

Institut de Formation en
Ergothérapie de Nevers



Université de
Bourgogne

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2017-2020

L'importance des émotions dans la qualité
de vie des patients schizophrènes en Unité
pour Malades Difficiles

Étudiant : Estelle Robin

Directeur de mémoire : Christelle Giroit

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'institut de formation et de l'Université de Bourgogne.

Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à remercier Gabrielle LEGENTIL de m'avoir permis de faire mes premiers pas dans le monde de la psychiatrie. Je la remercie également pour sa disponibilité, son implication ainsi que son soutien durant la réalisation de ce travail.

Je tiens à remercier tout particulièrement les ergothérapeutes avec lesquelles je me suis entretenue, sur leur partage d'expériences, le temps qu'elles m'ont accordé ainsi que l'intérêt qu'elles ont porté à mon sujet.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique pour ces trois années de formation. Merci aux ergothérapeutes et professionnels de santé du département de la Nièvre pour leur engagement et pour la qualité des enseignements dispensés. Un grand merci à Marie-Gabrielle BRUNEL pour ses conseils et ses relectures.

Je remercie l'ensemble de mes collègues de la promotion 2017-2020 pour les bons moments passés ensemble et vous souhaite un plein épanouissement dans vos activités professionnelles futures. Merci à Mathilde DAMAS, avec qui j'ai formé un binôme de travail dynamique, sans qui cette formation n'aurait pas eu la même valeur et qui est devenue une véritable amie.

Un grand merci à ma famille et à mes amis pour leurs encouragements en amont et tout au long de cette formation. Merci à Emilie pour ses relectures. Au-delà de l'aspect financier des études, je remercie mes parents de m'avoir permis de garder confiance en moi et en l'avenir, pour réaliser un métier qui me correspond.

Enfin, merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mes stages, patients et professionnels, qui m'ont permis d'entamer la construction de mon identité de future ergothérapeute.

Citations

« Nul ne connaît l'origine de la schizophrénie. Que peuvent donc faire les thérapeutes appelés à les soigner ? Rien d'autre, dans l'état actuel de nos connaissances, que prendre soin d'eux, de préserver et laisser s'exprimer l'humanité et la créativité qui existent chez tous les schizophrènes et qui se manifestent à ceux qui ont appris à les comprendre et à rentrer dans leur univers. »

Jean-Marie Enjalbert

« Chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition. A ce moment là, il semble que plus personne ne sache. »

Fehr et Russel

« Les fous sont les explorateurs malchanceux de l'invisible. »

Nathan Hofstetter

Sommaire

Introduction et situation d'appel	2
I. Partie théorique	4
1. Les Unités pour Malades Difficiles	4
2. La Schizophrénie	8
3. Les Emotions	14
4. L'Ergothérapie.....	18
II. Question de recherche et hypothèse.....	23
III. Partie méthodologique	24
1. Choix de la méthode	24
2. Choix de la population.....	25
3. Elaboration du guide d'entretien.....	25
4. Recherche d'interlocuteurs et déroulement des entretiens	26
IV. Résultats.....	27
1. Présentation des personnes interrogées.....	27
2. Analyse longitudinale	28
3. Analyse transversale	35
V. Discussion.....	42
1. Analyse théorique.....	43
2. Analyse réflexive.....	46
Conclusion	49
Bibliographie.....	50
Annexes	

Liste des abréviations

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

UMD : Unité pour Malades Difficiles

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

CSM : Commission du Suivi Médical

ARS : Agence Régionale de la Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

ANFE : Association Nationales Française des Ergothérapeutes

TOM : Theory of Mind

Introduction et situation d'appel

J'ai découvert le domaine de la psychiatrie durant la deuxième année de mon cursus de formation. Je n'avais aucune expérience ni connaissance à ce sujet auparavant, mais les cours dispensés au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) m'ont particulièrement intéressée. Des travaux pratiques, en lien avec les soins en psychiatrie, nous ont également été proposés tout au long du semestre comme les médiations plastiques, des études de cas ou encore un cours pratique sur la gestion de l'agressivité et de la violence. Autant de situations qui m'ont permis de me projeter peu à peu dans ce domaine pour lequel j'avais, initialement, des appréhensions.

De même, j'ai eu l'opportunité d'échanger avec plusieurs professionnels de ce secteur, intervenant dans différentes structures comme les Unités pour Malades Difficiles (UMD), les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) ou le milieu carcéral. Mes expériences de stage en UMD et en CHS m'ont confortée dans mon initiative de rédaction d'un mémoire exposant le domaine de la santé mentale. Par le biais de ces deux expériences, j'ai pu vivre deux types de prises en charge, ce qui représente pour moi une chance et me permettra d'enrichir mon parcours professionnel.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai choisi de m'intéresser à un type de structures particulières : les UMD. Durant mes études, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage de deux mois au sein d'un de ces établissements. Celui-ci s'est déroulé auprès d'une population d'adultes et fut formateur, ce qui m'a donné envie de partager mon expérience et d'accroître mes connaissances sur le sujet.

Durant ces huit semaines de stage, j'ai suivi une majorité de patients des deux unités dans leur prise en soin. Au cours des différentes activités qui leur étaient proposées, notamment créatives, je me suis rendue compte de la difficulté éprouvée par la plupart d'entre eux à exprimer leur ressenti.

Aussi, j'ai établi les plans de traitement de deux nouveaux entrants. Lors de la rédaction de ces écrits professionnels, j'ai été amenée à formuler des objectifs thérapeutiques en lien avec la thématique émotionnelle.

Par exemple : définir et comprendre ses émotions, apprendre à gérer les émotions négatives ou encore, permettre l'extériorisation des émotions. Ces rédactions m'ont permis de mettre en lumière la place importante que détiennent les émotions, dans la prise en soin des patients présentant une schizophrénie.

Au sein de l'UMD dans laquelle j'ai mené mon stage, un atelier émotions était déjà créé. Cependant, je me questionne sur l'existence et l'utilisation d'outils normés, sur la manière dont l'équipe collabore pour effectuer cette partie de la prise en charge ainsi que sur la pratique des autres UMD vis-à-vis de la thématique émotionnelle. Aussi, au cours de l'élaboration de mon mémoire, je me suis rendue compte que ce sujet faisait l'objet d'une réflexion récente et de nombreuses recherches. Cependant, il reste en perpétuelle construction et, à l'heure actuelle, peu de littérature en lien avec la pratique de l'ergothérapie existe. C'est pourquoi j'ai décidé d'exposer la thématique émotionnelle au sein de mon mémoire.

L'ensemble de ces expériences m'ont permis d'intituler ma question de départ ainsi : « **Quel est l'intérêt d'une prise en charge des émotions en ergothérapie, auprès de patients schizophrènes hospitalisés en UMD ?** »

Afin de conduire cette étude, j'ai organisé mon travail en plusieurs parties. Dans un premier temps, les éléments et les concepts en lien avec ma question de départ sont développés et me permettent d'aboutir à ma question de recherche. Dans un second temps, la méthode utilisée pour mener à bien cette recherche est explicitée. Pour finir, les résultats obtenus font l'objet d'une analyse qui me permet de terminer ce travail par une discussion.

I. Partie théorique

1. Les Unités pour Malades Difficiles

1.1 Définition et cadre législatif

Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont des établissements qui accueillent des patients qui, de par leur pathologie, nécessitent une prise en soin intensive dans un lieu sécurisé. Communément, les patients admis ne peuvent être soignés de manière adaptée dans un service ordinaire de soin en santé mentale (1). C'est pourquoi, le projet d'implantation de dix structures sur le territoire français est né de la volonté d'améliorer la prise en charge de cette population. C'est en 1910 que la première UMD voit le jour à Villejuif (2).

D'un point de vue législatif, les UMD sont mentionnées pour la première fois dans la circulaire du 5 juin 1950. Ce texte ministériel évoque la nécessité d'un cadre contenant et structurant pour effectuer l'accompagnement des personnes (2). Par la suite, le décret n°86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation du domaine de la psychiatrie, reconnaît officiellement les UMD et établit les réglementations nécessaires à leur organisation interne (3). Puis, l'arrêté du 14 octobre 1986 fait part des modalités d'admission et de sortie des patients qui y sont hospitalisés (4). A l'heure actuelle, les UMD sont régies par le décret du 1^{er} février 2016 portant sur l'application de la loi du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques (1).

Au cours du temps, l'offre de soins proposée par les UMD a été reconnue. Ces services se sont avérés être de véritables structures relais pour les établissements psychiatriques préexistants. Elles donnent la possibilité à des malades « difficiles » d'accéder à un suivi personnalisé.

1.2 Modes d'admission et de sortie

Selon l'article 12 du décret du 14 mars 1986, les UMD sont des structures « à vocation inter-régionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique » (3).

Comme cité ci-dessus, les UMD accueillent prioritairement des patients se trouvant sur la région ou celles limitrophes au site d'implantation de la structure. Parfois, elles sont amenées à prendre en charge des personnes en provenance des Départements d'Outre-Mer (DOM) et Territoires d'Outre-Mer (TOM). De plus, l'hospitalisation en UMD est effectuée à temps complet. Ceci signifie, d'après la loi du 5 juillet 2011, que les patients sont pris en charge 24h/24. Cette dernière, relative aux droits et à la protection de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, relate les différentes modalités d'admission en soins psychiatriques. Elle mentionne trois modes d'admission en soins sous contrainte : les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT)/ en Urgence (SPDTU), les Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPI) ainsi que les Soins Psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat (SPDRE) (5).

