématiques psychiatriques (58). Les Agences Régionales de Santé françaises encouragent le développement de la réhabilitation psychosociale (59). Ce type de pratique suppose d'accompagner l'utilisateur dans la réalisation de son projet de vie, dans son environnement, en s'appuyant sur ses ressources. L'ergothérapie en réhabilitation psychosociale gagnerait à utiliser l'identité occupationnelle comme cadre conceptuel.

Conclusion

Finalement, les ergothérapeutes utilisent l'identité occupationnelle des usagers psychotiques avec lesquels ils travaillent dans leur pratique, mais parfois sans avoir de connaissance précise du concept.

Des recherches complémentaires pourraient être entreprises à partir de ce travail. La même recherche pourrait être menée mais sur une population plus importante. Cette étude pourrait également être reproduite et complétée par des entretiens. Dans la mesure où cette enquête ne portait pas sur les raisons motivant les ergothérapeutes à prendre ou non en compte les éléments de l'identité occupationnelle et de quelle manière, une étude portant sur le pourquoi de la prise en compte pourrait être envisagée. Une étude portant sur un aspect (ou une catégorie d'aspects,

telle que la prise en compte des éléments relatifs aux environnements sociaux de la personne) alimenterait la connaissance sur le sujet. Cette recherche ouvre donc le champ des possibles.

Bibliographie

1. Whiteford G. When People Can't Participate: Occupational Deprivation. *Introd Occup Art Sci Living*. 2004;221-42.
2. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 1982. janv 2003;56(2):299-312.
3. Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From Participation to Citizenship: How to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *Am J Psychiatr Rehabil*. 1 juill 2006;9:39-61.
4. Dewez N. Mise en perspective historique du concept de psychose [Internet]. Érès; 2009 [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/au-plus-pres-de-l-experience-psychotique--9782749211350-page-203.htm>
5. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [Internet]. Masson; 1990 [cité 12 oct 2021]. 305 p. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/cim-10-icd-10.-classification-internationale-des-troubles-mentaux-des-troubles-comportement/masson/Livre/2028>
6. American Psychiatric Association. DSM-III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson édition. Paris: Broché; 1983. 535 p.
7. World Health Organization. Troubles mentaux [Internet]. 2019 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
8. Lévy-Soussan P. Psychiatrie. 3e édition. Paris: Med-Line Editions; 2007. 458 p.
9. Taylor R, Kielhofner G. Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application. 5th edition. Philadelphia: LWW; 2017. 568 p.
10. ANFE. La profession – ANFE [Internet]. 2021 [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
11. Assurance maladie. Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2018 [Internet]. 2020 [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018_fiche_troubles-psychotiques.pdf
12. Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles [Internet]. 2016 [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1__rbpp_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf

13. GRESM - ANFE. Livre blanc sur l'ergothérapie en Santé Mentale [Internet]. 2016 [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Livre-Blanc-sur-lErgotherapie-en-Sante-Mentale-GRESM-2016-version-complete.pdf>
14. Un sondage Ipsos pour FondaMental et Klesia [Internet]. Fondation FondaMental. 2014 [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/610>
15. Nos missions et valeurs - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/nous-connaître/nos-missions-et-valeurs/>
16. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
17. GI-G-EM DSJ dans la catégorie L vie des. Brève histoire des GEM [Internet]. Le GI-G-EM. 2019 [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.entraide-mutuelle.org/breve-histoire-des-gems/>
18. L'entraide entre personnes en situation de handicap psychique [Internet]. CNSA. 2015 [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/lentraide-entre-personnes-en-situation-de-handicap-psychique>
19. Unafam [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/>
20. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
21. Makdisi L, Blank A, Bryant W, Andrews C, Franco L, Parsonage J. Facilitators and Barriers to Living with Psychosis: An Exploratory Collaborative Study of the Perspectives of Mental Health Service Users. *Br J Occup Ther*. 1 sept 2013;76(9):418-26.
22. Sercu C, Pattyn E, Bracke P. Exploring Identity Dynamics in Mental Help-Seeking Trajectories: An Ethnographic Study Among Inpatient Service Users of Two Belgian Psychiatric Hospitals. *Arch Psychiatr Nurs*. 1 avr 2015;29(2):114-9.
23. Tan BL, Zhen Lim MW, Xie H, Li Z, Lee J. Defining Occupational Competence and Occupational Identity in the Context of Recovery in Schizophrenia. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc*. août 2020;74(4):7404205120p1-11.
24. Berry C, Greenwood K. Hope-inspiring therapeutic relationships, professional expectations and social inclusion for young people with psychosis. *Schizophr Res*. 1 oct 2015;168(1):153-60.
25. MacDougall AG, Vandermeer MRJ, Norman RMG. Negative future self as a mediator in the relationship between insight and depression in psychotic disorders. *Schizophr Res*. 1 juin 2015;165(1):66-9.

26. Bulletin S, McIntyre J, Wickham S, Barr B, Bentall R. Social Identity and Psychosis: Associations and Psychological Mechanisms. *Schizophr Bull.* 26 août 2017;44.
27. Isham L, Griffith L, Boylan AM, Hicks A, Wilson N, Byrne R, et al. Understanding, treating, and renaming grandiose delusions: A qualitative study. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2021;94(1):119-40.
28. Conneely M, McNamee P, Gupta V, Richardson J, Priebe S, Jones J, et al. Understanding Identity Changes in Psychosis: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Schizophr Bull.* 2020;
29. Pérez-Corrales J, Pérez-de-Heredia-Torres M, Martínez-Piedrola R, Sánchez-Camarero C, Parás-Bravo P, Palacios-Ceña D. 'Being normal' and self-identity: the experience of volunteering in individuals with severe mental disorders—a qualitative study. *BMJ Open.* 1 mars 2019;9(3):e025363.
30. Hitch D, Pepin G, Stagnitti K. Engagement in Activities and Occupations by People Who Have Experienced Psychosis: A Metasynthesis of Lived Experience. *Br J Occup Ther.* 1 févr 2013;76(2):77-86.
31. Blank AA, Harries P, Reynolds F. 'Without Occupation You Don't Exist': Occupational Engagement and Mental Illness. *J Occup Sci.* 3 avr 2015;22(2):197-209.
32. Lozano MO. Experiencias de los terapeutas ocupacionales usando el modelo de ocupación humana: una revisión sistemática. *Rev Electrónica Ter Ocupacional Galicia TOG.* 2017;(26 (V.14):20.
33. Lee SW, Kielhofner G, Morley M, Heasman D, Garnham M, Willis S, et al. Impact of using the Model of Human Occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scand J Occup Ther.* sept 2012;19(5):450-6.
34. Implementing the Model of Human Occupation across a Mental Health Occupational Therapy Service: Communities of Practice and a Participatory Change Process - Katherine Wimpenny, Kirsty Forsyth, Catherine Jones, Lorna Matheson, Julie Colley, 2010 [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4276/030802210X12892992239152>
35. WFOT. WFOT Occupational Therapy International Practice Guide [Internet]. 2021 [En ligne]. <https://live.wfot.org/resources/wfot-occupational-therapy-international-practice-guide>. Consulté le 10/10/2021.
36. Tran-Jolicoeur S., Neuropresse. L'histoire du DSM. 2019. [En ligne]. <https://www.neuropresse.com/blank-1/histoire-du-dsm>. Consulté le 12/10/2021.
37. Association AP. DSM I: Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. 1st edition. Washington, DC: Amer Psychiatric Pub Inc; 1952. 132 p.

38. Association C on N and S of the AP. DSM-II Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968. 134p.
39. Thomas AB. Evolution of diagnostic criteria in psychoses. *Dialogues Clin Neurosci.* déc 2001;3(4):257-63.
40. American Psychiatric Association. DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013. 991p.
41. Conche M. Fragments recomposés : présentés dans un ordre rationnel. Paris : PUF; 2017. 154 p.
42. Platon. Parménide. Paris: FLAMMARION; 2011. 352 p.
43. Erikson E. Enfance et société. Neuchâtel; Paris: Delachaux et Niestlé; 1982. 285 p.
44. Christiansen CH. Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *Am J Occup Ther.* 1 nov 1999;53(6):547-58.
45. Unruh AM, Versnel J, Kerr N. Spirituality Unplugged: A Review of Commonalities and Contentions, and a Resolution. *Can J Occup Ther.* 1 févr 2002;69(1):5-19.
46. Phelan S, Kinsella EA. Occupational identity: Engaging socio-cultural perspectives. *J Occup Sci.* 1 juill 2009;16(2):85-91.
47. Hansson SO, Björklund Carlstedt A, Morville AL. Occupational identity in occupational therapy: A concept analysis. *Scand J Occup Ther.* avr 2022;29(3):198-209.
48. Guével MR, Pommier J. Mixed methods research in public health: issues and illustration. *Sante Publique (Bucur).* 12 avr 2012;24(1):23-38.
49. Krupa T, Woodside H, Pocock K. Activité et participation sociale dans la période suivant un premier épisode psychotique et implications pour l'ergothérapie. *Br J Occup Ther.* 1 janv 2010;73(1):13-20.
50. Eklund M, Hermansson A, Håkansson C. Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *J Occup Sci.* 1 juin 2012;19(2):93-105.
51. Leufstadius C, Erlandsson L, Björkman T, Eklund M. Meaningfulness in daily occupations among individuals with persistent mental illness. *J Occup Sci.* 1 avr 2008;15(1):27-35.
52. Lama TC, Fu Y, Davis JA. Explorer la pratique idéale pour les ergothérapeutes au sein d'équipes de traitement communautaires dynamiques. *Br J Occup Ther.* 1 sept 2021;84(9):582-90.
53. Birken M, Henderson C, Slade M. The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic disorder following discharge from hospital. *Pilot Feasibility Stud.* 23 avr 2018;4(1):81.

54. Taylor RR. The Intentional Relationship: Occupational Therapy and Use of Self. 2ème édition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2020. 402 p.
55. Lloyd C, Waghorn G, Williams PL, Harris MG, Capra C. Early Psychosis: Treatment Issues and the Role of Occupational Therapy. Br J Occup Ther. 1 juill 2008;71(7):297-304.
56. Dallman AR, Triplett B. Emotion, affectus, and occupation: A scoping review. J Occup Sci. 2 avr 2020;27(2):251-63.
57. Conseil des ministres. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0269 du 19 novembre 2016.
58. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie. Mise à jour 03 mai 2022. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>. Consulté le 05 mai 2022.
59. Amado I. Mise en œuvre de pratiques innovantes de réhabilitation en Ile de France. Fr J Psychiatry. 1 nov 2018;1:S85.

Annexes

Annexe 1 : Tableau des résultats des bases de données

| TOTAL A PARTIR DES MOTS CLEFS | BASES DE DONNEES | SELECTION SELON LE TEXTE | SELECTION SELON LE RESUME | SELECTION SELON LE TITRE | ARTICLES RETENUS |
|-------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|
| 10 265 | PubMed | 17 | | | 3 |
| | Semantic Scholar (1 ^{ère} équation) | 6 180 | | | 2 |
| | Semantic Scholar (2 ^{ème} équation) | 2 290 | | | 2 |
| | Google Scholar | 451 | | | 3 |
| | Science Direct | 1 327 | | | 3 |
| Littérature opportuniste | | | | | 1 |

Annexe 2 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

| SOURCES | THEME/OBJET TRAITE | METHODE UTILISEE | POPULATION | APPROCHE THEORIQUE PRIVILEGIEE | CHAMPS DISCIPLINAIRES | PRINCIPAUX RESULTATS | SCIENTIFI- TE | QUESTION, DIMENSION QUI N'EST PAS ABORDEE (va alimenter problématisatio n pratique !) |
|--|---|-----------------------|--|--|-------------------------------|--|--|--|
| Defining Occupational Competence and Occupational Identity in the Context of Recovery in Schizophrenia. In American Journal of Occupational Therapy (2020) (23). | Les liens entre les domaines du rétablissement et des construits psychologiques et les concepts de compétence et d'identité occupationnelle mesurés avec l'Occupational Self Assessment (OSA), chez les personnes schizophrènes. (lien occupation/rétablissement) | Méthode quantitative. | 66 participants entre 21 et 65 ans atteints de schizophrénie ou trouble schizo-affectif (DSM-4) vivant dans la communauté recevant des soins dans une clinique psychiatrique ambulatoire de l'Institut de Santé Mentale de Singapour. Ces personnes parlent et comprennent bien l'anglais, sont en capacité de fournir | Ergothérapie : Modèle de l'Occupation Humaine. Psychiatrie : concept du rétablissement. | Ergothérapie ; Psychiatrie | Peu de lien de corrélation entre rétablissement et indicateurs d'intégration communautaire (emploi, salaire, logement) et compétence occupationnelle → surprenant car il s'agit de rétablissement fonctionnel et non de rétablissement clinique (qui peut ne pas être synonyme de récupération subjective personnelle). Les priorités de changement chez les personnes schizophrènes d'après l'étude : soins personnels, gestion des finances et concentration sur les tâches. | *** (pas 4 * car échantillon petit, et étude réalisée sur deux semaines : comment vérifier la stabilité des résultats dans le temps sur une si courte période ?) | Seuls les symptômes négatifs de la schizophrénie sont abordés ici. Quel influence ont les symptômes positifs (délires, hallucinations) et la désorganisation sur l'identité occupationnelle de ces personnes ? |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--------------|--|--|--|
| | | | un consentement éclairé, et n'ont pas de troubles neurologique, ni de déficience intellectuelle. Sans consommation de substances illicites associés. | | | Les symptômes dépressifs prédisent l'identité occupationnelle, de même que l'espoir. Les autres construits du rétablissement (empowerment, connectivité, identité, sens de la vie) n'ont pas été corrélés avec l'identité occupationnelle dans cette étude. Hypothèse : peut-être que les personnes déprimées ont tendance à surévaluer l'importance des tâches et à sous-estimer leur compétence. | | |
| 'Being normal' and self-identity: the experience of volunteering in individuals with severe mental disorders-a qualitative study. In BMJ | Expériences de personnes atteintes de troubles mentaux graves ayant participé à des activités bénévoles, selon leurs points de vue. | Méthode qualitative (phénoménologique). | 23 personnes entre 18 et 65 ans atteintes de troubles mentaux grave depuis au moins 2 ans. (Espagne) | Cadre théorique phénoménologique interprétiviste : les chercheurs considèrent que les actions humaines ont un sens pour ceux qui les réalisent. | Ergothérapie | Le volontariat a permis aux participants de reconstruire leur identité (acquérir des rôles constituant l'identité, changer la perception de l'identité – plus « personne malade » mais nouveau rôle-, et se sentir valorisé, apprécié et respecté en tant que personne – et non comme « personne malade ») et d'être une | *** (étude respectant les 4 critères de crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité) | Quels aspects de l'occupation « s'engager dans des activités de volontariat » influe sur l'identité occupationnelle et de quelle manière ? Le fait d'être utile, |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|----------------------------|--|--|--|
| Open (2019) (29). | | | | | | <p>personne normale avec une vie normale (être une personne normale, acquérir la responsabilité et l'engagement et avoir une vie normale).</p> <p>Importance du fait d'aider les autres.</p> <p>Peu d'expériences négatives dans le volontariat.</p> <p>Expériences négatives : sentiment de vulnérabilité, de stress, de stigmatisation ou discrimination de la part d'autres collègues de travail.</p> | | <p>le fait d'être inclus dans une équipe de bénévoles, le fait d'aider les autres sont différents aspects de l'occupation qu'il aurait été intéressant d'explorer.</p> |
| Engagement in Activities and Occupations by People Who Have Experienced Psychosis: A Metasynthesis of Lived Experience. In British | Comment les personnes vivant avec une psychose décrivent-elles leur engagement dans les activités de la vie quotidienne, à la fois individuellement et lorsqu'elles sont regroupées en occupations ? | Revue de littérature (méta synthèse qualitative), approche phénoménologique. | 9 études qualitative ayant une approche phénoménologique publiées dans une revue d'ergothérapie et portant sur des personnes atteintes de schizophrénie ou autre psychose. (Europe, Amérique du Nord) | Définition des termes ergothérapiques : sciences de l'occupation ; modèle du rétablissement. | Ergothérapie, psychiatrie. | <p>4 thèmes.</p> <p>1)) En lien avec les émotions et identité : L'engagement dans des activités et des occupations offre donc aux personnes atteintes de psychose un chemin vers des états émotionnels positifs tels que le plaisir et la relaxation, qui servent à offrir un répit face aux aspects les plus difficiles de</p> | **** (utilise le RF-QRA pour critiquer les articles de la revue) | L'engagement dans les activités et occupations influe sur l'identité occupationnelle des individus. Quels sont les liens entre l'engagement dans des |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Journal of Occupational Therapy (2013) (30). | | | | | | <p>leur expérience vécue. Sentiment d'être « plus qu'un schizophrène ». Lorsque l'engagement est vécu de manière négative, c'est généralement dans le contexte d'un sentiment de stagnation ou par manque d'espoir pour l'avenir.</p> <p>2)) Santé et bien-être : Sentiment de responsabilité face à leur santé grâce à l'engagement dans des occupations, notion de rétablissement.</p> <p>3)) Relations avec les autres : cruciales pour initier, faciliter et enrichir l'engagement dans les activités et occupations. Relations appréciées quand les individus sont valorisés en tant que personne (et non « malade »).</p> <p>« Connectivité » : sentiment d'être synchronisé avec l'engagement d'un autre et</p> | occupations significantes et la (re)constitution d'une identité occupationnelle ? |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | | | <p>satisfaction de travailler vers des objectifs communs.</p> <p>4)) Activités et occupations : l'emploi est une occupation très significative chez les personnes interrogées dans les études (impacterait le rétablissement plus que les soins personnels ou les relations), mais aussi un élément important du maintien d'un contexte social et une source de sens et d'utilité dans la vie. Importance de la juste stimulation (occupation ni trop facile ni trop difficile). Du point de vue de l'environnement physique, les installations et les services accessibles pour ces personnes étaient vécus comme favorisant l'engagement. Du point de vue de l'environnement humain, un environnement tolérant, et inclusif sans stigmatisation, racisme ou</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|---|----------------------------|--|---|---|--|
| | | | | | | <p>ignorance était nécessaire pour optimiser l'engagement. La présence ou l'absence de ressources telles que les finances, l'hébergement et les options de transport était un facteur externe majeur d'engagement, le plus souvent de manière préjudiciable.</p> <p>Ces 4 thèmes sont en interaction réciproque.</p> | | |
| Facilitators and barriers to living with psychosis: an exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. In British Journal of | Qu'est-ce qui est utile, facilitateur dans la vie quotidienne des personnes vivant avec une psychose ? | Méthode qualitative. | 13 participants (8 femmes, 5 hommes) entre 18 et 70 ans, vivant avec la psychose, utilisateurs des services de santé mentale. (Royaume-Uni) | Concept du rétablissement. | | <p>Interaction dynamique entre 6 aspects du soi à équilibrer en vue du rétablissement.</p> <p>Moi social (sens d'appartenance, de sécurité, d'acceptation)</p> <p>Moi occupationnel (sens de l'ordre, de la confiance et de la complétion, engagement dans des activités significantes). Objectifs des occupations : fournir une concentration, une</p> | ** (car pas de triangulation, méthode pas explicitée en détail, et les limites de l'étude n'ont pas été données par les auteurs). | Les obstacles à la vie à la psychose sont-ils propres à la maladie ? Ne sont-ils pas plutôt des obstacles liés à la société et à la manière dont celle-ci perçoit la maladie mentale ? |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|---|--------------|--|--------------------------------------|---|
| Occupational Therapy (2013) (21). | | | | | | <p>distraction ou donner de la confiance</p> <p>Moi intégré (sens de la stabilité, de l'équilibre et de l'assurance, responsabilité et indépendance)</p> <p>Moi insupportable (manque de soutien social : se sentir incompris et non respecté. Donne sentiment de ne pas être normal)</p> <p>Moi stigmatisé (se sentir exclu, dévalorisé, estime de soi basse)</p> <p>Moi isolé (se sentir seul et coincé)</p> <p>Facilitateurs : soutien social, l'occupation et l'intégration.</p> <p>Obstacles : familles qui ne comprennent pas, manque de respect en raison de la stigmatisation et le fait de rester seul.</p> | | Pourrait-on retrouver ces mêmes aspects du soi dans d'autres cultures ? |
| Hope-inspiring therapeutic | Tester les hypothèses selon lesquelles la relation | Méthode quantitative. | 51 participants de 18 à 36 ans avec un diagnostic primaire | Concepts de la relation thérapeutique : | Psychologie. | La relation thérapeutique et les attentes positives des professionnels à l'égard des | *** (petite taille de l'échantillon, | Si la relation thérapeutique de qualité est en |

| | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|--|---|-------------|---|---|--|
| relationships, professional expectations and social inclusion for young people with psychosis. In Schizophrenia Research (2015) (24). | thérapeutique et les attentes des professionnels sont corrélées à l'inclusion sociale des patients et les résultats professionnels, et que cette association est médiatisée par l'espoir du patient | | de premier épisode de psychose, recrutés dans les services d'intervention précoce en psychose et de santé mentale communautaire pour adultes, avec leur référent professionnel de la santé mentale, avec qui la relation a été mise en place depuis au moins 3 mois (en tout 30 professionnels). (Royaume-Uni) | alliance de travail (par Bordin) et attentes/positionnement des soignants (par King et Dixon). Théorie de l'espoir par Snyder. | | patients sont corrélées à l'inclusion sociale. Il semble y avoir une interaction réciproque entre l'espoir et la relation thérapeutique, de même qu'entre l'espoir et les évolutions positives constatées par les patients. | seulement 5 mois de suivi)(28) | lien avec une meilleure inclusion sociale, qu'en est-il de toute relation ? Dans la mesure où elles ont un lien avec une meilleure inclusion sociale, les relations de qualité avec les individus (professionnels de santé, membres de la famille, etc.) influencent-elles l'identité occupationnelle ? |
| Negative future self as a mediator in the relationship | La représentation de soi-même dans le futur influence-t-elle la relation observée entre la perception | Méthode quantitative | 102 participants actuels du Programme de prévention et d'intervention | Concept de l' <i>Insight</i> dans la recherche. | Psychologie | Il y a bien une corrélation entre la représentation de soi-même dans le futur et la relation entre la perception de la maladie en et les | *** (pas de diversité géographique apparente) | Y a-t-il un lien de causalité entre la représentation de soi dans le |

| | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|--|--|--------------------------------|--|---|--|
| between insight and depression in psychotic disorders. In Scizophrenia Research (2015) (25). | d'une maladie mentale et la dépression chez les patients d'un programme d'intervention précoce contre la psychose, indépendamment de la stigmatisation ? | | précoce pour les psychoses (PEPP) (Canada, dans une même ville), dont 72 hommes. Âge moyen 27 ans. | | | symptômes dépressifs. Une vision négative de soi dans le futur est corrélée à une dépression plus importante. | | futur et l'état dépressif actuel en lien avec la perception de la maladie ? La perception de la maladie étant associé aux symptômes dépressifs peut-elle faire obstacle à la construction d'une identité occupationnelle satisfaisante dans le temps ? |
| Social identity and psychosis: Associations and psychological mechanisms. In Schizophrenia Bulletin (2017) (26). | Etude des liens entre des symptômes liés à la psychose (paranoïa, hallucinations accoustico-verbales, dépression) et l'identité sociale, à-travers deux études : - Une étude portait sur | Méthode quantitative. | Etude 1 : 4319 participants issus de ménages du nord-ouest de l'Angleterre. Etude 2 : 1167 étudiants d'une grande université du nord-ouest de l'Angleterre. | La situation de handicap social et professionnel des personnes schizophrènes, taux de suicide et coûts des troubles psychotiques au Royaume-Uni dans la recherche. | Santé publique, santé mentale. | Les résultats ont convergé sur la proposition selon laquelle le développement de liens de groupe solides est associé à un risque réduit de paranoïa et de dépression, mais pas d'hallucination, car les groupes sociaux sont une source d'estime de soi personnelle. L'étude 2 a en outre révélé que | *** car l'étude proposait une analyse de 3 symptômes liés à la psychose, mais qui peuvent aussi bien être absent d'un | Dans quelle mesure l'appartenance à des groupes favorise-t-elle l'identité occupationnelle ? |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | <p>les liens entre les symptômes et l'identité de quartier auprès de la population générale ;</p> <p>- Une étude portait sur les liens entre les symptômes psychotiques et l'identité sociale à-travers le pays d'origine, l'Angleterre, la ville universitaire, l'université, le groupe</p> | | | | | <p>l'identification à des groupes d'amis était plus protectrice contre les symptômes que l'identification à des groupes supérieurs tels que les universités et les pays.</p> <p>Il existe probablement une relation bidirectionnelle entre la plupart des maladies mentales et l'estime de soi. L'absence d'identités sociales significatives peut épuiser l'estime de soi, tandis qu'une faible estime de soi peut également rendre plus difficile l'identification aux groupes sociaux.</p> | <p>trouble psychotique. De plus, les concepts utilisés dans les études n'ont pas été explicités.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|--|---|-------------|--|------|---|
| | d'amitié universitaire et la communauté en ligne. | | | | | | | |
| Understanding Identity Changes in Psychosis: A Systematic Review and Narrative Synthesis. In Schizophrenia Bulletin (2020) (28). | Cadre conceptuel synthétisant la manière dont les changements d'identité sont compris dans la littérature sur la psychose. | Revue de littérature | 59 études qualitatives ou quantitatives étudiant des populations adultes (au minimum n = 3) dans lesquelles au moins 50% des participants ont été diagnostiqués avec un trouble psychotique, et décrivant des changements d'identité, publiées entre 1961 et 2020, menées dans 14 pays (surtout Europe et Amérique du Nord). | Approche de l'identité sociale selon la recherche en psychologie sociale : une partie importante de la façon dont nous percevons provient de notre appartenance et de notre identification à des groupes sociaux. | Psychologie | Les changements d'identité sont compris de 5 manières comme (1) les caractéristiques de la psychose (soi pathologique ou fragmenté), (2) les conséquences d'un fonctionnement cognitif altéré (fonction réflexive, métacognition, mémoire autobiographique et fonctions exécutives), (3) les conséquences de la stigmatisation intériorisée (quand la maladie et la stigmatisation qui lui est associée engloutit l'individu et lui confère une identité de malade) (influence intra et inter personnelle ; ne se produit qu'après l'annonce du diagnostic), (4) les conséquences des rôles et | **** | Les changements d'identité sont-ils le produit de la maladie ou bien de ses conséquences ? La stigmatisation et la perte des rôles sociaux ne sont-ils pas des facteurs dépendants de la société dans laquelle les personnes interrogées vivent ? |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--------------------------|---|---|--|
| | | | | | | relations perdus (facteurs principalement interpersonnels impliqués dans changements identitaires), et (5) des reflets de la croissance personnelle (psychose associée à une transformation du sens de soi d'un individu : donc changement neutre ou positif, témoin d'une évolution de la personne. Sens donné à ces changements, destinés à se produire). Changements identitaires principalement formulés en termes de perte, dans 4 des 5 dimensions. | | |
| “Without Occupation You Don't Exist”: Occupational Engagement and Mental Illness. In Journal of | La signification du travail pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale graves et persistants. | Méthode qualitative (phénoménologique interprétative) | 10 participants vivant avec des problèmes de santé mentale, y compris la psychose, depuis 1 à 14 ans et fréquentant un centre communautaire de | Définition du droit au travail selon la Déclaration Universelle des droits de l'homme des Nations Unies, et selon l'OMS. | Sciences de l'occupation | 2 thèmes récurrents lors de l'analyse des entretiens : la construction et le maintien d'une identité professionnelle, et le travail et d'autres modes d'appartenance. L'engagement dans un travail même non rémunéré | * | La notion d'identité occupationnelle qui émerge de cette exploration des expériences de travail pourrait-elle se retrouver |

| | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|--|---|----------------|---|----------------------------|---|
| Occupational Science (2015) (31). | | | santé mentale de jour entre une et trois fois par semaine. (Royaume-Uni) | | | donne une identité à l'individu. Réflexion des participants sur le travail passée, présent et sur celui espéré. Réflexion également sur leur identité en lien avec la notion d'usager des services psychiatriques : soit intégration de ce nouveau moi « malade psychiatrique », soit occasion de reconstruire une nouvelle identité professionnelle. Le travail a aussi été vécu comme un vecteur de participation sociale, un moyen d'être inclus dans le monde, et de développer des relations sociales (sentiment d'appartenir à un cercle social). | | au sein d'une population plus importante ? |
| Exploring Identity Dynamics in Mental Help-Seeking | Expériences des utilisateurs de services de leurs trajectoires de recherche d'aide dans | Méthode qualitative. | 42 personnes hospitalisées de 20 à 60 ans (dont 64% d'hommes) dans des services de santé | Théorie de l'étiquetage modifié : peur de perte des rôles sociaux des | Ethnographique | Plusieurs thèmes ont émergé des résultats : 1)) Honte et altérité : la plupart des participants | ** (méthode peu explicite) | Cette réticence marquée d'endosser le rôle de malade n'est-elle pas |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|---|
| <p>Trajectories: An Ethnographic Study Among Inpatient Service Users of Two Belgian Psychiatric Hospitals. In Archives of Psychiatric Nursing (2015) (22).</p> | <p>un effort pour découvrir les dynamiques identitaires qui se sont jouées.</p> | | <p>mentale (leurs récits à la première personne et les observations des chercheurs). (4 services de 2 hôpitaux psychiatrique d'une région de Belgique)</p> | <p>personnes atteintes de troubles psychiatrique les conduit à cacher leurs difficultés.</p> | | <p>n'ont pas demandé d'aide lors du déclenchement de la maladie car ils avaient honte du regard de leur entourage. Selon eux, les usagers des services de santé mentale sont fous (altérité : le fou ce ne peut être moi).</p> <p>2)) Modification des identités de rôle : moment décisif où les participants acceptent le fait d'être malade, et de devoir tenir ce rôle. Il a fallu s'éloigner ou perdre d'autres rôles pour laisser à la place à celui de malade, et donc demander de l'aide.</p> <p>3)) Faire une pause : le fait de demander de l'aide a pu mettre à distance les attentes de rôles sociaux, familiaux et professionnels afin de se concentrer sur le rôle de malade.</p> <p>4)) Espoir de nouveaux rôles précieux : certains</p> | | <p>issue de la manière dont fonctionne la société ?</p> <p>Autrement dit, est-ce la maladie qui crée ces problématiques identitaires ou bien la perception de la maladie par la société ?</p> |
|--|---|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|---|------|--|
| | | | | | | <p>participants envisagent le fait de demander de l'aide comme la possibilité d'acquérir de nouveaux rôles, une nouvelle identité, de se reconstruire sur des bases nouvelles. Ces participants avaient peu de rôles valorisés avant la maladie (sans-abri, précarité...). Cela n'implique pas qu'il ait été facile pour eux d'endosser le nouveau rôle de malade. Certains ont accepté d'endosser temporairement ce rôle, d'autres ont reconstruit leur vie autour de ce dernier.</p> <p>La perte d'identité de rôle constitue une dynamique vers le rétablissement.</p> | | |
| Implementin g the model of human | Examen du processus de mise en place du Modèle de l'Occupation Humaine dans un service | Recherche- Action Participative. | En moyenne, 15 thérapeutes travaillant dans les services aigus, communautaires et pour personnes | Politique gouvernementale britannique encourage la spécificité des professions, et les | Sciences de l'occupation ; Ergothérapie | Intégrer le Modèle de l'Occupation Humaine a d'abord été un bouleversement : le processus d'apprentissage a été difficile pour certains, et | **** | Tels que les résultats sont présentés, il semble que ce soit l'utilisation des outils |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|--|--|
| <p>occupation across a mental health occupational therapy service: communities of practice and a participatory change process. In British Journal of Occupational Therapy (2010) (34)</p> | <p>d'ergothérapie en santé mentale. Les questions spécifiques étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Comment éliminer les obstacles à l'intégration de la théorie ? ■ Quel est le rôle d'un éducateur/chercheur pour faciliter le développement de la pratique ? ■ Quel est l'impact du MOHO sur la perception qu'ont les thérapeutes de leur rôle et de leur pratique ? | | <p>âgées, ainsi que le questionnaire de service d'ergothérapie et le chercheur en ergothérapie, qui ont joué le rôle de chercheurs principaux (ci-après appelés facilitateurs).</p> | <p>frontières entre psychiatrie et professions paramédicales sont plus perméables. De plus, Le Collège of Occupational Therapists demande à ce que l'ergothérapie soit plus centrée sur l'Occupation.</p> | | <p>a pu entraîner des remise en question de leur pratique, des inquiétudes quant à leurs capacités de thérapeutes.</p> <p>Le fait d'être suivi et de pouvoir échanger avec le facilitateur ainsi qu'avec les autres ergothérapeutes a aidé à l'utilisation du MOH. Par exemple, l'OCAIRS a été adopté comme outil grâce au soutien des thérapeutes les plus à l'aise avec vis-à-vis de ceux qui avaient des difficultés à s'en saisir. Mais employer un modèle dans la pratique n'a pas été bien perçu par tous les participants : utiliser le MOH étouffe la créativité professionnelle et limite l'adaptation du clinicien à la personne, le modèle a également été perçu comme obscur et difficile à transposer dans la pratique. Cependant, à la fin de l'expérience, les participants</p> | <p>d'évaluation du MOH qui ait permis son adoption dans la pratique ergothérapique. Les outils du MOH permettraient-ils la considération de l'identité occupationnelle ?</p> |
|---|---|--|---|---|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|--|---|---|---|---|
| | | | | | | se sentaient plus confiants dans leur pratique, et ont trouvé que l'utilisation du MOH et de ses outils améliorait leur pratique. La présence d'une communauté de pratique a été un atout dans le processus d'apprentissage. | | |
| Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. In Scandinavian Journal of Occupational Therapy (2012) (33). | L'impact perçu par les ergothérapeutes de l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) dans leur pratique. Dans quelle mesure les ergothérapeutes ont adopté le MOH dans leur pratique (théorie et outils standardisés) et quelles avantages cela a-t-il pour eux ? | Etude quantitative. | 262 ergothérapeutes travaillant dans des milieux hospitalier et ambulatoire en santé mentale dans six Services Nationaux de Santé en Angleterre. | Définition du Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner. | Ergothérapie, sciences de l'occupation. | 92% des participants ont indiqué utiliser le MOH comme modèle principal pour leur pratique. Parmi eux, plus des trois quarts ont participé aux activités de développement professionnel de l'United Kingdom Center for Outcomes Research and Education (UKCORE), accompagnant les ergothérapeutes dans la mise en pratique de la théorie issue du MOH – importance de l'initiative britannique d'accompagner les professionnels ! | *** (échantillon de commodité, et résultats basés sur l'auto-évaluation d'une enquête donc généralisables que si d'autres études viennent les corroborer). | Dans quelle mesure les ergothérapeutes peuvent d'approprier les concepts et les outils du MOH sans un accompagnement reliant la théorie à la pratique ? |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | <p>Plus des trois quarts ont indiqué que leur évaluation des utilisateurs de services s'était améliorée de modérément à considérablement, en utilisant le</p> <p>MOH. Environ les deux tiers ou plus des thérapeutes ont estimé que l'utilisation de MOHO a amélioré modérément à considérablement l'établissement de leurs objectifs, la conduite d'interventions pertinentes et la mesure dans laquelle leur service est axé sur l'occupation. Environ 60 % ont estimé que l'utilisation du MOH améliorerait les résultats de leurs services de manière modérée à importante.</p> <p>Environ la moitié ou plus ont estimé que l'utilisation du</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|---|---|---------------|--|--|--|
| | | | | | | <p>MOH améliorait les résultats des services et la satisfaction des utilisateurs des services vis-à-vis des services. Plus d'un tiers ont estimé que cela améliorait la compréhension du personnel multidisciplinaire des services d'ergothérapie et améliorait la valeur attachée aux services d'ergothérapie.</p> <p>Plus de 70 % ont estimé que cela avait amélioré leur identité professionnelle et leur confiance en eux.</p> | | |
| Experiencias de los terapeutas ocupacionales usando el modelo de ocupación humana: una revisión sistemática. In Revista | <p>Quelles sont les expériences des ergothérapeutes utilisant le MOH dans la pratique clinique ?</p> <p>Comment le modèle influence la pratique (facilite le rôle de l'ergothérapeute, fournit un</p> | Revue de littérature | 14 études, scientifiques ou issues de la littérature grise, publiées de janvier 1980 à septembre 2016, ainsi qu'un échange par e-mail avec deux experts du modèle sur des données non | Définition du modèle de l'occupation humaine. | Ergothérapie. | <p>Le MOH facilite les processus d'évaluation, d'identification des objectifs et d'intervention. Le modèle aide les ergothérapeutes à structurer leur raisonnement clinique. Il permet également le maintien de l'identité professionnelle, et d'avoir un langage clair et commun entre différents</p> | **** (grande rigueur méthodologique, malgré un manque de détails sur les équations de recherches exactes utilisées en fonction des | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--------------------------|--|
| <p>electrónica de terapia ocupacional Galicia (2017) (32).</p> | <p>raisonnement clinique et aide à évaluer et à planifier le traitement), comment il s'adapte aux besoins du client (aide à hiérarchiser les besoins, fournit un aperçu holistique et individualisé et aide au rétablissement) et quelles sont les principales limites trouvées par les ergothérapeutes lors de l'utilisation du modèle.</p> | | <p>publiées. La plupart des études concernaient la santé mentale.</p> | | | <p>professionnels. Les besoins des clients sont mieux appréhendés avec ce modèle. Le MOH permet une intervention plus efficace. Les usagers ont pu réfléchir sur leurs propres difficultés, leur motivation accrue, leur récupération et leur inclusion sociale, mais les études n'expliquent pas comment le modèle a pu permettre d'améliorer ces différents axes. Meilleure satisfaction des usagers quant à l'ergothérapie. MOH facile d'utilisation en combinaison avec d'autres modèles. Seules trois études ont affirmé que le modèle aidait à établir une meilleure relation avec le client. Ces trois études ont utilisé spécifiquement les outils OPHI-II et le processus de remotivation, ce qui signifie que peut-être l'utilisation de ces outils facilite la relation avec l'utilisateur. Le modèle</p> | <p>bases de données)</p> | |
|--|--|--|---|--|--|--|--------------------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|-------|-------------|--|-----|---|
| | | | | | | aide à mieux comprendre les clients et à comprendre leurs expériences de vie. L'utilisation du modèle nécessite beaucoup de temps et d'organisation au travail. Nécessité d'être formé sur l'utilisation du modèle. Des ergothérapeutes ayant utilisé l'OPHI-II ont indiqué se sentir mal à l'aise face à la quantité d'informations personnelles demandées à l'utilisateur. | | |
| Understanding, treating, and renaming grandiose delusions: A qualitative study | L'expérience des délires grandioses : ont-ils des conséquences néfastes ? Quels mécanismes psychologiques les entretiennent ? quelles aides peuvent fournir les services psychiatriques ? | Méthode qualitative | 15 usagers des services psychiatriques d'Oxford Health NHS Foundation Trust, vivant avec la psychose, âgé d'au moins 16 ans, avec une expérience actuelle ou passée de délires grandioses maintenus pendant au minimum 1 mois. | DSM V | Psychiatrie | Conséquences néfastes : préjudices sexuels, physiques, sociaux, professionnels et émotionnels. Expérience du délire grandiose (renommé « délire d'exceptionnalité ») hautement significative : permet de donner du sens à des expériences difficiles et douloureuses, donne du sens et un but, un sentiment d'appartenance et renforce | *** | Dans quelle mesure avoir expérimenté une expérience de délire impacte-t-elle l'identité occupationnelle actuelle des personnes psychotiques ? |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | <p>l'identité de soi. Les thèmes revenant dans cet attribution de sens sont le pouvoir et l'auto-efficacité, l'aide et l'apport aux autres et à la société. Le sentiment d'appartenir à des groupes permettant le respect ou l'implication dans des relations intimes.</p> <p>Mécanismes de maintien : le sens procuré par l'expérience, autres symptômes associés (hallucinations acoustico-verbales, symptômes maniaques...), des biais de raisonnements et des comportements immersifs.</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Annexe 3 : Compte-rendu des modifications du questionnaire de l'enquête exploratoire

