



Institut de Formation en Ergothérapie

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en
Ergothérapie

Schizophrénie et participation sociale

Accompagnement en ergothérapie du sujet souffrant de schizophrénie
vers une participation sociale.



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

Sous la direction de Madame BONNIN Catherine

LEGENBRE Marie
Session Octobre 2015

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

Je tiens à remercier sincèrement,

Catherine Bonnin, ma maître de mémoire pour la présence et le temps qu'elle m'a consacré, pour m'avoir donné de précieux conseils pour l'élaboration de ce travail de recherche,

Anne Monsacré, pour son temps et son aide,

Les ergothérapeutes qui m'ont accordé de leur temps pour répondre à mes questions et qui ont échangé sur le sujet afin de l'enrichir,

Ma famille et mes amis qui m'ont soutenue, aidée et encouragée, tout au long de ce travail

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CADRE CONCEPTUEL	3
I. « Participation sociale ».....	3
1. Qu'est-ce que la « participation sociale » ?.....	3
2. Qu'est-ce qui caractérise la participation sociale ?	5
II. Schizophrénie	8
1. Généralités sur la pathologie	9
2. Question de l'identité et de l'appartenance sociale chez la personne souffrant de schizophrénie	11
3. Conséquences sur la participation sociale	13
III. Ergothérapie en psychiatrie.....	14
1. Généralités.....	14
2. L'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant de schizophrénie	16
3. Niveau de proximité	17
4. Second niveau	19
5. Les structures médico-sociales et les groupes d'entraide mutuelle (GEM).....	19
HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	25
METHODOLOGIE	26
I. Choix de la méthode et population ciblée.....	26
II. Guide d'entretien	27
III. Analyse des résultats	28
1. Définition de la participation sociale selon les ergothérapeutes.....	29
2. Difficultés d'une personne souffrant de schizophrénie dans sa vie quotidienne et conséquences sur sa participation sociale	31
3. L'accompagnement en ergothérapie.....	33
4. Les différentes orientations proposées pour favoriser la participation sociale	36
DISCUSSION.....	38
I. Conclusion de l'enquête	38
II. Evaluation de l'hypothèse	40
III. Limites de l'étude	41

IV. Réflexions nouvelles	41
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXES	I

INTRODUCTION

« Selon l'OMS¹, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. »² De plus, toujours selon l'OMS, parmi les dix maladies les plus préoccupantes, à notre époque, cinq sont des maladies mentales (schizophrénie, troubles bipolaires, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif). La santé mentale est donc un sujet d'actualité.

Au cours de mes années d'études, j'ai pu réaliser deux stages de deux mois chacun dans le domaine de la psychiatrie : l'un se déroulant à plein temps en intra hospitalier, et le second en intra hospitalier et en hôpital de jour/CATTP³. Ces stages m'ont intéressée de par l'importance de la relation mise en jeu avec le patient. Lors de ces expériences professionnelles, j'ai rencontré essentiellement des personnes souffrant de psychose, dont certains de schizophrénie. J'ai découvert le rôle, les actions et les moyens dont disposent les ergothérapeutes au sein de ces structures. Durant ces stages, j'ai pu prendre en charge différents patients, dont pour certains la problématique était une schizophrénie. Lors de ces prises en charge, je commençais par établir une relation avec le patient et j'essayais de connaître son/ses ressenti(s) face à cette hospitalisation, ce qu'il pouvait en comprendre, et connaître son projet de vie, ce qu'il souhaiterait faire après l'hospitalisation. « Projet de vie », voilà trois mots qui, au cours de ma formation, m'ont été expliqués à différentes reprises et dans différents cours (rhumatologie, traumatologie, gériatrie, psychiatrie ...). Le projet de vie se définit comme ce que souhaite faire le patient après son hospitalisation, aussi bien sur le plan personnel, que social ou professionnel. Ce sont ces trois mots qui donnent une base au plan de traitement en ergothérapie, et qui nous permettent de cibler les objectifs de rééducation et de réadaptation. Je me suis alors questionnée quant au projet de vie que pouvaient avoir ces patients. En effet, la plupart d'entre eux étaient déjà connus du service. Comment élaborer un projet de vie quand celle-ci se compose d'hospitalisations à répétition ? Et pour ceux qui trouvent un équilibre, une stabilité, à la suite de l'hospitalisation, comment arrivent-ils à se

¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

² Rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009.

³ CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

réinsérer socialement ? Et souhaitent-ils se réinsérer ? Comment abordent-ils cette « confrontation » avec la réalité, avec la société ? De ces questionnements, une problématique a émergée : En quoi l'accompagnement en ergothérapie permet à la personne souffrant de schizophrénie d'établir un projet de vie ? Mais cette question me paraissait trop vague. Il me fallait préciser davantage mon sujet de recherche.

Durant ces deux expériences professionnelles, j'ai pu remarquer que les patients exprimaient leur projet de vie par l'envie de débiter ou reprendre une activité professionnelle (ou bien la reprise d'études selon l'âge des patients et leur histoire de vie) ou bien par l'envie d'avoir une vie familiale satisfaisante. Suite à différentes recherches sur le sujet, je me suis interrogée sur la notion de participation sociale, qu'est-ce que c'est ? Comment est défini ce terme ? Que regroupe-t-elle ? Cette notion, par sa complexité et son champ large, m'intéresse et me questionne, c'est pourquoi j'ai décidé d'orienter mon sujet de recherche sur la participation sociale des personnes souffrant de psychose chronique, et plus particulièrement de schizophrénie.

Je me suis alors posé une autre question suite à ce choix d'axe de travail. Comment l'ergothérapeute aide le patient à favoriser cette participation sociale ? Avec quels moyens ? C'est à la suite de ces questionnements qu'une question de recherche s'est dessinée :

En quoi l'accompagnement en ergothérapie du sujet souffrant de schizophrénie lui permet de favoriser sa participation sociale ?

Avant de me lancer dans une enquête, il me faut définir les termes de cette problématique. Pour ce faire, je vais dans un premier temps définir la notion de participation sociale afin d'introduire le sujet. Puis souhaitant traiter des personnes souffrant de schizophrénie, je vais dans un deuxième temps définir les caractéristiques de la pathologie ainsi que leurs conséquences sur leur vie quotidienne. Enfin dans une troisième et dernière partie je vais définir ce qu'est « l'accompagnement en ergothérapie » dans le domaine de la santé mentale. Par ce travail, je vais chercher à définir les moyens dont dispose l'ergothérapeute en psychiatrie pour favoriser la participation sociale du patient.

CADRE CONCEPTUEL

I. « Participation sociale »

Il me semble important de commencer cet écrit en essayant de définir ce que représente la notion de participation sociale afin d'introduire le sujet de recherche.

Au cours de mes différentes recherches, j'ai pu constater que le terme de « participation sociale » relevait d'un vocabulaire spécifique de l'Amérique du nord. En effet, je ne trouvais que des écrits du gouvernement, d'associations ou autres, du Québec. Je me suis alors questionnée s'il existait une équivalence de ce terme en France. J'ai également cherché à savoir ce qu'elle signifie et comment elle se caractérise, que ce soit en Amérique du nord ou en France.

1. Qu'est-ce que la « participation sociale » ?

a) Développée au Canada

Au Québec, pour eux la notion de participation sociale est en lien avec la qualité de vie des individus. Cette qualité de vie passe par les interactions qu'un individu peut avoir au cours de sa vie. En effet, quel que soit le lieu de résidence d'un individu, celui-ci fait partie d'une collectivité au sein de laquelle il a des interactions. Ces interactions peuvent concerner des activités (sportives, associatives, domestiques, professionnelles, artistiques, ...) ou bien des relations sociales.

Le modèle de développement humain-processus de production du handicap (MDH-PPH)⁴, met en évidence ces différentes interactions entre les facteurs environnementaux, les facteurs personnels et les habitudes de vie de la personne.

Toujours selon ce modèle, la participation sociale correspond « à la *pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux* ». Toute personne réalise des habitudes de vie. Elles nous permettent de nous épanouir au sein de la société, tout au long de notre vie. Elles correspondent à la réalisation d'une activité de la

⁴ (Fougeyrollas)

vie quotidienne, à une activité professionnelle, aux loisirs, à la participation au sein d'une association... Ces habitudes de vie correspondent donc aux différentes interactions qu'un individu peut avoir dans sa vie. Certaines de ces habitudes de vie peuvent avoir une plus grande importance que d'autres selon l'individu, mais aussi selon la société. En effet, cette dernière peut jouer un rôle sur l'importance de certaines activités en formulant des attentes sociales (par exemple le fait qu'un individu doit avoir un travail).

L'EDSC⁵ s'accorde sur la notion de qualité de vie évoquée précédemment. En effet, la participation sociale amènerait un « *mieux-être* » à la personne et à la collectivité⁶ (par exemple, par des dons de bienfaisance). Certains facteurs peuvent influencer la participation sociale, comme le « *réseau social d'une personne, le sentiment d'appartenance et le niveau de confiance envers les autres* ».

Il semblerait donc que la notion de participation sociale, en Amérique du nord, ait un rôle sur la qualité de vie des individus. Elle serait favorisée par la réalisation des habitudes de vie, et donc des interactions mises en jeu lors de celles-ci, et de l'importance que l'individu, ainsi que la société, leur accordent. A cela, l'EDSC ajoute le sentiment d'appartenance dans les facteurs favorisant la participation sociale.

b) Qu'en est-il en France ?

En France, selon le CNLE⁷, le terme de « participation » renvoie à une action qu'un individu peut avoir au sein d'une communauté. Pour les personnes en situation d'exclusion, le fait de participer leur permettrait de faire valoir leur situation.

D. Velche et P. Roussel, chercheurs de l'EHESP et de la MSSH⁸, en reprenant S. Ebersold professeur de sociologie, définissent la participation sociale

⁵ EDSC : Emploi et Développement Social Canada

⁶ La collectivité se définit, selon l'EDSC, par les personnes et les institutions à proximité du lieu de résidence de la personne.

⁷ CNLE : Conseil National des politiques de lutte, contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2011

⁸ EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ; MSSH : Maison des sciences sociales du handicap.

d'un individu comme supposant que ce dernier ressent un « *réel sentiment d'appartenance à la société pour chercher à s'y impliquer activement* ».

La loi du 11 février 2005 qui donne une nouvelle définition du handicap, évoque dans celle-ci une « *limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne* ». Dans cette même loi, les actions prévues pour limiter cette restriction à la participation à la vie en société, concernent l'accessibilité : au vote, aux loisirs, à la culture, à un emploi...

La « participation sociale », en France, correspondrait à la « participation à la vie de la société ». Elle pourrait se définir comme la réalisation de ses habitudes de vie dans son environnement, comme le décrit le MDH-PPH.

2. Qu'est-ce qui caractérise la participation sociale ?

Même si les termes utilisés ne sont pas les mêmes, ou n'ont pas la même signification en France qu'en Amérique du nord, il existe des points communs entre les définitions. En effet, la notion de participation sociale se définit par les interactions qu'un individu a avec son environnement au cours de sa vie, et semble se caractériser par un sentiment d'appartenance sociale.

a) *L'appartenance sociale*

Pierre-Eric Sutter, psychologue du travail, définit au sens large le sentiment d'appartenance sociale comme « *le fait pour un individu de se considérer et de se sentir comme faisant partie intégrante d'un groupe ou d'un ensemble social. Le sentiment d'appartenance mesure ainsi l'attachement et la reconnaissance ressentis par un groupe d'individus à l'égard d'une communauté, et particulièrement pour le projet qui la fédère* ».

D'autres auteurs définissent cette notion en abordant un aspect pluriel. En effet, C. Lazzeri, professeur en philosophie, dit que « *les groupes d'appartenance sont très nombreux : on appartient à tous les groupements possibles [...]* ». M. Messu, sociologue, semble être du même avis en disant « *les appartenances* ». A cela il ajoute qu'elles sont plurielles car elles sont aussi bien représentées comme « *des héritages qui attachent à un territoire, à un environnement, [...] à un groupe,*

... » que comme « *le fruit d'une démarche volontaire [...]* ». Les appartenances ne seraient donc pas que innées, on pourrait les enrichir en en acquérant d'autres selon notre volonté ou bien en en quittant. M. Messu parle alors d'appartenances sélectives.

Le sentiment d'appartenance sociale est donc une notion complexe qui se caractérise par le fait d'appartenir à un groupe et d'y être reconnu. Michel Messu ajoute aussi que les « *appartenances sont la base ou le fondement de l'identité individuelle* ». Cette notion d'identité est reprise par différents auteurs, notamment par Lucy Baugnet, maître de conférences, qui énonce que « *tout individu est inséré dans une multitude de groupes d'appartenance au travers desquels il manifeste son appartenance à la société, son rapport aux autres et à l'environnement et à travers lesquels il constitue son identité psychosociale en un processus didactique permanent où sont en jeu des mécanismes de conformité et de différenciation [...]* ». Enfin, Askar Jumageldinov, qui a écrit une thèse de doctorat en psychologie sur les diversités culturelles et la construction identitaire, affirme que « *les sentiments d'appartenance(s) constituent l'un des aspects (collectifs) de l'identité et donc du sentiment de Soi* ».

L'appartenance sociale se définirait donc comme le fait pour individu d'appartenir à un ou plusieurs groupes et de pouvoir changer, ajouter ou quitter des appartenances. De plus cette notion se définit également par le fait d'être reconnu par autrui, ce qui apporte une deuxième notion, celle de l'identité de la personne. « *Pour Zavalloni [professeur en psychologie], la notion d'identité est inséparable de la notion d'appartenance [...]* »⁹.

b) *L'identité*

A quoi correspond cette notion d'identité ? Comment se définit-elle ? Durant les différentes recherches que j'ai menées sur cette notion je me suis confrontée à plusieurs définitions. J'ai décidé de m'arrêter sur deux d'entre elles, celles de l'identité personnelle et de l'identité sociale, car elles me semblaient être les plus en corrélation avec mon sujet de recherche.

⁹ (Jumageldinov, 2009)

De manière générale la notion d'identité développée en psychologie sociale « *montre la façon dont se construit l'image que nous avons de nous-mêmes en fonction des contextes sociaux dans lesquels nous vivons et des apprentissages sociaux dans lesquels nous sommes impliqués* »¹⁰. Les relations que nous entretenons avec autrui nous permettent donc de construire cette identité et de la faire évoluer. « [...] *Il s'agit d'un processus psychologique de représentation qui se traduit par le sentiment d'exister en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui* »¹¹.