Tout patient entre en UMD pour un minimum de six mois d'hospitalisation via un mode d'admission sans consentement. L'hospitalisation sous contrainte, via un mode d'admission en SPDRE, est décidée par le biais d'un arrêté préfectoral (4). Selon l'article L342 du Code de la santé publique, cet arrêté est décidé à l'égard des personnes « dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes » (6). De plus, une procédure de contrôle administrative est effectuée par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Ce dernier est saisi par le préfet sous quinze jours après la date d'émission de l'arrêté puis tous les six mois. En cas de non-respect de ce délai, le JLD effectue la main levée¹ de la mesure. Il peut aussi être saisi de manière volontaire par le patient. Le JLD statue au Tribunal de Grande Instance. Cependant, la loi du 5 juillet 2011 autorise qu'il puisse prendre sa décision au sein de l'établissement ou en procédant à une audience par visioconférence (5).

¹ Acte judiciaire par lequel sont suspendus les effets de mesures prises à l'encontre d'une personne.
CNRTL

Lors de l'admission, la période d'observation du patient est de 72 heures maximum et elle permet d'évaluer si la mesure est justifiée. Au cours de ces trois journées, deux certificats médicaux doivent être rédigés par le médecin psychiatre de la structure d'accueil. L'un au bout de 24 heures, le second durant la dernière journée. Si ce dernier reconnaît la nécessité de soins en UMD, l'établissement hospitalier d'accueil approuve la décision d'admission en hospitalisation complète. Les patients ne peuvent alors quitter l'établissement que lors de sorties de courte durée et toujours accompagnés (5).

En ce qui concerne la population admise, ces établissements sont en mesure d'accueillir une patientèle définie. Les premiers patients ont pour origine administrative la psychiatrie de secteur. Ils sont la plupart du temps admis en UMD sur demande de leur service de psychiatrie d'origine. Souvent, les moyens mis en place dans le service initial ne suffisent plus à prendre en charge de manière adaptée la personne. Les seconds proviennent du secteur judiciaire et/ou du milieu pénitencier. Ils peuvent être détenus, condamnés ou en attente de jugement, avec de graves troubles psychiques. Durant leur incarcération, ils peuvent être victimes de décompensation psychotique et/ou commettre une tentative de suicide. Ils ne sont alors plus en capacités de rester au sein de l'établissement pénitentiaire. Cette modalité d'admission est régie par l'article D398 du code de Procédure Pénale. Dans ces conditions, les détenus continuent de purger leur peine durant leur hospitalisation en UMD (6). Les derniers, sont des patients déclarés irresponsables pénalement de leur acte via l'article 122-1 du Code Pénal. En effet, celui-ci indique que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». S'il est avéré que la personne n'était pas pleinement consciente lorsqu'elle a agi, elle bénéficie d'un non-lieu psychiatrique. Il est proclamé au vu d'une expertise, constituée d'un avis médical, menée lors du jugement (7). Enfin, la sortie des patients dépend de l'avis des quatre membres qui constituent la Commission du Suivi Médical (CSM). Selon l'article 4 du décret du 1^{er} février 2016, ils sont nommés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). La CSM se compose : d'un médecin représentant de l'ARS et de trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas au sein de l'UMD en question.

D'après l'article 5 du décret du 1^{er} février 2016, cette instance médicale et collective examine le dossier de chaque patient de manière systématique une fois par semestre. L'article 6 du même décret, explique que la sortie du patient peut être décidée selon deux modalités : une poursuite des soins sans consentement dans un établissement de santé mentionné par la loi ou une levée de la mesure de soins sans consentement. Une fois que la CSM a donné son avis, le mode de sortie est prononcé par un nouvel arrêté du Préfet du département d'implantation de l'unité (5).

Cet arsenal législatif permet avant tout de protéger l'individu mais aussi la société et d'empêcher les dérives de l'enfermement sans contrôle. La spécificité des soins dispensés au sein des UMD repose à la fois sur l'aspect sécuritaire des lieux ainsi que sur la mise en place de projets thérapeutiques en phase aiguë de la maladie. Ces dispositifs sont suivis par l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

1.3 Equipe de soin pluridisciplinaire

Durant l'hospitalisation, les membres qui constituent l'équipe pluridisciplinaire de l'UMD ont pour mission d'accompagner chaque patient dans leur prise en charge. Ainsi, ils doivent veiller à la qualité des soins qui leur sont prodigués. De ce fait, ils sont garants de l'application de certains objectifs thérapeutiques comme : assurer une contenance psychique, structurer le quotidien via l'acquisition d'habitudes de vie ou encore se réapproprier des règles fondamentales pour vivre en communauté (8).

Les professionnels soignants ont donc un rôle majeur dans le maintien de l'ordre au sein des pavillons. Au vu de l'état de santé des patients accueillis et de la durée de leur séjour, plus longue que dans un établissement psychiatrique classique, l'effectif de soignants y est plus important (9). En effet, de jour, on note qu'un infirmier est présent pour six patients. La nuit, les patients sont en chambre fermée et un infirmier est disponible pour une dizaine de patients (8).

Le retour de patients hospitalisés en UMD, dans leurs services d'origine, repose sur la collaboration d'un ensemble de professionnels.

La réinsertion sociale des personnes se réalise de manière progressive grâce à l'accès à des espaces et ateliers différents (unité de soin, service d'ergothérapie, activités physiques et sportives, sorties thérapeutiques...) (8).

A l'heure actuelle, un profil pathologique d'admission est majoritairement retrouvé dans ces établissements. Selon l'UMD de Villejuif, le pourcentage de patients atteints de schizophrénie s'élève à 95% d'hommes et 60% de femmes au cours de l'année 2016 (10). Pour une file active de 125 patients sur l'année 2018, l'UMD de Cadillac recense 60% de personnes diagnostiquées schizophrènes. Ces deux structures mettent en évidence la corrélation du trouble avec la prise de toxiques (11).

2. La Schizophrénie

2.1 Définition

De nombreux auteurs sont à l'origine de recherches concernant la schizophrénie. En 1911, Eugen Bleuler, un psychiatre suisse, introduit pour la première fois le concept de schizophrénie. D'après l'étymologie du mot, elle se caractérise par « la fissure, la scission de l'esprit ». A cette époque, la pathologie est définie comme étant une « *démence précoce, synonyme de folie* » (12).

La schizophrénie appartient au domaine de la psychose, qui correspond à un ensemble de maladies psychiques distinctes du groupe des névroses. Selon Pedinielli et Guimenez, les critères de la psychose sont : la perte de contact avec la réalité, les troubles de l'identité et une anosognosie (13). Selon Llorca, la schizophrénie se définit comme une maladie psychiatrique qui « *se manifeste cliniquement par des épisodes aigus associant délires, hallucinations, troubles du comportement et par la persistance de divers symptômes chroniques pouvant constituer un handicap* » (14).

La schizophrénie est une maladie dont la prévalence est estimée à environ 1% de la population générale. Elle survient durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, généralement entre 15 et 25 ans (12). Le sex-ratio est de 1 ce qui signifie qu'autant d'hommes que de femmes sont atteints par cette pathologie.

Cependant, on note une différence d'âge de survenue ainsi qu'une distinction des profils cliniques selon le sexe. D'après Haouzir et Bernoussi, l'apparition de la schizophrénie a lieu trois à cinq ans plus tôt chez l'homme que chez la femme. Aussi, on observe une prédominance des symptômes négatifs chez les hommes (12).

L'entrée dans la maladie peut avoir lieu de manière brutale, via un épisode de bouffée délirante aiguë. Mais elle peut aussi se manifester de façon insidieuse et lente (15). Dans ce cas, on peut distinguer des signes d'appel comme : un retrait social, une chute des performances scolaires ou professionnelles, une consommation de toxique, une froideur voire une indifférence dans le contact... Aussi, l'apparition d'intérêts obsédants et particuliers autour de thèmes spécifiques peut survenir. Ceci peut entraîner la personne à abandonner toute activité (13).

L'évolution de la pathologie est hétérogène d'un patient à un autre. La maladie peut progresser par poussées et laisser apparaître des périodes de rémission soit progresser de manière continue. La schizophrénie est une maladie qui peut mettre en danger la personne qui en est atteinte. En raison de graves troubles du comportement, le risque de suicide est douze fois plus élevé chez cette population (16). De plus, la consommation de drogue et les actes hétéro-agressifs viennent aggraver le pronostic. Celui-ci varie selon d'autres critères tels que l'âge de la survenue de la maladie, le mode d'entrée, le sexe, la forme clinique, la précocité de la prise en charge (12)... L'étiologie de la schizophrénie est encore méconnue à l'heure actuelle. Cependant, l'identification de plusieurs facteurs génétiques, sociaux et environnementaux (la prise de toxiques tels que le cannabis, vivre en milieu urbain, être issu de l'immigration...), a permis d'émettre des hypothèses d'apparition de la symptomatologie (12).

2.2 Diagnostic de la schizophrénie

Deux ressources établies par des groupes d'experts internationaux sont utilisées pour classer l'ensemble des maladies. La première est la Classification Internationale des Maladies (CIM) qui est supervisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La onzième édition a été publiée récemment, en juin 2018, mais est à ce jour non accessible au public (17).