Afin de faire un état des lieux des pratiques ergothérapeutiques et d'établir une corrélation entre l'utilisation du MOH dans la pratique et la prise en compte de l'identité occupationnelle auprès des personnes psychotiques, la question initiale « Si vous connaissez le Modèle de l'Occupation Humaine, utilisez-vous ses éléments théoriques dans votre pratique ? » a été enlevée car elle n'apportait pas d'information précise sur la manière dont le MOH est utilisé par les ergothérapeutes.

Afin de faire un état des lieux de l'utilisation de modèles conceptuels chez les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes psychotiques, la question « Quels autres modèles théoriques utilisez-vous dans votre pratique ? » a été modifiée en « Quels autres modèles théoriques connaissez-vous ? » complétée par une question : « Utilisez-vous ces modèles dans votre pratique ? ». Cette question étant à choix multiple, elle oriente les enquêtés vers d'autres questions selon les réponses choisies (voir Annexe 3 p ...). Les autres questions possibles ayant été ajoutées sont « Quels modèles conceptuels utilisez-vous ? », et « Pourquoi utilisez-vous ces modèles ? » ou « Pour quelle.s raison.s n'utilisez-vous pas de modèle conceptuel dans votre pratique ? ». Dans la liste des modèles possibles, ont été ajoutés le modèle psycho-dynamique et le modèle cognitivo-comportemental.

Enfin, deux questions permettant de comprendre l'apport d'une formation au MOH pour les ergothérapeutes ont été ajoutées, réservées aux participants indiquant avoir reçu une formation au modèle : « Avoir été formé au Modèle de l'Occupation Humaine a-t-il apporté quelque chose à votre pratique ? » et « Pourquoi ? ».

Annexe 4 : Matrice du questionnaire

| VARIABLES ETUDIEES | INDICATEURS PAR VARIABLES | SOUS INDICATEURS OU INDICES | INTITULE | MODALITES DE REPONSE | OBJECTIF |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|---|--|
| Personne | Consentement | | Donnez-vous votre consentement pour répondre à ce questionnaire ? | Oui/Non | Respect de l'éthique de recherche |
| | Profession | | Êtes-vous ergothérapeute ? | Oui/Non | Vérifier que la personne correspond bien au public visé. |
| | Pays | | Dans quel pays exercez-vous ? | Choix multiple : Belgique, Canada, France, Haïti, Liban, Luxembourg, Madagascar, Maurice, Maroc, Rwanda, Seychelles, Suisse, Autre pays. | Examiner s'il y a une corrélation entre le pays du professionnel et les autres variables. |
| | Âge | | Quel âge avez-vous ? | Question ouverte. | Examiner s'il y a une corrélation entre l'âge du professionnel et les autres variables. |
| | Année d'obtention du diplôme | | En quelle année avez-vous été diplômé.e ? | Réponse ouverte. | Examiner s'il y a une corrélation entre l'année d'obtention du diplôme du professionnel et les autres variables. |
| | Lieu d'obtention du diplôme | | Dans quel pays avez-vous été diplômé ? | Choix multiple : Belgique, Canada, France Haïti, Liban, Luxembourg, Madagascar, Maurice, Maroc, Rwanda, Seychelles, Suisse, Autre. | Examiner s'il y a une corrélation entre le pays d'obtention du diplôme et les autres variables. |
| Contexte d'exercice | Lieu d'exercice | | Dans quelle.s structure.s exercez-vous ? | Choix multiple avec plusieurs réponses possibles : Institution, Etablissement médico-social, Etablissement social, Association, Libéral, Santé communautaire / de proximité, Autre. | Examiner s'il y a une corrélation entre le lieu d'exercice et les autres variables. |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------|---|--|--|
| | Public pris en soin | | Travaillez-vous auprès de personnes psychotiques ? | Oui/Non | Vérifier que l'enquête correspond bien au public visé. |
| | Temps de travail sur une semaine | | Combien de temps travaillez-vous en moyenne auprès de ce public dans la semaine ? | Choix multiple : Moins de 10h ; Entre 10 et 20h, Entre 21 et 30h, entre 31 et 40h ; Plus de 40h. | Examiner s'il existe une corrélation entre le temps passé auprès des personnes psychotiques et les autres variables. |
| | Temps passé auprès du public | | Travaillez-vous depuis au moins 1 an auprès de ce public ? | Oui/Non | Vérifier que l'enquête correspond bien au public visé. |
| Prise en compte du concept d'identité occupationnelle | Connaissance de la notion | Connaissance ontologique | Connaissez-vous le concept d'identité occupationnelle ? | Oui/Non | Faire un état des lieux de la connaissance de la population étudiée. |
| | | Connaissance conceptuelle | Selon vous, qu'est-ce que l'identité occupationnelle ? | Question ouverte obligatoire. | |
| | Façon de prendre en compte la notion | Prise en compte de l'IO | Kielhofner définit l'identité occupationnelle comme « la représentation qu'a la personne sur elle-même en lien avec ses occupations, en fonction de ses différents rôles occupationnels et de ce qu'elle aspire à devenir, toujours en lien avec ses occupations » A la lumière de cette définition, pensez-vous prendre en compte l'identité occupationnelle dans votre pratique clinique auprès des personnes psychotiques ? | Oui/Non | Faire un état des lieux de la manière dont les ergothérapeutes prennent en compte la notion d'IO. |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|--|---|
| | | Manière dont l'IO est prise en compte | Si vous avez répondu oui à la question précédente, vous prenez en compte l'identité occupationnelle de manière... | Choix multiple : Explicite, je nomme la notion / Implicite, je n'emploie pas le terme d'identité occupationnelle mais sa définition me parle/ Je ne sais pas. | |
| | Niveaux de prise en compte de l'identité occupationnelle | | A quel niveau prenez-vous en compte l'identité occupationnelle des personnes psychotiques que vous accompagnez ? | Choix multiples à réponses multiples : Raisonement clinique ; Recueil de données ; Etablissement des objectifs ; Relation thérapeutiques ; Je ne pense pas prendre en compte l'identité occupationnelle dans ma pratique ; Autre | Faire un état des lieux de la manière concrète dont les ergothérapeutes prennent en compte la notion d'IO dans leur pratique. |
| Utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine | Connaissance théorique du modèle | | Vous estimez connaître le Modèle de l'Occupation Humaine... | Choix multiple : Très bien ; Plutôt bien ; Peu de connaissances ; Je ne connais pas ce modèle | Faire un état des lieux des connaissances théoriques des ergothérapeutes. |
| | Utilisation d'autres modèles | Connaissance d'autres modèles | Quels autres modèles théoriques connaissez-vous ? | (Plusieurs réponses possibles) Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH) Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP) Kawa (Rivière) Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (Occupational Therapy Intervention Process Model – OTIPM) Modèle Transactionnel de l'Occupation (MTO) Modèle psycho-dynamique Modèle cognitivo-comportemental Je n'utilise pas de modèle conceptuel dans ma pratique Autre | Faire un état des lieux de l'utilisation de modèles conceptuels chez les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes psychotiques. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | Les autres modèles utilisés dans la pratique | Utilisez-vous ces modèles dans votre pratique ? | Tous ceux sélectionnés à la question précédente Certains parmi ceux sélectionnés à la question précédente Aucun de ceux sélectionnés à la question précédente | Faire un état des lieux de l'utilisation de modèles conceptuels chez les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes psychotiques. |
| | | | (Pour ceux qui ont sélectionné la réponse « Certains parmi ceux sélectionnés à la question précédente » uniquement) Quels modèles conceptuels utilisez-vous ? | (Plusieurs réponses possibles) Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH) Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP) Kawa (Rivière) Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (Occupational Therapy Intervention Process Model – OTIPM) Modèle Transactionnel de l'Occupation (MTO) Modèle psycho-dynamique Modèle cognitivo-comportemental Je n'utilise pas de modèle conceptuel dans ma pratique Autre | Faire un état des lieux de l'utilisation de modèles conceptuels chez les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes psychotiques. |
| | | | (Pour ceux qui ont sélectionné la réponse « Certains parmi ceux sélectionnés à la question précédente » à la question « Utilisez-vous ces modèles dans votre pratique ? » uniquement) Pourquoi utilisez-vous ces modèles ? | Question ouverte. | Comprendre les raisons qui amènent un ergothérapeute à utiliser un modèle. |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | | | (Pour ceux qui ont sélectionné la réponse « Aucun de ceux sélectionnés à la question précédente » à la question « Utilisez-vous ces modèles dans votre pratique ? » uniquement) Pour quelle.s raison.s n'utilisez-vous pas de modèle conceptuel dans votre pratique ? | | Comprendre les raisons qui amènent un ergothérapeute à ne pas utiliser un modèle. |
| | Formation au Modèle de l'Occupation Humaine | | Si vous utilisez le Modèle de l'Occupation Humaine dans votre pratique, avez-vous reçu une formation pour utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine dans votre pratique ? | Choix multiple avec plusieurs réponses possibles : J'ai reçu une formation théorique / J'ai reçu une formation sur mon lieu de pratique / Je n'ai pas reçu de formation | Faire un état des lieux de la formation des professionnels. Etablir une corrélation entre le fait d'avoir suivi une formation, et l'utilisation du MOH dans la pratique. Etablir une corrélation entre le fait d'avoir suivi une formation, et la prise en considération de l'IO |
| | | | (Pour ceux qui ont sélectionné les réponses « J'ai reçu une formation théorique » et/ou « J'ai reçu une formation sur mon lieu de travail » à la question « Si vous utilisez le Modèle de l'Occupation Humaine dans votre pratique, avez-vous reçu une formation pour utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine dans votre pratique » uniquement) | Oui/Non | Comprendre l'apport d'une formation au MOH pour les ergothérapeutes. |

| | | | | | |
|---|--|---------------------|---|--|--|
| | | | Avoir été formé au Modèle de l'Occupation Humaine a-t-il apporté quelque chose à votre pratique ? | | |
| | | | (Pour ceux qui ont sélectionné les réponses « J'ai reçu une formation théorique » et/ou « J'ai reçu une formation sur mon lieu de travail » à la question « Si vous utilisez le Modèle de l'Occupation Humaine dans votre pratique, avez-vous reçu une formation pour utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine dans votre pratique » uniquement) Pourquoi ? | Question ouverte. | Comprendre l'apport d'une formation au MOH pour les ergothérapeutes. |
| | Outils | | Quels outils du Modèle de l'Occupation Humaine utilisez-vous ? | (Plusieurs réponses possibles) Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale - OCAIRS Occupational Performance History Interview 2nde version - OPHI-II Model Of Human Occupation Screening Tool - MOHOST Occupational Self-Assessment - OSA Je n'utilise pas d'outil du Modèle de l'Occupation Humaine Autre | Faire un état des lieux des outils utilisés Etablir une corrélation entre l'utilisation des outils, et l'utilisation du MOH Etablir une corrélation entre l'utilisation des outils, et la prise en considération de l'IO |
| Conceptions des ergothérapeutes sur les intérêts de la théorie dans la pratique clinique | Conception de l'identité occupationnelle | Conception générale | Selon vous, prendre en considération l'identité occupationnelle dans la prise en soins des personnes psychotiques pourrait... | Choix multiple : Améliorer la prise en soin ; Être néfaste à la prise en soin ; Ne pas avoir d'influence sur la prise en soin. | Recueillir l'opinion des ergothérapeutes sur l'utilisation de la notion d'IO auprès des personnes psychotiques. |

| | | | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| | | Conception précise nuancée | Pourquoi ? | Question ouverte | |
| | Conception de l'utilisation du MOH | Conception générale | Selon vous, utiliser les concepts théoriques du Modèle de l'Occupation Humaine dans la pratique ergothérapique auprès des personnes psychotiques pourrait... | Choix multiple : Améliorer la prise en soin ; Être néfaste à la prise en soin ; Ne pas avoir d'influence sur la prise en soin. | Recueillir l'opinion des ergothérapeute sur l'utilisation du MOH dans la pratique auprès des personnes psychotiques. |
| | | Conception précise nuancée | Pourquoi ? | Question ouverte | |

Annexe 5 : Liste des groupes ou pages Facebook utilisées pour la diffusion du questionnaire de l'enquête exploratoire

- Ergothérapie Santé Mentale Québec
- Ergothérapeutes Belgique
- Union Professionnelle des Ergothérapeutes – belge francophone & germanophone
- Occupational Therapy in Morocco
- Occupational Therapy Association of Marocco – OTAM
- Deviens ergothérapeute au Maroc
- Les ergothérapeutes en Tunisie
- Les ergos du 13
- Ergo Info
- Ergothérapie ; conseil, entraide, infos, et partage
- Ergothérapeutes