Mais alors quelle différence fait-on entre l'identité personnelle et l'identité sociale ? L'identité personnelle ne serait pas « *figée* »¹² mais évolutive du fait des expériences que l'individu est amené à faire au cours de sa vie. Elle serait issue de la socialisation, c'est-à-dire des interactions sociales et dépendrait du contexte social dans lequel l'individu baigne. De plus, cette identité personnelle serait « *le reflet de l'identité du groupe où l'individu évolue* »¹³. Il n'y aurait donc pas qu'une seule identité mais plusieurs. En effet, précédemment nous avons pu voir qu'un individu pouvait appartenir à plusieurs groupes. De ce fait si l'on considère que l'identité personnelle est le « *reflet de l'identité du groupe* », un individu a une identité plurielle. L'identité sociale se définit par l'image que nous avons de nous et par celle qu'autrui nous renvoie. Elle se construit grâce aux interactions sociales également, mais aussi par le fait d'être reconnu par autrui.

La construction de l'identité se fait donc par les interactions sociales qu'un individu peut avoir au cours de sa vie, que ce soit pour l'identité personnelle ou pour l'identité sociale. De plus la notion « *d'être reconnu par autrui* », introduit par Keuchyan, pose la question que pour être reconnu par autrui, il faut avoir conscience que l'autre est autre. Il y aurait donc une conscience de soi à faire pour permettre cette reconnaissance.

Cette conscience de soi se ferait dès l'enfance selon certains psychanalystes. M. Mahler énonce une première phase qui est celle de la symbiose. En effet, durant les six premiers mois, l'enfant et la mère formeraient

¹⁰ (Fisher, 2009-2013)

¹¹ Ibid.

¹² (Castra, 2012)

¹³ (Keuchyan, 2002)

une « *unité duelle* ». Dans les premières années de la vie, M. Mahler décrit un processus de « *séparation-individuation* ». Cette période correspond à la « *naissance psychologique* » du sujet, où ce dernier a un « *fonctionnement autonome en présence de sa mère* ». « [...] *la séparation est d'abord et avant tout séparation d'avec la mère, et l'enjeu du processus de séparation est alors principalement la construction d'une représentation différenciée de soi.* »

Il en va de même pour Freud et Wallon. La distinction soi-autrui apparaîtrait à la petite enfance, entre un et quatre ans. Cette distinction serait permise par les différentes expériences que l'enfant fait et par les relations qu'il a. Dans sa deuxième topique, Freud définit les instances psychiques. Le moi agit comme régulateur entre les exigences pulsionnelles du ça et la réalité et les interdits du surmoi. Cette conscience du moi se fait chez le jeune enfant avec le stade du miroir. Avec ce stade, et l'aide d'un adulte, l'enfant intègre la différenciation entre lui et autrui.

Cette conscience de soi serait donc permise par la relation que l'enfant entretient avec sa mère mais aussi par les expériences qu'il peut faire.

Un lien subsiste entre la conscience de soi, la construction de son identité, son appartenance sociale et sa participation sociale : les relations avec autrui et les expériences construisent un individu. Mais qu'en est-il chez une personne souffrant de schizophrénie ?

II. Schizophrénie

A la suite de ces recherches sur la notion de participation sociale, je me suis questionnée quant à comment celle-ci s'exprimait chez les personnes souffrant de schizophrénie, et comment tous les éléments qui en découlent (appartenance sociale et identité) se mettent en place. Pour ce faire j'ai d'abord cherché à définir la pathologie en elle-même en cherchant les symptômes. Puis je me suis intéressée aux conséquences de ceux-ci sur la vie quotidienne de ces personnes.

1. Généralités sur la pathologie

La schizophrénie est une maladie chronique qui touche 1% de la population mondiale. Elle existe donc dans toutes les civilisations et toutes les cultures. Elle débute généralement chez les adultes jeunes, entre 15 et 30 ans, et touche de manière indifférente, aussi bien les hommes que les femmes. Elle se caractérise par un ensemble de symptômes très variables. Les trois grands symptômes qui la définissent sont : la dissociation, les délires et le repli autistique.

La **dissociation** est le défaut de cohésion de la vie mentale dans sa pensée (ou intellect), dans son affectivité et dans sa conduite (comportement). Au niveau de la pensée, la personne a des troubles de la pensée et son raisonnement est diffluent. Elle présente des bizarreries dans les associations d'idées et des troubles du débit de ses idées. La dissociation de la pensée se manifeste au travers de troubles du langage comme les barrages (la personne s'arrête au milieu d'une phrase pour repartir sur une autre idée), la logorrhée (la personne ne peut s'arrêter de parler, flux continu de paroles) ou bien encore face à un mutisme. En ce qui concerne l'affectivité, on retrouve une ambivalence affective, c'est-à-dire la capacité à considérer dans un même temps sous leurs deux aspects (positif et négatif) les divers actes psychologiques. La personne souffrant de schizophrénie a également une indifférence affective ou froideur affective, un négativisme (tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venant du monde extérieur), ainsi qu'une parathymie, c'est-à-dire une réaction émotive inappropriée à une situation donnée comme par exemple les rires immotivés. Cette dissociation des affects entraîne des perturbations des relations sociales. Enfin pour l'aspect comportemental, la dissociation se traduit également par une ambivalence (hésitation du geste, perplexité, conduites contradictoires), des bizarreries (maniérisme par exemple), une impénétrabilité (violence, automutilation) et un détachement comme des conduites négativistes (claustration, clinophilie, fugue, mutisme...), des refus (de serrer la main tendue, de s'asseoir...) ou bien des stéréotypies (mimiques, gestuelles, phonético-verbales...).

Les **délires** correspondent à une perte du sens de la réalité se traduisant par un ensemble de convictions fausses, irrationnelles, auxquelles le sujet adhère de façon inébranlable¹⁴. Le délire se traduit par un mécanisme et présente un ou plusieurs thèmes. Dans les mécanismes délirants on retrouve le plus souvent les hallucinations sensorielles (auditives le plus souvent, olfactives, gustatives, cinesthésiques et très rarement visuelles). On note également des hallucinations intrapsychiques ou automatisme mental. Les autres mécanismes que l'on peut voir dans la schizophrénie sont les illusions (perception erronée d'un objet réel), les interprétations (jugement erroné d'une situation ou d'un fait réel), les intuitions (conviction absolue et évidente d'un fait) ou bien encore l'imagination (fabulations). En ce qui concerne les thèmes du délire il y a le plus fréquemment les thèmes de persécution où la personne a la conviction de faire l'objet d'un préjudice moral, social ou professionnel, avec notion de complot, de machination ou d'espionnage. Il y a également le thème mégalomane où le malade a un sentiment de puissance, de richesse, de supériorité, le syndrome d'influence où la personne a le sentiment d'être commandée par une force extérieure (qui commande ses actes et ses pensées), et l'hypochondrie où le patient a la conviction d'être atteint par un mal incurable. Le délire du patient schizophrène est dit non-systématisé car il n'est pas construit et on ne peut pas y croire.

Le **repli autistique** se caractérise par un repli sur soi, une impénétrabilité et une indifférence. La personne vit dans son monde intérieur, il n'y a pas de référence au réel. On note un retrait social, peu de relations et un entourage amical très pauvre.

Ces trois grands syndromes de la pathologie ne s'expriment pas tous de la même manière chez une même personne. Par exemple, un individu peut exprimer davantage le syndrome dissociatif, tandis que pour un autre ce sera le repli autistique. De plus, ils ne sont pas permanents ou présents en même temps.

Actuellement, la schizophrénie serait la résultante de plusieurs facteurs. Les chercheurs parlent d'origine génétique, de facteurs caractériels, de facteurs sociaux, biochimiques, neurologiques... Toutefois, le plus souvent une personnalité dite schizoïde est retrouvée chez la personne. Cette personnalité se

¹⁴ (Hanus & Louis, 2010)

traduit par un goût pour la solitude, c'est une personne qui a du mal à s'ouvrir sur son environnement et qui ne manifeste aucun intérêt pour les relations sociales.

Le mode d'entrée peut être brutal ou bien insidieux et progressif. La bouffée délirante aigue (BDA) est la forme typique de début de la maladie, mais ne signe pas toujours une entrée dans la maladie. Les débuts insidieux et progressifs sont marqués par l'installation d'un ou plusieurs des syndromes suivants : baisse de l'activité, trouble de l'affectivité, manifestations pseudo-névrotique, idées délirantes et hallucinations, anorexie mentale ou bien encore conduites toxicomaniaques.

Il n'y a pas de traitement étiologique, c'est-à-dire que la schizophrénie ne se guérit pas. Le but des traitements sont de diminuer la fréquence des accès de crise et éviter une évolution déficitaire. Il est important de faire accepter la nécessité du traitement aux patients et que ces derniers soient suivis et soutenus par des équipes de secteur (comme par des Centres Médico-Psychologiques).

Il existe deux types de traitement : il y a les traitements médicamenteux et les traitements non médicamenteux. Le traitement non médicamenteux consiste en un suivi pluri professionnel, où des psychiatres, des infirmiers, des aides soignants, des psychologues, des assistants sociaux, des psychomotriciens, des ergothérapeutes... sont en relation pour assurer un suivi personnalisé au patient. Il existe également de la psychothérapie de soutien, de la psychothérapie institutionnelle, des thérapies familiales...

2. Question de l'identité et de l'appartenance sociale chez la personne souffrant de schizophrénie

Une personne souffrant de schizophrénie peut éprouver des « *troubles majeurs de l'identité* »¹⁵. Du fait de l'expression des symptômes positifs et négatifs, la personne souffrant de schizophrénie s'isole, rompt ses relations sociales petit à petit, devient passive (apragmatisme)... Elle peut donc se trouver en difficulté dans la construction de son identité. En effet, on a pu voir

¹⁵ Raffard S. Mémoire autobiographique, identité et schizophrénie : les souvenirs définissant le soi et le voyage mental dans le temps. Thèse 2009

précédemment que l'identité d'un individu se construit grâce aux différentes relations et expériences que ce dernier peut faire au sein de son environnement.

De plus, plusieurs psychiatres, dont Eugène Bleuler, ont mis en évidence que « *l'unité de l'esprit, le sentiment même de continuité du soi, était altéré, parfois profondément, donnant ainsi parfois des tableaux cliniques extrêmes de désorganisation ou de délires d'identité* ». La personne souffrant de schizophrénie aurait donc un « *trouble de la conscience de soi* »¹⁶. On peut retrouver ce trouble dans des vécus hallucinatoires de dépersonnalisation, dans la sensation de ne pas reconnaître ses organes (syndrome de Cotard), dans l'automatisme mental (sensation de perte du contrôle de ses pensées ou de ses actes)...

Enfin, on a pu voir précédemment que l'identité se construit à partir de nos expériences passées, mais il semblerait qu'elle se construit aussi par notre capacité à nous projeter dans le futur. Pour les personnes souffrant de schizophrénie il est difficile de se projeter dans le futur, à cause de leurs syndromes mais aussi à cause de la stigmatisation dont ils font l'objet. Cette stigmatisation a des conséquences sur la perception qu'ils se font d'eux-mêmes. Comment se construire une identité si on a une « mauvaise » perception de nous-mêmes et si autrui y a un rôle ?

Cette difficulté à se construire une identité et cette stigmatisation ont des conséquences sur l'appartenance sociale de ces personnes. Comment se sentir appartenir si on éprouve des difficultés à être et être aux autres ? Comment appartenir à un groupe quand celui-ci a des préjugés sur la maladie ? Il est à noter que bon nombre de personnes psychotiques ont un cercle familial (ou amical) restreint du fait de leur maladie (compréhension de celle-ci ou symptômes comme l'apragmatisme, le repli sur soi...).

Une personne souffrant de schizophrénie rencontre des difficultés dans la construction de son identité. Avec la stigmatisation dont elle fait l'objet, cette dernière peut se trouver en difficulté dans l'appartenance à un groupe.

¹⁶ Ibid.

3. Conséquences sur la participation sociale

Aujourd'hui, les traitements médicamenteux permettent de réduire le syndrome dit positif de la pathologie, correspondant aux délires. Toutefois les syndromes dits négatifs, eux, peuvent persister malgré un traitement adapté. La personne se coupe alors du monde pour s'isoler progressivement, elle éprouve des difficultés à communiquer (ne trouve plus ses mots, réponses évasives...) ce qui a pour conséquence la réduction de ses relations. L'individu peut également ressentir une perte du plaisir, d'énergie qui a des conséquences sur ses activités. Le malade délaisse peu à peu ses activités, se néglige et ne fait plus rien.

Il existe également des troubles cognitifs, causés par la maladie, qui peuvent handicaper l'individu dans sa vie quotidienne. Ces troubles concernent l'organisation de la pensée et de l'attention, la concentration, la mémoire. Ils peuvent avoir des conséquences sur leurs capacités de planification, sur la gestion de leurs activités de vie quotidienne... De plus, ils peuvent « *rendre compte de l'incohérence des comportements et des conduites* »¹⁷ de la personne malade.

Les troubles de la pensée ou de l'affectivité, provenant du syndrome dissociatif, ont également des conséquences sur la participation sociale de ces personnes. Il peut en résulter des comportements inadaptés, des dialogues incohérents, qui peuvent venir perturber les relations sociales. De plus, il faut également prendre en compte les angoisses dont les personnes souffrant de schizophrénie sont sujettes. Parfois, il leur est difficile de gérer ces états d'angoisse, ce qui peut également les mettre en difficulté dans les relations sociales.

Selon l'Unafam, les personnes souffrant d'un trouble psychique ont des difficultés dans cinq domaines de la vie quotidienne :

- « *la capacité à prendre soin de soi,*
- *à établir des relations durables,*
- *à se former et assurer une activité,*

¹⁷ Unafam : Association qui accueille, soutient et informe les familles confrontées aux troubles psychiques d'un de leurs membres.

- *à se maintenir dans un logement,*
- *à organiser une vie sociale et des loisirs »*

Toutes ces difficultés peuvent engendrer un sentiment d'incapacité chez l'individu, ce qui peut avoir des conséquences sur la confiance et l'estime de soi. L'institutionnalisation peut venir appuyer ce sentiment. L'individu, éloigné de son environnement, n'a pas ses repères et peut avoir des difficultés dans la réalisation des habitudes de vie. C'est pourquoi un accompagnement adapté à la personne, dans la « *sphère personnelle, sociale et/ou professionnelle* »¹⁸, est nécessaire.

III. Ergothérapie en psychiatrie

1. Généralités

En psychiatrie, l'ergothérapeute fait face à des personnes ayant une grande souffrance psychique. Les symptômes de la schizophrénie ont des répercussions sur la vie quotidienne de ces personnes, que ce soit dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ou bien dans l'aspect relationnel ou social. Comment l'ergothérapeute intervient-il auprès de ces personnes ?