La seconde est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM. L'association américaine de psychiatrie a publié sa cinquième édition en 2013 (18). Nous avons décidé de nous appuyer sur cette deuxième classification des maladies mentales afin de construire cette partie. En effet, le DSM-5 est la référence mondiale unique pour établir le diagnostic de pathologies psychiatriques.

Selon le DSM-5, la schizophrénie, codée F20.9, est classée dans la catégorie spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Afin d'émettre un diagnostic, six critères (A, B, C, D, E, F) sont à prendre en considération. Le premier indique que deux symptômes minimums parmi les idées délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé, le comportement grossièrement désorganisé ou les symptômes négatifs, doivent être présents sur une durée d'un mois, sauf si le traitement administré, en amont, a été efficace. Au moins un des trois premiers symptômes doit obligatoirement être présent. Le second critère souligne une restriction de participation dans un domaine majeur de la vie quotidienne comme l'activité professionnelle, les relations interpersonnelles ou l'hygiène. La réduction du niveau d'indépendance est significative contrairement à la période avant l'apparition du trouble. Le troisième critère explique que les troubles peuvent perdurer sur une période de six mois. Durant ce laps de temps, comme mentionné au premier critère, certains symptômes doivent se manifester durant un mois. Aussi, des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent perdurer et se traduire par des symptômes négatifs ou des formes atténuées de ceux listés dans le premier critère. Le quatrième critère s'appuie sur l'intérêt d'exclure certains diagnostics différentiels comme le trouble schizoaffectif ou le trouble bipolaire. Le cinquième critère appuie sur la nécessité d'éliminer toute cause en lien avec la prise de toxique ou toute autre pathologie médicale (18). Enfin, le dernier critère cible particulièrement la population pédiatrique. En effet, durant l'enfance, si le patient présente des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de la communication, il est nécessaire que des symptômes hallucinatoires et délirants soient présents, en plus des autres symptômes du premier critère, pour surajouter le diagnostic de schizophrénie. (18)

Actuellement, le diagnostic de la schizophrénie se base sur une association de signes et de symptômes qui engendrent des difficultés dans la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes, notamment dans le domaine social.

La schizophrénie est une pathologie cliniquement hétérogène. En effet, d'un individu à l'autre, les caractéristiques du trouble varient. (18)

2.3 La schizophrénie : anomalies comportementales et émotionnelles

Les symptômes de la schizophrénie sont variables selon les patients et ils peuvent être amenés à évoluer au cours de la maladie. Selon le DSM-5, les symptômes correspondent à « *un ensemble d'anomalies cognitives, comportementales et émotionnelles* » (18).

Les symptômes positifs se caractérisent par des manifestations supplémentaires, habituellement non présentes chez un sujet. Ces signes sont rapidement repérés, ils comprennent notamment les hallucinations, et les idées délirantes (19). Les hallucinations sont des expériences perceptives erronées, qui peuvent impliquer les cinq sens. Les idées délirantes sont « *des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent* ». Le contenu de ces certitudes est en corrélation avec un thème (persécution, religieux, mégalomane...) (18).

Le DSM-5 fait part d'une seconde catégorie qui se traduit par une désorganisation générale de la pensée et/ou du comportement. En effet, on peut observer un trouble du cours de la pensée qui est marqué par : un passage du coq-à-l'âne, une pensée tangentielle ou encore un discours complètement inintelligible (18). D'un point de vue moteur, un comportement anormal, grossièrement désorganisé ou catatonique est à noter. Les premiers se manifestent par une agitation soudaine et fortuite. On remarque aussi des difficultés pour réaliser des actions, dirigées vers un but. Ceci entraîne une incapacité à accomplir les activités de vie quotidienne. La catatonie correspond à une perturbation psychomotrice importante. Elle se caractérise par plusieurs symptômes tels que le négativisme, la rigidité corporelle, le mutisme, la stéréotypie kinétique, l'écholalie ou un regard fixe (18). Les symptômes catatoniques ne sont pas interdépendants de la schizophrénie. Ils peuvent être associés à d'autres affections psychiatriques ou médicales (18).

Les symptômes négatifs sont plus difficiles à déceler et se manifestent par une dégradation des capacités et des aptitudes de la personne. Contrairement aux symptômes positifs, ils sont particulièrement résistants et peuvent nuire à l'équilibre occupationnel des patients (19). L'aboulie, l'asociabilité, l'anhédonie ou la diminution de l'expression émotionnelle en font partis. L'aboulie est un trouble de la motivation et de la spontanéité. Le patient éprouve un manque d'énergie pour s'impliquer dans des activités. L'asociabilité se traduit par une diminution d'intérêt pour les interactions sociales et peut être associée à l'aboulie. Enfin, la diminution de l'expression émotionnelle englobe la réduction de l'expression faciale, du contact visuel, de la prosodie, des mouvements des mains, de la tête et du visage, qui transmettent les émotions lors du discours (18).

Comme indiqué ci-dessus, les rapports sociaux des personnes schizophrènes semblent déséquilibrés. Ceci entraîne des perturbations notamment au niveau de l'estime de soi des personnes.

2.4 Estime de soi fragilisée

L'estime de soi est un phénomène intangible qui fluctue selon les personnes. Elle est étroitement liée au bien-être émotionnel. C'est une dimension fondamentale de la personnalité qui repose sur l'équilibre entre trois composantes : comportementale (la confiance en soi), cognitive (la vision que l'on a de soi) et émotionnelle (l'amour de soi) (20).

L'estime de soi dépend d'autrui et de la reconnaissance qu'il nous témoigne. Dès la naissance, c'est en interagissant dans un monde social que cette reconnaissance émerge et permet à une personne de se sentir exister (21). L'estime de soi prend sa source dans les interactions personnelles, échangées avec nos géniteurs. Ce principe fait écho à la théorie de l'attachement de Bowlby. Si les réponses apportées aux besoins d'attachement de l'enfant sont adéquates, elles permettent au tout petit de débiter la construction de son estime. L'estime de soi apparaît comme un pré requis fondamental nous permettant d'agir et de nous nourrir de nos succès (21).

Estime de soi et affects sont donc corrélés. D'un point de vue personnel, détenir une stabilité émotionnelle et une vision de soi satisfaisante sont des éléments essentiels pour qu'un individu ait une estime de soi acceptable (20).

De plus, ce sont les réactions des proches, côtoyés par un individu, qui lui permettent d'apprendre à réguler ses émotions négatives. Se sentir exister, considéré comme un membre à part entière de la communauté, permet aux sujets une meilleure intégration sociale au cours de leurs vies. (22).

L'estime de soi est un processus psychique important car il est un des éléments qui permet la construction identitaire des individus (23). Une autre composante essentielle est à prendre en considération dans la construction de soi. En effet, les symptômes de la schizophrénie peuvent entraîner un degré d'insight insuffisant (24).

2.5 L'insight

Aujourd'hui, la schizophrénie est considérée comme l'affection psychiatrique pour laquelle le niveau d'insight est le plus altéré. Une estimation de 50% à 80% de patients a été mise en lumière selon plusieurs études (24).

L'insight, aussi appelé anosognosie, fait référence au niveau de conscience dont fait preuve un individu vis-à-vis de ses troubles (25). C'est un phénomène complexe, qui se constitue de plusieurs dimensions : la conscience d'être malade, la conscience de l'existence des différents symptômes, la conscience de la nécessité de la prise d'un traitement ainsi que la conscience des conséquences sur la vie sociale (24). Cette dernière est un processus par lequel les personnes établissent un lien entre leur environnement et les comportements ou événements qui s'y déroulent (26). Parmi les répercussions cliniques de ce trouble, on répertorie : une faible compliance au traitement, un nombre élevé de ré-hospitalisations, un fonctionnement relationnel et social difficile, un nombre de suicides et passages à l'acte hétéro-agressifs important (24). De ce fait, nous comprenons qu'un faible niveau d'insight est une des causes qui entraîne la dégradation de la construction identitaire et de la qualité de vie des patients.

D'après l'OMS, vingt-trois millions d'individus sont touchés par la schizophrénie dans le monde (27). Selon Prouteau, ces personnes connaissent différentes atteintes qui découlent de leur pathologie. En effet, celles-ci se manifestent souvent par des perturbations du fonctionnement cognitif et/ou affectif (28).

3. Les Emotions

3.1 Définition

L'étymologie du mot émotion est issue du latin « ex-movere » qui signifie « mouvement ». Le préfixe « ex » désigne la direction que prend ce mouvement : vers l'extérieur de soi. Dérivée du verbe « émouvoir », l'émotion est décrite comme une information fixée dans le temps de par son début soudain et sa courte durée (29).

Selon Ravat, les émotions se distinguent des sentiments qui s'établissent sur une période stable et durable. Ils sont définis comme étant des élaborations mentales, que les sujets sont capables de ressentir. D'après le même auteur, il existe deux catégories d'émotions : les émotions simples et les émotions cognitives supérieures. Les premières émanent de l'évolution biologique de l'Homme, elles sont transculturelles et se manifestent via des réactions physiques. Tandis que les émotions de la seconde catégorie, prennent leur source dans les interactions sociales et demandent des capacités cognitives plus complexes (30).