Annexe 6 : Résultats de l'enquête exploratoire – Définition de l'identité occupationnelle selon les participants

| Ergothérapeute et pays d'exercice | Définition de l'identité occupationnelle selon les ergothérapeutes |
|--|--|
| Ergothérapeute canadien | C'est la façon dont une personne se décrit à travers ses occupations significatives. |
| Ergothérapeute français | Comment en fonction de mes activités je me définis. |
| Ergothérapeute canadien | Comment une personne s'identifie par ses occupations. |
| Ergothérapeute canadien | La façon de se définir par rapport aux activités significatives dans lesquelles on s'engage. |
| Ergothérapeute canadien | Comment on se définit selon nos rôles ou nos occupations. |
| Ergothérapeute canadien | L'image de soi formée au fil du temps par les occupations pratiquées. |
| Ergothérapeute français | ensemble de données occupationnelles préalable à la compétence occupationnelle (volition, etc) |
| Ergothérapeute suisse | La conscience de la personne des occupations significatives positives et négatives, qu'elle investie et dans lesquelles elle s'engage, qui lui donne un rôle social, une appréciation de ses compétences et difficultés, une organisation quotidienne. |
| Ergothérapeute français | l'ensemble des occupations réalisées et des rôles tenus par la personne, au regard de ses valeurs, de son histoire, de sa volition. |
| Ergothérapeute suisse | L'identité à laquelle la personne se rattache au travers de ses occupations. |
| Ergothérapeute français | Les activités qu'une personne choisit de réaliser dans sa vie quotidienne et qui prennent sens pour elle. |
| Ergothérapeute suisse | Manière de se définir, de se percevoir par l'engagement dans les Occupations, sont en lien avec les rôles et les valeurs. |

| | |
|-------------------------|---|
| Ergothérapeute suisse | Les valeurs, la culture, ainsi que le contexte de vie d'une personne auront un impact conséquent sur l'importance et le sens qu'elle donnera aux activités qu'elle entreprend. |
| Ergothérapeute français | C'est l'identité que pense avoir la personne en lien avec ses occupations, son système de valeurs, ses rôles, ce qu'elle perçoit de ses habiletés... |
| Ergothérapeute français | Façon de se percevoir et de s'identifier auprès de groupes via les occupations réalisées, en congruence avec nos valeurs, nos envies et nos buts. En lien étroit avec la participation occupationnelle. |
| Ergothérapeute suisse | Le rôle de la personne dans son environnement grâce à ses occupations. |
| Ergothérapeute suisse | ? |
| Ergothérapeute suisse | Les activités significatives de la vie quotidienne comme éléments identitaires d'une personne. |
| Ergothérapeute suisse | Je la définirais comme ce qu'une personne est ou est perçue, au regard des activités signifiantes et significatives qu'elle entreprend. |
| Ergothérapeute canadien | La manière dont la personne actualise ce qu'elle désire être à travers les occupations auxquelles elle participe en fonction de ses valeurs, capacités, intérêts, expériences. |
| Ergothérapeute suisse | Ce sont les activités que nous faisons et qui de ce fait déterminent qui nous sommes. |
| Ergothérapeute belge | Les croyances et valeurs qui découlent de nos expériences passé et présente face à l'occupation. |
| Ergothérapeute canadien | Comment une personne se définit en regard des occupations qu'elle a exercé, qu'elle exerce actuellement ou projette d'exercer. Plusieurs éléments viennent influencer comment la personne façonne son identité occupationnelle : l'importance et la valeur qu'elle accorde aux occupations, la croyance que ces occupations lui reviennent, le sentiment de compétence face à ses occupations, etc. |
| Ergothérapeute suisse | C'est notre "carte de visite occupationnelle". Les activités spécifique à une personne qui constitue et exprime son identité ? |
| Ergothérapeute canadien | C'est la manifestation de notre identité profonde à travers nos engagements occupationnels et notre horaire occupationnel. |
| Ergothérapeute canadien | Cela dépend des définitions qu'en font les différents auteurs qui ont exploré ce concept. Selon Kielhofner, c'est un amalgame subjectif de ce que la personne est et souhaite devenir en tant qu'être occupationnel. |
| Ergothérapeute canadien | L'identité de la personne définie par les occupations auxquelles elle participe ou aspire à participer. Savoir « qui elle Est » par « ce qu'elle fait ». |
| Ergothérapeute français | le sentiment d'identité que la personne peut ressentir lorsqu'elle pratique ses activités de vie quotidienne, de loisirs, d'hygiène de vie, d'expression ou productive |
| Ergothérapeute canadien | La façon dont la personne se définit à travers ce qu'elle accomplit au quotidien. |
| Ergothérapeute suisse | C'est ce que l'individu identifie comme identité d'après ses occupations. Les occupations représentent qui est la personne et ce qu'elle fait de ses compétences. |
| Ergothérapeute français | Ce qui définit un individu : ses choix, ses projets de vie, ses centres d'intérêt, ses croyances, ses motivations, ses occupations / activités au sens large... |

| | |
|-------------------------|--|
| Ergothérapeute français | Ce que l'on souhaite être et faire. |
| Ergothérapeute suisse | Il s'agit d'un concept du Modèle de l'occupation humaine de Kielhofner ; il s'agit de la perception que la personne a d'elle-même en relation avec ses rôles et ses activités en relation avec son environnement |

Annexe 7 : Résultats de l'enquête exploratoire – Raisons de l'utilisation de certains modèles dans la pratique, plutôt que d'autres pourtant connus par les ergothérapeutes

| Ergothérapeute et pays d'exercice | Utilisation d'autres modèles dans la pratique : | Raisons de l'utilisation de certains modèles dans la pratique, plutôt que d'autres pourtant connus |
|--|---|---|
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - PEOP (connait aussi le MDH-PPH) | (MCREO et PEOP) Plus facile d'utilisation (que MDH-PPH) |
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - CIF - MCREO | |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO (connait aussi la CIF, le PEOP et le Kawa) | C'est le modèle dans lequel je suis le plus à l'aise pour faire ma collecte de données |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MDH-PPH - PEOP - Modèle cognitivo-comportemental - Autres : MOHO, entretien motivationnel, thérapie des schémas (connait aussi MCREO, Kawa, OTIPM, modèle psychodynamique) | Pour structurer mon raisonnement clinique. |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - Modèle cognitivo-comportemental | |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle psychodynamique - Modèle cognitivo-comportemental - Autre : MOH (connait aussi le MDH-PPH, le MCREO, le Kawa) | J'utilise le MOH pour l'évaluation et l'intervention en santé mentale, car je le considère complet et riche afin de mieux comprendre la dynamique P-E-O ainsi que ce qui favorise l'adaptation occupationnelle. Le modèle psychodynamique est utilisé pour les évaluations projectives et certaines interventions en lien avec la gestion des émotions et mécanismes de défense. Pour ce qui est du modèle cognitivo-comportemental (2e et 3e vague), je l'utilise pour effectuer des interventions en lien avec la gestion des émotions. |
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - Kawa - Modèle psychodynamique | |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle cognitivo-comportemental | |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - PEOP - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi le MCREO) | Fournissent des outils de réflexion clinique |
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - MDH-PPH - MCREO - OTIPM (Connait aussi CIF, PEOP, Autre : Model of creative ability) | Ils me fournissent une méthodologie et des outils d'évaluation et d'intervention |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - PEOP - Kawa - Modèle psycho-dynamique (Connait aussi... les mêmes. Affirme n'en utiliser que certains, pourtant les a tous recochés) | Ils m'aident dans la compréhension de situation, guide parfois mes entretiens |
| Ergothérapeute français | Aucun (Connait CIF, MDH-PPH, MCREO, Kawa) | J'utilise le raisonnement globale mais les contraintes du terrain permettent rarement leur utilisation complète. |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - CIF - PEOP - Kawa - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi MDH-PPH, MCREO, Modèle psycho-dynamique) | Enrichir mon analyse et spécifier les objectifs lié aux Occupations |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - PEOP - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi CIF, Kawa, Modèle psycho-dynamique) | Ce sont les plus concrets et praticables. |
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - PEOP - Kawa - OTIPM - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi CIF, MDH-PPH, MTO) | Pour m'adapter au mieux aux besoins de la personne et pour conserver une approche occupation centrée et top down. Cependant, le modèle que j'utilise le plus est le moh. |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle psycho-dynamique - Modèle cognitivo-comportemental - Autre : MOH (Connait aussi CIF, MDH-PPH, MCREO, Kawa) | Dans mon contexte de pratique la vision et les outils du MOH me semblent bien adaptés, en grande partie justement grâce aux nombreux outils d'évaluation proposés. Les concepts peuvent être facilement vulgarisés et expliqués, notamment en équipe pluri. Concernant les modèles psycho-dynamique et cognitivo-comportemental il s'agit plus d'une sorte de background que d'une réelle utilisation efficiente. Et je découvre le MTO, que j'aimerais progressivement insérer! |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - CIF - MCREO - Autre : Modèle biopsychosocial, Modèle du rétablissement (Connait aussi MDH-PPH, PEOP, Modèle psycho-dynamique, Modèle cognitivo-comportemental) | Pour une approche centrée sur la personne. |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - CIF - MCREO (Connait aussi le MDH-PPH) | Je suis dans un processus qui fixe un ou des projets avec la personne et la personne évalue régulièrement si son projet est réalisé |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - CIF - PEOP (Connait aussi le MDH-PPH, MCREO, Kawa, Modèle psycho-dynamique) | Modèle globaux et facilement transposables dans différentes situations, permettant une bonne ouverture dans la réflexion. |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle psycho-dynamique - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi CIF, MDH-PPH, MCREO, Kawa) | Parce qu'ils me parlent dans ma pratique ! Et je peux m'appuyer sur leurs concepts et/ou outils pour accompagner les personnes. |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - Autre : MOH (Connait aussi CIF, MDH-PPH, PEOP, Modèle psycho-dynamique, Modèle cognitivo-comportemental) | J'utilise le MCREO lorsque le motif de consultation concerne plus de déterminer le niveau d'autonomie de la personne de manière globale. J'utilise le MOH lorsqu'un flou identitaire semble être à l'origine de la problématique occupationnelle. |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - PEOP (Connait aussi CIF, MDH-PPH, Kawa, Modèle psycho-dynamique, Modèle cognitivo-comportemental) | Globalement dans la PEC + instrument de mesure |
| Ergothérapeute belge | Aucun | Je n'utilise que le MOHOST car c'est celui auquel j'ai été formée dans mon service |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| | (Connait CIF, MDH-PPH, Kawa, Modèle psychodynamique, Modèle cognitivo-comportemental) | |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO (Connait aussi CIF, MDH-PPH, Modèle psychodynamique, Modèle cognitivo-comportemental) | C'est le plus couramment utilisé dans mes milieux de pratique en ergothérapie. Les concepts sont clairs pour pouvoir faire un canevas de rédaction qui s'y rattache |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - CIF - MCREO - PEOP - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi Kawa) | Pour guider ma réflexion et essayer d'appréhender une situation de la manière la plus globale possible mais tout en restant dans le champ de l'ergothérapie |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - PEOP - Autre : MOH (Connait aussi Kawa, Modèle psychodynamique, Modèle cognitivo-comportemental) | Pour structurer mon raisonnement clinique, mes interventions et mes plans d'interventions (et c'est obligatoire selon notre ordre professionnel) |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - PEOP - Modèle psychodynamique - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi MDH-PPH, OTIPM) | Attention à ne pas mettre au même niveau les modèles théoriques en ergothérapie (MCREO OTIPM) ou transdisciplinaire (PPH) au même niveau que les modèles appliqués (psychodynamique, TCC). Je les utilise en fonction des besoins des personnes que j'accompagne afin d'avoir une meilleure compréhension de ce qui facilite ou entrave leur fonctionnement occupationnel |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - Kawa - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi MDH-PPH) | Facilité de la rédaction. Facilité pour expliquer au client les concepts (psychoéducation) |
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle psychodynamique - Notion de l'espace transitionnel issu de Winnicott | |
| Ergothérapeute canadien | <ul style="list-style-type: none"> - MCREO - PEOP - Autre : MOH (Connait aussi MDH-PPH, Kawa, Modèle cognitivo-comportemental) | Structurer ma compréhension de la personne et de ses défis occasionnels |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - CIF - MCREO - PEO - Modèle cognitivo-comportemental - Autre : MOH (Connait aussi MDH-PPH, Kawa) | Le MCREO, MOH et PEOP permettent de prendre en compte la personne dans sa globalité. La CIF est utilisée pour certains comptes-rendus auprès des assurances maladies/ médecins/ services qualité. Le modèle cognitivo comportemental permet aux personnes de prendre conscience du lien entre leurs pensées et leurs actions. |
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi CIF, MDH-PPH, MCREO, Kawa, Modèle psycho-dynamique) | Les modèles correspondent à une "paire de lunettes" qui permet d'avoir un regard sous un angle différent selon les modèles. Ils sont complémentaires et peuvent aider à la réflexion, mais ne sont pas une fin en soi. Certains modèles sont plus ou moins pertinents à utiliser selon les patients accompagnés |
| Ergothérapeute français | <ul style="list-style-type: none"> - MDH-PPH - MCREO - PEO (Connait aussi CIF, Kawa, Modèle psycho-dynamique, Modèle cognitivo-comportemental) | Support à l'élaboration de la réflexion clinique (encore plus dans les situations complexes), support à la rédaction des comptes rendus |
| Ergothérapeute suisse | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle cognitivo-comportemental (Connait aussi CIF, MCREO, Kawa, Modèle psycho-dynamique) | Auprès des personnes qui ont un trouble psychotique, j'ai appris que le modèle TCC est le plus approprié ; je l'utilise conjointement au Modèle de l'occupation humaine |

Annexe 8 : Résultats de l'enquête exploratoire – Apports de la formation au MOH

| Ergothérapeute et pays d'exercice | Formation au MOH | Apport de la formation au MOH à la pratique | Ce que la formation au MOH a apporté ou non à la pratique |
|-----------------------------------|---------------------|---|---|
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Oui | Je commence à l'utiliser. L'avoir vu en partie à l'université m'aide à le comprendre, mais j'aimerais avoir davantage de formation actuellement pour l'utiliser plus aisément |
| Ergothérapeute français | Formation théorique | Non | Ma pratique reste centrée sur le patient/client et sur ses besoins |
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Non | Je n'utilise pas de modèle |
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Oui | Intégrer les valeurs et la spiritualité au centre de mes interventions me permet d'aligner la personne avec ce qu'elle est et veut devenir, ce qui est un puissant moteur dans le rétablissement et l'engagement dans les activités significatives. |

| | | | |
|-------------------------|----------------------------------|-----|--|
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Non | Modèle conceptuel peu pratique pour la clinique. Termes difficiles à expliquer aux usagers |
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Oui | Mieux comprendre le modèle et l'utiliser pour la rédaction de rapports. |
| Ergothérapeute français | Formation théorique | Oui | Compréhension de l'ergothérapie actuelle |
| Ergothérapeute suisse | Formation théorique | Oui | Permet d'utiliser un langage plus précis, de mettre en mot ma pratique au près du client, fournir des outils d'évaluation clinique |
| Ergothérapeute français | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute suisse | Formation théorique | Oui | Utilisation des outils + interprétation des situations |
| Ergothérapeute français | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute suisse | Formation théorique | Oui | Donne du sens au raisonnement clinique et permet de nous démarquer d'autres professionnels |
| Ergothérapeute suisse | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute français | Formation théorique | Oui | Je trouve que l'utilisation du modèle permet vraiment de prendre en compte la personne dans sa globalité, lui rendre un peu de pouvoir d'agir et de collaborer au mieux avec elle |
| Ergothérapeute français | Formation théorique | Oui | Ma formation au MOH m'a permis de mettre des mots clés sur une pratique, ce qui sert notamment à la justifier. Comme cité précédemment elle m'a aussi donné des outils concrets. Et puis il permet une approche occupationnelle accessible, facilement insérable (je trouve) dans une pratique déjà établie. |
| Ergothérapeute suisse | Formation sur le lieu de travail | Oui | Une meilleure compréhension du modèle et donc une meilleure intégration des concepts dans la pratique |
| Ergothérapeute suisse | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute suisse | Formation théorique | Non | Difficile de se replonger dans la théorie au fur et multitude d'outils d'évaluation. |
| Ergothérapeute suisse | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Oui | Meilleure compréhension des différents concepts et subtilités du modèle. Applications cliniques pertinentes à exposer selon ce modèle. |
| Ergothérapeute suisse | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute belge | Formation sur le lieu de travail | Oui | Plus d'outils d'évaluation |
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Oui | Je connais les outils MOH et j'en utilise dans ma pratique |
| Ergothérapeute suisse | Formation sur le lieu de travail | Oui | Il amène différents outils concrets qui peuvent être utilisés dans la pratique. |
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Oui | Meilleure compréhension et maîtrise des concepts, donc meilleure application |

| | | | |
|-------------------------|----------------------------------|-----|---|
| Ergothérapeute canadien | Formation théorique | Oui | Il est nécessaire de bien connaître le MOH pour l'utiliser de manière juste et bien comprendre les concepts qui sont évalués via les différents outils |
| Ergothérapeute canadien | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute français | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute canadien | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute suisse | Formation théorique | Oui | Permet la vision du sens des occupations, de l'identité occupationnelle. |
| Ergothérapeute français | Pas de formation | | |
| Ergothérapeute français | Formation sur le lieu de travail | Oui | Formation récente (moins d'un mois) mais qui m'a donné des outils, a spécifié ma spécificité d'ergothérapeute. Elle permettra je pense de plus centrer ma pratique sur la personne (aspect volitionnel notamment) et d'impulser une dynamique pour les ergothérapeutes de l'établissement. |
| Ergothérapeute suisse | Formation théorique | Oui | C'est pour moi l'approche qui correspond le mieux au regard ergo sur la personne en relation avec ses activités et dans ses interactions avec son environnement; j'ai découvert l'approche de Kielhofner dès le début de ma formation en ergothérapie et elle correspond à ma sensibilité et à la philosophie de l'ergothérapie |