Dans son écrit « *ergothérapeute pour quoi faire ?* », Florence Klein, ergothérapeute, énonce les « *missions* » de l'ergothérapeute en psychiatrie. Selon elle, « *l'ergothérapie en psychiatrie doit :*

- *Permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel et de faire rupture avec l'isolement*
- *lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe et d'y être un élément vivant*
- *l'aider à maîtriser ou s'accommoder de son angoisse*
- *l'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités*
- *l'inciter à recouvrer une certaine estime de soi*
- *susciter un minimum de dynamisme vital, un désir de vie*
- *lutter contre le besoin inhérent à la psychose, qui est de détruire, de rompre les liens, et donc de gérer le conflit terrifiant que le*

¹⁸ Unafam : Union nationale des amis et des familles de malades psychiques

psychotique a en lui et qui revêt parfois la forme d'une agressivité, d'une inertie

- *et peut être même à l' « occuper » sur le plan psychique, ce qui voudrait dire qu'il est parvenu à mettre de côté ses préoccupations... »¹⁹*

L'ergothérapie se caractérise par trois éléments important : une relation thérapeutique (qui permettra la communication avec le patient), un cadre qui délimitera l'espace et le temps où se dérouleront les séances, et l'utilisation d'une médiation servant de support entre le patient, le thérapeute et la réalité.

La médiation va donc servir d'outil pour essayer de créer un lien, de soi à soi et de soi à l'autre. Elle a également un rôle de support qui permet de mettre en lien le patient, le thérapeute et la réalité. C'est « *l'activité [qui] va donner au patient l'occasion de prendre contact avec le monde extérieur, de se mettre en mouvement et de faire l'expérience de la réalité* »²⁰. L'activité va permettre au patient de « *développer certains aspects comme :*

- *favoriser l'émergence des notions de désir et de plaisir ;*
- *se revaloriser ;*
- *faire des choix ;*
- *se confronter au regard de l'autre, aux contraintes techniques, aux difficultés rencontrées, à la notion de temps et à son nécessaire respect*
- *travailler son imaginaire ;*
- *travailler en groupe ;*
- *favoriser la communication... »²¹*

Le cadre thérapeutique joue un rôle important dans la mise en place d'une relation thérapeutique. Il est déterminé par le rôle de l'institution, par des facteurs invariants (aspect spatio-temporel) ainsi que par l'ergothérapeute. M. Menard définit le cadre thérapeutique comme un « *dispositif de soins proposé au patient ;*

¹⁹ (Florence & Hernandez, 2007, pp. 13-22)

²⁰ (Olmicia, Busy, & Cie, 2004, p. 12)

²¹ (Olmicia, Busy, & Cie, 2004, p. 12)

*intégré dans le dispositif global qui est l'institution [...] »²². L'ergothérapeute doit, selon M. Menard, penser et construire le cadre comme étant la « *bonne mère* » (Winnicott) afin de donner un sentiment de sécurité au patient et qu'il se sente contenu et soutenu. Le cadre est donc posé par l'ergothérapeute (et l'institution) au début du suivi.*

Ces éléments constituent donc l'ossature de l'ergothérapie, quel que soit son lieu de pratique. Mais comment se définit l'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant d'une schizophrénie ?

2. L'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant de schizophrénie

Dans son écrit²³, Y. Person évoque l'importance de l'activité dans la réhabilitation d'une personne en souffrance psychique. Le mot réhabilitation fait référence au « *fonctionnement global de la personne, et le maintien ou le développement de ses habilités dans la vie de tous les jours* ». Cette définition de réhabilitation semble se rapprocher de celle de la participation sociale. Afin de permettre cette réhabilitation, l'ergothérapeute doit avoir connaissance des habitudes de vie du patient, de ses capacités/incapacités, de son environnement ainsi que des attentes du patient. Selon lui, l'activité devient thérapeutique si celle-ci est adaptée au patient et a du sens pour lui. Elle serait un moyen d' « *enclencher la réhabilitation dans le sens où celle-ci va permettre à l'individu de s'identifier à nouveau à travers une action dont il est un des acteurs* ». De plus, il souligne les difficultés qu'une personne psychotique a dans la mise en place et le maintien de ses relations sociales.

L'accompagnement en ergothérapie peut s'effectuer dans différentes structures, aussi bien en intra hospitalier qu'en extra hospitalier. Les missions au sein de ces structures sont identiques : permettre au sujet souffrant de schizophrénie de maintenir ou retrouver un niveau d'autonomie satisfaisant pour sa participation sociale.

²² (Menard & Hernandez, 2007, pp. 39-54)

²³ *Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action*, dans Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation de H. Hernandez.

Le rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009, définit une organisation de la psychiatrie à trois niveaux :

- Un niveau de proximité qui se définit par l'extra hospitalier, concernant les soins ambulatoires, les structures sociales et médico-sociales
- Un second niveau qui se définit par les établissements privés ou publics, les urgences psychiatriques et l'hospitalisation complète ou à domicile
- Un niveau de recours qui concerne les formations, la recherche et les structures très spécialisées.

Dans ce travail de recherche, je m'intéresse plus particulièrement au niveau de proximité et au second niveau, car ce sont au sein des structures qui y sont décrites, que l'ergothérapeute est susceptible d'intervenir.

3. Niveau de proximité

Il existe plusieurs structures dites extra hospitalières, où les patients souffrant de troubles mentaux peuvent être suivis. On retrouve comme structures extra hospitalières les centres médico-psychologiques (CMP), les hôpitaux de jour (HDJ) et les centres d'accueil à temps partiel (CATTP). Ce sont les trois principales structures que je vais décrire ici.

Plusieurs textes de loi tels que l'arrêté du 14 mars 1986, la circulaire du 15 mars 1960 ou bien la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, définissent les rôles et actions des différentes structures extra hospitalières.

Les centres médico-psychologiques sont des établissements publics reliés à un hôpital psychiatrique public de leur secteur. On retrouve une équipe pluri professionnelle, composée de médecins psychiatres, de psychologues, d'infirmières et d'assistantes sociales. Les CMP sont des structures pivots du secteur psychiatrique. Elles assurent des missions de soin, de prévention, de diagnostic ainsi que la réalisation de visites à domicile et les soins infirmiers ambulatoires ou non. Elles orientent également les personnes selon leurs besoins vers une structure adaptée comme les hôpitaux de jour et les CATTP. Cette orientation se fait selon une sectorisation psychiatrique. Elle correspond à « *l'organisation administrative relative à la maladie mentale et à la répartition des*

structures de soins de santé mentale ». Cette organisation se fait selon un découpage territorial et permet à ce que la prise en charge d'un malade soit sous réserve de son libre choix, « assurée par une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier exerçant au sein d'un établissement »²⁴.

Les hôpitaux de jour sont des lieux où les patients sont hospitalisés la journée, et repartent chez eux après leurs soins. Ces établissements ont été créés afin d'éviter une rupture entre le patient et sa famille mais aussi pour éviter une désadaptation sociale de ce dernier. La population qui y est accueillie se compose d'adultes ayant des troubles mentaux et psychiques. Ces patients se trouvent dans une phase de stabilisation. Ils peuvent entrer dans un HDJ à la suite d'une hospitalisation à temps complet. A son entrée, le patient est évalué par une équipe pluri professionnelle afin de mettre en place un projet de vie personnalisé et adapté aux besoins de celui-ci. L'objectif est d'accompagner le patient vers une vie sociale.

Les centres d'accueil à temps partiel sont des structures proposant des temps d'accueil pour des « séquences thérapeutiques institutionnelles et régulières »²⁵, généralement en groupe. Les CATTP proposent des « actions de soutien et de thérapeutiques de groupe, visant à maintenir ou favoriser une existence autonome »²⁶. Ses missions sont d'accueillir, de procurer du soin, de restaurer du lien social, de responsabiliser le patient, de permettre de rompre l'isolement dans lequel le patient peut se trouver, de créer un espace de parole et d'adapter la prise en charge. Pour pouvoir répondre à ces missions, le patient, comme en hôpital de jour, est évalué par l'ensemble de l'équipe afin qu'un projet personnalisé soit établi. Un planning peut également être mis en place pour aider le patient à se repérer dans le temps et s'organiser. En général, les activités proposées se déroulent sur une demi-journée. Les activités proposées favorisent l'aspect relationnel, la communication, ainsi que l'affirmation de soi.

En HDJ, les patients sont accueillis à la journée ou à la demi-journée, un ou plusieurs jours par semaine, suivant leur projet. De plus, il est possible aux

²⁴ Circulaire du 15 mars 1960

²⁵ Unafam

²⁶ Ibid.

patients de prendre le repas et/ou le traitement médicamenteux à l'HDJ. En revanche en CATTP, il y a des temps d'accueil et des temps d'activités.

4. Second niveau

Les établissements intra hospitaliers correspondent donc à des structures publiques ou privées, qui accueillent des personnes ayant des troubles psychiques, en situation de crise. C'est un lieu où les personnes sont hospitalisées et bénéficient de soins. Les soins peuvent être libres (SL), c'est-à-dire à la demande de la personne, ou bien à la demande d'un tiers (SDT), ou encore à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE).

Selon le rapport²⁷, une meilleure continuité des soins permettrait aux patients, ainsi qu'à leur entourage, de ne pas perdre le « contact » avec le dispositif de soins. En effet, une bonne identification des structures de prise en charge ou de suivi par ces derniers, éviterait une non observance des traitements et donc une éventuelle décompensation du patient. Cette perte du lien entre le patient, la famille et le système de soins peut entraîner « *une perte de repères, des problèmes d'isolement social, [...]* ». L'ergothérapeute travaille au sein d'une équipe pluri professionnelle, que ce soit dans l'établissement dans lequel il travaille ou non. Il se forme donc un réseau autour du patient, entre différentes structures, qui va permettre une meilleure prise en charge de celui-ci. L'équipe pluri professionnelle peut donc être en lien avec des structures médico-sociales, pour des patients qui ne nécessitent pas une hospitalisation mais qui ont besoin d'être accompagnés dans leur participation sociale.

5. Les structures médico-sociales et les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

a. *Les structures médico-sociales*

Il existe différents établissements médico-sociaux. Ici, je vais m'intéresser plus particulièrement aux Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), aux Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH) et aux Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT). Ces structures accueillent des adultes en difficulté. Elles réalisent des suivis adaptés

²⁷ Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports. Janvier 2009.

aux besoins des personnes et sont financées par l'assurance maladie, les conseils régionaux ou bien encore par l'aide sociale.

La création des SAVS et des SAMSAH a été permise par la loi du 11 février 2005. Ces services aident à la réalisation du projet de vie de ces personnes par accompagnement adapté. Ils peuvent être en milieu ordinaire ou en milieu protégé, à domicile, tous les lieux où se déroulent leurs actions sociales, ou dans les locaux des structures. L'objectif de ces deux structures étant favoriser « *la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* »²⁸.

Les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

C'est le Conseil général qui autorise la création et qui finance les SAVS. Les SAVS proposent un accompagnement adapté à la personne en difficulté, en fonction de ses difficultés et de ses capacités. Pour bénéficier de ces services l'individu doit :

- « *Etre reconnu handicapé, c'est-à-dire avoir une incapacité permanente au moins égale à 80 % ou être, compte tenu du handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi*
- *Avoir entre 20 et 60 ans au moment de la demande, voire plus de 60 ans si le handicap a été reconnu avant cet âge limite*
- *Bénéficier d'une décision d'orientation prononcée par la C.D.A.P.H.²⁹ de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) »*

Afin de répondre au mieux aux besoins de la personne, un projet personnalisé va être mis en place avec l'équipe pluridisciplinaire.

Cette équipe peut se composer d'assistants sociaux, d'auxiliaires de vie sociale, d'aides médico-psychologiques, de psychologues, de conseillers en économie sociale et familiale, d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs, de chargés d'insertion...

²⁸ Article D. 312-162, Médialis 2007-2015

²⁹ CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Un des objectifs du service est de maintenir ou restaurer les liens sociaux de l'individu (famille, scolarité, professionnels, ou autres). Ce service a été créé afin de maintenir la personne dans son environnement et de la rendre la plus autonome possible, afin de favoriser son inclusion. Pour ce faire, les SAVS disposent de différents moyens :

- Evaluation des besoins et des capacités d'autonomie
- Identification de l'aide nécessaire, conseils, information de l'individu
- Suivi et coordination des actes des différents intervenants
- Assistance, accompagnement ou aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne
- Soutien dans les relations avec l'environnement familial et social
- Proposition d'un suivi éducatif et psychologique

Les Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH)

Les SAMSAH ont été créés dans la continuité des SAVS. De ce fait, ils reçoivent la même population, des adultes ayant des troubles psychiques et étant en difficulté.

L'équipe pluridisciplinaire peut se composer des mêmes professionnels que ceux des SAVS (assistants sociaux, auxiliaires de vie, psychologues...). Toutefois il y a, en plus, un médecin, des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique et des aides soignants.

Les SAMSAH et SAVS se retrouvent également au niveau des missions. Les deux structures œuvrent pour favoriser l'accès à la vie sociale des personnes en difficulté. Toutefois, il est à noter que les SAMSAH ont en plus un rôle de suivi médical de coordination et d'orientation. En effet, ils doivent fournir des « *soins réguliers et coordonnés* », ainsi qu'un « *accompagnement médical et paramédical* »³⁰ des usagers, en milieu ordinaire.

Les SAMSAH disposent, en plus de ceux des SAVS, de la dispensation de « *soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant*

³⁰ Médialis, 2007-2015

l'accès au soin et l'effectivité de leur mise en œuvre »³¹, ainsi qu'un accompagnement et suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie.

Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Les ESAT sont des milieux protégés de travail. Ils ont trois missions :

- « *proposer une activité professionnelle*
- *offrir un soutien médico-social et éducatif*
- *favoriser un épanouissement personnel et une intégration sociale* »

Ces structures accueillent des personnes en situation de handicap pour lesquelles la CDAPH³² a évalué une incapacité à travailler dans une entreprise ordinaire ou en entreprise adaptée. Les ESAT proposent des activités professionnelles dans différents domaines comme celui de l'industrie (conditionnement...) ou bien celui des services (blanchisserie, espaces verts...).

Pour entrer en ESAT, une personne doit répondre aux critères de la CDAPH (capacité de travail inférieure au tiers de celle d'une personne valide) et avoir 20 ans (dans de rares cas 16 ans). Ce ne sont pas des salariés, mais ils ont droit à une « *rémunération garantie* »³³, fixée en fonction de l'activité. Ils ne peuvent excéder les 35 heures par semaine et bénéficient de congés payés, au même titre qu'un salarié lambda.