Plusieurs régions du cerveau sont retenues comme étant indispensables à l'élaboration et à l'expression des émotions dans l'espèce humaine. Toutefois, les chercheurs s'accordent aujourd'hui à dire qu'il existe de vastes circuits neuronaux et reconnaissent l'absence de centres uniques des émotions. Leur physiologie repose sur le cerveau limbique, aussi appelé cerveau émotionnel. Celui-ci comprend plusieurs parties comme l'amygdale, l'hypothalamus ou encore l'hippocampe. L'amygdale est impliquée dans la reconnaissance émotionnelle, l'évaluation de la valence d'une émotion (positive/négative) et de son intensité. Elle est, le plus souvent, responsable de l'activation des émotions négatives (31).

L'hypothalamus est une glande dont la fonction principale est de préserver l'homéostasie et intervient dans la régulation de la sécrétion des hormones du corps. Il répercute les effets de l'émotion sur le corps. L'hippocampe, structure de la mémoire, est un autre élément essentiel. Il partage des connexions avec l'amygdale ce qui permet au sujet de se rappeler d'un événement vécu selon l'émotion ressentie à cet instant. Nos émotions donnent une valeur plus ou moins importante à nos souvenirs (31).

Les émotions représentent un vaste concept qui s'appuie sur diverses disciplines et à l'origine de nombreuses études et théories. Selon Nouvelle, la complexité des émotions est relative à la subjectivité des individus. En effet, elles dépendent à la fois de l'histoire de vie, de la personnalité ainsi que des compétences de chaque sujet. Contrairement aux sensations, il est plus difficile de repérer et donc d'expliquer ses émotions. Aussi, le caractère subjectif de l'émotion engendre une difficulté supplémentaire quant à son expression. Enfin, la tendance actuelle de notre environnement sociétal tend vers la non expression voire un déni des émotions. Ceci peut entraîner un grave déséquilibre psychique, empêchant l'épanouissement des sujets (32).

Nos émotions restent complexes à définir de par la richesse du lexique qui les compose. Pourtant, elles animent et guident chacun de nous tout au long de notre vie.

3.2 Emotions et schizophrénie

Pour tenter de mieux comprendre nos émotions, des classifications ont vu le jour mais elles diffèrent selon les chercheurs. Paul Eckman, un américain instigateur dans l'étude des émotions au XXème siècle, dégage six émotions de base : la colère, la joie, le dégoût, la peur, la tristesse et la surprise (33).

La colère est une émotion simple qui traduit l'insatisfaction. Elle se manifeste envers la personne ou l'objet qui est à l'origine de la frustration. Nous exprimons de la colère à l'égard de ce qui nous empêche d'être satisfaits. Le rôle essentiel de cette émotion est de donner suffisamment d'énergie à un individu pour franchir un obstacle (34).

La joie est une émotion qui se traduit par un état de satisfaction, se manifestant par de la gaieté, de la bonne humeur. Elle est éprouvée par un individu dont un besoin, un désir est satisfait. Elle provoque un vif sentiment de plaisir (34). En ce qui concerne le dégoût, il s'agit d'une réaction de répulsion amenant la personne à émettre un jugement moral sur l'objet qui la répugne. Cette émotion de base a pour première intention d'éloigner le sujet de ce qui peut être mauvais pour son organisme (34). La peur est une émotion ressentie lorsqu'une personne se sent potentiellement en danger. Elle s'accompagne de manifestations physiques importantes qui vont permettre de fuir ou d'adopter une posture défensive. La peur permet de prendre des décisions afin de se protéger. Chaque individu réagit différemment devant la peur, de manière plus ou moins adaptée. La peur est extrêmement utile et indispensable à la survie d'une espèce (33). La tristesse se traduit par un état d'incapacité à éprouver de la joie ou à montrer de la gaieté. Elle peut révéler un manque affectif ou une privation (35). D'un point de vue archaïque, les larmes permettaient d'attirer l'attention du groupe pour que le sujet triste puisse être soutenu et réinséré au sein du clan (36). Enfin, la surprise est une émotion ressentie par un sujet lorsque celui-ci vit un événement inattendu (37).

L'émotion prend sa source dans la communication sociale. Elle provient de circonstances morales et dépend de la sensibilité de chaque individu (38). Comme l'indique Apter, l'expérience émotionnelle prend naissance dans la rencontre avec nos pairs (39). Les rapports sociaux sont un des domaines fondamentaux qui alimente la vie d'un sujet. Selon Marc et Picard, l'étymologie du terme d'interaction se définit comme « une action réciproque entre plusieurs éléments » (40). En ce qui concerne les relations humaines, les interactions sociales se caractérisent par des relations duelles ou groupales, au sein desquelles les comportements de chacun vont s'influencer mutuellement (41). C'est donc au travers des relations interpersonnelles que l'individu forge son identité en intériorisant des réactions et attitudes socialement adaptées.

Cliniquement, la schizophrénie est hétérogène mais d'après le DSM-5, un des symptômes négatifs prééminent de la pathologie est la diminution de l'expression émotionnelle (18).

En effet, on remarque que les compétences émotionnelles, essentielles pour entretenir des interactions sociales normalisées, sont altérées chez les patients schizophrènes.

Selon Mickolajczak, elles désignent « *la capacité à identifier, à comprendre, à exprimer, à gérer et à utiliser ses émotions et celles d'autrui* » (42). D'après Pasquier et Pedinielli, le premier niveau rassemble les dimensions fondamentales de l'identification et de la compréhension de ses propres émotions et celles d'autrui. Le second se construit au travers du partage social et comprend l'utilisation, l'expression et la régulation émotionnelle (43).

L'identification des émotions est une prémisse de la compétence de régulation. Elle permet à un individu de savoir quelle émotion il ressent dans une situation particulière (44). La compréhension des émotions est une compétence qui permet d'être en capacité de différencier le déclencheur et la cause qui sont à l'origine de l'émotion éprouvée. De plus, cette compétence permet à un individu d'identifier ses besoins (43,44). La troisième compétence, l'utilisation des émotions, permet au sujet d'envisager les stratégies et changements nécessaires pour répondre favorablement à ses besoins (44). De plus, l'expression des émotions, rend l'individu capable d'expliquer à autrui pourquoi une situation fait émerger telle ou telle émotion chez lui et comment autrui peut lui venir en aide (44). Enfin, la régulation des émotions permet de rendre capable la personne de poursuivre une tâche en cours malgré l'émotion qu'elle ressent. Cette compétence permet de modifier le type, l'intensité et la durée de l'émotion par exemple (44).

Selon une étude, réalisée dans quatorze pays différents sur les incapacités liées aux affections physiques et mentales, la psychose atteint le troisième rang des maladies invalidantes pour la population générale (43). Les symptômes de la schizophrénie limitent les personnes dans leurs activités et engendrent des restrictions de participation dans plusieurs domaines de la vie personnelle et communautaire (28). Pour terminer cette partie théorique du mémoire, nous allons nous intéresser à la profession de l'ergothérapeute et au suivi qu'il peut accomplir auprès d'une population en santé mentale.

4. L'Ergothérapie

4.1 Préambule

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical qui fonde sa pratique sur l'accomplissement d'activités humaines, moyens thérapeutiques qu'il propose à ses patients (45). Selon l'article R4331-1 du Code de la Santé Publique, l'objectif de l'ergothérapie est « de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle » (46). En effet, le but final de la profession est de permettre aux individus d'améliorer leurs capacités afin de les rendre à nouveau autonomes et indépendants. Ceci permet aux patients de sauvegarder un statut dans la société et détenir une qualité de vie satisfaisante.

De plus, la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mentionne les personnes dont les fonctions psychiques sont altérées. Ces dernières n'ont plus le statut de malades et leurs pathologies sont reconnues comme un handicap psychique à part entière (47). Nous allons maintenant comprendre quel est le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie.

4.2 Ergothérapie et santé mentale

La santé mentale est un domaine de santé publique dont l'intervention est axée sur les modalités de prise en soin de la souffrance psychique. Elle regroupe la branche de la psychiatrie et celle du développement personnel du bien-être psychique des personnes (48).

Selon le référentiel d'activités, les ergothérapeutes accompagnent les patients dans la construction de leur projet de vie (49). Pour ce faire, ils évaluent les possibles limitations d'activité et restrictions de participation des individus afin d'établir des écrits professionnels tels que le diagnostic ergothérapeutique et un plan de traitement temporellement défini (49). De plus, l'ergothérapeute tient compte de l'interdépendance entre la personne, l'activité et l'environnement. Une analyse de l'activité est effectuée afin d'en dégager le potentiel thérapeutique, source d'engagement pour les personnes (49).

En psychiatrie, la pratique d'activités variées comme des exercices, des jeux, des activités artisanales, projectives, des mises en situation, des activités sociales, culturelles ou sportives, ont pour but de développer les capacités résiduelles des patients. Ainsi, le potentiel cognitif, psychique et relationnel est maintenu ou s'accroît, dans le but de garantir l'autonomie et l'indépendance (49).

4.3 L'ergothérapeute, un acteur du rétablissement des patients

L'ergothérapeute est un acteur qui soutient le processus de changement, de rétablissement des patients, dans le but de restaurer le bien-être, la qualité de vie et le sens donné à son existence (49). Selon Van Der Stel, quatre dimensions constituent et attestent d'un processus de rétablissement des patients : le rétablissement clinique, fonctionnel, social et personnel (Annexe I) (50).