Annexe 9 : Résultats de l'enquête exploratoire – intérêt de la prise en considération de l'identité occupationnelle et de l'utilisation du MOH dans la pratique selon les participants

| Ergothérapeute et pays d'exercice | Intérêt de la prise en considération de l'identité occupationnelle | Raisons exprimées | Intérêt de l'utilisation du MOH | Raisons exprimées |
|--|---|---|--|---|
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Pour cibler les interventions et comprendre davantage la perception de la personne de ses occupations | Pas d'influence | Le modèle est intéressant mais difficile à appliquer et on manque de formation accessible. Les autres modèles sont bons aussi pour évaluer les patients |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Ce qui permet de rester centré sur les besoins relationnelle de la personnes afin qu'elle puisse répondre à ses activités | Ne sait pas | C'est une bonne question |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Importance des occupations dans le rétablissement | Améliorer | C'est un bon modèle pour la clientèle en santé mentale |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Parce que la personne s'identifie beaucoup à | Améliorer | Mêmes raisons que plus haut |

| | | | | |
|-------------------------|-----------|---|-------------|---|
| | | son statut de malade et peut s'auto-stigmatiser. Développer une identité en fonction d'activités significatives améliore l'estime, la création de liens sociaux et le bien-être en général. | | |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Se centrer sur la personne et les rôles qu'elle veut occuper | Ne sait pas | Chaque thérapeute doit être à l'aise avec le modèle conceptuel et pratique qu'il utilise |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Pour comprendre mieux comment la personne se perçoit et se projette dans ses rôles et occupations | Améliorer | Améliorer la compréhension et l'analyse de l'adéquation entre la situation occupationnelle, la personne et son environnement. |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Projet individuel de soin | Améliorer | Difficultés institutionnelles tout de même... |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | S'intéresse à l'expertise du patient, permet de définir les objectifs de traitement | Améliorer | Idem |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Cela améliore l'adhésion de la personne | Améliorer | Améliorer la compréhension de la personne permet de proposer des objectifs aux plus proches de ses besoins/envies et donc son adhésion et sa participation à l'accompagnement |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Car offre une autre approche que l'évaluation clinique, cif etc | Améliorer | Idem question précédente |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Permet de donner du sens, stimule la motivation, "rempli le vide" | Améliorer | Aide à structurer la pensée de l'ergo et par conséquent la prise en charge |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Mieux comprendre l'impact du troubles dans la vie quotidienne sur plusieurs niveau de raisonnement | Améliorer | Enrichissement des prise en charge orienté Occupations pour s'éloigner du domaine médical |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Il est nécessaire d'inclure l'identité occupationnelle afin d'établir des objectifs de prise en charge | Ne sait pas | Je ne connais pas assez ces concepts théoriques pour me prononcer. |

| | | | | |
|-------------------------|-------------|---|-------------|--|
| | | signifiant et significatifs. | | |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Tout simplement parce que l'accompagnement est vraiment adapté à la personne, a qui elle est, pense être et souhaite être. Ça favorise un gain de pouvoir d'agir et stimule la motivation | Améliorer | Il permet à la personne d'avoir une image de sa situation et de prendre conscience de tout ce qui la compose Ça permet à l'ergo de prendre vraiment en compte l'ensemble des éléments et de mieux connaître la personne, son quotidien et ses occupations |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Et bien déjà car poser la notion d'identité auprès de personnes qui ont justement de grosses difficultés dans ce domaine me paraît intéressante (bien que parfois difficile). Et puis aborder cette notion via le versant des occupations, et donc de ce qui compose concrètement la vie de tous les jours, me semble être une belle porte d'entrée (bien que pouvant être perçue comme intrusive). Et puis même sans poser tout cela il s'agit déjà d'un regard porté sur la personne, un regard qui la considère en tant qu'individu justement, avec tout un potentiel et un champ des possibles. | Améliorer | Un peu pour les mêmes raisons que citées précédemment en fait... je crois vraiment qu'il s'agit avant tout d'un regard, d'une considération apportée à la personne et à ce qu'elle fait peu importe ce que c'est, et donc à ce qu'elle est... Et donc à valoriser ses occupations, via différents concepts et outils. Et puis c'est aussi comment traduire et valoriser cela auprès d'une équipe, d'une hiérarchie,... |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Aider la personne à se situer dans son environnement, favoriser une meilleure intégration comme elle le désire | Améliorer | Idem précédente réponse |
| Ergothérapeute suisse | Ne sait pas | J'utilise d'autres références thérapeutiques. | Ne sait pas | Idem |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Leur permettre un accès à la réalité via les occupations, éviter à tout prix la normalisation de ces personnes et donc de modifier l'identité | Ne sait pas | |

| | | | | |
|-------------------------|-------------|---|--------------------------|---|
| | | propre en "évinçant" la pathologie | | |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Cela pourrait sûrement améliorer le suivi. Encore faudrait-il que nous soyons bien formés et que nous connaissions bien/mieux ces concepts car je pense que nous la prenons déjà en compte sans la nommer comme telle. | Améliorer | De nouveau, cela pourrait sûrement améliorer les suivis. Mais, sans connaissance approfondi du modèle (je ne connais que très peu les outils), je n'ai pas de réponse tranchée. D'autant que l'adhésion à tel ou tel modèle est aussi assez personnelle et inhérente à l'identité professionnelle (cette fois) du thérapeute et/ou de l'institution dans laquelle il travaille. |
| Ergothérapeute canadien | Ne sait pas | Personnellement, l'identité occupationnelle de tous mes clients est prise en compte, car cela permet une meilleure compliance à la réadaptation et oriente les objectifs cliniques en fonction de de qu'ils veulent faire/améliorer au quotidien. Que le MOH soit utilisé ou non, je pars des valeurs et des intérêts de mes clients pour que le processus clinique soit cohérent avec l'identité de la personne. | Ne sait pas | L'utilisation des concepts me permet de mieux comprendre certaines dynamiques pour ma part. Je n'aborde pas ces concepts avec mes clients mais ils font partie intégrante de mon raisonnement clinique. |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Ça donnerait plus de poids à la perception qu'a la personne d'elle-même, holistique et centré sur le patient | Ne sait pas | Pourquoi pas |
| Ergothérapeute belge | Améliorer | Afin de comprendre la personne de manière holistique | Ne pas avoir d'influence | Complicé de faire passer des évaluation aux patients en phase haute ou avec des symptômes positifs |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Pour être centré sur le client et faire des objectifs d'intervention pertinents | Ne pas avoir d'influence | Je crois que plusieurs modèles se valent |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Si on ne s'intéresse pas aux occupations significative d'une personne, quel que soit | Améliorer | C'est un modèle parmi les autres. Au-delà du diagnostic, c'est plus la situation de la personne |

| | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--|--------------|--|
| | | son problème de santé, il me semble compliqué d'avoir une alliance thérapeutique. Et sans cela, il est souvent compliqué de fixer et d'atteindre des objectifs. | | qui me fera pencher pour un modèle ou un autre. Ainsi, si la situation s'y prête, effectivement le MOHO pourrait être bénéfique |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Quand les interventions font du sens pour la personne, il y a plus de chances qu'elle y adhère et qu'elle s'engage dans le processus thérapeutique. si on ne tient pas compte de l'identité occupationnelle, le processus thérapeutique est dénué de sens et devient seulement technique. | Améliorer | C'est un modèle d'ergothérapie basé sur des recherches cliniques ... |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Cela dépend cependant du contexte dans lequel la personne est rencontrée en ergothérapie... Dans le cas de prise en charge de très courte durée, il est difficile d'adresser cet enjeu. Cela permet à la personne de mieux se connaître et de comprendre parfois ce qui entretient ses difficultés (enjeux identitaires) | Améliorer | À nouveau, cela dépend... Un seul modèle ne peut pas répondre à toutes les situations. L'ergothérapeute doit choisir le modèle le plus adapté à la personne au moment où il le rencontre. Toutefois, le MOH permet d'approfondir les notions de volition qui sont extrêmement importantes dans la prise en charge des personnes psychotiques (qu'est-ce qui motive l'occupation) |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | <ul style="list-style-type: none"> - établir la relation de confiance - favoriser l'espoir - trouver des objectifs significatifs - favoriser le développement de l'estime de soi | Améliorer | Pertinence des concepts de volition et de l'identité occupationnelle qui représente souvent les grands enjeux de la clientèle psychotique |
| Ergothérapeute français | Ne pas avoir d'influence | L'utilisation d'un modèle de l'humain exclusivement centré sur ses activités et ses rôles sociaux ne tient pas assez compte pour moi, de l'espace psychique | Être néfaste | Trop de bilans, de protocoles, d'objectifs |

| | | | | |
|-------------------------|-------------|--|-----------|---|
| | | interne de la personne, de ses capacités d'expression créative, de sa manière d'être et pas de faire. | | |
| Ergothérapeute canadien | Améliorer | Des occupations sociales et valorisantes sont positives pour le rétablissement, l'estime personnelle et une identité occupationnelle favorable | Améliorer | Aide à mettre en lumière les défis occupationnels sur le plan de la qualité des occupations, de la satisfaction et du sens des occupations pour la personne |
| Ergothérapeute suisse | Ne sait pas | La personne peut se sentir considérée mais peut aussi sentir une intrusion. | Améliorer | Prise en compte de l'identité, des valeurs, déterminants personnels etc. |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Prendre en compte la personne et ses occupations permet de l'impliquer et qu'elle soit actrice de sa prise en soin, en définissant un projet de soin adapté à ses projets de vie | Améliorer | Chaque outil est un atout supplémentaire qui peut aider la personne, même si parfois il faudra essayer plusieurs outils avant qu'il y en ait un qui corresponde à la personne |
| Ergothérapeute français | Améliorer | Cela pourrait être un levier motivationnel | Améliorer | Cela permet de mieux comprendre la dynamique en jeu (notamment volitionnelle), et d'avoir une pratique encore plus client centrée |
| Ergothérapeute suisse | Améliorer | Aider le ou la cliente dans ses aspirations en lien avec ses activités et ses rôles dans son environnement me semble très important, afin de soutenir sa motivation et sa place dans son environnement, de lutter contre l'auto-stigmatisation et de favoriser un sentiment d'inclusion; afin de favoriser son empowerment dans une perspective de rétablissement (modèle du rétablissement qui est aussi très intéressant à utiliser aussi conjointement) | Améliorer | Rejoint ma réponse à la question précédente |

Annexe 10 : Critiques du questionnaire

En cherchant à faire un état des lieux de l'utilisation des modèles conceptuels par les ergothérapeutes travaillant auprès de personnes psychotiques, une question essentielle aurait dû être posée : les ergothérapeutes utilisent-ils le MOH ? Cela aurait permis de comparer l'utilisation de ce modèle avec les autres cités par les participants.

Demander aux ergothérapeutes quels modèles ils utilisent avait pour intérêt d'introduire la question du choix des modèles. Or, un biais de réponse a été introduit, à cause d'une mauvaise formulation de la question. En effet, la plupart des ergothérapeutes ont compris la question de manière générale : pourquoi utilisez-vous un modèle conceptuel. L'intention initiale de cette question était plutôt de comprendre pourquoi les ergothérapeutes préfèrent l'utilisation de certains modèles à d'autres. Elle était d'ailleurs limitée aux ergothérapeutes indiquant ne pas utiliser tous les modèles qu'ils indiquaient connaître.

De plus, les questions autour des outils du MOH utilisés par les ergothérapeutes auraient pu être simplifiées. L'intention initiale était de savoir si les professionnels utilisaient des outils, lesquels, et s'il y a une corrélation entre l'utilisation des outils et l'utilisation du MOH et/ou la prise en considération de l'identité occupationnelle.

Enfin, aucune question du questionnaire proposé ne portait sur la population spécifique des personnes psychotiques. Cela a peut-être introduit un biais de généralisation : les ergothérapeutes ayant répondu ont-ils bien compris que les questions ne portaient que sur leur travail avec ces personnes, et non sur l'ensemble de leurs bénéficiaires ?

Annexe 11 : Matrice théorico-conceptuelle

| Concept | Variables | Sous-variables | Indicateurs | Sous-indicateurs |
|----------|-----------------|----------------|---|----------------------------|
| Psychose | Maladie (DSM I) | Symptômes | Altération de la personnalité | Altération de l'humeur |
| | | | | Altération de la pensée |
| | | | | Altération du comportement |
| | | | | Altération de l'affect |
| | | | Altération du rapport à la réalité | Altération de l'humeur |
| | | | | Altération de la pensée |
| | | | | Altération du comportement |
| | | | | Altération de l'affect |
| | | | Altération du rapport aux relations interpersonnelles | Altération de l'humeur |
| | | | | Altération de la pensée |

| | | | | |
|-------------------------|--|---|---|---------------------------------|
| | | | | Altération du comportement |
| | | | | Altération de l'affect |
| Trouble mental (DSM II) | Symptômes généraux | Participation à la vie ordinaire altérée | | |
| | | Actions et réactions inadaptées | | |
| | | Appréhension inadaptée de la réalité | | |
| | | Hallucination | | |
| | | Délire | | |
| | | Symptômes des psychoses affectives (psychose maniaco-dépressive) | Exaltation | |
| | | | Mélancolie | |
| | | Symptômes de la schizophrénie | Altération de la pensée, du comportement et de l'humeur | |
| | | | Ambivalence émotionnelle, perte d'empathie | |
| | | Symptômes des états paranoïaques | Délire de persécution | |
| | Délire grandiose | | | |
| | Troubles psychiatriques (DSM III et III révisée) | Symptômes généraux | Perceptions de la réalité et pensées radicalement incorrectes | Création d'une nouvelle réalité |
| | | « Troubles schizophréniques » deviennent « schizophrénies » | | |
| | | « Troubles paranoïaques » deviennent « troubles délirants » | | |
| | | « Troubles paranoïaques partagés » deviennent « Troubles psychotiques induits » | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | « Troubles affectifs » deviennent « troubles de l’humeur » | « Psychose maniaco-dépressive » devient « trouble bipolaire » | |
| | Schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM IV) | Symptômes | Idées délirantes | |
| | | | Hallucinations | |
| | | | Désorganisation du discours | |
| | | | Comportement catatonique | |
| | Troubles du spectre de la schizophrénie ; Certains troubles bipolaires ou apparentés ; Certains troubles de l’humeur ; Certains troubles de la personnalité (personnalité schizotypique par exemple) (DSM V) | Symptômes | Positifs : délires, hallucinations, désorganisation | |
| | | | Troubles cognitifs | |
| Négatifs : incurie, bradypsychie, apragmatisme, diminution de l’expression émotionnelle, aboulie... | | | Surtout présents dans les troubles du spectre de la schizophrénie | |
| L’identité occupationnelle | Eléments propres à la personne | Santé | | |
| | | Histoire de vie / Expérience de vie | Emotions liées aux événements passés | |
| | | | Influence des événements passés sur occupations actuelles | |
| | | | Influence de l’histoire de vie sur le devenir | |
| | | Etudes et travail | | |
| | | Rôles | | |
| | | Habitudes de vie | | |
| | | Occupations | Signifiante des occupations | |
| | | | Forme des occupations | |
| | | | Organisation des occupations dans la semaine | |
| | | | Liens entre ce que l’on souhaite faire et ce que l’on doit faire | |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|--|
| | | | Raisons de changer ou non une occupation | |
| | | Environnements | Réaliser des occupations dans des milieux de vie différents | |
| | | | Réaliser des occupations avec ses proches | |
| | | Attentes pour l'avenir | | |
| | | Perception de son devenir | | |
| | Influence de l'environnement social | Perception des codes sociaux | | |
| | | Influence de la comparaison aux autres sur les occupations | | |
| | | Perception des attentes des environnements sociaux | | |
| | | Impact des attentes des différents environnements sociaux | | |
| | | Influence de la perception des proches sur ses capacités | | |
| | | Influence de la réalisation des occupations avec ses proches sur les rôles | | |
| | | Influence du partage d'expériences significantes avec des personnes autres que les proches sur le sentiment d'appartenance | | |
| | Sens que l'on donne à sa vie | Trouver sa place dans son milieu de vie | | |
| | | Trouver sa place dans la société | | |
| | | Trouver un sens à sa vie | | |
| | | Manifester un sentiment de compétence | | |
| | | Influence des occupations ou de leur absence sur la constitution de son identité et le sens que l'on donne à son identité | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | Ecart entre la manière dont on se perçoit et ce que l'on manifeste | Ecart entre perception de soi et ce que l'on fait | | |
| | | Ecart entre le souhait de réaliser une occupation passée et les capacités actuelles | | |
| | Influence des difficultés sur l'identité | Difficultés pour s'engager dans certaines des occupations significatives | | |
| | | Difficultés pour créer des liens sociaux | | |
| | | Influence de la survenue d'une incapacité sur les rôles | | |
| | | Limitations des possibilités de choix significatives | | |
| | | | | |