Toutes les personnes travaillant en ESAT bénéficient de soutiens. Ceux-ci leur permettent de s'exprimer sur leurs capacités à travailler et de favoriser « *l'épanouissement personnel et l'autonomie sociale* ». Les soutiens peuvent être de différentes natures (sociales, éducatives, médicales et psychologiques). De plus, les travailleurs ont des actions de formation professionnelle qui leur permettent d'accéder à la Validation des Acquis d'Expérience (VAE).

L'ESAT peut être amené à avoir des contrats avec des entreprises. De ce fait, un travailleur en ESAT peut travailler en extérieur (en dehors du milieu protégé), mais reste rattaché à l'ESAT.

³¹ Ibid.

³² CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

³³ Unapei, Tout savoir sur le handicap mental

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi de m'axer sur ces trois structures en référence à mon sujet. Bien entendu il existe d'autres structures médico-sociales comme les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS), les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), les foyers de vie, les Foyers Hébergement de Travailleurs Handicapés (FHTH), les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS), les maisons relais... Ces dernières ont pour mission d'aider les personnes en situation de handicap à trouver un lieu de résidence, en fonction de leurs besoins.

Il existe aussi des structures qui ne sont ni sociales, ni médico-sociales mais qui ont également pour objectif de favoriser l'accès à une vie sociale.

b) Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

« Les GEM sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société [...] »³⁴ Ce sont des structures associatives, créées suite à la prévalence des troubles psychiques graves et persistants dans la population. Ces groupes sont donc constitués de personnes ayant un handicap psychique. Ces usagers se regroupent au sein d'une structure et s'organisent, au sein de celle-ci, de façon autonome. Chacun participe, à sa manière, à la vie du groupe.

Les GEM ne sont pas des structures médico-sociales car elles ne dispensent pas de soins, ni de prise en charge. « [Les GEM sont] conçus à la fois comme moyen de prévention mais aussi comme élément de compensation des conséquences du handicap. »³⁵ Ils ont pour missions :

- l'insertion dans la cité
- la lutte contre l'isolement
- la prévention contre l'exclusion sociale

Ces groupes ont donc pour but de faciliter l'accès à une vie sociale « satisfaisante »³⁶, ou bien de diriger vers des soins et un accompagnement adapté si cela s'avère nécessaire. Afin de réaliser ces missions, les adhérents se

³⁴ Arrêté du 13 juillet 2011

³⁵ Circulaire DGAS, août 2005

³⁶ Arrêté du 13 juillet 2011

regroupent lors de « *temps d'échanges, d'activités et de rencontres, susceptible de créer du lien et de l'entraide entre eux* »³⁷.

Les groupes se constituent également d'animateurs et de pairs, en plus des adhérents. Les animateurs salariés aident les adhérents à s'organiser pour la réalisation de leur projet, ainsi qu'à établir des relations avec leur environnement et les institutions de la cité.

Enfin, afin d'assurer le bon fonctionnement des GEM, ceux-ci doivent être parrainés. Le parrainage peut se faire par des associations d'usagers, de familles, ou autres, qui sont reconnues comme étant capables d'apporter un soutien aux adhérents.

Pour conclure, ces groupes sont donc constitués d'adultes ayant un handicap psychique et qui souhaitent rompre l'isolement dans lequel ils se trouvent. Chaque adhérent y est libre d'évoluer à son rythme, en participant à différents temps d'échanges et d'activités. Ces groupes sont une ouverture, un accompagnement de la personne vers une autonomie et une participation sociale.

Les structures médico-sociales ainsi que les GEM présentés plus haut, semblent être en adéquation avec ma problématique, c'est pourquoi je m'y suis intéressée. En effet, ces structures proposent autre chose que du soin aux patients souffrant de troubles psychiques. Elles sont là pour les accompagner vers une participation sociale en créant du lien entre les structures et les patients, et entre les patients eux-mêmes. Il y a un accompagnement de l'ordre de la relation, de la mise en place de relations sociales, et de l'ordre du soutien dans la vie de tous les jours. C'est précisément par les relations sociales et par la reconnaissance d'autrui qu'un individu a une participation sociale. On pourrait à travers ces différentes structures et les différents groupes qui peuvent s'y former voir une forme d'appartenance et de participation sociales.

³⁷ Arrêté du 13 juillet 2011

HYPOTHESE DE RECHERCHE

Tout au long de ce travail de recherche, je me suis rendu compte que la notion de participation sociale est complexe. En effet, elle regroupe plusieurs notions en elle-même, tels que : la situation familiale, la situation socioprofessionnelle, ou bien encore les loisirs (sports, associations...). Mais je me suis également rendu compte que cette notion de participation sociale amène deux autres notions : l'appartenance sociale et la construction de l'identité. Ces trois termes ont comme point commun l'importance des relations sociales. En effet, quels que soient la situation, le contexte ou bien même l'environnement, un individu se construit toujours des relations avec les personnes qui l'entourent.

Pour les personnes souffrant de schizophrénie, cette capacité à être en relation avec autrui se trouve compromise. Cette difficulté résulte des syndromes de la pathologie : les délires, l'apragmatisme et le repli autistique. La personne atteinte de schizophrénie se trouve souvent isolée et n'a que très peu de relations sociales. Elle est aussi souvent stigmatisée par la société, ce qui peut accentuer son isolement social. De la pathologie et de la stigmatisation, il ressort que la personne souffrant de schizophrénie se trouve en difficulté dans sa participation sociale.

L'accompagnement en ergothérapie auprès de ces personnes se caractérise par la connaissance du patient et la mise en place d'une relation de confiance. Cette relation se joue autour de la médiation, elle est donc triangulaire ou médiatisée.

Mon hypothèse est donc : **la relation médiatisée proposée en ergothérapie au patient souffrant de schizophrénie, suivi au sein de structures extra hospitalières, lui permet de favoriser sa participation sociale.**

METHODOLOGIE

Après avoir défini les notions conceptuelles de ce travail, je vais maintenant m'intéresser à ce qui se passe en pratique. Comment les ergothérapeutes, travaillant en psychiatrie, amènent les personnes souffrant de schizophrénie à maintenir ou retrouver une participation sociale ? De quels moyens disposent-ils pour favoriser cet objectif ?

I. Choix de la méthode et population ciblée

Pour pouvoir affirmer ou non mon hypothèse de recherche, j'ai décidé de réaliser des entretiens avec des ergothérapeutes travaillant dans le secteur de la psychiatrie, en extra hospitalier. Ce choix des entretiens me semble être le plus approprié pour collecter les renseignements dont j'ai besoin. En effet, je cherche à connaître l'aspect qualitatif de l'accompagnement en ergothérapie, et non un aspect quantitatif. De plus, il me semble intéressant et important de pouvoir échanger sur le sujet avec les ergothérapeutes, chose qui n'aurait pas été possible avec des questionnaires.

Pour recueillir les données, j'ai réalisé sept entretiens auprès d'ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale, et plus particulièrement auprès de personnes souffrant de schizophrénie, en extra hospitalier (hôpital de jour, CATTP...) :

- L'ergothérapeute 1 diplômé en 2009 et travaille en HDJ
- L'ergothérapeute 2 diplômé en 2013 et travaille en HDJ
- L'ergothérapeute 3 diplômé en 2002 et travaille en CATTP
- L'ergothérapeute 4 diplômé en 2014 et travaille en HDJ
- L'ergothérapeute 5 diplômé en 2011 et travaille depuis un an en France en HDJ
- L'ergothérapeute 6 diplômé en 2012 et travaille en CATTP
- L'ergothérapeute 7 diplômé en 2001 et travaille en CATTP

II. Guide d'entretien

Pour pouvoir mener au mieux ces entretiens j'ai construit un guide d'entretien. Cette trame se compose de questions ouvertes et de relances. Elle a été réfléchie pour valider ou invalider mon hypothèse, et ainsi par la suite répondre à ma problématique.

1) Pouvez vous me parler de votre parcours (formations, expériences...) ?

Par cette première question, je cherche à connaître mon interlocuteur, son expérience dans le domaine de la psychiatrie, depuis combien de temps il y travaille, s'il a toujours travaillé en extra hospitalier ou non.

2) Pouvez vous me décrire la structure dans laquelle vous intervenez, ses missions, ses objectifs principaux, son courant (psychanalytique, réhabilitation sociale, ou aucun spécifique...) ?

Ici, je cherche à connaître la structure dans laquelle il travaille. La connaissance de l'établissement, de ses missions, de ses objectifs et de son courant va me permettre de mieux comprendre dans quelle démarche s'inscrit un projet de soins.

3) Comment définiriez-vous la notion de participation sociale ?

Avec cette question, je souhaite aborder les connaissances de l'interviewé sur cette notion. Je souhaite savoir si les ergothérapeutes abordent les différentes notions qui la caractérisent, comme la vie de famille, la situation socioprofessionnelle, les loisirs... ainsi que les notions d'appartenance sociale et d'identité.

4) Selon vous, quelles sont les difficultés qu'une personne souffrant de schizophrénie peut rencontrer dans sa participation sociale ?

Avec cette question, je cherche à connaître les principaux troubles liés à la pathologie sur lesquels l'ergothérapeute va pouvoir intervenir.

-> relance sur l'appartenance

-> relance sur l'identité

Si des liens ne sont pas faits avec la question précédente quant à l'appartenance et à l'identité (conséquences des troubles sur ces notions).

5) Quels objectifs mettez-vous en place dans votre prise en charge pour favoriser la participation sociale de ces patients ?

Par cette question, je cherche à connaître les différents objectifs mis en place pour maintenir ou favoriser la participation sociale des patients. Je vais également chercher à connaître les moyens qu'ils ont à leur disposition pour réaliser cet objectif.

-> Moyens mis en place

-> Type de séance

6) Quelles orientations proposez-vous à ces patients pour maintenir ou favoriser leur participation sociale au sein de la cité ?

Enfin, avec cette dernière question, je souhaite savoir si l'ergothérapeute a des connaissances sur les différentes structures médico-sociales (SAVS, SAMSAH...), ou non (GEM), qui existent ou si l'établissement dans lequel il travaille a des partenariats avec celles-ci. Ce qui m'intéresse ici, c'est la continuité de l'accompagnement, en dehors d'une structure dite extra hospitalière, pour favoriser la participation sociale de la population étudiée.

III. Analyse des résultats

Afin de faciliter la lecture des résultats et de pouvoir les analyser au mieux, j'ai dans un premier temps procédé à leur retranscription. Une fois cela réalisé, j'ai pris en compte les citations pertinentes des interviewés, je les ai classées et organisées sous forme de tableaux d'analyse. Grâce à ces tableaux, j'ai pu regrouper les informations et mettre en lien les différents discours des ergothérapeutes interrogés. De cette manière, j'ai pu reformuler et expliquer les données recueillies, tout en confrontant ces résultats à mon hypothèse de recherche. Enfin, pour conserver leur anonymat, je leur ai attribué un numéro.

Par cette analyse, je cherche à mettre en avant les grandes idées qui ressortent lors des entretiens.

1. Définition de la participation sociale selon les ergothérapeutes

Un ergothérapeute, sur les sept interrogés, n'a pas répondu à cette question car il ne savait pas à quoi cela pouvait correspondre. En ce qui concerne les six autres interviewés, deux idées ressortent de leurs définitions.

a) *Rôle et place au sein de la société*

La première idée est que la participation sociale se définit par le fait d'être en lien avec la société, « *lien qu'on peut avoir à l'extérieur* » (ergothérapeute 7), « **entrer en relation avec la société** » (ergothérapeute 2). Ce lien avec la société se traduit par différentes expressions. Derrière ce lien, il y a la notion de place, « *savoir où est sa place* » (ergothérapeute 4) ou bien encore « **avoir une place [...] au sein de la société** » (ergothérapeute 1). Et le statut de cette place est plus ou moins défini par les termes « **être inséré dans un milieu** » (ergothérapeute 4) et « **être intégré dans la communauté** » (ergothérapeute 6). Pour l'ergothérapeute 6, cette place au sein de la société se précise par « *avoir une situation familiale stable, avoir un revenu, un travail, un statut socioprofessionnel* ».

L'ergothérapeute 5 introduit la notion d'interaction de la personne à la société, « **interaction de la personne à la communauté** », ce qui introduit la deuxième grande idée ressortant de l'étude.

b) *Relation avec autrui*

100% des ergothérapeutes ayant répondu à cette question mettent en avant l'importance des relations sociales dans la participation sociale. Cela passe par les relations qu'un individu peut avoir au sein de sa famille ou à son travail « **situation familiale, statut socioprofessionnel** » (ergothérapeute 6) ou bien encore avec le voisinage « *voisins, commerçants, soignants...* » (ergothérapeute 2). Plus encore d'être en relation avec autrui, c'est la création de ces liens, la « **capacité d'entrer en relation** » (ergothérapeute 2) qui est soulevée (« **créer des liens sociaux** » (ergothérapeute 4)).

Bien que la notion de groupe, d'être **intégré** ou **inséré** au sein de la société soit soulevée, aucun des ergothérapeutes n'a abordé la notion d'appartenance sociale. Toutefois, on peut retrouver cette notion, implicitement, sous les termes

« **au sein d'autres** », « **plusieurs échelles (voisins, commerce, soignants ...)** », « **savoir où est sa place** ». La notion de construction identitaire qui caractérise également la participation sociale, n'a pas non plus été citée par les interviewés. J'ai donc expliqué mes recherches à mes interlocuteurs afin d'approfondir et affiner leurs réponses. Après explications, voici les résultats :

c) L'appartenance : appartenir à un groupe

A cette question, seulement quatre des sept ergothérapeutes interrogés ont répondu. Sur les trois qui n'ont pas répondu, deux ne savaient pas à quoi cette notion correspondait et pour le troisième ergothérapeute, il y a eu des problèmes de compréhension linguistique.

Les quatre répondants sont d'accord pour définir l'appartenance sociale comme le fait d'appartenir à un groupe. Pour les ergothérapeutes 1, 4 et 6 cela passe par « **être en groupe** », « **au sein d'un groupe** ». Pour l'ergothérapeute 2 le groupe se définit par les « *différentes échelles* » faisant référence à la famille, aux voisins, aux commerçants... L'ergothérapeute 4 aborde la notion de volonté, « vouloir y appartenir » tandis que les ergothérapeutes 1 et 6 y voient l'importance de l'autre dans la reconnaissance, « **personne en tant que personne au sein d'un groupe** », « **avoir un statut, une reconnaissance** ».

d) Construction de l'identité : interactions avec l'environnement, liens sociaux et expériences de vie

Un ergothérapeute n'a pas répondu à cette question. Les six autres interviewés pensent que la construction identitaire passe par les interactions de l'individu avec son environnement : « **lien avec l'environnement** », « **milieu familial** », « **facteurs familiaux [...] environnementaux** », « **importance de la culture de la personne** », « **en fonction des normes, des règles de la société** ». Ce facteur environnemental se définit donc par les facteurs familiaux, la culture de la personne et le milieu de vie au sein duquel elle évolue. A cette interaction environnementale, tous ajoutent les interactions sociales que l'individu peut avoir au cours de sa vie. C'est avec les « **facteurs sociaux** » (ergothérapeute 4), « **[...] les contacts sociaux** » (ergothérapeute 5) que se « **créer du lien** » (ergothérapeute 1), que la personne construit son identité.