Le premier expose la diminution des symptômes. Le second évoque la capacité d'un individu à gérer diverses situations. En découle le troisième item qui met en lumière la possibilité de mener de manière autonome ses occupations dans le quotidien. Enfin le rétablissement personnel est possible grâce aux trois premiers. Il est l'aboutissement à une existence satisfaisante pour la personne (50). De par ses compétences, l'ergothérapeute est habilité à aider les patients schizophrènes dans les dernières phases de leur rétablissement. Maintenant, nous allons aborder trois notions essentielles dans la prise en soin des émotions en ergothérapie.

4.4 Cognition sociale, réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive...

Selon Khoury, Lecomte et Lalonde les individus atteints de schizophrénie sont émotionnellement moins expressifs que les personnes non porteuses de la maladie (51). A l'heure actuelle, l'étiologie de ce déficit n'est pas avérée (51). Cependant, plusieurs études ont démontré la nécessité d'instaurer des thérapies basées sur l'expression émotionnelle dans la prise en soin de la schizophrénie (52). Les patients schizophrènes sont fréquemment sujets à des troubles cognitifs. Selon Martin et Franck, près de quatre patients sur cinq en sont atteints. Parmi ces altérations, nous retrouvons des troubles de la cognition sociale (53).

La cognition sociale est un domaine d'étude qui a pour objet la pensée humaine et plus précisément les processus qui permettent aux personnes de donner du sens au monde qui les entoure (54). Elle se définit comme la capacité à élaborer des représentations mentales sur les relations entretenues avec autrui. Au-delà, la perception des intentions, des attitudes, des émotions ou des actions d'autrui, permet à une personne de guider son comportement social (54). La cognition sociale étudie donc à la fois la façon dont les individus perçoivent autrui ainsi que les interactions sociales qu'ils entretiennent. Elle détient plusieurs composantes comme la théorie de l'esprit ou encore l'alexithymie (54).

La théorie de l'esprit, appelée Theory Of Mind (TOM) en anglais, est une compétence cognitive qui permet à une personne de déduire et comprendre ses propres états mentaux et ceux d'autrui (55). Elle donne la capacité mentale de prédire et anticiper les comportements de nos pairs dans un contexte déterminé. La TOM est indispensable à l'élaboration de conduites et à la construction d'interactions sociales adaptées (55). L'alexithymie est un trouble qui se caractérise par une inhabileté à déchiffrer et à exprimer verbalement ses émotions (56).

De ce fait, la réhabilitation psychosociale est un domaine d'intervention qui regroupe un ensemble d'actions mises en œuvre auprès des personnes atteintes de troubles psychiques (44). Parmi ces actions, développées pour renforcer et optimiser les capacités résiduelles des patients, nous retrouvons la remédiation cognitive. Elle consiste en un entraînement des fonctions cognitives déficitaires et permet de compenser ces dernières par l'utilisation des compétences préservées (53). Au-delà, elle a pour but de privilégier le transfert des acquis dans le quotidien de la personne (53). Quelques programmes, validés de remédiation cognitive ont vu le jour concernant la cognition sociale comme TomRemed, RC2S, MCT ou Gaïa (57).

4.5 ... pour tendre vers un équilibre occupationnel satisfaisant

L'équilibre occupationnel est une notion clé dans le champ d'intervention des ergothérapeutes. Cependant, aucune définition arrêtée n'a été établie ce qui rend complexe sa description. Ce concept s'inscrit dans le domaine des sciences de l'activité humaine.

D'après Meyer, père fondateur de l'ergothérapie aux Etats-Unis, il s'agit d'un « rythme » donné à l'organisation humaine et plus précisément, la pratique réelle d'occupations, exercée par un individu. Selon Wilcock, l'exploitation singulière et adaptée de plusieurs capacités physiques, mentales, sociales, émotionnelles et spirituelles est requise pour tendre vers un juste équilibre occupationnel et promouvoir la santé de chaque individu (59).

Au travers des différentes définitions données, Wagman expose trois approches : classique, expérientielle et selon l'équilibre de style de vie (59). La première se définit par l'équilibre entre quatre catégories d'activités : les soins personnels, la productivité/le travail, le jeu/loisir et le repos/sommeil. La seconde a pour postulat la manière dont les personnes vivent leurs occupations et non la catégorie des activités effectuées. Trois gradients sont utilisés : choisies/obligatoires, relaxantes/exténuantes et le faire/l'être. Enfin, la dernière approche se base sur le modèle de l'équilibre de style de vie. Ce dernier se concentre sur le niveau d'activité c'est-à-dire la fréquence à laquelle les activités sont menées et si elles permettent de satisfaire les besoins de l'individu. Aussi, ce modèle soulève ce que la personne fait vraiment et ce qu'elle aimerait faire (59).

Selon Matuska et Christiansen, l'équilibre de style de vie, aussi appelé équilibre de vie, est un concept plus large qui englobe d'autres notions ainsi que l'équilibre occupationnel. Il se définit comme « *la perception de sa vie incluant un équilibre entre les activités, un équilibre entre le corps et l'esprit, un équilibre par rapport aux autres et un équilibre par rapport au temps.* » (59).

4.6 La qualité de vie, finalité de la prise en soin

Santé mentale et qualité de vie sont étroitement liées. En effet, d'après l'OMS, le concept de qualité de vie se définit comme « *la façon dont les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations* » (60).

Elle ajoute que ce niveau de satisfaction, ressenti par un individu, dépend de plusieurs facteurs tels que la santé physique, le niveau de dépendance, les facteurs environnementaux, les croyances personnelles, l'état psychologique et enfin, les rapports sociaux. La qualité de vie est donc multidimensionnelle et subjective (60). Elle est une estimation, donnée pour différents domaines de la vie, basée sur un témoignage individuel.

Abraham Maslow a tenté de hiérarchiser les besoins d'une personne. Cette classification nous est présentée sous la forme d'une pyramide (Annexe II). Elle évoque cinq niveaux : les besoins physiologiques, de protection et de sécurité, sociaux et affectifs, d'estime et d'appartenance ainsi que d'accomplissement. Chaque individu tente de répondre favorablement aux besoins les plus fondamentaux pour ensuite atteindre les plus spécifiques (61).

Les besoins physiologiques représentent la base de la pyramide. Ils sont les besoins les plus primaires, indispensables à la survie d'un être humain comme respirer, s'alimenter, boire, éliminer, maintenir sa température corporelle, l'activité musculaire... Lorsque ces besoins élémentaires sont satisfaits, les besoins de protection et de sécurité constituent le niveau supérieur. Ils comprennent à la fois des besoins physiques comme s'assurer de rester en bonne santé et réduire tout danger qui pourrait l'entraver. Mais aussi, des besoins psychiques comme maîtriser son environnement et posséder un cercle familial et professionnel stable. Les besoins sociaux sont marqués par des besoins affectifs c'est-à-dire être en contact avec un groupe de connaissances et y être accepté, aimer et être aimé d'autrui (62).

Ensuite, les besoins d'estime de soi se traduisent par la considération portée par autrui. C'est lorsque nos pairs nous perçoivent comme une personne digne de confiance, quelqu'un de compétent et ayant de la valeur. Enfin, le besoin d'accomplissement constitue le sommet de la pyramide selon Maslow. Ce besoin de réalisation de soi, d'épanouissement s'exprime par la capacité à acquérir de nouvelles connaissances pour accroître son potentiel (62).

La schizophrénie engendre un déséquilibre des besoins des individus. La maladie impacte la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, notamment dans le domaine des rapports sociaux (60).

Les interactions sociales se caractérisent par des relations duelles ou groupales, au sein desquelles les comportements de chacun vont s'influencer mutuellement (40). Comme l'indique les résultats de la recherche de Prouteau, le domaine des relations interpersonnelles (famille et relations sociales) apparaît comme le plus préoccupant pour les patients atteints de schizophrénie. L'ensemble des sujets interrogés expriment leur insatisfaction quant à ce domaine qui semble être source d'expériences négatives (28).

II. Question de recherche et hypothèse

A la suite de ces recherches, j'ai remarqué que le concept de la qualité de vie revenait régulièrement dans mes lectures sur les émotions. Le domaine des interactions sociales est un des critères qui constitue la qualité de vie d'une personne d'après l'OMS. Interactions sociales et émotions semblent étroitement liées.

Cette réflexion m'est apparue essentielle puisque l'objectif final des UMD est de permettre aux patients de réintroduire leurs services d'origine pour qu'à plus long terme, ils puissent se réinsérer dans la société. Ce travail de sociabilisation débute dans la communauté qui entoure la personne, c'est-à-dire les patients et professionnels des services. C'est donc pourquoi j'ai décidé de mettre en lien la thématique de la qualité de vie avec le travail émotionnel, thème de départ qui m'interrogeait.

J'ai alors intitulé ma question de recherche comme suivant : « **En quoi la prise en charge ergothérapique des émotions de personnes présentant une schizophrénie, hospitalisées en UMD, peut-elle améliorer leur qualité de vie ?** »

Voici l'hypothèse que j'ai formulée et que je vais tenter de valider ou d'invalider dans ce travail de recherche : « Un travail émotionnel favoriserait l'estime de soi et les interactions sociales des patients schizophrènes, hospitalisés en UMD ».