Annexe 12 : Matrice de questionnaire

| VARIABLES ETUDIEES | INDICATEURS PAR VARIABLES | SOUS INDICATEURS OU INDICES | INTITULE | MODALITES DE REPONSE | OBJECTIF |
|--------------------|---------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------|-----------------------------------|
| Echantillonnage | Consentement éclairé et éthique | | <p>« J'ai lu la présentation ci-dessus et j'accepte de participer au projet de recherche suivant : "Compréhension de l'identité occupationnelle de la personne psychotique par l'ergothérapeute". Je suis conscient.e que je dois conserver une copie de cette présentation.</p> <p>Je comprends que</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ma participation à ce projet ne comporte aucun risque prévisible. - Il n'y aura aucun avantage direct pour moi de ma participation à cette recherche. - Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis | Dichotomique Oui/Non | Respect de l'éthique de recherche |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| | | | <p>libre de me retirer à tout moment, sans explication ni pénalité.</p> <p>- Si j'ai des questions supplémentaires, je peux contacter l'équipe de recherche.</p> <p>- Les informations obtenues dans le cadre du projet peuvent être publiées dans un travail de recherche de fin de formation en ergothérapie.</p> <p>- Dans les documents publiés, je ne serai pas identifié.e et mes informations personnelles ne seront pas divulguées. »</p> <p>J'ai lu la description ci-dessus et donne mon accord pour participer à cette recherche :</p> | | |
| | Profession | | Êtes-vous ergothérapeute ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non | Vérifier que la personne correspond bien au public visé. |
| | Pays | | Dans quel pays exercez-vous ? | <i>Choix multiple</i> Belgique, Canada, France, Haïti, Liban, Luxembourg, Madagascar, Maurice, Maroc, Rwanda, Seychelles, Suisse, Autre pays. | Vérifier que la personne correspond bien au public visé. |
| | Public pris en soin | | Travaillez-vous auprès de personnes psychotiques adultes ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non | Vérifier que l'enquête correspond bien au public visé. |
| | Temps de travail sur une semaine | | Combien de temps travaillez-vous en moyenne auprès de ce public dans la semaine ? | <i>Choix multiple</i> Moins de 10h ; Entre 10 et 20h, Entre 21 et 30h, entre 31 et 40h ; Plus de 40h. | Examiner s'il existe une corrélation entre le temps passé auprès des personnes psychotiques et les autres variables. |
| | Temps passé auprès du public | | Travaillez-vous depuis au moins 1 an auprès de ce public ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non | Vérifier que l'enquête correspond bien au public visé. |
| Prise en compte des éléments de l'identité occupationnel le sur le terrain de pratique | Connaissance de l'utilisateur vivant avec la psychose | | Comment apprenez-vous à connaître un utilisateur vivant avec la psychose généralement ? | <i>Echelle de Likert dans tableau :</i> Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais | Explorer les conditions préalables à la perception de l'identité occupationnelle d'une personne |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|---|----------------------------------|
| | | | | Accompagnement sur le lieu de vie (mises en situation écologiques) Dossier médical Réunions/discussions avec l'équipe Entretien Activités thérapeutiques Visites à domicile Observations d'occupations (activités réalisées et choisies par la personne dans le contexte dans lequel elle a l'habitude de les réaliser) | psychotique par l'ergothérapeute |
| Eléments propres à la personne | Santé | Dans quelle mesure prenez-vous en compte les différents aspects de la santé des personnes vivant avec la psychose ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| | Histoire de vie | Prenez-vous en compte l'histoire de vie, l'expérience de vie de vos usagers vivant avec la psychose ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| | Influence de l'histoire de vie sur les occupations actuelles | Prenez-vous en compte l'influence des expériences passées des personnes psychotiques sur certaines des occupations qu'elles réalisent actuellement ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| | Influence de l'histoire de vie sur les occupations actuelles (manière de prendre en compte) | Comment prenez-vous en compte l'influence des expériences passées des personnes psychotiques sur certaines des occupations qu'elles réalisent actuellement ? | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| | Influence de l'histoire de vie sur les aspirations pour l'avenir | Prenez-vous en compte comment l'histoire de vie de vos usagers psychotiques influence leurs aspirations pour leur avenir ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| | Etudes et travail | Prenez-vous en compte le type d'études ou le travail, le niveau d'études ou le travail souhaité de | <i>Echelle de Likert</i> Jamais – Rarement – Parfois – Souvent – Toujours | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | | vos usagers vivant avec la psychose ? | | occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Habitudes de vie | Prenez-vous en compte les habitudes de vie des personnes psychotiques avec lesquelles vous travaillez ? | <i>Echelle de Likert</i> Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Sens des occupations | Généralement prenez-vous en compte le sens que la personne met dans ce qu'elle fait ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Forme et signification des occupations | Généralement, prenez-vous en compte la manière spécifique dont les personnes psychotiques réalisent une occupation déterminée, et les raisons pour lesquelles elles font cette occupation ainsi ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Organisation hebdomadaire des occupations | Prenez-vous en compte la manière selon laquelle une personne psychotique organise ses occupations dans la semaine ? | <i>Echelle de Likert</i> Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Changement et continuité des occupations | Prenez-vous en compte les raisons pour lesquelles les personnes psychotiques changent leurs occupations, leur manière de les réaliser, ou au contraire les raisons pour lesquelles elles continuent de faire ce qu'elles font au quotidien ? | <i>Echelle de Likert</i> Jamais – Rarement – Parfois – Souvent – Toujours | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Environnements physiques | Prenez-vous en compte la ou les manière(s) dont les personnes psychotiques agissent dans des contextes différents, au sein de leurs lieux de vie ? (chez eux, dans leur ville, dans leur supermarché, dans la maison familiale...) | <i>Echelle de Likert</i> Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | Environnements humains proches | Prenez-vous en compte ce qui est important pour une personne psychotique de faire avec | <i>Echelle de Likert dans tableau :</i> Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais Sa famille Ses amis Ses partenaires de vie (époux.se, conjoint.e) | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Perspectives d'avenir | Prenez-vous en compte ce que les personnes psychotiques envisagent pour leur avenir, leurs occupations futures ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Perspectives d'avenir (manière de prendre en compte) | Comment prenez-vous en compte ce que les personnes psychotiques envisagent pour leur avenir, leurs occupations futures ? | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Eléments en lien avec l'environnement social | Perception des codes sociaux | Dans quelle mesure prenez-vous en compte la manière dont les personnes psychotiques perçoivent les codes sociaux (ce qu'il faut faire en société, comment il faut se comporter...) ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Influence de la comparaison aux autres sur les occupations | Prenez-vous en compte comment la comparaison aux autres façonne la perception des personnes psychotiques sur leurs occupations, l'importance que ces occupations ont pour elles, et la manière de réaliser ces occupations ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Influence des attentes d'autrui | Prenez-vous en compte l'impact des attentes des différents environnements sociaux sur ce que les personnes psychotiques font et veulent faire dans leur vie quotidienne ? | <i>Echelle de Likert dans tableau :</i> 0 à 10 Attentes de la famille Attentes des amis Attentes des professionnels Attentes de la société | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | Perception de ce que pensent les environnements sociaux | Prenez-vous en compte la perception des personnes psychotiques sur ce que leur famille, leurs amis, la société pensent d'eux, de ce qu'ils font ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Perception de ce que pensent les environnements sociaux (manière de prendre en compte) | Comment prenez-vous en compte la perception des personnes psychotiques sur ce que leur famille, leurs amis, la société pensent d'eux, de ce qu'ils font ? | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Influence de la perception des proches sur les capacités | Prenez-vous en compte l'influence de la perception des proches d'une personne psychotique à propos des capacités de celle-ci (surestimation des capacités, sous-estimation des capacités) sur ce qu'elle pense pouvoir faire ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Influence de la perception des proches sur les capacités (manière de prendre en compte) | Comment prenez-vous en compte l'influence de la perception des proches d'une personne psychotique à propos des capacités de celle-ci (surestimation des capacités, sous-estimation des capacités) sur ce qu'elle pense pouvoir faire ? | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Comparaison perception de l'utilisateur / perception de l'ergothérapeute sur les capacités | Comparez-vous la perception d'un usager psychotique sur ses capacités avec la perception que vous, ergothérapeute en avez ? | <i>Echelle de Likert</i> Jamais – Rarement – Parfois – Souvent – Toujours | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Influence des co-occupations | Prenez-vous en compte comment, pour une personne psychotique, faire des choses importantes avec ses proches influence | <i>Echelle de Likert dans tableau :</i> 0 à 10 Ses attentes pour l'avenir Son sentiment de trouver sa place au sein de sa famille, de groupes d'amis ou d'un couple | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|---|--|
| | | Sentiment d'appartenance | Prenez-vous en compte comment, pour un personne psychotique, le partage d'expériences signifiantes avec des individus autres que la famille lui permet de se sentir acceptée, incluse au sein de tels groupes (autres que familiaux) ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Sens donné à sa vie, à son identité | Sens de la vie, place dans la société et sentiment de compétence | Est-ce que dans votre pratique vous prenez en compte comment les personnes psychotiques mettent du sens dans leur vie, trouvent leur place dans la société et démontrent un sentiment de compétences dans certaines de leurs occupations ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Sens de la vie, place dans la société et sentiment de compétence (manière de prendre en compte) | De quelle manière prenez-vous en compte comment les personnes psychotiques mettent du sens dans leur vie, trouvent leur place dans la société et démontrent un sentiment de compétences dans certaines de leurs occupations ? | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Occupations, identité et sens | Est-ce que dans votre pratique auprès de personnes vivant avec la psychose vous prenez en compte comment leurs occupations ou l'absence de leurs occupations familiales façonnent la constitution de leur identité et le sens qu'ils mettent à cette identité ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Occupations, identité et sens (manière de prendre en compte) | De quelle manière prenez-vous en compte chez vos usagers psychotiques comment leurs occupations ou l'absence de leurs occupations familiales façonnent la constitution de leur identité et le sens | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | qu'ils mettent à cette identité ? | | |
| | Discordances au sein de l'identité | Ecart entre perception et manifestation de soi | Prenez-vous en compte les écarts éventuels entre ce que la personne psychotique perçoit d'elle-même et ce qu'elle manifeste ou fait actuellement (par exemple : la personne se sent ignorante sur un sujet que pourtant elle maîtrise bien, ou se décrit comme parent subvenant aux besoins de son enfant alors que ce dernier est majeur et indépendant) ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Ecart entre perception et manifestation de soi (manière de prendre en compte | Comment Prenez-vous en compte les écarts éventuels entre ce que la personne psychotique perçoit d'elle-même et ce qu'elle manifeste ou fait actuellement ? | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Ecart entre souhait et capacités à réaliser les occupations | Prenez-vous en compte l'écart entre le souhait d'une personne psychotique à réaliser certaines occupations qu'elle faisait dans son passé, et ses capacités actuelles à les réaliser ? | <i>Echelle de Likert</i> Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Influence des difficultés sur l'identité | Difficultés exprimées | Est-ce que vous prenez en compte les difficultés exprimées par les personnes psychotiques à | <i>Echelle de Likert dans tableau :</i> Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais S'engager dans certaines de leurs occupations significantes Créer des liens amicaux ou amoureux avec autrui | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Impact de la survenue d'une incapacité sur la définition de soi | Prenez-vous en compte comment la survenue d'une incapacité à réaliser certaines occupations importantes impacte la manière dont vos usagers vivant avec la psychose se définissent ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |

| | | | | | |
|--|----------|---|---|---|--|
| | | Limitations des choix signifiants | Prenez-vous en compte ce qui limite les possibilités de choix signifiants des personnes psychotiques ? | <i>Echelle de Likert</i> Jamais – Rarement – Parfois – Souvent – Toujours | Explorer la fréquence de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | Psychose | Définition de la psychose | Comment définiriez-vous la psychose ? | <i>Question ouverte</i> | |
| | | Impact de la survenue de la psychose sur la perception de soi et sur la réalisation d'occupations | Prenez-vous en compte comment la survenue de la psychose chez vos usagers impacte ou a impacté leur perception sur certaines de leurs occupations, et sur leur capacité à les réaliser au sein de groupes familiaux ou d'amis ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Impact de la survenue de la psychose sur la perception des proches | Prenez-vous en compte comment la survenue de la psychose chez vos usagers impacte ou a impacté la perception de leurs proches (famille, amis) sur certaines de leurs occupations et sur leur capacité à les réaliser ? | <i>Echelle de Likert</i> 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Impact de la stigmatisation | Prenez-vous en compte comment la stigmatisation autour de la psychose impacte la manière dont une personne psychotique | <i>Echelle de Likert dans tableau :</i> 0 à 10 Se définit Choisit et réalise certaines occupations importantes pour elle Se projette dans l'avenir, envisage un projet Agit avec ses proches Crée de nouvelles relations sociales | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique |
| | | Définition de la schizophrénie | Selon vous, la schizophrénie c'est plutôt (cochez la proposition correspondant le plus à ce que vous pensez) | <i>Choix multiple à réponse unique</i> - Une altération de la pensée, du comportement, de l'humeur, avec une ambivalence émotionnelle et | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| | | | | <div>une perte d'empathie</div> <div>- Des perceptions de la réalité et des pensées radicalement inadaptées, avec création d'une nouvelle réalité</div> <div>- Des délires, hallucinations, désorganisation, troubles cognitifs, symptômes négatifs (bradypsychie, apragmatisme, etc.)</div> | |
| | | Utilisation du terme « psychose maniaco-dépressive » | Dans votre pratique, entendez-vous parler ou parlez-vous de psychose maniaco-dépressive ? | <i>Dichotomique</i> Oui / Non | |
| | | Version du DSM utilisée | Quelle version du DSM utilisez-vous actuellement dans votre équipe ? | <i>Choix multiple à réponse unique</i> -DSM III -DSM IV -DSM V | |
| Définitions de la personne | Auto-définition de l'utilisateur | Prenez-vous en compte dans votre pratique la manière dont une personne vivant avec la psychose se définit ? | <i>Dichotomique</i> Oui/Non (Répondre « Oui » amène à la question suivante ; Répondre « Non » amène deux questions plus loin) | Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| | Auto-définition de l'utilisateur (manière de prendre en compte) | Comment prenez-vous en compte dans votre pratique la manière dont une personne vivant avec la psychose se définit ? | <i>Question ouverte</i> | Explorer la manière dont les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| | Comparaison auto-définition de l'utilisateur/perception de l'ergothérapeute | Dans quelle mesure comparez-vous comment une personne psychotique se définit avec la manière dont vous-même, en tant qu'ergothérapeute, la percevez ? | <i>Echelle de Likert</i> De 0 à 10 | Explorer le degré de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle par les ergothérapeutes dans la pratique | |
| Connaissance de l'identité occupationnelle | Connaissance de l'identité occupationnelle | Connaissez-vous l'identité occupationnelle, en avez-vous entendu parler ? | <i>Echelle de Likert</i> De 0 à 10 | Identifier le degré de connaissance des ergothérapeutes sur l'identité occupationnelle | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---|--|--|--|
| | | Utilisation de l'identité occupationnelle | Utilisez-vous ce concept dans votre pratique ? | <i>Echelle de Likert</i> De 0 à 10 | Identifier le degré d'utilisation du concept d'identité occupationnelle dans la pratique des ergothérapeutes |
| Etude démographique des participants | Âge | | Quel âge avez-vous ? | <i>Question ouverte</i> | Examiner s'il y a une corrélation entre l'âge du professionnel et les autres variables. |
| | Année d'obtention du diplôme | | En quelle année avez-vous été diplômé.e ? | <i>Question ouverte</i> | Examiner s'il y a une corrélation entre l'année d'obtention du diplôme du professionnel et les autres variables. |
| | Lieu d'obtention du diplôme | | Dans quel pays avez-vous été diplômé ? | <i>Choix multiple</i> Belgique, Canada, France, Haïti, Liban, Luxembourg, Madagascar, Maurice, Maroc, Rwanda, Seychelles, Suisse, Autre. | Examiner s'il y a une corrélation entre le pays d'obtention du diplôme et les autres variables. |
| | Lieu d'exercice | | Dans quelle.s structure.s exercez-vous ? | <i>Choix multiple avec plusieurs réponses possibles</i> Institution, Etablissement médico-social, Etablissement social, Association, Libéral, Santé communautaire / de proximité, Equipe mobile, Autre. | Examiner s'il y a une corrélation entre le lieu d'exercice et les autres variables. |

Annexe 13 : Liste des groupes et pages Facebook sur lesquels le questionnaire a été diffusé

- Ergothérapie Santé Mentale Québec
- Ergothérapeutes Belgique
- Union Professionnelle des Ergothérapeutes – belge francophone & germanophone
- Occupational Therapy Association of Morocco – OTAM
- Deviens ergothérapeute au Maroc
- Les ergothérapeutes en Tunisie
- Les ergos du 13
- Ergo Info
- Ergothérapie ; conseil, entraide, infos, et partage
- Ergothérapeutes
- J'exerce un métier mal connu : ergothérapeute
- Ergo en psy - France

Annexe 14 : Présentation détaillée des participants (notés « ergo ») à l'enquête :

Ergo 1 : Suisse, 55 ans, diplôme en 1991, travail en libéral entre 10 et 20h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 2 : Suisse, 37 ans, diplôme en 2015, travail en institution, en établissement médico-social, et en santé communautaire entre 21 et 30h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 3 : Suisse, 41 ans, diplôme en 2010, travail en libéral et en santé communautaire moins de 10h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 4 : Belge, 57 ans, diplôme en 1985, travail en santé communautaire et en équipe mobile moins de 10h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 5 : France, 38 ans, diplôme en 2007, travail en établissement médico-social entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 6 : France, 49 ans, diplôme en 1998, travail en institution et en libéral entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 7 : France, 28 ans, diplôme en 2017 en Belgique, travail en institution entre 21 et 30h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 8 : France, 46 ans, diplôme en 1996, travail en institution entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 9 : France, 57 ans, diplôme en 1987, travail en institution entre 21 et 30h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 10 : France, 38 ans, diplôme en 2006, travail en institution entre 21 et 30h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 11 : France, 46 ans, diplôme en 2020, travail en établissement médico-social entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 12 : France, 25 ans, diplôme en 2020, travail en institution et en équipe mobile entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 13 : France, 56 ans, diplôme en 1988, travail en institution et en santé de proximité entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 14 : France, 23 ans, diplôme en 2020, travail en institution entre 21 et 30h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 15 : France, 30 ans, diplôme en 2015, travail en institution entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques

Ergo 16 : France, 45 ans, diplôme en 1998, travail en établissement médico-social entre 31 et 40h par semaine auprès de personnes psychotiques.