L'ergothérapeute 1 rajoute qu'un individu se construit par rapport à l'autre. L'ergothérapeute 6 affirme également que c'est avec « **le regard d'autrui** » que la personne se crée son identité. Les ergothérapeutes 3 et 6, abordent un autre aspect de la construction identitaire. Celui-ci correspond aux expériences de vie, c'est de part « **ses étapes de vie, dans ses évènements de vie, ce qu'il a pu vivre** », « **antécédents** » et « **parcours de vie** » que l'individu va construire une partie de son identité. Enfin, un dernier aspect est soulevé par l'ergothérapeute 4 : il y aurait quelque chose d'« **intrinsèque** » dans la construction de l'identité, c'est-à-dire quelque chose de propre à la personne, qui ne découle ni de son environnement, ni de ses relations sociale.

Pour conclure, les ergothérapeutes se retrouvent sur la définition de la participation sociale. Tous y introduisent les notions de lien avec la société et de relations sociales. Après avoir donné des explications sur la notion de participation sociale et cité les deux termes qui en découlent, j'ai demandé aux ergothérapeutes ce que l'appartenance sociale signifiait pour eux et comment se construisait l'identité d'un individu. Les ergothérapeutes ont défini l'appartenance sociale comme le fait d'appartenir à un groupe, et pour certains d'y être reconnu en tant qu'individu, ainsi que l'importance des interactions sociales.

2. Difficultés d'une personne souffrant de schizophrénie dans sa vie quotidienne et conséquences sur sa participation sociale

a) *Difficulté dans les interactions sociales*

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés citent cette difficulté en premier. La personne souffrant de schizophrénie rencontre « *beaucoup de problèmes par rapport à l'extérieur* » (ergothérapeute 5). La difficulté relationnelle chez ces patients se traduit surtout par l'isolement dont ils peuvent faire l'objet. En effet, ils restent « **cloîtrés chez eux** », ne sortent que très peu. Mais cela peut aussi se traduire par « **l'angoisse** » (ergothérapeute 5 et 7) qu'ils peuvent avoir face à l'extérieur, à la « **mauvaise perception du regard d'autrui** » (ergothérapeute 6)... A cette angoisse de l'extérieur peut s'ajouter un manque d'« **estime de soi** » (ergothérapeute 6). En effet, les patients peuvent souffrir d'un manque de confiance en eux et peuvent donc se sentir vulnérables face à un extérieur qu'ils ne connaissent pas. Pour l'ergothérapeute 6, il semblerait que la

non connaissance des « **codes sociaux** » qui régissent la vie en collectivité, soit aussi un frein à la mise en place et au maintien des relations sociales.

Pour conclure, la personne souffrant de schizophrénie fait face à des relations sociales pauvres pouvant s'expliquer par les syndromes de la pathologie, c'est-à-dire le repli autistique, les délires et la dissociation. Mais les conséquences de ces syndromes n'influent pas que l'aspect relationnel de la vie du patient.

b) Difficultés dans l'agir

La deuxième difficulté citée par les ergothérapeutes interrogés est celle de la mise en action du sujet souffrant de schizophrénie. Une des raisons qui expliquerait cette difficulté « **d'être en action** » (ergothérapeute 5) serait l'« **apragmatisme** » (ergothérapeute 1, 2 et 3) dont ils sont sujets. Pour l'ergothérapeute 4 cela ne relève pas de l'apragmatisme mais d'un « **parasitage** ». Toujours selon cet ergothérapeute, « *ils [les patients] sont tellement parasités qu'en fin de compte ils ont autre chose à penser* ». Bien que les patients soient en structures extra hospitalières, ceux-ci peuvent encore être sujets à des « **activités délirantes** » (ergothérapeute 1) qui viendraient les parasiter et les mettre en difficulté dans leur capacité d'agir, d'« *avoir une activité sociale et professionnelle* » (ergothérapeute 3). Pour l'ergothérapeute 7 cette difficulté d'être en action se traduirait par un « **manque d'envie** ». Cette problématique d'être en action fait que le patient souffrant de schizophrénie a des difficultés dans sa « *vie socioprofessionnelle* » (ergothérapeute 6).

Pour conclure, cette difficulté d'être en action, qui s'ajoute à celle de la mise en place des relations sociales, a des conséquences sur la vie quotidienne de ces patients.

c) Difficultés dans la vie quotidienne et donc sur la participation sociale

Tous les ergothérapeutes interrogés semblent s'accorder sur les difficultés rencontrées par les patients souffrant de schizophrénie, dans leur vie quotidienne, et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur leur participation sociale.

Pour les professionnels interrogés, les répercussions sur la participation sociale du sujet souffrant de schizophrénie sont au niveau de la gestion d'un budget, de faire à manger ou bien de gérer et « *intégrer un logement* »

(ergothérapeute 5). De plus, pour certains ergothérapeutes, les personnes souffrant de schizophrénie ont des difficultés dans la **gestion des activités de la vie quotidienne**. Cela pourrait s'expliquer, selon eux, par le syndrome « **dissociatif** » (ergothérapeutes 1 et 2) et par les « **troubles cognitifs** » (ergothérapeute 6). Les patients ont des difficultés de **planification** et d'**organisation** (ce qui concerne les fonctions exécutives selon l'ergothérapeute 6) qui les empêchent de gérer leurs activités, leur temps libre...

Pour conclure, ces différents points abordés par les ergothérapeutes seraient à l'origine de difficultés dans les relations sociales, dans l'agir et donc auraient des conséquences sur la participation sociale des personnes souffrant de schizophrénie. En effet, celles-ci seraient dans l'incapacité de prévoir, d'organiser ou sortir pour être dans une participation sociale. Mais ce qui semble être le plus important pour être dans une appartenance sociale et dans une participation sociale, selon les ergothérapeutes interrogés serait les difficultés relationnelles rencontrées par les patients.

3. L'accompagnement en ergothérapie

a) *Mise en place d'une relation*

C'est pourquoi la première chose faite, lors d'un accompagnement en ergothérapie, est la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et le thérapeute. Cette relation est travaillée de manière différente selon les professionnels. Pour deux d'entre eux, il est possible de réaliser des prises en charge individuelles pour certains patients. De ce fait, la relation se construit dans un premier temps entre le patient et le thérapeute exclusivement. En ce qui concerne les autres ergothérapeutes, la relation soignant-soigné, n'est pas exclusive. Elle se travaille au sein d'un groupe. Pour instaurer la confiance dans la relation, l'ergothérapeute 3 utilise une « **attitude thérapeutique de technicienne** », c'est-à-dire qu'il va mettre en avant l'aspect technique de la matière sur laquelle travaille le patient. Selon ce professionnel, c'est en voyant que les conseils donnés sur la technique aident le patient dans la réalisation de son objet, que celui-ci va avoir confiance. Les liens sociaux sont donc stimulés par les activités de groupe proposées au sein des structures, les ergothérapeutes favorisent les échanges entre les patients lors des groupes. Ces interactions sont

travaillées soit tout au long du groupe, soit à la fin dans un temps consacré aux échanges, « **on favorise beaucoup les échanges entre les patients** » (ergothérapeute 2). C'est donc, « **dans un premier temps ce qui est du rapport à l'autre** » (ergothérapeute 1) qui est travaillé. Pour l'ergothérapeute 2, les échanges entre les patients ne sont pas favorisés que dans les groupes, mais aussi dans les « *moments « off », dans les salles communes* ». On retrouve cette volonté d'interactions sociales entre les patients, en dehors des groupes, également chez les ergothérapeutes 1 et 5.

Ce travail autour des interactions sociales au sein du groupe sert de base pour permettre aux patients d'aller « **vers l'extérieur** » (ergothérapeute 1).

b) Ateliers thérapeutiques de groupe et mises en situation

Comme je l'ai dit précédemment, les ergothérapeutes travaillent en premier sur la mise en place d'une relation, d'interactions entre les patients et les soignants ou bien entre les patients eux-mêmes. Pour travailler sur cet objectif, tous utilisent des ateliers thérapeutiques de groupe et deux d'entre eux ont la possibilité de réaliser des prises en charge individuelles. Quelle que soit la structure, les patients ont la possibilité de choisir leurs activités. Toutefois, il est à noter qu'il y a des « *incitations* » à choisir une activité en particulier (ergothérapeutes 1, 4, 5) selon les patients et les indications du groupe. Quelle que soit la structure de soins, les activités proposées sont diverses. Il peut y avoir des « **activités projectives** » et « **activités manuelles** » (ergothérapeutes 2, 3, 4 et 7). Dans tous les cas, l'activité est utilisée comme lien à la réalité et permet d'ancrer le patient dans celle-ci. C'est ce qui va permettre d'établir une relation. Ces ateliers thérapeutiques ont pour but de favoriser les échanges entre les patients, de favoriser leur créativité et leur imagination mais aussi de travailler sur la « **frustration** » (ergothérapeute 3). En effet, pour cet ergothérapeute gérer la frustration est un travail nécessaire pour être en collectivité et donc avoir une participation sociale.

Tous les ergothérapeutes utilisent également les « **mises en situations** », que ce soit de la « **cuisine thérapeutique** » ou des « **sorties culturelles** ». Selon les ergothérapeutes, les mises en situations permettent aux patients d'aller « **vers l'extérieur** ». De plus, cela leur permet de travailler certains aspects de la vie

quotidienne, comme gérer un budget pour les courses, établir un trajet... Ces mises en situation permettent également les échanges entre les patients. En effet, ces derniers doivent s'accorder sur le menu ou le lieu de sortie par exemple. Cela les met également dans une position d'acteur. Laisser le choix aux patients de ce qu'ils veulent faire, c'est les rendre acteurs de leur soin, voire « *de leur vie* » (ergothérapeute 4). Tous les ergothérapeutes rencontrés essaient de rendre les patients acteurs, de les mettre en action, par le choix de l'activité, le choix de la matière, lors des mises en situation... Cela est réalisé dans le but de lutter contre l'apragmatisme et de « **revaloriser** » le patient (ergothérapeute 5).

Deux ergothérapeutes travaillent un autre aspect, celui des fonctions cognitives. L'ergothérapeute 3 travaille sur la mémoire et l'orientation spatiale lors de ces groupes. L'ergothérapeute 6 travaille également sur les fonctions exécutives (attention et mémoire principalement), ce qu'il appelle la « **neurocognition** », mais également sur la « **cognition sociale** » c'est-à-dire ce qui est autour de la « *problématique des émotions, du regard d'autrui, des informations spatiales...* ». Ce travail des fonctions cognitives va dans la continuité de leur prise en charge. C'est pour aider le patient à prendre conscience de ses difficultés, voire de sa pathologie, l'aider à « *transférer tous les acquis dans la vie quotidienne dans une situation réelle* » (ergothérapeute6) et ainsi favoriser sa participation sociale.

Pour conclure, les activités de groupe et les mises en situation permettent de favoriser les échanges entre les patients et de les rassurer, de les accompagner dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne. L'objectif final étant d'accompagner le patient vers l'extérieur, en dehors de la structure.

c) Importance du travail en équipe

De manière générale, tous les groupes réalisés dans ces structures extra hospitalières sont co-animés, soit par des personnes de même profession, soit de profession différente. Selon les ergothérapeutes, le fait de co-animer des groupes permet d'avoir une vision différente, « *ça apporte des **regards**, des **avis différents** très riches* » (ergothérapeute 6). L'approche du patient selon les professionnels, n'est donc pas la même. De plus, cela permet de voir des choses qu'un autre n'aurait pas pu voir car « **on [les professionnels] n'a pas la même**

contenance ou le même étayage psychique » (ergothérapeute 6). Ce travail en équipe ne se définit pas que par la co-animation des groupes. Il y a aussi des « **réunions cliniques où le patient est vu** » (ergothérapeute 1 et 5) avec l'ensemble de l'équipe, et où le projet du patient est décidé. C'est donc l'ensemble de l'équipe qui accompagne le patient dans la réalisation de son projet, que ce soit un projet de logement ou d'activité professionnelle. Enfin, pour l'ergothérapeute 4, le travail en équipe est tout aussi important qu'« *une bonne ambiance* » car cela joue sur les patients. Si le patient sent qu'il y a un problème d'entente au sein de l'équipe, ce dernier pour qui « *sa participation sociale est de venir à l'HDJ* », ne viendra « *que s'il s'y sent bien* ».

En général, le travail de la relation est le premier effectué auprès des patients. Que ce soit la relation avec les soignants ou bien entre les patients. Ce lien social est permis par les ateliers thérapeutiques, qui sont des groupes où les thérapeutes favorisent les échanges grâce au média. C'est en travaillant ce lien à l'autre que les patients vont pouvoir aller vers l'extérieur, sortir de leur isolement. Mais les groupes ne sont pas le seul moyen utilisé par les ergothérapeutes pour faciliter l'accompagnement vers la cité. Ils utilisent également des mises en situation telle que la cuisine thérapeutique ou les sorties culturelles. Le travail en équipe, avec les autres professionnels, est aussi un autre moyen utilisé pour accompagner le patient vers l'extérieur.

Tous les ergothérapeutes amènent les patients vers une participation sociale, quel que soit le projet du patient (logement, travail...), en passant par un accompagnement au sein d'un groupe où les interactions sont sollicitées.