III. Partie méthodologique

A la suite des recherches effectuées pour développer la partie théorique, je vais à présent aborder la méthodologie utilisée pour répondre à la question de recherche. Ce travail de recherche est de type descriptif car il me permet de recueillir des informations pour décrire des phénomènes ou une situation. Il s'inscrit dans un paradigme phénoménologique car je m'interroge sur le sens d'une pratique. Aussi, je souhaite prendre en compte l'expérience des personnes interrogées donc comprendre une pratique telle qu'elle est vécue et perçue.

J'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative, celle des entretiens. Au travers de ces interviews, je me suis penchée sur la démarche ergothérapique d'une prise en charge des émotions et son possible impact sur les interactions sociales des patients schizophrènes. Cette seconde partie du mémoire expose le choix de la méthode, la population cible concernée ainsi que la démarche de réalisation des entretiens.

1. Choix de la méthode

La méthode de l'entretien correspond à mes attentes puisqu'elle place l'enquêteur au cœur de l'échange et lui donne un rôle actif. Au-delà, il est nécessaire d'adopter une posture professionnelle, bienveillante, neutre et d'écoute active, ainsi qu'un langage adapté, favorisant la mise en confiance (62). Ces compétences me paraissent essentielles et font écho à ma future pratique professionnelle.

J'ai souhaité interagir avec les professionnels par le biais d'entretiens de type semi-dirigé. Cette forme d'entretiens permet aux interviewés de partager leurs connaissances en laissant cours à leur subjectivité. Cependant, ils sont guidés par l'enquêteur qui dispose d'une trame de questions, qui est établie au préalable (63).

2. Choix de la population

Afin de mener à bien mes entretiens, j'ai défini les critères d'inclusion et d'exclusion de ma population d'informateurs.

Critères d'inclusion :

- ergothérapeutes diplômés d'état et,
- ergothérapeutes qui travaillent en UMD en France ou,
- ergothérapeutes ayant travaillé en UMD en France et,
- ergothérapeutes ayant pris en charge des patients atteints de schizophrénie et,
- ergothérapeutes qui établissent des objectifs de prise en charge émotionnelle

Critères d'exclusion :

- étudiants en ergothérapie et,
- ergothérapeutes n'exerçant pas en France et,
- ergothérapeutes n'ayant pas eu une expérience professionnelle en UMD

3. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe III) regroupe sept questions ouvertes auxquelles ont été ajoutées des questions de relance. Ces dernières ont pour but de compléter les dires des interviewés, en stimulant leur raisonnement, afin d'obtenir des informations supplémentaires. Les questions ont été créées selon plusieurs concepts, développés en amont dans la partie théorique. Le nombre et l'ordre des questions ont été délimités pour préciser notre réflexion au cours des entretiens. En effet, les premières questions mettent en lien les thèmes généraux du mémoire. Puis, au fur et à mesure de l'échange, elles s'affinent pour tendre vers la question de recherche. Ces interrogations ont pour but de faire émerger le point de vue des professionnels, par rapport à la complémentarité des domaines émotionnel et social.

De plus, les interviewés sont questionnés sur le ressenti des patients, sur l'importance des émotions, sur leurs pratiques professionnelles et leurs interventions vis-à-vis de cet aspect de la prise en soin. Enfin, les dernières questions ont été rédigées pour comprendre les possibles effets qui découlent du processus de prise en soin, en ergothérapie.

4. Recherche d'interlocuteurs et déroulement des entretiens

La recherche des professionnels a débuté via l'élaboration d'un message (Annexe IV), envoyé aux UMD qui mentionnaient sur leurs sites internet leurs adresses mail. J'ai aussi posté ce dernier sur les réseaux sociaux, sur deux pages dédiées à la pratique de l'ergothérapie.

Après avoir eu plusieurs réponses positives, j'ai programmé des entretiens téléphoniques avec des ergothérapeutes correspondant à ma population cible. Aucun entretien n'a pu être réalisé en direct du fait de la distance des lieux de travail des ergothérapeutes et des mesures prises dans le cadre de la pandémie du COVID-19. Tout de même, j'ai pu recueillir le témoignage de trois professionnels travaillant dans trois UMD différentes.

Une notice d'information a été fournie aux interviewés afin de prendre connaissance, en amont, des critères d'inclusion et du déroulé des entretiens. Cet écrit leur stipulait que les échanges seraient enregistrés, à l'aide d'un dictaphone et du téléphone en haut-parleur, puis retranscrits pour en extraire des données nécessaires à l'élaboration du mémoire. Chaque professionnel a renvoyé une autorisation d'enregistrement et une attestation d'engagement par mail, datée et signée.

Le premier entretien a eu lieu le 22 février 2020, le second le 3 mars 2020 et le dernier le 25 mars 2020. Ils ont débuté par une brève introduction, rappelant le sujet de la recherche. Puis une présentation des personnes a été effectuée, pour mieux cerner leurs profils ainsi que leurs parcours professionnels.

Pour conclure les entretiens, les ergothérapeutes étaient invités à exprimer, si nécessaire, des informations complémentaires. La durée de ces échanges est de vingt à trente minutes. Ce laps de temps apparaît suffisant pour recueillir les données pertinentes car les ergothérapeutes étaient familiarisés avec le thème des interviews. De plus, aucune limite de temps n'a été imposée pour réaliser les entretiens. Les professionnels étaient donc libres de s'exprimer sans contraintes. Chaque entretien a été réalisé de manière analogue pour que le processus d'analyse soit identique. Ils ont été retranscrits et sont disponibles dans un autre dossier qui accompagne ce travail.

IV. Résultats

1. Présentation des personnes interrogées

Dans un souci de respect de l'anonymat, nous nommerons les trois professionnelles ainsi : E1, E2 et E3.

La première personne interviewée (E1) a obtenu son diplôme d'Etat en juin 2019. Elle travaille au sein d'une UMD depuis octobre 2019. De ce fait, c'est le premier poste qu'elle occupe.

La deuxième personne interrogée (E2) est ergothérapeute depuis 1991. Cette professionnelle dispose de douze années d'expérience dans le domaine de la psychiatrie. Auparavant, elle a travaillé au sein d'une UMD durant plusieurs années.

Le dernier entretien s'est déroulé avec une ergothérapeute (E3) diplômée en 2014. Elle a occupé durant quatre années un poste en intra hospitalier et travaille aujourd'hui en UMD depuis deux ans. Elle a auparavant réalisé un de ces stages de formation au sein de cette même UMD.

A présent, les deux étapes pour extraire les résultats des entretiens sont présentées. Dans un premier temps, une analyse longitudinale est proposée. Puis, l'analyse transversale est exposée.

2. Analyse longitudinale

Dans cette partie, chaque entretien a été analysé en profondeur et de manière précise afin d'en dégager des thématiques phares. L'analyse du contenu des interviews permet de repérer des unités sémantiques pour comprendre l'univers discursif de l'interviewé.

Entretien n°1 :

L'ergothérapeute interrogée (E1) débute l'entretien en mettant en avant la notion de relation thérapeutique. Pour E1, il est nécessaire d'élaborer cette relation avec les patients pour qu'ils puissent interagir avec les professionnels. E1 aborde aussi la notion de confiance, inhérente à la relation soignant/soigné et met en lumière la durée temporelle, nécessaire à sa construction (« il faut beaucoup de temps pour pouvoir instaurer une vraie relation thérapeutique avec les patients »). Au-delà de l'ergothérapie, la professionnelle se questionne sur l'élaboration d'une relation thérapeutique plus rapide avec le personnel soignant (« peut-être que le lien est plus facile à instaurer quand on est infirmier ou aide soignant »). Elle explique son propos par la connaissance des habitudes de vie des patients car « ils sont avec eux au quotidien ». Cependant, l'ergothérapeute pense que la mise en place d'activités signifiantes favorise la construction de la relation thérapeutique. Elles apparaissent comme un moyen, qui favorise les échanges entre patients et avec les professionnels puisqu'elle affirme qu'elle « leur propose des choses qu'ils affectionnent donc ça peut faciliter les interactions sociales le fait d'avoir des médiateurs ». Enfin, E1 explique que les émotions sont essentielles dans toute relation. Elles sont sources de confiance mutuelle notamment lorsque les deux protagonistes « vivent la même émotion au même moment » et la partagent. Ceci peut consolider la relation entretenue par deux personnes.

Puis, elle évoque l'impact de la maladie sur les interactions des patients atteints de schizophrénie. Elle cite plus particulièrement certains symptômes positifs comme les hallucinations ou les idées délirantes, rendant les interactions sociales des patients biaisées. En effet, pour E1, les patients peuvent interpréter de manière erronée leurs émotions et celles d'autrui.

Ceci dégrade les interactions sociales, « surtout quand il n'y a pas de mots qui sont dits derrière et pas d'explication concernant l'émotion qui est en train d'être vécue ».

Pour E1, beaucoup de patients schizophrènes refoulent ou cachent leurs émotions. Ils doivent faire face à une double difficulté : l'identification et l'expression de ces dernières, « c'est pas facile aussi pour eux de parler déjà de ce qu'ils ressentent et en plus de ça d'identifier vraiment leurs émotions à un instant T ». Ceci peut les pousser à agir de manière instinctuelle, à adopter des comportements inadaptés comme les passages à l'acte.