Annexe 15 : Résultats du questionnaire - Fréquences des façons de connaître un usager par les ergothérapeutes

| FREQUENCES | MANIERES DE CONNAITRE UN USAGER | | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|------------------------|-----------|--------------------------|-----|---------------------------|
| | MES | Dossier médical | Echanges avec l'équipe | Entretien | Activités thérapeutiques | VAD | Observations d'occupation |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Toujours | 4 | 12 | 14 | 14 | 13 | 4 | 6 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Souvent | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Parfois | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 5 | 5 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Rarement | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Jamais | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |

Annexe 16 : Résultats du questionnaire - Fréquences de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle

| FREQUENCES | ELEMENTS DE L'IDENTITE OCCUPATIONNELLE | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|------|
| | ET | HAB | OC3 | OC4 | ENV1 | FAM | COP | MAR | EVS6 | DIS2 | ENG | LIA | DUR3 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Toujours | 10 | 14 | 11 | 6 | 5 | 9 | 9 | 10 | 6 | 9 | 10 | 7 | 6 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Souvent | 5 | 2 | 5 | 8 | 8 | 6 | 6 | 4 | 6 | 7 | 6 | 5 | 6 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Parfois | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 0 | 4 | 3 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Rarement | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Nb d'ergothérapeutes ayant répondu Jamais | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Travail et études = ET ; Habitudes de vie = HAB ; Organisation hebdomadaire des occupations = OC3 ;

Changement et continuité des occupations = OC4 ; Environnements physiques = ENV1 ; Environnements

humains : famille = FAM ; Environnements humains : amis = COP ; Environnements humains : conjoint.e = MAR ; Comparaison perception de l'usager / perception de l'ergothérapeute sur les capacités = EVS6 ; Ecart entre souhait et capacités à réaliser les occupations = DIS2 ; Difficultés exprimées pour s'engager dans certaines des occupations significantes = ENG ; Difficultés exprimées pour créer des liens amicaux ou amoureux avec autrui = LIA ; Limitations des choix significants = DUR3

Annexe 17 : Calcul et codage des fréquences de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle

| <u>Fréquence de prise en compte</u> |
|--|
| (Codes utilisés : toujours = 4 ; souvent = 3 parfois = 2 ; rarement = 1 ; jamais = 0) |
| <u>PERSONNE</u> |
| <i>Travail/études</i> 57/64 |
| <i>Habitudes de vie</i> 62/64 |
| <i>Organisation hebdomadaire des occupations</i> 59/64 |
| <i>Changement/continuité des occupations</i> 51/64 |
| <i>Environnements physiques</i> 49/64 |
| <i>Environnements humains (somme des trois éléments « famille », « amis », « conjoint.e », divisé par 3)</i> 55,67/64 |
| <u>ENVIRONNEMENTS SOCIAUX</u> |
| <i>Comparaison perception usager/ergothérapeute sur les capacités</i> 50/64 |
| <u>DISCORDANCES</u> |
| <i>Ecart entre souhait et capacités à réaliser les occupations</i> 57/64 |
| <u>DIFFICULTES</u> |
| <i>Difficultés exprimées pour s'engager dans certaines des occupations significantes</i> 58/64 |
| <i>Difficultés exprimées pour créer des liens amicaux ou amoureux avec autrui</i> 51/64 |
| <i>Limitations des choix significants</i> 49/64 |

Annexe 18 : Résultats du questionnaire : Degrés de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle (intensité)

| Ergo | DEGRES DE PRISE EN COMPTE DES ELEMENTS DE L'IDENTITE OCCUPATIONNELLE (en %) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|-----|-----|-----|------|------|-------|------|-------|-------|------|-----|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| | S | HV3 | OC1 | OC2 | EVS1 | EVS2 | ATFAM | ATAM | ATPRO | ATSOC | ATAV | PLC | EVS8 | DUR2 | PSY2 | PSY3 | SGDEF | SGOC | SGAV | SGPR | SGPR | DEF2 |
| 1 | 100 | 100 | 100 | 90 | 100 | 100 | 70 | 60 | 80 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | 100 | 100 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 50 |
| 2 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | 80 | 80 | 80 | 60 | 80 | 50 | 70 | 80 | 90 | 60 | 40 | 80 | 80 | 80 | 80 | 100 | 50 |
| 3 | 90 | 90 | 90 | 100 | 70 | 70 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 80 | 100 | 100 | 80 | 80 | 90 | 80 | 70 | 80 | 100 |
| 4 | 90 | 90 | 100 | 100 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| 5 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 20 | 10 | 10 | 10 | 30 | 30 | 100 | 100 | 100 | 100 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 100 |
| 6 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | 80 | 80 | 80 | 50 | 50 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 50 |
| 7 | 80 | 80 | 90 | 90 | 70 | 70 | 80 | 80 | 80 | 80 | 60 | 80 | 90 | 80 | 70 | 20 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 50 |
| 8 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 30 | 30 | 30 | 0 | 30 | 30 | 100 | 100 | 100 | 100 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 50 |
| 9 | 80 | 70 | 90 | 80 | 80 | 80 | 40 | 0 | 40 | 40 | 40 | 40 | 80 | 50 | 50 | 30 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 80 |
| 10 | 90 | 80 | 90 | 70 | 80 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 80 | 80 | 90 | 80 | 90 | 70 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| 11 | 80 | 70 | 70 | 50 | 80 | 80 | 60 | 40 | 60 | 30 | 70 | 70 | 70 | 80 | 70 | 30 | 50 | 50 | 60 | 60 | 50 | 70 |
| 12 | 80 | 90 | 80 | 80 | 90 | 80 | 20 | 20 | 20 | 20 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 90 |
| 13 | 100 | 90 | 90 | 80 | 100 | 100 | 50 | 20 | 20 | 50 | 60 | 60 | 100 | 90 | 90 | 50 | 60 | 60 | 70 | 50 | 50 | 70 |
| 14 | 70 | 90 | 90 | 70 | 20 | 30 | 50 | 30 | 70 | 70 | 50 | 60 | 80 | 80 | 20 | 40 | 60 | 50 | 50 | 50 | 70 | 40 |
| 15 | 70 | 50 | 80 | 80 | 50 | 90 | 60 | 60 | 60 | 60 | 80 | 80 | 80 | 70 | 70 | 40 | 60 | 70 | 70 | 50 | 50 | 20 |
| 16 | 90 | 90 | 70 | 80 | 90 | 80 | 70 | 50 | 80 | 80 | 90 | 90 | 100 | 80 | 60 | 70 | 90 | 90 | 90 | 90 | 100 | 80 |

Perception des codes sociaux = EVS1 ; Influence de la comparaison aux autres sur les occupations = EVS2 ; Influence des attentes de la famille = ATFAM ; Influence des attentes des amis = ATAM ; Influence des attentes des professionnels = ATPRO ; Influence des attentes de la société = ATSOC ; Santé = S ; Influence de l'histoire de vie sur aspirations pour le devenir = HV3 ; Sens des occupations = OC1 ; Forme et signification des occupations = OC2 ; Influence des co-occupations sur les attentes pour l'avenir = ATAV ; Influence des co-occupations sur le sentiment de trouver sa place au sein de sa famille, de groupes d'amis ou d'un couple = PLC ; Sentiment d'appartenance = EVS8 ; Impact de la survenue d'une incapacité sur la définition de soi = DUR2 ; Impact de la survenue de la psychose sur la perception de soi et sur la réalisation d'occupations = PSY2 ; Impact de la survenue de la psychose sur la perception des proches = PSY3 ; Impact de la stigmatisation sur l'autodéfinition de la personne = SGDEF ; Impact de la stigmatisation sur le choix et la réalisation d'occupations = SGOC ; Impact de la stigmatisation sur la projection dans l'avenir = SGAV ; Impact de la stigmatisation sur les actions avec les proches = SGPR ; Impact de la stigmatisation sur la création de nouvelles relations sociales = SGRL ; Comparaison autodéfinition de l'utilisateur/Perception de l'ergothérapeute = DEF2

Annexe 19 : Calcul des moyennes des degrés de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle

| <u>Degrés de de prise en compte (moyenne, en %)</u> |
|---|
| <u>PERSONNE</u> |
| <i>Santé</i> 88,75 <i>Influence de l'histoire de vie sur les aspirations pour le devenir</i> 86,87 <i>Sens des occupations</i> 90 <i>Forme et signification des occupations</i> 85,6 |
| <u>ENVIRONNEMENTS SOCIAUX</u> |
| <i>Perception des codes sociaux</i> 81,25 <i>Influence de la comparaison aux autres sur les occupations</i> 83,75 <i>Influence des attentes de la famille</i> 59,38 <i>Influence des attentes des amis</i> 50 <i>Influence des attentes des professionnels</i> 58,13 <i>Influence des attentes de la société</i> 56,25 <i>Influence des co-occupations sur les attentes pour l'avenir</i> 63,13 <i>Influence des co-occupations sur le sentiment de trouver sa place au sein de sa famille, de groupes d'amis ou d'un couple</i> 66,88 <i>Sentiment d'appartenance</i> 89,38 <i>Degré de comparaison autodéfinition de l'utilisateur/perception de l'ergothérapeute</i> 67,5 |
| <u>DIFFICULTES</u> |
| <i>Degré de prise en compte de l'impact de la survenue d'une incapacité sur la définition de soi</i> 86,88 |
| <u>PSYCHOSE</u> |
| <i>Impact de la survenue de la psychose sur la perception de soi et sur la réalisation d'occupations</i> 78,75 <i>Impact de la survenue de la psychose sur la perception des proches</i> 65 <i>Impact de la stigmatisation sur l'autodéfinition de la personne</i> 70 <i>Impact de la stigmatisation sur le choix et la réalisation d'occupations</i> 70,63 |

Impact de la stigmatisation sur la projection dans l'avenir **71,25**

Impact de la stigmatisation sur les actions avec les proches **68,13**

Impact de la stigmatisation sur la création de nouvelles relations sociales **71,25**

Annexe 20 : Matrice des données qualitatives - Manière de prendre en compte les éléments de l'identité occupationnelle

| Ergo | Influence de l'histoire de vie sur les occupations actuelles | Perspectives d'avenir | Perception de ce que pensent les environnements sociaux | Influence de la perception des proches sur les capacités | Sens de la vie, place dans la société et sentiment de compétence | Occupations, identité et sens | Ecart entre perception et manifestation de soi | Autodéfinition de l'utilisateur |
|------|--|---|--|--|--|--|---|--|
| 1 | À travers la narration du patient et des besoins exprimés | En fonction de la narration du patient et des besoins exprimés | En travaillant avec les proches du patient | Par l'entretien avec les proches | En fonction de la manière dont le patient rapporte les choses qu'il vit et en en parlant avec son réseau | J'en tiens compte dans mes propositions de traitement | En le lui signifiant et en lui donnant des exemples comment il agit | En tenant compte de ce que le patient me dit. |
| 2 | En parlant avec la personne | Lors d'entretiens ou de mises au point | Grâce aux échanges durant le suivi | La plupart du temps grâce aux échanges avec mes collègues qui connaissent aussi la situation | A travers le concept de rétablissement et la prise en soins globale de la personne | Toujours grâce aux échanges avec les personnes elles-mêmes et l'ensemble de l'équipe soignante | Au fil du suivi, par des observations et des échanges | Grâce aux échanges et à l'outil ELADEB |
| 3 | En questionnant ses représentations et en faisant ses hypothèses que je partage avec le client | En les questionnant sur leurs projets, leurs envies, leurs besoins, leurs difficultés... leurs ressources, les stratégies qu'ils jugent facilitatrices... ce qui pourrait les empêcher de faire ce qu'ils souhaitent... les manières de lever les freins... | En leur demandant ce qu'ils pensent que les autres pensent ou attendent ou les rendent tristes, inquiets ou en colère... | En questionnant leurs représentations, en donnant de l'information... | En définissant des objectifs réalistes qui permettent d'expérimenter des réussites et d'incarner des rôles satisfaisants en fonction de leur état de santé | En leur permettant de raconter leur histoire, de visualiser leur profil d'occupation, leurs rythmes, leurs routines et les variations au cours du temps... en identifiant avec eux les éléments qui permettent de soutenir leur engagement dans les occupations importantes pour eux | Par le questionnement socratique... en reformulant ce qu'elle me dit et ce que j'observe et en lui demandant comment elle comprend cette différence | En lui demandant : pour vous ce diagnostic, cette maladie ça veut dire quoi ? Qu'est-ce que ça fait de vivre les choses comme ça, de lire le monde de cette manière ? Je réutilise ses termes et lui demande si elle est d'accord de me expliquer, se me donner des exemples... quelle m'explique comment ça serait si c'était mieux ou si ça pouvait être |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|---|--|---|
| | | | | | | | | différent, ça serait comment ? |
| 4 | Pas de mise en échec, accompagnement... | Chercher avec la personne la concrétisation.... Et vérifier à chaque fois que la piste est réaliste et satisfaisante sinon rectifier les options toujours avec la personne... | Discuter, parler, "faire" dans des conditions non stressantes et "montrer" le résultat- faire prendre conscience du résultat.... | Ah, j'y ai répondu un peu trop tôt lors de la question précédente... | Tout d'abord par l'écoute, comprendre les besoins et les motivations, proposer un cadre en adéquation et rassurant, accompagner ... | - | - | Écoute/ respect de son ressenti/ recherche d'ancrage dans le réel par des choses simples mais ne s'opposant pas à son vécu. |
| 5 | Renforcement positif réassurance écoute | Bilan régulier entretiens | Mise en situation à domicile VAD entretien avec les familles | Entretien familiaux mise en situation | Échelle bilan estime de soi groupe de tcc | Mise en situation | Mise en situation Échelle | Écoute échelle bilan |
| 6 | Par des entretiens, des questionnaires... | Groupes de parole, entretiens, séances individuelles, questionnaires... | Entretiens, séances individuelles, groupes de parole... | Entretiens, groupes de parole... | Entretiens, groupes de parole, questionnaires... | Entretiens, groupes de parole, questionnaires... | Mises en situations d'activités et d'interactions | Par des entretiens, des groupes de parole... |
| 7 | Lors d'entretien le plus souvent informel, où j'invite le patient à me parler de son parcours de vie, de ses occupations, des circonstances de sa venue ici et son expérience de vie dans sa globalité. Il est parfois difficile pour le patient de faire des liens avec son expérience de vie, mais cela peut constituer un recueil d'infos important pour nous dans sa prise en charge. | Il est essentiel de recueillir ses informations pour le projet individuel de la personne. Malheureusement les hospitalisations étant de plus en plus courtes, il n'est pas toujours facile d'aménager leurs occupations entre leur désir et besoin, les enjeux d'hospit et la réalité. | En essayant de comprendre la signification pour eux de certains actes et en les observants de manière voulu ou non lors d'activité de groupe qui peuvent faire émerger certaines perception ou non sur eux. (en les "confrontant" au groupe). En le gardant à l'esprit, car même s'il n'est pas exprimé ou compris, la | L'influence de la perception des proches très souvent observée, notre regard de soignant est encore plus important afin d'apporter de l'objectivité à la prise en soin au regard d'un projet. En stimulant à parler pour soi (son référentiel) et en la valorisant dans ses occupations. | Entretien motivationnel, identification et encouragement à réaliser des occupations significatives, valorisation ++, verbalisation sur le ressenti lorsqu'elle réalise ses occupations (questionnaire ou libre). Même si ce n'est pas toujours encrée dans la réalité, il est important de voir l'évolution de cette pensée. | En cherchant d'abord à savoir s'ils définissent leur identité au travers de leurs occupations, en promouvant notre métier nous sommes déjà dans la transmission de cette notion et donc dans le développement de cette identité occupationnelle, afin de mieux la comprendre, l'inclure ou la développer. | La personne n'est pas toujours en capacité à confronter sa réalité avec celles des autres et il est important de savoir évaluer "le bon moment". Savoir évaluer si cet écart représente un danger pour lui et pour les autres, sa signification et expliquer au patient ce qu'elle peut renvoyer aux autres sans jugement (en parlant de soi). Lors d'activité de groupe cet écart peut être | Je garde toujours à l'esprit que cette vision peut changer à tout moment et évoluer dans le temps. En fonction de l'intensité des troubles, il n'est pas toujours opportun de prendre en compte tous ses aspects que représente son identité, car cette notion peut même parfois être totalement inconnu pour la personne et ne |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|---|---|
| | | | psychiatrie en générale est beaucoup stigmatisée et parfois même par les patients (représentent la société). | | | | abordé, il est important de cadrer l'échange de savoir ce que le patient ressent et quelle signification il y met. | jamais représenter d'importance pour lui. Il aussi parfois compliqué de rentrer dans sa réalité, et nous ne sommes pas toujours en capacité de s'y projeter ou de comprendre. Il est cependant essentiel de donner à la personne l'opportunité de pouvoir se définir, et essentiel pour nous d'essayer de le prendre en compte au maximum dans notre prise en charge au quotidien. |
| 8 | Dans le échanges. En essayant de m'appuyer dessus pour créer du désir si cela a été une bonne expérience. En évitant de proposer telle ou telle activité parfois. | Il faut toujours partir de leur désir. Quand ça semble être une bonne direction, ça nous permet de nous appuyer dessus. Parfois leur projet semble totalement irréaliste. Cependant c'est ce qu'il souhaite, ça nous aiguille des fois dans une direction, même si on fait en sorte de mettre de la nuance. Quand cela nous paraît inadapté, c'est | Dans les échanges le plus souvent par la voix du patient. Ou par des observation et du lien fait en les fluctuations de leur état de santé et ce qu'on sait de leur entourage... par une remise en question de notre approche aussi | En ajustant parfois nos propositions suite à nos observations, échanges avec le patient, entretiens familiaux. Grâce aussi aux temps d'élaboration en réunion clinique. Non pas dans l'idée de s'ajuster à la vision ou aux demandes des familles, mais dans l'idée de soutenir le patient | C'est l'essence même du travail. Donner un sens aux choses, qu'ils trouvent une direction dans leur vie. On les accompagne dans cette démarche en partant de leur désir, voir pour une partie en essayant déjà de susciter du désir | Tout le temps, en les écoutant simplement, en observant, en faisant du lien entre la clinique et ce qu'on repère. Ce qu'ils investissent ou pas en dit beaucoup d'eux | C'est de la clinique, ça fait partie de leur fonctionnement, de comment ils sont. Ça nous indique comment on peut les aborder et qui ils sont | En partant du principe que le patient détient le savoir sur sa maladie, que finalement on n'en sait peu de chose. En se laissant enseigner par le patient, ça doit venir de lui, ne pas lui imposer une vision des choses mais partir de la sienne et l'aider par nos interventions à |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------|---|--|---|-------------------------------------|
| | | à dire, pour nous dangereux, a haut risque de déstabiliser le patient, on contourne un peu les choses, on évite de trop en parler par exemple, on propose d'autres choses en douceur, mais vraiment en douceur, en mettant par exemple en avant le projet d'un autre patient en avant, en montrant que d'autres choses existent. Mais sauf exception, jamais on oppose un non franc et direct à leur proposition au risque de faire pire que mieux. | | dans ses choix, ses positions | | | | construire quelque-chose qui tienne |
| 9 | Comparaison avec l'actualité. Recherche de centres d'intérêts, recherche de stratégie de rétablissement avec la personne qui tient compte de son expérience | Comment les aider à réaliser ou se confronter leur projet de vie sans en tenir compte ? Par contre je ne tiens pas compte des projets reposant uniquement sur la rencontre d'un partenaire qui pourra leur apporter soutien et bonheur. | Auto-évaluations (osa eladeb), discussion autour du ressenti du patient, ses difficultés et engager une réflexion sur des stratégies pour mieux vivre les moments en famille etc.. Possibilité de proposer au patient une information à transmettre à leur familles sur les | | A travers des à des activités réalisées à l'atelier, mise en valeur de compétences. La personne peut faire du lien avec le quotidien. | | On tente de discuter autour de son auto-évaluation et ce que j'ai moi-même observé ou recueilli. Je n'arrive à travailler efficacement qu'autour de nos points d'accord | |