4. Les différentes orientations proposées pour favoriser la participation sociale

Plusieurs types d'orientations sont proposés aux patients en fonction de leurs besoins. C'est un accompagnement adapté du patient vers l'extérieur afin de favoriser sa participation sociale. Les **ESAT** ainsi que les **GEM** sont les structures qui ressortent le plus au vu des données recueillies. En effet, les ergothérapeutes, avec l'équipe soignante, répondent au projet des patients qui est le plus souvent celui d'une activité professionnelle. Pour accéder à cette demande, les ergothérapeutes sont en lien avec des ESAT et parfois des « *ateliers protégés* » (ergothérapeute 3). Les professionnels interrogés soulèvent également la question

des activités le week-end. Les patients bénéficient d'un accueil pendant la semaine avec les structures et/ou les ESAT, mais durant le week-end ces derniers restent chez eux, « *s'ennuient* » (ergothérapeute 7). C'est pourquoi les GEM peuvent être proposés à certains patients. De plus, en fonction du patient et de son projet de vie, l'ergothérapeute peut également lui proposer d'autres types d'accompagnements, comme des associations sportives ou autres groupes. Ces orientations répondent à des cas ponctuels et ne sont donc pas systématiquement proposées. Elles ont aussi pour but d'inciter les patients à aller vers l'extérieur et de faire partie de groupes « *neutres* ». Seuls trois structures proposent les SAVS comme orientation vers l'extérieur, et seulement deux établissements proposent les SAMSAH. Les ergothérapeutes interrogés n'ont pas de réseaux spécifiques. Les accompagnements vers l'extérieur de la structure se font en fonction du patient et de son projet. Ce sont des accompagnements adaptés et ponctuels, c'est-à-dire qu'ils répondent à la demande du patient à un instant t. Toutefois il est à noter que toutes les structures sont en lien avec un ESAT, car la demande première des patients est d'avoir un travail. Les SAVS et les SAMSAH ne sont que peu proposées aux patients vis-à-vis de leur projet de vie. Enfin, en ce qui concerne les logements, aucun des ergothérapeutes ne réalise d'accompagnement. Il s'agit généralement du rôle de l'assistante sociale. De plus, il existe un système de référence au sein de ces structures. Un professionnel de l'équipe soignante est référent de un ou plusieurs patients. C'est au cours des entretiens avec le référent, le patient et le médecin, que les projets sont vus. L'ergothérapeute peut donc proposer des orientations mais le choix final se fait avec l'ensemble de l'équipe et le patient.

DISCUSSION

I. Conclusion de l'enquête

Par cette étude, j'ai cherché à montrer l'importance de la relation médiatisée, mise en place lors d'un accompagnement en ergothérapie, afin de favoriser la participation sociale des personnes souffrant de schizophrénie.

La comparaison des données recueillies lors des entretiens et des recherches théoriques m'a permis de mettre en évidence plusieurs grandes idées.

D'après les résultats obtenus lors des entretiens, la notion de « participations sociale » n'est pas connue des ergothérapeutes interviewés. Toutefois, ceux qui ont donné une définition de ce terme ont mis en évidence l'importance des interactions sociales que l'individu a dans sa vie quotidienne. Aucun n'a fait de lien avec les notions d'appartenance sociale et de construction identitaire. C'est après des explications que les ergothérapeutes ont pu définir ces termes. Pour la plupart des ergothérapeutes interrogés, la notion d'appartenance a été implicitement citée à travers les termes « *avoir une place* » (ergothérapeute 1), « *plusieurs échelles* » (ergothérapeute 2) faisant référence à l'entourage de la personne (voisins, commerce, famille...) ou encore par d'autres expressions telles que « *être inséré* » (ergothérapeute 4) et « *être intégré* » (ergothérapeute 6). Bien que le lien ne soit pas clairement énoncé par ces professionnels, celui-ci existe bien. En ce qui concerne la construction identitaire, tous mettent en avant les interactions sociales avec l'environnement, mais très peu prennent en compte l'histoire de vie et les expériences de l'individu. En pratique, les liens entre ces différentes notions ne sont pas aussi évidents que dans la théorie.

De plus, tous les professionnels pointent du doigt les difficultés relationnelles qu'un patient souffrant de schizophrénie rencontre et qui l'empêchent d'avoir une participation sociale satisfaisante. En effet, les syndromes de la pathologie ont des conséquences sur la vie quotidienne des patients. Le repli autistique ainsi que les délires provoquent la rupture entre le patient et la réalité, et par conséquent favorisent l'isolement social. Le syndrome dissociatif (trouble du langage, de l'affectivité et de la pensée) qui n'a pas été cité majoritairement par les ergothérapeutes mais qui est présent dans la théorie, a également des

conséquences sur cet isolement. D'après les entretiens et en comparaison avec la théorie, les ergothérapeutes soulignent davantage les symptômes négatifs comme étant une difficulté majeure dans la vie quotidienne des patients. De manière générale, les données recueillies lors des entretiens, et les apports de la théorie semblent être en adéquation.

En ce qui concerne l'accompagnement en ergothérapie, il n'y a pas de différence de prise en charge ou de suivi en fonction des structures (ici CATTP et HDJ). Tous utilisent des ateliers thérapeutiques de groupe ou des mises en situation, afin de solliciter les échanges entre les soignants et les soignés, ainsi qu'entre les patients eux-mêmes. Lors des activités thérapeutiques, la médiation est utilisée pour favoriser les échanges et ancrer les patients dans la réalité. Ces échanges entre les patients semblent être l'objectif principal des groupes. Il existe toutefois d'autres objectifs comme apprendre à gérer la frustration, stimuler la créativité ou bien l'imaginaire. Les mises en situation sont utilisées comme moyen pour transférer les acquis des patients dans la vie quotidienne, les mettre en confiance et les rassurer face à l'extérieur qui peut être angoissant. De plus, la notion d'appartenance semble être travaillée au sein de ces structures. Dans un premier temps elle est travaillée lors des ateliers thérapeutiques, où le patient fait partie d'un groupe, y participe, y est actif. Et dans un deuxième temps, à une plus grande échelle, elle est mise en œuvre au sein de la structure. Le patient est amené à rencontrer d'autres patients qui ne font pas partie des mêmes groupes. Enfin, par les mises en situation, l'appartenance sociale est travaillée au niveau de la société. Il semblerait donc que les ergothérapeutes travaillent la participation sociale dans un premier temps au sein de la structure lors des groupes puis dans un deuxième temps vers l'extérieur par les mises en situation.

Enfin pour terminer, les ergothérapeutes favorisent donc l'appartenance sociale au sein de la structure puis à l'extérieur. Pour ce faire, la plupart d'entre eux, avec l'équipe soignante, proposent une orientation vers un GEM, où les patients peuvent rencontrer d'autres personnes en difficulté en dehors de la structure. Mais il peut aussi leur être proposé d'autres orientations qui ne sont pas spécifiques à la maladie, comme des associations (sportives...) ou des groupes dits « neutres » (ergothérapeute 4). Ces orientations se font sur la demande des patients, en fonction de leur projet. C'est donc un accompagnement individualisé

et adapté. Tous les interviewés souhaitent l'intégration de leurs patients au sein de la société mais très peu proposent des structures d'accompagnement comme les SAVS ou les SAMSAH (la raison n'a pas été demandée lors des entretiens).

II. Evaluation de l'hypothèse

D'après l'analyse des données recueillies lors des entretiens, je peux valider partiellement mon hypothèse : **la relation médiatisée proposée en ergothérapie au patient souffrant de schizophrénie, suivi au sein de structures extra hospitalières, lui permet de favoriser sa participation sociale.**

Comme j'ai pu le dire précédemment, la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et l'ergothérapeute est importante dans l'accompagnement vers une participation sociale du patient. Cette relation de confiance se construit et est permise grâce à la médiation proposée lors des ateliers thérapeutiques. C'est donc une relation triangulaire qui se crée entre le patient, l'ergothérapeute et la matière. La relation médiatisée a donc son importance dans l'accompagnement vers la participation sociale, mais ce n'est pas le seul moyen utilisé par les ergothérapeutes interrogés. En effet, ces derniers utilisent les mises en situation afin d'aider les patients dans la gestion des activités de la vie quotidienne. De plus, tous les professionnels soulignent l'importance du travail en équipe dans cet accompagnement vers l'extérieur. Bien que l'ergothérapeute utilise des ateliers thérapeutiques et des mises en situation pour favoriser la participation sociale des patients, l'évaluation, la validation du projet de vie du patient, ainsi que son accompagnement se font avec l'ensemble de l'équipe soignante.

Ce n'est donc pas la relation médiatisée, seule, qui permet de favoriser la participation sociale des patients souffrant de schizophrénie, mais également les mises en situation ainsi que l'accompagnement de l'équipe soignante.

III. Limites de l'étude

La première difficulté rencontrée est liée à la théorie. En effet, la notion de participation sociale vient de l'Amérique du Nord et se base sur le modèle du processus de production du handicap (PPH). Il m'a donc été difficile de trouver des écrits français sur le sujet. Toutefois, bien que ce soit un concept étranger, le modèle du PPH est utilisé en France. De ce fait, lors de certains des entretiens avec les ergothérapeutes, j'ai été confrontée à de grands silences. Bien que les professionnels n'aient pas de connaissances sur la notion de participation sociale, ceux qui ont répondu ont donné des éléments de réponse similaire à la théorie. En revanche, il a fallu que j'introduise les notions d'appartenance sociale et de construction identitaire pour que les ergothérapeutes en parlent. De plus, comme c'était une notion inconnue, les liens faits dans la théorie avec l'appartenance sociale et la construction identitaire n'ont pu être faits par les ergothérapeutes.

La deuxième difficulté découle d'un aspect pratique. Il n'a pas été facile de conduire les entretiens. C'est un exercice qui ne m'a pas été évident de réaliser et qui a demandé de la rigueur. Lors de la retranscription et l'analyse des informations recueillies, je me suis rendu compte que certaines informations n'étaient pas complètes comme la raison pour laquelle les SAVS et les SAMSAH ne sont que peu cités. Toutefois, au vu du nombre d'entretiens que j'ai réalisés, j'ai pu gagner en aisance.

IV. Réflexions nouvelles

Ce mémoire m'a permis de souligner l'importance des relations sociales qu'un individu a au cours de sa vie. Il m'a également permis de mettre en évidence comment les ergothérapeutes, au sein d'une équipe, favorisent la participation sociale des patients. A travers les échanges que j'ai pu avoir avec les ergothérapeutes, j'ai pu noter l'importance du regard de la société sur les troubles psychiques. En effet, les ergothérapeutes ont pu souligner les difficultés liées à la pathologie du patient dans la participation sociale mais ont aussi, pour certains, noté le rôle de la société dans celle-ci. Comme l'ergothérapeute 6 a pu le dire, la société émet des attentes face aux individus. Ces attentes peuvent correspondre à une « *situation familiale stable, avoir un revenu, un travail, un statut socio professionnel...* ». Tout individu essaie de se coller au modèle que la société

donne, dont les patients. Or, cette dernière met à l'écart les personnes éprouvant des difficultés. Les personnes souffrant de troubles psychiques, comme les personnes souffrant de schizophrénie sont stigmatisées. Selon une étude de la DREES³⁸ de mai 2001 sur la perception des problèmes de santé mentale, les individus dits « fous » sont considérés comme dangereux. De cette stigmatisation découle une internalisation de la stigmatisation par les patients, c'est-à-dire qu'ils vont dire « je suis schizophrène » au lieu de « je suis atteint de schizophrénie ». Il y a donc un travail à faire pour faire évoluer le regard de la société sur la maladie mentale.

Une deuxième réflexion est née de ce travail de recherche. Lors des entretiens, les ergothérapeutes soulignent l'importance des interactions sociales, mais peu d'entre eux énoncent le rôle de l'entourage dans les soins et dans la participation sociale. Il me semble que le premier groupe d'appartenance d'un individu est celui de la famille. Les structures extra hospitalières permettent aux patients de bénéficier de soins la journée et retrouver un « chez eux ». Seul l'ergothérapeute 3 semble prendre en compte l'environnement familial du patient. Pour les autres, l'environnement familial n'a pas été énoncé. De ce fait, est-ce que la personne souffrant de schizophrénie se retrouve « seule » en dehors du milieu de soin ? L'ergothérapeute, ainsi que l'équipe ne doivent-ils pas prendre en compte le facteur familial du patient pour assurer un bon accompagnement vers l'extérieur, et donc une participation sociale ?

Enfin, je terminerais par les différentes orientations qui existent mais que peu d'ergothérapeutes ont cités. La sectorisation a permis le développement des structures extra hospitalières. Celles-ci se trouvent au cœur de la cité afin de permettre aux patients d'être intégrés à la société, d'y évoluer et d'avoir une participation sociale. Toutefois, au vu des entretiens que j'ai pu faire, je trouve qu'il manque encore des liens, des partenariats entre les différentes structures. Le principal objectif des ergothérapeutes travaillant en extra hospitalier est de permettre aux patients de s'insérer dans la société. Mais comment permettre la réussite de cet objectif si la participation sociale du patient ne passe que par la structure extra hospitalière ? Des liens entre ces structures extra hospitalières et

³⁸ DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

les structures alternatives comme les SAVS, les SAMSAH, les GEM et autres encore, doivent se faire.

Ce travail de recherche soulève d'autres questionnements. L'ergothérapeute agit au sein d'une équipe dans le but de favoriser la participation sociale des patients. Mais, avec l'étude que j'ai pu réaliser, je me suis rendu compte que ces derniers n'ont pas, ou très peu, de réseaux ou de partenariats avec des structures alternatives. Les orientations proposées aux patients, par l'équipe, se font sur leur demande et en fonction de leur projet. Alors, comment, en tant qu'ergothérapeute, pouvons-nous aider à développer ces réseaux et ces partenariats ? Il me semble important de créer des liens entre les différentes structures qui existent afin de permettre aux patients de « sortir » d'un milieu de soins et d'aller vers une participation sociale satisfaisante, vers un extérieur qu'est la société. De là, découle mon deuxième questionnement : quel rôle et quels moyens l'ergothérapeute, avec l'équipe pluri professionnelle, a pour faire évoluer les regards sur la maladie mentale ? En effet, accompagner le patient vers l'extérieur semble nécessaire mais qu'en est-il de l'accueil du patient par la société ?

CONCLUSION

Au cours de ce travail de recherche, j'ai pu constater que la notion de participation sociale était une notion vaste et complexe. A elle seule, elle regroupe plusieurs notions comme celle de l'appartenance sociale et celle de la construction identitaire. Toutes ces notions ont pour point commun les interactions sociales qu'un individu peut avoir au cours de sa vie. Chez une personne souffrant de schizophrénie, ces interactions sociales se trouvent « défailantes » du fait des syndromes de la pathologie. Ces personnes se trouvent donc en difficulté dans leur participation sociale. Toutefois, elles émettent quand même le désir d'en avoir une, le plus souvent par le souhait d'exercer une activité professionnelle, d'avoir un logement ou d'avoir une vie de famille « satisfaisante ». Tout au long de ce mémoire, j'ai cherché à mettre en évidence l'importance des interactions sociales dans la participation sociale des individus.

La problématique de la réinsertion sociale des patients souffrant de troubles psychiques est d'actualité. Ce mémoire m'a permis de mettre en évidence l'importance des interactions sociales et le rôle des structures extra hospitalières dans leur favorisation.