Vis-à-vis de l'intervention de l'ergothérapeute et de la prise en soin des émotions, E1 souligne que ce domaine de la prise en soin est un travail pluridisciplinaire. Tous les professionnels qui gravitent autour du patient sont susceptibles d'être un acteur de la prise en charge émotionnelle. Au sein de l'UMD où travaille E1, un atelier nommé « émotion » existe. Ce dernier est proposé dans le but d'identifier, de définir, d'expliquer, d'appréhender la multitude d'émotions qu'il existe. Selon E1, le rôle de l'ergothérapeute est d'aider le patient à appréhender, repérer et comprendre les changements somatiques induits par les émotions et apprendre à les gérer. Dans sa pratique, E1 constitue un groupe fermé qui participe à plusieurs séances. Les premières séances sont consacrées à l'abord des émotions primaires afin de les définir et d'échanger via des exemples concrets. Ensuite, les patients sont invités à participer à des mises en situation via des jeux de rôles ou des mimes. Pour permettre une meilleure compréhension, elle utilise aussi des émoticartes et la mise en mots comme support verbal (« je leur fais ajouter les mots parce que je leur dis qu'avec les mots c'est forcément plus simple que sans »). Enfin, les dernières séances stimulent l'ensemble des étapes du processus émotionnel via le jeu Feelings. Les cartes émotions sont aussi utilisées par E1 afin d'introduire un atelier. Ce support permet de faire verbaliser les patients sur leurs météo intérieures et « de voir s'ils ont « changé d'humeur » durant l'atelier ».

Pour E1, la prise en charge des émotions a un effet positif sur la relation soignant/soigné car elle permet aux patients de se sentir écoutés et sécurisés, ce qui favorise la confiance et donc la verbalisation de leurs histoires de vie. Cependant, elle se questionne quant à un possible impact sur les relations entre patients.

Débutant sa carrière professionnelle, elle pense ne pas avoir assez de recul pour donner une réponse mais soulève deux hypothèses. Les patients initieraient de nouvelles interactions sociales plus facilement s'ils sont en petit groupe et s'ils partagent des points communs avec les autres.

En ce qui concerne l'estime de soi des patients, elle est valorisée lorsqu'ils ont été capables de réaliser une activité. Aussi, le niveau d'estime de soi s'élève en fonction de l'intérêt porté par autrui et la considération que le thérapeute porte au patient (« on s'est occupés d'eux, on s'est intéressés à eux »). Pour E1, l'atelier émotion n'est pas l'atelier le plus pertinent pour favoriser l'estime de soi. De plus, elle attire mon attention sur la difficulté à mener ce type d'intervention. Selon elle, le patient peut être mis en échec rapidement.

Entretien n°2 :

L'ergothérapeute interrogée (E2) commence l'entretien en expliquant le lien d'interdépendance entre la pathologie et les interactions. Selon elle, « des interactions sociales difficiles à interpréter viennent accentuer la souffrance du patient » et « cette pathologie de la schizophrénie vient renforcer la difficulté à interpréter les interactions sociales ». Pour E2, cette complexité s'explique, avant tout, par une incapacité d'interprétation des interactions sociales (« il les vit mais il manque d'outils pour les comprendre »). De ce fait, ceci engendre des attitudes inadaptées : « cette difficulté d'interprétation entraîne des comportements qui, à leur tour sont difficiles à interpréter par leurs interlocuteurs » et qui « viennent accentuer la souffrance du patient ». Elle souligne que « dans les interactions sociales il y a énormément de caractère implicite à capter et à interpréter ». En effet, le caractère implicite de nos interactions sociales, souvent, n'est pas à la portée des personnes atteintes de schizophrénie. Les patients apparaissent alors en grande difficulté.

Pour E2, les émotions et les interactions sociales forment « un même système complexe » au sein duquel « elles sont en perpétuelles réponses ou interrelations ». Parmi les outils favorisant la compréhension des interactions sociales, « les émotions sont une source d'informations » utile pour ces dernières.

C'est pourquoi il est nécessaire que les patients schizophrènes les comprennent pour les utiliser à bon escient lors de leurs futures interactions (« on va avoir besoin d'être outillé pour comprendre ces émotions et pour en tirer des conclusions sur où en est notre interaction et où on veut l'amener et comment on peut l'amener vers le but qu'on est en train de poursuivre »).

D'après E2, les patients schizophrènes ressentent de multiples émotions. Elle ajoute que ces dernières sont perçues mais que la difficulté d'interprétation est « quelque chose d'extrêmement difficile pour eux et ça les met en situation d'être démunis face à ces émotions qui les traversent ». De cette première incapacité découlent d'autres difficultés comme l'utilisation ou la gestion des émotions. En effet, « ils vont avoir du mal à l'utiliser pour se comporter en société ». Les patients schizophrènes peuvent donc « être débordés par ces émotions » car « ils sont démunis et non outillés pour les gérer et les comprendre ».

Pour E2, le travail de l'ergothérapeute dans ce versant de la prise en soin est d'offrir des outils de perception, de compréhension et de gestion des émotions. Pour cela, le patient est mis en situation « dans un groupe social », dans « une situation complexe » d'interaction ou encore « dans la vie, dans des ateliers, dans des unités de vie ». Pour travailler les émotions, E2 utilise différents médiateurs. Elle cite des outils « des plus archaïques » comme l'argile et des outils plus complexes comme « la culture, le cinéma, l'art en passant par le travail du bois ». E2 joue sur le niveau de difficulté d'une activité (« l'argile je peux l'utiliser d'une manière extrêmement simple au niveau de la technique »). Elle propose d'utiliser de la barbotine que les patients travaillent à la main sur un plan de travail horizontal. Cet atelier permet de « travailler simplement l'empreinte, la trace du mouvement » et « fait intervenir le toucher, qui fait intervenir le rythme, qui fait intervenir la vue, qui fait intervenir les odeurs ». Le corps est donc mis en mouvement pour stimuler les sens. La technique peut alors se complexifier et « on peut aller jusqu'au travail du tour avec des cuissons et des émaillages ». Cette méthode demande l'apprentissage d'« un processus, une technique » et de « respecter un certain nombre d'étapes ». Les outils choisis « vont dépendre du patient, ils vont dépendre du contexte dans lequel on se trouve et des conditions de travail qu'on peut avoir ». Suite à la mise en place de ces activités, le travail du thérapeute va « être de repérer ces émotions, de les faire connaître et de les mettre en mots ».

L'ergothérapeute apparaît comme un accompagnant pour « les expliquer, les interpréter » afin que le patient « puisse lui-même avoir ses propres repères et sa propre interprétation ». E2 explique que peu importe l'outil utilisé, le plus important dans son travail est que « lorsque l'émotion affleure, nous on puisse être là pour l'interpréter et donner du sens à ce qui est en train de se passer » car lorsque « l'émotion affleure, elle est souvent abrupte et parfois désorganisée ». Cette explication du thérapeute « outille le patient pour son quotidien ». Elle ajoute que l'accueil de l'émotion et sa compréhension pendant l'activité permettent aux patients schizophrènes d'être apaisés, notamment si l'émotion vécue est désorganisée, complexe et négative.

Suite à la prise en charge des émotions, E2 constate des effets positifs sur les interactions sociales et qu'elle permet d'apaiser les patients (« le fait qu'on puisse accueillir, organiser, mettre en mots et interpréter c'est déjà un premier signe d'apaisement »). Cependant, elle explique que ces améliorations ne proviennent pas uniquement de la prise en soin en ergothérapie. Le travail de l'ensemble des membres de l'équipe est nécessaire (« c'est bien complété par tout un travail d'équipe »). Elle ajoute qu'avoir la capacité de comprendre ses émotions et mener des interactions socialement adaptées sont « une source d'estime de soi voire même chez certains patients de fierté ». Mais une difficulté majeure est soulevée : stabiliser ces deux compétences dans le temps (« ce qui est compliqué c'est de la maintenir surtout chez des grands schizophrènes qu'on rencontre en UMD »).

Pour terminer l'entretien, E2 explique que les professionnels se retrouvent confrontés à certaines limites pour effectuer la prise en soin des patients en UMD. En effet, des contraintes comme l'organisation interne ou l'agencement des locaux ne rendent pas possible la pratique d'interactions sociales en milieu ordinaire, plus commun. Cet objectif sera une des missions de l'établissement d'origine « pour que ça devienne plus fluide et plus naturel pour le patient ».

Entretien n°3 :

L'ergothérapeute interrogée (E3), expose la schizophrénie comme « la pathologie de la relation ».

Pour elle, les limitations vécues par les schizophrènes, dans leurs interactions sociales, entraînent leur isolement (« vient un peu replier le patient dans sa bulle, dans son monde »). Les interactions sont « la principale problématique des patients » et compliquent l'insertion sociale de ceux-ci. Aussi, E3 identifie plusieurs symptômes de la maladie comme le repli, le syndrome autistique dissociatif et délirant ou l'incurie comme des facteurs aggravants.

En ce qui concerne les émotions, il apparaît essentiel pour E3 de comprendre les siennes et celles d'autrui, pour mener à bien des interactions sociales adaptées (« pour pouvoir être en interaction avec quelqu'un il faut repérer les émotions qui se passent chez l'autre mais aussi à l'intérieur de soi »). De plus, E3 avance que pour « être en lien avec quelqu'un il faut pouvoir du coup comprendre les intentions de l'autre et pour moi ça passe par les émotions ».