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|--|--|---|
| | | | associations type unafam. | | | | | |
| 10 | En discutant avec le patient de l'expérience passée et voir s'il transpose ses succès et s'il corrige les erreurs s'il retire des bénéfices d'une mauvaise expérience pour que celle d'aujourd'hui se passe mieux | Je réalise avec mes patients les auto-évaluation eladeb et aeres qui me permettent de voir comment il se perçoivent, quel est leur projet de vie, quelles sont leurs ressources personnelles, leurs activités significantes, l'es soutien humain matériel psychique | Lors des entretiens, lors d'activités favorisant les habiletés sociales et la régulation de leurs émotions | A travers leurs discours et des évaluations pour avoir conscience de leur vision de même. Puis en utilisant l'activité pour valider ou invalider cette vision | Grâce aux évaluation aux entretiens et à l'engagement occupationnel | En mesurant l'impact sur leur vie de réaliser ou non l'activité et en évaluant l'engagement occupationnel ou les raisons pour lesquels il ne pratique plus ou pas d'activités familiales | Grâce à la comparaison entre les autoévaluations et les hétéroévaluations | En travaillant avec elle sur son insight en renforçant sa perception objective d'elle-même ou en l'aidant à différencier ce qui est d'elle et ce qui est du symptôme |
| 11 | Passation ELADEB, évaluation MOHOST, entretiens, évaluations écologiques | Passation ELADEB, entretiens | Définition d'objectifs en lien avec cette perception à partir des entretiens et de la passation de l'ELADEB | | Je tente d'identifier quelles occupations font sens et pour quelles raisons | | Je partage mes observations de manière bienveillante avec la personne pour lui faire prendre conscience de son écart de perception | Je lui demande la raison pour laquelle elle a été hospitalisé, comment elle nomme sa pathologie (si elle l'identifie) et quels en sont les signes et manifestations? |
| 12 | En faisant des mises en situation afin de connaître les difficultés et facilités pour trouver avec la personne des moyens d'agir sur l'occupation. | En réalisant un psi afin e connaître les objectif et travailler dessus | En travaillant sur la stigmatisation, et un travail conjoint avec les familles comme profamille ou alors bref avec une seule famille en prise en soin conjointe avec un collègue ou alors avec des entretiens familiaux | En réalisant une eval au plus proche hdv de la personne pour en parler en Réunion famille soignant | En travaillant sur les habiletés sociales | En les questionnant | Ce n'est pas très simple, nous essayons de travailler sur l'écart avec des vad mais c'est souvent une oretoction | En se callant que sa propre réalité |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|--|--|--|---|
| 13 | J'accompagne vers l'emploi et donc toutes les expériences par rapport au travail, activités bénévoles ou implication sont prises en compte | Exploration par questionnement des projets et la possibilité de les faire se cohabiter | La famille connaît bien la personne et peut appuyer son projet, parfois c'est l'inverse mais si l'avis de son entourage compte pour la personne accompagnée il faut en tenir compte, parfois analyser à posteriori si cet avis était adapté | Mises en situation pour évaluer | Organisation du temps, actions réalisées, engagement sont autant d'occupations qui permettent de trouver sa place dans son milieu de vie | Si la personne s'identifie positivement par des activités qu'elle réalise, tout va pour le mieux, par contre si l'identification est vécue négativement, nous essayons de trouver des alternatives | Par des mises en situation professionnelles on peut mettre en évidence ces écarts | En la questionnant sur ses compétences, difficultés, son statut |
| 14 | Par le biais d'un entretien je questionne la personne sur ses occupations antérieures à l'hospitalisation, son histoire de vie | Par le biais d'un entretien au début de l'hospitalisation, en leur demandant leurs "projets et envies" que ce soit en ergothérapie mais aussi de manière générale | | Lors de la phase évaluative je réalise une "auto-évaluation" pour recueillir l'avis de la personne, ainsi qu'un entretien avec la famille pour recueillir leur avis, ainsi qu'une mise en situation pour évaluer les capacités concrètes. Cela me permet de tout comparer. Par la suite des explications sont faites aux différentes parties afin qu'ils soient plus réalistes au vu de la mise en situation. | Réalisation d'activités valorisantes, partage de ses productions, entre aide | Cette notion est identifiée lors de l'entretien initial, au travers des "plaintes" des patients. Cependant une fois cette plainte identifiée j'ai des difficultés à intervenir dessus | Par une "confrontation" à la réalité et des échanges lors de mises en situation. Des échanges sont réalisés lors des mises en situation puis après celles-ci pour faire le point | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|--|--|----------------------------------|
| 15 | | Bilan OCAIRS et objectifs ou souhait à court-moyen-long terme évoqués en entretien | Discussions au cours d'entretien, des mises en situation ou des activités thérapeutiques. OCAIRS | Au cours des VAD | OCAIRS, MOHOST | | Grille d'hétéro et autoévaluation + restitution. | OCAIRS |
| 16 | je les prends en compte pour l'orientation vers les ateliers proposées | Oui | En étant dans l'écoute et en réassurant | En reparlant de la pathologie et de ce qui en découle. En réassurant par rapport aux capacités de la personne, en précisant les choses qui peuvent être améliorées. | En évaluant, en observant la progression, en constatant une amélioration clinique, la mise en place peut être de projets, une amélioration des habiletés sociales | En discutant avec eux, en partant de leurs habitudes pour créer un lien thérapeutique, apporter ainsi une confiance et permettre par la suite de faire évoluer le patient. | En la confrontant parfois avec la réalité, par des mises en situations écologiques | Je vais au rythme de la personne |

Annexe 21 : Degrés de connaissance du concept d'identité occupationnelle et degrés d'utilisation dans la pratique

| Ergo | Degré de connaissance de l'identité occupationnelle (en %) | Degré d'utilisation du concept dans la pratique (en %) |
|----------------|--|--|
| 1 | 80 | 80 |
| 2 | 60 | 20 |
| 3 | 100 | 100 |
| 4 | 100 | 100 |
| 5 | 70 | 80 |
| 6 | 100 | 100 |
| 7 | 70 | 80 |
| 8 | 10 | 0 |
| 9 | 100 | 80 |
| 10 | 0 | 0 |
| 11 | 90 | 70 |
| 12 | 90 | 90 |
| 13 | 0 | 0 |
| 14 | 70 | 50 |
| 15 | 30 | 30 |
| 16 | 0 | 50 |
| Moyenne (en %) | 60,63 | 58,13 |

Annexe 22 : Tableau de calcul des degrés de prise en compte moyens des éléments de l'identité occupationnelle pour chaque ergothérapeute

| Ergo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|----|----|----|-----|----|----|----|
| Eléments de l'identité occupationnelle relatifs à la personne psychotique (Santé ; Influence de l'histoire de vie sur les aspirations pour l'avenir ; Sens des occupations ; Forme et signification des occupations) (en %) | 100 | 100 | 90 | 90 | 100 | 100 | 80 | 100 | 80 | 90 | 80 | 80 | 100 | 70 | 70 | 90 |
| | 100 | 100 | 90 | 90 | 100 | 100 | 80 | 100 | 70 | 80 | 70 | 90 | 90 | 90 | 50 | 90 |
| | 100 | 100 | 90 | 100 | 100 | 100 | 90 | 100 | 90 | 90 | 70 | 80 | 90 | 90 | 80 | 70 |
| | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 90 | 100 | 80 | 70 | 50 | 80 | 80 | 70 | 80 | 80 |
| Eléments de l'identité occupationnelle relatifs à l'environnement social (Perception des codes sociaux ; Influence de la comparaison aux autres sur les occupations ; Influence des attentes de la famille ; Influence des attentes des amis ; Influence des attentes des professionnels ; Influence des attentes de la société ; Influence des co-occupations sur les attentes pour l'avenir ; Influence des co-occupations sur le sentiment de trouver sa place au sein de sa famille, de groupes d'amis ou d'un couple ; Sentiment d'appartenance) (en %) | 100 | 80 | 70 | 90 | 100 | 100 | 70 | 100 | 80 | 80 | 80 | 90 | 100 | 20 | 50 | 90 |
| | 100 | 80 | 70 | 90 | 100 | 100 | 70 | 100 | 80 | 90 | 80 | 80 | 100 | 30 | 90 | 80 |
| | 70 | 80 | 60 | 90 | 20 | 80 | 80 | 30 | 40 | 90 | 60 | 20 | 50 | 50 | 60 | 70 |
| | 60 | 80 | 60 | 90 | 10 | 80 | 80 | 30 | 0 | 90 | 40 | 20 | 20 | 30 | 60 | 50 |
| | 80 | 60 | 60 | 90 | 10 | 80 | 80 | 30 | 40 | 90 | 60 | 20 | 20 | 70 | 60 | 80 |
| | 60 | 80 | 60 | 90 | 10 | 80 | 80 | 0 | 40 | 90 | 30 | 20 | 50 | 70 | 60 | 80 |
| | 70 | 50 | 60 | 100 | 30 | 50 | 60 | 30 | 40 | 80 | 70 | 90 | 60 | 50 | 80 | 90 |
| | 80 | 70 | 60 | 100 | 30 | 50 | 80 | 30 | 40 | 80 | 70 | 90 | 60 | 60 | 80 | 90 |
| Impact de la survenue d'une incapacité sur la définition de soi (Impact de la survenue d'une incapacité sur la définition de soi) (en %) | 100 | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | 100 | 50 | 80 | 80 | 90 | 90 | 80 | 70 | 80 |
| | 100 | 60 | 100 | 90 | 100 | 100 | 70 | 100 | 50 | 90 | 70 | 90 | 90 | 20 | 70 | 60 |
| Eléments de l'identité occupationnelle relatifs à la psychose (Impact de la survenue de la psychose sur la perception de soi et sur la réalisation d'occupations ; Impact de la survenue de la psychose sur la perception des proches ; Impact de la stigmatisation sur l'autodéfinition de la personne ; Impact de la stigmatisation sur le choix et la réalisation d'occupations ; Impact de la stigmatisation sur la projection dans l'avenir ; Impact de la stigmatisation sur les actions avec les proches ; Impact de la stigmatisation sur la création de nouvelles relations sociales) (en %) | 100 | 40 | 80 | 90 | 100 | 100 | 20 | 100 | 30 | 70 | 30 | 80 | 50 | 40 | 40 | 70 |
| | 80 | 80 | 80 | 90 | 100 | 80 | 90 | 30 | 40 | 90 | 50 | 80 | 60 | 60 | 60 | 90 |
| | 80 | 80 | 90 | 90 | 100 | 80 | 90 | 30 | 40 | 90 | 50 | 80 | 60 | 50 | 70 | 90 |
| | 80 | 80 | 80 | 90 | 100 | 80 | 90 | 30 | 40 | 90 | 60 | 80 | 70 | 50 | 70 | 90 |
| | 80 | 80 | 70 | 90 | 100 | 80 | 90 | 30 | 40 | 90 | 60 | 80 | 50 | 50 | 50 | 90 |
| | 80 | 80 | 70 | 90 | 100 | 80 | 90 | 30 | 40 | 90 | 60 | 80 | 50 | 50 | 50 | 90 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 80 | 100 | 80 | 90 | 100 | 80 | 90 | 30 | 40 | 90 | 50 | 80 | 50 | 70 | 50 | 100 |
| Comparaison autodéfinition de l'usager/perception de l'ergothérapeute (en %) | 50 | 50 | 100 | 90 | 100 | 50 | 50 | 50 | 80 | 90 | 70 | 90 | 70 | 40 | 20 | 80 |
| Moyenne (en %) | 84,09 | 78,18 | 78,63 | 92,73 | 77,73 | 85 | 77,27 | 61,36 | 53,18 | 85,91 | 61,36 | 72,73 | 68,64 | 56,36 | 63,64 | 82,27 |

Annexe 23 : Comparaison entre prise en compte effective des éléments de l'identité occupationnelle et estimation d'utilisation du concept

| Ergo | Moyenne des degrés de prise en compte des éléments de l'identité occupationnelle (en %) | Degré d'utilisation du concept dans la pratique (en %) |
|------|---|--|
| 1 | 84,09 | 80 |
| 2 | 78,18 | 20 |
| 3 | 78,63 | 100 |
| 4 | 92,73 | 100 |
| 5 | 77,73 | 80 |
| 6 | 85 | 100 |
| 7 | 77,27 | 80 |
| 8 | 61,36 | 0 |
| 9 | 53,18 | 80 |
| 10 | 85,91 | 0 |
| 11 | 61,36 | 70 |
| 12 | 72,73 | 90 |
| 13 | 68,64 | 0 |
| 14 | 56,36 | 50 |
| 15 | 63,64 | 30 |
| 16 | 82,27 | 50 |

Annexe 24 : Définitions de la psychose

| Ergo | Définition schizophrénie : Une altération de la pensée, du comportement, de l'humeur, avec une ambivalence émotionnelle et une perte d'empathie | Définition schizophrénie : Des perceptions de la réalité et des pensées radicalement inadéquates, avec création d'une nouvelle réalité | Définition schizophrénie : Des délires, hallucinations, désorganisation, troubles cognitifs, symptômes négatifs (bradypsychie, apragmatisme, etc.) | Utilisation du terme « psychose maniaco-dépressive » | Version du DSM utilisée | Définition de la psychose |
|------|---|--|--|--|-------------------------|--|
| 1 | | | X | OUI | DSM V | Une maladie psychique qui entrave la personne dans ses occupations et dans son identité ainsi que dans son rapport au monde. |
| 2 | | | X | NON | DSM V | Une altération de la santé mentale qui met la personne en difficultés dans les relations interpersonnelles et les activités significatives, en raison d'une vision altérée de la réalité et/ou de capacités diminuées à organiser, initier, se motiver à réaliser des actions. |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|-----|---------|--|
| 3 | X | | | NON | DSM V | Une perception et une compréhension du monde et de soi qui diffère de la norme sociale |
| 4 | | | X | OUI | DSM III | Trouble de l'esprit se manifestant le plus souvent par une ou des obsessions avec pour résultat une « perte de contact avec la réalité ». |
| 5 | | | X | OUI | DSM V | Trouble qui affecte le fonctionnement et les capacités de perception du monde |
| 6 | | | X | OUI | DSM V | Une structure psychique bien définie, un certain rapport au monde et à soi-même marqué d'une porosité entre l'imaginaire individuel et la réalité partagée. |
| 7 | | X | | OUI | DSM IV | Les troubles psychotiques sont une affectation du fonctionnement du cerveau, qui se définit par une perte de contact avec la réalité. Ils peuvent causer une altération de la pensée, des émotions ou du comportement, et impactent souvent le quotidien. Variant selon les personnes et dans le temps. Composés de symptômes positifs et négatifs |
| 8 | | X | | OUI | DSM V | Un impossible à être, à désirer, à advenir. Quelqu'un qui n'a pas les codes, qui se demande ce que l'autre lui veut. |
| 9 | X | | | NON | DSM IV | Une difficulté à avoir une vision holistique dans les perceptions et le raisonnement. Une atteinte de la volition. Un faible intérêt pour la réalité et le concret. Un trouble de la relation à soi et aux autres |
| 10 | | | X | NON | DSM V | Pathologie où on note une perte de contact avec la réalité présentant des symptômes positifs et/ou négatifs impactants |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|-----|--------|---|
| | | | | | | fortement la vie quotidienne |
| 11 | | | X | NON | DSM V | Pathologie mentale caractérisé par une perte de contact avec la réalité |
| 12 | X | | | NON | DSM V | C'est un handicap de vie qui transforme parfois la perception d'une réalité. |
| 13 | | | X | NON | DSM V | Ensemble de pathologies ayant pour point commun des difficultés à être toujours en phase avec la réalité, à maintenir des capacités relationnelles qualitatives, avec des symptômes fluctuants dans le temps |
| 14 | | X | | NON | DSM V | Symptômes positifs qui vont rendre la personne souvent méfiante, déliée de la réalité, et symptômes négatifs qui vont replier la personne sur elle-même, diminuer sa motivation, son engagement dans le quotidien |
| 15 | | | X | OUI | DSM IV | Trouble psychique affectant le fonctionnement du cerveau en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions |
| 16 | X | | | OUI | DSM IV | Maladie où l'on a une perte de contact avec la réalité, qui a des répercussions sur la vie sociale, professionnelle, sur le raisonnement, sur la vie quotidienne, sur les fonctions cognitives. |

Annexe 25 : Critique du questionnaire de recherche

Certaines des réponses des participants aux questions ouvertes ne sont pas conformes (commentaire de l'aspect de l'identité occupationnelle étudié, réponse à la question « pourquoi prendre en compte tel aspect » au lieu de « comment », réponse inutilisable « oui »), ou bien trop peu développées. Il est possible que la longueur du questionnaire ait engendré de la fatigue chez les répondants qui ont peut-être moins pris le temps de répondre à ces questions ouvertes. Bien que le nombre de questions ait été réduit, le questionnaire aurait pu encore être raccourci : les éléments les plus représentatifs de l'identité occupationnelle auraient pu être ciblés. Cependant,

le questionnaire ainsi conçu a permis d'avoir une compréhension relativement nuancée de l'ensemble des aspects du concept étudiés.

Seuls 16 réponses ont été recueillies, provenant d'ergothérapeutes de seulement 3 pays francophones. La méthode de diffusion du questionnaire serait donc à revoir. Il serait peut-être pertinent de contacter directement les établissements psychiatriques en cherchant leurs coordonnées sur internet.