Dans ces circonstances, une prise en charge en ergothérapie est indispensable pour permettre au patient de reprendre confiance en soi, de se rassurer et de favoriser les échanges, que ce soit avec le personnel soignant ou bien avec les autres patients. Cela pourrait permettre au patient d'appartenir à un groupe et d'être reconnu, avant d'élargir son appartenance à d'autres groupes, en dehors de la structure. Cet accompagnement en ergothérapie pour favoriser la participation sociale des patients se caractérise par les ateliers thérapeutiques de groupe et par les mises en situation. Mais il ne faut pas oublier que l'accompagnement en ergothérapie est une partie de l'accompagnement du patient par la structure. Le travail en équipe a toute son importance pour favoriser la participation sociale du patient.

Il me semble important également d'aider le patient à aller vers l'extérieur, en allant au-delà des mises en situation. C'est pourquoi, il faudrait développer et mettre en place des réseaux et des partenariats, entre les différents acteurs

proches du patient, que ce soit des professionnels de santé ou bien l'entourage de la personne. Nous devons nous intéresser aux ressources que le patient possède, mais aussi à celles de la société. Grâce à la sectorisation psychiatrique, le patient est au plus proche de la cité. A nous de l'accompagner vers celle-ci.

Ce mémoire a été très enrichissant, à la fois sur les connaissances de la théorie concernant la schizophrénie mais aussi dans sa prise en charge. Cela m'a également enrichie sur le plan humain avec les différentes rencontres que cette étude m'a permis de faire. Ce travail m'a confortée dans ma volonté de travailler dans le domaine de la santé mentale. Il m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le fonctionnement des hôpitaux de jour et de découvrir celui des CATTP ainsi que celui des structures médico-sociales et des GEM.

BIBLIOGRAPHIE

- Ouvrages

DA SILVA K, L'ergothérapie : au cœur de la réadaptation. Tiré de HERNANDEZ H, *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal, 2007. P. 205-221.

DONAZ M. Entre créativité et soin psychique : être ou ne pas être ergothérapeute en psychiatrie. Tiré de HERNANDEZ et al. *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal, 2007. P. 71-74.

HANUS, M., & LOUIS, O. Les schizophrénies. Tiré de *Psychiatrie de l'étudiant, 11^{ème} édition*. Paris : Maloine. 2010. P 76-101.

Jumageldinov, A. Diversités culturelles et construction identitaire chez les jeunes appartenant aux différents groupes ethniques au Kazakhstan. Approche comparative. Thèse en psychologie. Université de Lyon, France, 2009.

KEUCHYAN, R. Identité personnelle et logique du social. Tiré de *Histoire, philosophie et sociologie des sciences*. 2002. P. 263-282.

KLEIN, F. Ergothérapeute, pour quoi faire ? Tiré de HERNANDEZ H. et al. *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal, 2007. P. 39-54

MENARD M. La fabrique du cadre en ergothérapie. Tiré de HERNANDEZ et al. *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal, 2007. P. 39-54

MUTIS M. Espace intérieur et espace extérieur, dans Hernandez et al. *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal, 2007. P. 55-64

PERSON Y. Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action. Tiré de HERNANDEZ H. *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal, 2007. P. 169-175.

RAFFARD S. Mémoire autobiographique, identité et schizophrénie : les souvenirs définissant le soi et le voyage dans le temps. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2009.

- Arrêtés, circulaires, décrets, textes de lois :

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. (Version consolidée au 05 août 2015). (Article 1) En ligne http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9714150CD26292D2A2EF4FB2FED52142.tpdjo14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072756 (consulté le 31 juillet 2015)

Arrêté du 13 juillet 2011 pris pour l'application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code. Journal officiel, n°0172, 27 juillet 2011, p 12774. En ligne <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT00024400757&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id> (consulté le 3 août 2015)

Conseil national des politiques de lutte, contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). (2011). *Définition de la participation sociale*. En ligne sur le site du CNLE <http://www.cnle.gouv.fr/Definition-generale.html>, consulté le 20 juillet 2015.

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En ligne <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id> (consulté le 3 août 2015)

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. En ligne <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/3/11/SANA0424257D/jo/texte> (consulté le 3 août 2015)

Legendre Marie - Mémoire d'initiation à la recherche - ADERE - 2015

Circulaire DGAS/3B n°2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques. Bulletin officiel, n°10, 15 novembre 2005. En ligne <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-10/a0100027.htm> (consulté le 3 août 2015)

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. En ligne <http://www.chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/circulaires/circulaire-15-mars-1960.pdf> (consulté le 31 juillet 2015)

Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique Ministère de la jeunesse et des solidarités actives. Septembre 2010. *Guide des activités et des métiers du secteur social, médico-social et petite enfance.* En ligne http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_activites_et_metiers_du_secteur_social_medico_social_et_petite_enfance_sept_2010.pdf (consulté le 3 août 2015)

Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports. Janvier 2009. En ligne http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf (consulté le 31 juillet 2015)

- Sites internet :

Castra **Michel**, (2012). *Identité. Les 100 mots de la sociologie.*/En ligne <http://sociologie.revues.org/1593> (consulté le 13 mai 2015)

Emploi et Développement social Canada (EDSC). (2015). *Indicateurs de mieux être au Canada. Participation sociale-aperçu.* En ligne sur le site de l'EDSC <http://mieux-etre.edsc.gc.ca/misme-iowb/d.4m.1.3n@-fra.jsp?did=16>, consulté le 20 juillet 2015.

Legendre Marie - Mémoire d'initiation à la recherche - ADERE - 2015

Fisher, G.-N. (2009-2013). *Psychologie et société.*/En ligne. <http://www.psychologie-et-societe.org/identite-sociale.aspx> (Consulté le 13 Mai 2015)

Fougeyrollas, P. (s.d.). *RIPPH.* /En ligne <http://www.ripph.qc.ca/mdh-pph> (consulté le 12 décembre 2014)

Lazzeri, C. (2013). Identité et appartenance sociale. tiré de Philosophies et sciences sociales. <https://chaire-mcd.uqam.ca/upload/files/Publications/Veille/vsd28-lazzeri.pdf> (consulté le 10 mai 2015)

Les stades Freud, Piaget, Wallon. En ligne <http://www.psychologue.fr/ressources-psy/freud-piaget-wallon.pdf> (consulté le 6 août 2015)

Loubat J-R. (2003). Pour la participation sociale des personnes handicapées./En ligne LienSocial.com (consulté en décembre 2014)

Médialis. 2007-2015. *SAVS et SAMSAH.* En ligne <http://www.samsah-savs.fr/fr/dossiers-thematiques/savs> (consulté le 3 août 2015)

MDPH. Juin 2009. *Foire aux questions.* En ligne http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=53:quest-ce-quun-samsah-&catid=38:faq&Itemid=58 (consulté le 3 août 2015)

MDPH. (2011). *Inclusion sociale et citoyenne.* En ligne sur le site de la MDPH, http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=124:inclusion-sociale-et-citoyenne&catid=49&Itemid=89, consulté le 20 juillet 2015.

OEQ. L'ergothérapie en santé mentale. En ligne http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/Sante_mentale.pdf (consulté le 21 février 2015)

Olmicia Muriel, busy Christine, et Cie, (n°17, juin 2004, p. 12). L'ergothérapie. *Le journal de l'E.P.S Charcot Plaisir.*/En ligne <http://www.ch-charcot78.fr/documents/journal/Journal0604.pdf> (consulté le 25 février 2015)

Psycom. *Centre d'activité thérapeutique à temps partiel*. En ligne <http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures/Centre-d-activite-therapeutique-a-temps-partiel-CATTP> (consulté le 3 août 2015)

Rouff K. (7 décembre 2006). *Le CMP, dispositif central de la psychiatrie de secteur*. En ligne <http://www.lien-social.com/le-cmp-dispositif-central-de-la> (consulté le 31 juillet 2015)

Soins-Infirmiers.com. (Octobre 2008). *Le secteur extra-hospitalier : le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)*. En ligne http://www.soins-infirmiers.com/secteur_extra_hospitalier_cattp.php (consulté le 3 août 2015)

Sutter Pierre-Eric, Mars-Lab, (2009). *Sentiment d'appartenance sociale et performance sociale. Partie 2 : Sentiment d'appartenance : de quoi parle-t-on ?* En ligne. <http://blog.mars-lab.com/Dossiers/2009/mai09appartenancevolet2.php>. (consulté le 19 avril 2015)

UNAFAM (s.d). *Les schizophrénies*. En ligne <http://www.unafam.org/Les-schizophrenies,21.html> (consulté le 6 août 2015)

UNAFAM, (s.d), *CMP*. En ligne <http://www.unafam.org/+CMP-+.html> consulté le 3 août 2015

Unapei, *Tout savoir sur le handicap mental*. (s.d). *Le milieu protégé de travail : les ESAT*. En ligne <http://www.unapei.org/Le-milieu-protege-de-travail-les,56.html> (consulté le 3 août 2015)

Unapei, *Tout savoir sur le handicap. Les services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH)*. En ligne <http://www.unapei.org/Les-services-d-accompagnement-SAVS.html> (consulté le 3 août 2015)

Velche, D., & Roussel, P. (2011). *La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle ?* (Consulté le 21 mars 2015)

Weber P. RIPPH (2015) (Réseau international sur le processus de production du handicap). *Travail social et handicap : de l'inclusion à la participation sociale*. En

Legendre Marie - Mémoire d'initiation à la recherche - ADERE - 2015

ligne <http://www.ripph.qc.ca/revue/revue-integration-participation-sociale-inclusion/travail-social-handicap-l-inclusion-particip> (consulté le 31 juillet 2015)

ANNEXES

ANNEXE 1

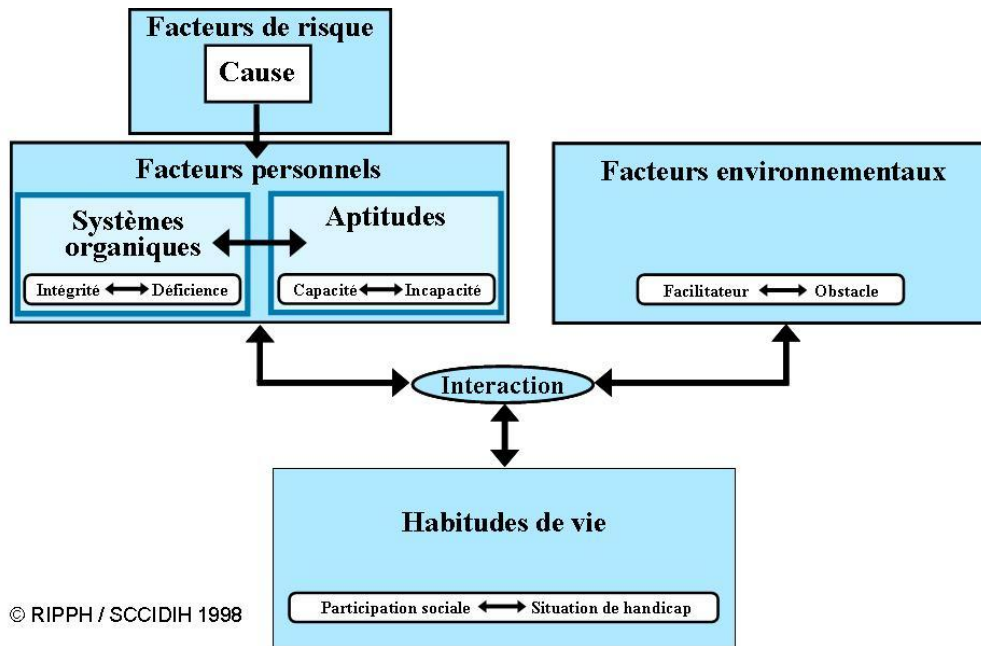


Figure I Modèle du Processus de Production du Handicap (PPH)

ANNEXE 2

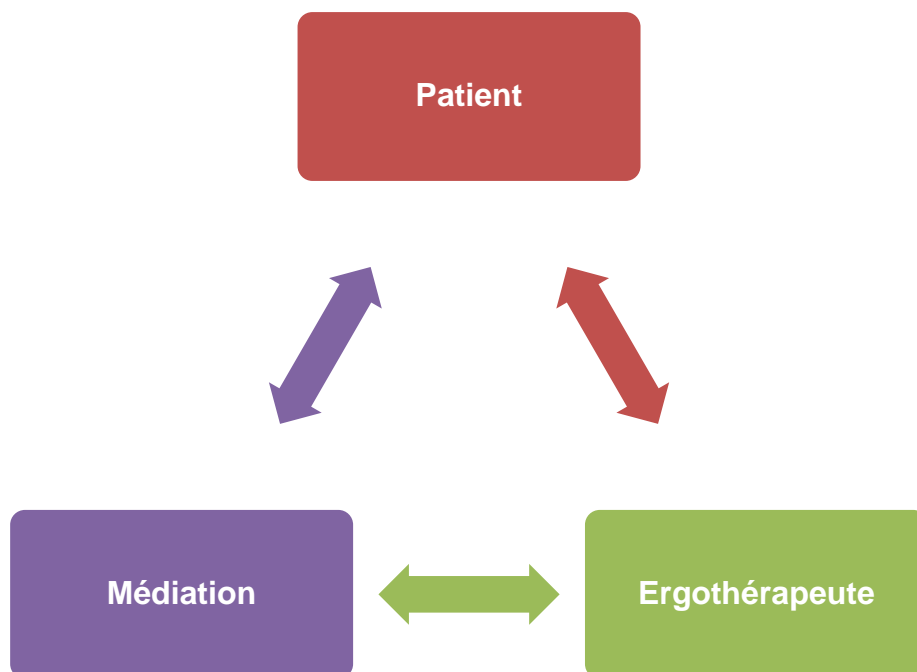


Figure II Relation triangulaire selon I. Pibarot

ANNEXE 3 : Tableaux d'analyse des entretiens

Question n°1 et 2 : Population interrogée et lieu d'exercice

	Expérience en psychiatrie	Lieu d'exercice	Concept clef de la structure
Ergothérapeute 1	Depuis 6 ans	Hôpital de jour	Psychanalytique + psychothérapie institutionnelle
Ergothérapeute 2	Depuis 2 ans	Hôpital de jour	Psychanalyse + neurocognitif <i>« notre mission ce serait déjà de remettre un pied dans la ville, dans la vie en société et de réapprendre à vivre en société »</i>
Ergothérapeute 3	Depuis 13 ans	CATTP	Pas de courant spécifique. Cognitivo-comportemental, systémique... <i>« évaluer le patient, d'être dans l'observation, voir sa symptomatologie, voir l'évolution par rapport à la symptomatologie »</i>
Ergothérapeute 4	Depuis 1 an	Hôpital de jour	Pas de courant spécifique. Stabiliser les patient, réinsérer, mission de lien social = réinsertion sociale
Ergothérapeute 5	Depuis 1 an,	Hôpital de jour	Psychanalytique + psychothérapie institutionnelle
Ergothérapeute 6	Depuis 3 ans	CATTP	Réhabilitation psychosociale, neuro cognition, cognition sociale, psychanalytique
Ergothérapeute 7	Depuis 14 ans	CATTP	psychanalytique

Question n°3 : Définition de la « participation sociale

	Définition	Conclusion
Ergothérapeute 1	« avoir une place en tant qu'être humain au sein de la société, au sein d'autres »	<p>- 6 ergothérapeutes interrogés sur 7 définissent la participation sociale par le fait d'avoir un lien avec la société.</p> <p>Cela se traduit par « avoir une place [...] au sein de la société », « entrer en relation avec la société », « être inséré dans un milieu », ou bien encore « interaction de la personne à la communauté », « être intégré dans la communauté »</p> <p>- 6 d'entre eux y associent les interactions sociales d'un individu.</p> <p>Cela s'exprime par différentes expressions comme « au sein d'autres », « capacité d'entrer en relation », « créer des liens sociaux », « situation familiale, statut socioprofessionnel », « liens avec l'extérieur »</p>
Ergothérapeute 2	« capacité d'entrer en relation avec la société. Il y aurait plusieurs échelles (voisins, commerce, soignants ...) »	
Ergothérapeute 3	Pas de réponse car ne sait pas à quoi cela correspond	
Ergothérapeute 4	« être inséré dans un milieu, respecter les règles, se créer des liens sociaux », « savoir où est sa place et à partir de quand on empiète un peu trop sur l'espace de l'autre »	
Ergothérapeute 5	« interaction de la personne à la communauté, à la société »	
Ergothérapeute 6	« être intégré dans la communauté », « avoir une situation familiale stable, avoir un revenu, un travail, un statut socioprofessionnel »	
Ergothérapeute 7	Pas d'idée claire. « lien qu'on peut avoir à l'extérieur »	

→ Appartenance sociale

	Définition	Conclusion
Ergothérapeute 1	« se sentir comme des pairs », « personne en tant que personne au sein d'un groupe »	<p>- 4 ergothérapeutes interrogés sur 7 définissent l'appartenance sociale comme le fait d'appartenir à un groupe.</p> <p>On retrouve les expressions « personne au sein d'un groupe », « référence aux différentes échelles », « être en groupe », « réussir à être intégré dans la société, trouver une place, un rôle »,</p> <p>Un ergothérapeute ajoute la notion de reconnaissance par « avoir un statut, une reconnaissance »</p>
Ergothérapeute 2	« référence aux différentes échelles »	
Ergothérapeute 3	Pas de réponse	
Ergothérapeute 4	« être en groupe et donc travailler tout ce qui est de l'ordre du groupe », « vouloir y appartenir »	
Ergothérapeute 5	Problème de compréhension linguistique	
Ergothérapeute 6	« réussir à être intégré dans la société, trouver une place, un rôle », « avoir un statut, une reconnaissance »	
Ergothérapeute 7	Pas d'idée	

→ Construction de l'identité

	Définition	Conclusion
Ergothérapeute 1	Pas de réponse	<ul style="list-style-type: none"> - 6 interviewés sur 7 pensent que la construction identitaire passe par les interactions de l'individu avec son environnement : « lien avec l'environnement », « milieu familial », « facteurs familiaux [...] environnementaux », « importance de la culture de la personne », « en fonction des normes, des règles de la société ». Ce facteur environnemental se définit donc par les facteurs familiaux, la culture de la personne et le milieu de vie au sein du quel elle évolue. - 6/7 incluent le rôle des relations sociales : « créer du lien », « facteurs sociaux », « [...] les contacts sociaux », « avec le regard d'autrui », « rapports à l'autre » - 2 ergothérapeutes sur 7 parlent du rôle des expériences de vie qu'un individu peut faire, dans la construction de l'identité « ses étapes de vie, dans ses évènements de vie, ce qu'il a pu vivre »,
Ergothérapeute 2	« personnalité », « lien avec l'environnement », « La création identitaire c'est déjà créer du lien. En même temps on se crée par rapport à l'autre. »	
Ergothérapeute 3	« en fonction du milieu familial dans lequel le patient évolue et aussi dans ses étapes de vie, dans ses évènements de vie, ce qu'il a pu vivre, ça le construit au quotidien, et en plus de sa pathologie qui agit la dessus »	
Ergothérapeute 4	Déjà construite quand le patient vient en HDJ. « facteurs familiaux, des facteurs sociaux, environnementaux », « quelque chose d'intrinsèque aussi, propre à chacun »	
Ergothérapeute 5	« importance de la culture de la personne », « s'identifier par rapport à la culture », « la culture joue un rôle dans les contacts sociaux »	
Ergothérapeute 6	« avec le regard d'autrui », « en fonction des normes, des règles de la société », « antécédents », « parcours de vie », « estime de soi »	

Ergothérapeute 7	« rapports à l'autre », « intégrer des activités », « entourage, environnement »	« antécédents », « parcours de vie ». Deux autres soulèvent la question d'autrui avec « se créer par rapport à l'autre » et « avec le regard d'autrui ». Et un troisième ergothérapeute pense qu'il y a quelque chose de personnel, de « propre à chacun » qui y joue un rôle. « estime de soi »
-------------------------	--	--

Question n°4 : Difficultés rencontrées par les personnes souffrant de schizophrénie

	Difficultés	Conclusion
Ergothérapeute 1	« apragmatisme », « difficile d'aller vers l'autre », « activité délirante », « lien aux autres perturbé », « ça peut être dans la dissociation où, là ça va être compliqué de s'organiser, de planifier des choses... »	- Tous les ergothérapeutes disent que la relation à l'autre est une difficulté majeure. Les ergothérapeutes l'expliquent par des difficultés à aller vers l'autre et de rentrer en contact avec les autres , et par un lien aux autres perturbé
Ergothérapeute 2	« compliqué de rentrer en contact avec les autres », « apragmatisme et désinvestissement de soi », « quand on reste cloîtré chez soi on n'est pas en participation sociale », « dissociation »	- Tous les interviewés considèrent qu'être en action est une autre difficulté rencontrée.
Ergothérapeute 3	« syndrome délirant qui va l'empêcher d'être dans la réalité, de rentrer en contact avec les autres, d'avoir une activité sociale et professionnelle », « apragmatisme »	Cette difficulté s'exprimerait par l' apragmatisme dont sont sujets les personnes schizophrènes, des difficultés à être en action qui résulteraient d'un « parasitage »

Ergothérapeute 4	« identification à l'autre qui se fait mal », « de l'ordre de sortir de chez soi, d'avoir des relations avec autrui », « ils sont parasites »	<p>- De plus, 5 d'entre eux considèrent que les personnes schizophrènes ont des difficultés dans la gestion des activités de la vie quotidienne, comme par exemple au niveau de la gestion d'un budget</p> <p>Cela serait dû à la dissociation et aux troubles cognitifs.</p> <p>Ces différents points abordés par les ergothérapeutes, seraient à l'origine de difficultés dans les relations sociales, dans l'agir et donc auraient des conséquences sur la participation sociale des personnes souffrant de schizophrénie.</p>
Ergothérapeute 5	« beaucoup de problèmes par rapport à l'extérieur (gestion de budget, course...) », « angoisses », « contact avec les autres », « difficulté d'être en action »	
Ergothérapeute 6	« incapacité à reconnaître autrui », « mauvaise perception du regard d'autrui », « mauvaise perception de la théorie de l'esprit », « codes sociaux », « intégration dans la société », « découle sur la relation », « neuro cognitif, cognition sociale », « estime d'eux-mêmes », « difficultés socioprofessionnelles », « récits autobiographiques »	
Ergothérapeute 7	« rapport à l'autre », « se faire à manger, faire les courses... », « manque d'envie », « angoisse »	

Question n°5 : Accompagnement en ergothérapie

	Définition	Conclusion
Ergothérapeute 1	« adapté à chaque patient », « ateliers thérapeutiques », « travail d'équipe », « dans un premier temps ce qui est du rapport à l'autre », « que des prises en charge de groupe », mise en situation (« cuisine thérapeutique », « sorties culturelles »)	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les ergothérapeutes effectuent des prises en charge de groupe - Tous les interviewés mettent en avant l'importance de la relation, que ce soit entre les patients et l'équipe soignante, ou bien entre les patients eux-mêmes.
Ergothérapeute 2	« activités projectives », « activités manuelles », « prises en charge groupales », « mises en situation (cuisine, sorties culturelles) », « travail de la relation avec autrui », « on favorise beaucoup les échanges entre les patients, que ce soit dans les groupes ou dans les moments «off », dans les salles communes, de créer du lien déjà entre eux puis après vers l'extérieur »	<p>« dans un premier temps ce qui est du rapport à l'autre », « travail de la relation avec autrui », « on favorise beaucoup les échanges entre les patients »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour ce faire tous les ergothérapeutes utilisent des ateliers thérapeutiques et des mises en situation
Ergothérapeute 3	« on travaille beaucoup le côté relationnel entre les patients, le patient avec nous », « travail de la frustration », « travail des fonctions cognitives », « réinsertion professionnelle », mise en place d'une « attitude thérapeutique de technicienne », « prise en charge de groupe »	<p>Quelle que soit la structure, les patients ont la possibilité de choisir leurs activités. L'activité est utilisée comme lien à la réalité et permet d'ancrer le patient dans celle-ci. Les mises en situations permettent aux patient d'aller «vers l'extérieur » («cuisine thérapeutique », «sorties</p>

Ergothérapeute 4	« pluri professionnalisme », mise en situation avec repas thérapeutiques, « les rendre acteurs de leurs soins mais aussi quelque part de leur vie », prise en charge de groupe, favoriser les échanges au sein du groupe, « dynamique de groupe importante »	culturelles ») - Tous les ergothérapeutes essaient de rendre les patients acteurs, de les mettre en action, par le choix de l'activité, le choix de la matière, lors des mises en situation... - Tous les ergothérapeutes travaillent en collaboration avec un collègue lors des ateliers thérapeutiques. Tous relèvent l'importance du travail d'équipe pour l'accompagnement du patient
Ergothérapeute 5	Utilisation de mise en situation -> sortie culturelle, « prise en charge de groupe », mettre le patient en position d'action, mise en place d'une relation de confiance, revalorisation	
Ergothérapeute 6	« atelier de groupe en co-animation », « individuel et groupe », « importance du travail en équipe », « réhabilitation », « psychoéducation », « neuro cognition », « cognition sociale », « connaissance de la maladie, des symptômes », « destigmatisation », « accompagnement vers l'extérieur », « mise en situation », « adapté aux patients »	
Ergothérapeute 7	« prise en charge de groupe ou individuelle », « le patient choisit ce qu'il veut faire comme activité », « temps d'échange tout au long des groupes », « groupe aide à la relation à l'autre », « c'est dans la relation, tout se joue dans la relation », « accompagner le patient dans ses démarches »	

Question n°6 : Orientations proposées pour favoriser la participation sociale

	Orientations proposées	Conclusion
Ergothérapeute 1	« réorientation si notre HDJ n'est pas adapté », « maison de retraite », « ESAT », « travail en milieu ordinaire », « dans le groupe newsletter il peut y avoir des sujets sur les GEM ou les SAVS »	Plusieurs types d'orientations sont proposés aux patients. Ces différentes structures sont proposées en fonction des besoins des patients. C'est un accompagnement adapté du patient vers l'extérieur afin de favoriser sa participation sociale. Les ESAT et les GEM sont cités par 6 des interlocuteurs. En revanche les SAVS ne sont cités que par trois ergothérapeutes et les SAMSAH par 2 ergothérapeutes. L'orientation vers ces structures ou associations ne se fait qu'à la demande du patient. D'autres orientations peuvent être proposées.
Ergothérapeute 2	« GEM »	
Ergothérapeute 3	« ESAT », « partenaires de formation »	
Ergothérapeute 4	« séjours de rupture », « ESAT », « GEM »	
Ergothérapeute 5	Idem ergothérapeute n°1	
Ergothérapeute 6	« ESAT », « travail en milieu ordinaire », « SAVS », « SAMSAH », « GEM », « groupes neutres »	
Ergothérapeute 7	« SAMSAH », « SAVS », « GEM », « ESAT »	

Mots clefs : Participation sociale, activité, schizophrénie, ergothérapie

Résumé : Les patients souffrant de schizophrénie paranoïde, hospitalisés en intra hospitalier, souhaitent pour la plupart avoir un travail ou une vie de famille. Dans ce travail de recherche, je me suis intéressée à la notion de participation sociale et à ce qu'elle inclue. Cet écrit définit l'accompagnement en ergothérapie de ces personnes. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence l'importance de la relation médiatisée en ergothérapie dans la favorisation de la participation sociale de cette population. Pour confirmer ou non mon hypothèse, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs avec quatre ergothérapeutes travaillant en intra hospitalier auprès de la population étudiée. Tous les ergothérapeutes interrogés considèrent que le suivi en ergothérapie est un ensemble. Ils prennent en compte le cadre et la relation thérapeutiques ainsi que la médiation. Cette dernière sert de prétexte à la rencontre et de support à la relation. De ce fait, mon hypothèse est partiellement validée. Pour conclure, l'ergothérapeute agit auprès du patient pour favoriser sa participation sociale, mais il reste à voir ses moyens pour faire évoluer le regard de la société sur les pathologies psychiatriques.

Keywords : Social participation, activity, schizophrenia, occupational therapy

Abstract : Inpatients suffering from paranoid schizophrenia wish, for a majority, to have a job or a satisfactory life. I was interested in the concept of social participation and more particularly on its definition and the different aspects that involves. The role of the occupational therapist to assist this people was analyzed too. The aim of this study is to highlight the importance of occupational therapy activity in the facilitation of social participation for this population. To confirm or not my working hypothesis, I used the semi-directive method with four occupational therapists who work in psychiatry with the studied population. All of them consider that care is a whole. They take into account the therapeutic framework and relation, as well as the activity. Indeed, the activity serves as a pretext to meet the client and it is a support for the relation. As the care is a unit, my hypothesis is partially confirmed. To conclude, the occupational therapist plays a part in the facilitation of the social participation of the client with a paranoid schizophrenia while intervening with him, but what is the role of the occupational therapist on the society's look.