D'après E3, le vécu des émotions dépend de chaque patient. De ce fait, les ergothérapeutes proposent en début de prise en soin, la passation d'un entretien individuel. Celui-ci permet aux soignants de connaître les attentes des patients et leurs difficultés. Durant ces échanges, E3 remarque que « souvent eux n'ont pas la sensation de ne pas repérer les émotions des autres et de ne pas pouvoir repérer quelle est l'émotion qui fait partie d'eux à un moment T ». Il est nécessaire que les professionnels leur suggèrent cette difficulté pour qu'ils en prennent conscience. E3 observe que certains patients sont en capacité d'associer une émotion simple à une réaction corporelle adaptée mais de manière stéréotypée. Aussi, certains symptômes de la maladie, comme la dissociation, peuvent être prégnants chez des patients. Ceci les empêche d'être cohérents entre l'émotion qu'ils ressentent et ce qu'ils renvoient physiquement (« en nous montrant un visage très souriant et en parlant d'une horreur »). D'autres patients, anosognosiques, sont persuadés de comprendre les émotions, ce qui engendre des interprétations faussées (« à ce moment là ça va être souvent un vécu persécutif »). Enfin, pour certains il est impossible de gérer ses émotions (« ils viennent se faire déborder par leurs émotions ce qui vient générer une tension corporelle assez forte et une incompréhension du comportement de l'autre et donc suscite une agitation »).

Au sein de l'UMD où exerce E3, aucun atelier spécifique au travail des émotions n'est mis en place.

Cependant, d'autres activités thérapeutiques comme le mime, permettent de répondre à des objectifs de prise en charge émotionnelle. En effet, lors de cette dernière, les patients sont amenés à se mettre en scène. Via le visage et l'ensemble du corps, ils doivent jouer diverses situations et faire appel à leurs émotions (« on fait un travail corporel mais aussi au niveau du visage »). L'expérience du mime permet à chacun de ressentir l'émotion et de comprendre de quelle manière elle est perçue par autrui. E3 ajoute que le travail des émotions s'effectue aussi de manière informelle (« on a une manière un peu plus insidieuse de travailler avec eux du coup c'est dans le quotidien »). En effet, les professionnels accompagnent le patient dans des situations de vie, en dialoguant, pour comprendre l'émotion qui est vécue et la mettre en mot (« par l'humour ou par la parole, les discussions »).

De plus, les ergothérapeutes ont collaboré avec une intervenante extérieure, pour pratiquer des séances de « théâtre clown ». Durant cet atelier, les participants ont été amenés à faire « des exercices de déplacements dans la salle, des choses assez classiques de théâtre » ou « des entrées sur scènes avec tout un travail de mimiques ». Grâce à cette activité, E3 s'est rendue compte que « en caricaturant c'est plus simple parce que pour certains patient quand c'est dans la finesse de l'émotion c'est très difficile à repérer pour eux voire impossible ». De plus, le fait de surjouer les émotions a plu à la majorité des patients, qui ont eu envie de les reproduire (« ils viennent faire bouger certains muscles de leurs visages qu'on aurait jamais vu bouger auparavant »). E3 termine en expliquant que les professionnels travaillent les émotions différemment en fonction du modèle qu'ils utilisent et du courant de pensées dans lequel ils se projettent pour effectuer les prises en soin. Elle donne l'exemple des modèles cognitivo-comportemental, psychanalytique et psycho-dynamique.

Suite à la prise en soin des émotions, E3 constate la naissance ou le renforcement de la confiance, inhérente à la relation thérapeutique (« ça développe quelque chose de l'ordre de la complicité, de la confiance »). De ce fait, les patients apparaissent plus en capacité d'aller vers autrui, de se confier car ils ne se sentent pas jugés (« ils viennent plus vers nous et ils se permettent de se montrer sous un angle un peu plus froid mais qui sera accepté »).

Aussi, ils osent davantage dire aux soignants lorsqu'ils sont face à une incompréhension. E3 ne sait pas si la prise en charge des émotions est efficace sur les interactions sociales entre pairs mais elle reconnaît que pour certains, les visages semblent plus expressifs (« on va voir par exemple des petits rictus au coin de la bouche »). Du point de vue de l'estime de soi, les patients osent prendre des initiatives et apparaissent plus détendus et rassurés (« après on les sent beaucoup plus assurés, ils ont pris place un peu, c'est aussi devenu leur territoire l'atelier d'ergothérapie »). Vis-à-vis des autres patients ils s'assument et réussissent à prendre part et à vivre l'instant présent. Cependant, E3 se demande si tout ceci est possible uniquement grâce au travail émotionnel ou grâce à l'instauration d'habitudes de vie, de routines (« est-ce que c'est par le travail de l'émotion ou par la répétition de l'expérience »). E3 termine l'entretien en ajoutant qu'au sein de l'UMD, les professionnels utilisent l'humour, afin de savoir si le patient comprend la dimension implicite de la relation et s'il y est réceptif.

3. Analyse transversale

A présent, je vais croiser les données pertinentes recueillies lors des entretiens. Comparer les résultats de l'analyse longitudinale va me permettre d'identifier les convergences et les divergences des pratiques de chacune des ergothérapeutes. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux pour chaque question afin de permettre une meilleure lisibilité.

Question 1 : Quel lien faites-vous entre la schizophrénie et les interactions sociales ?	
Entretien 1	Interactions sociales biaisées Impact des symptômes positifs sur les interactions sociales Nécessité d'établir une relation thérapeutique de confiance L'utilisation de médiateurs signifiants favorise les interactions sociales Connaître les habitudes de vie des patients facilite la relation de confiance

Entretien 2	Lien d'interdépendance entre la pathologie et les difficultés d'ordre sociale Difficultés d'interprétation des interactions sociales Incompréhension du caractère implicite des interactions sociales Souffrance générée par les difficultés à comprendre les autres Engendre des comportements inadaptés
Entretien 3	Limitation des interactions sociales due à la pathologie entraîne l'isolement Impact des symptômes positifs, négatifs et désorganisés Difficulté à s'insérer dans la société

Les ergothérapeutes interrogées s'accordent à dire que la maladie produit des effets indésirables sur les interactions sociales des patients schizophrènes. E2 soulève la difficulté de compréhension de l'aspect implicite qui se joue dans une relation sociale. Elle soulève aussi la souffrance ressentie par les patients lorsqu'ils sont dans l'incompréhension, face à leurs pairs. E1 et E3 expriment l'impact des symptômes de la maladie sur les relations sociales.

E2 et E3 expliquent aussi que cette difficulté à créer du lien social entraîne des comportements inadaptés, ce qui rend complexe l'insertion sociale des schizophrènes. De plus, E1 appuie sur l'importance de construire une relation de confiance avec le patient afin de mener une prise en soin efficace. La connaissance des habitudes de vie et la mise en place d'activités signifiantes sont deux facteurs favorisant les interactions sociales avec les patients.

Question 2 : Quel lien faites-vous entre les émotions et les interactions sociales ?	
Entretien 1	Les émotions sont nécessaires pour établir des interactions sociales Leur incompréhension impacte les relations sociales Le vécu d'émotions similaires entre plusieurs personnes consolide la relation
Entretien 2	Mise en jeu des émotions dans les interactions sociales Les interactions sociales génèrent des émotions

	<p>Les émotions sont un outil de compréhension pour mener à bien ses propres interactions sociales</p> <p>Les émotions sont une source d'informations de l'interaction</p>
Entretien 3	<p>Les intentions de l'interlocuteur passent par les émotions</p> <p>Nécessité de comprendre ses émotions et celles d'autrui pour être en relation</p>

Pour les trois professionnelles, les émotions sont nécessaires et mises en jeu dans toutes les interactions sociales. Aussi, elles mettent en évidence la nécessité que les deux protagonistes les repèrent et les comprennent pour mener des échanges adaptés et comprendre les intentions de son interlocuteur. En effet, E2 souligne que les émotions sont une source d'information essentielle. Elles sont un véritable outil permettant la compréhension de l'interaction qui est en train de se dérouler. E1 ajoute que le partage des émotions permet de consolider la relation thérapeutique et de mener des interactions sociales basées sur la confiance.

Question 3 : Selon vous, comment les schizophrènes vivent-ils leurs émotions au quotidien ?	
Entretien 1	<p>Refoulement</p> <p>Difficultés d'identification et d'expression des émotions</p> <p>L'incompréhension des émotions peut entraîner des comportements instinctuels comme les passages à l'acte</p>
Entretien 2	<p>Démunis et non outillés</p> <p>Difficultés de perception, d'interprétation et de gestion</p> <p>Difficultés à les utiliser pour se comporter en société</p> <p>Se sentent débordés</p>
Entretien 3	<p>Anosognosie : interprétation erronée et persécutrice</p> <p>Certains arborent des expressions stéréotypées</p> <p>D'autres sont dissociés : incohérence entre l'émotion vécue et l'émotion exprimée</p> <p>Débordés : engendrent des tensions, des agitations</p>

De manière générale, les ergothérapeutes ont conscience que les émotions sont une source de difficultés pour les patients schizophrènes. E2 et E3 utilisent les mêmes termes pour qualifier les patients.

Pour elles, les schizophrènes sont démunis et débordés par leurs émotions car ils ne les maîtrisent pas. E1 ajoute que certains les repoussent ou empêchent leurs réactions de s'extérioriser. E3 énonce plusieurs profils de patients. Certains sont anosognosiques donc n'ont pas conscience qu'ils sont dans l'incapacité de comprendre, utiliser et gérer les émotions. D'autres ont connaissance des émotions de base mais leur expression faciale apparaît stéréotypée. Aussi, de par leur pathologie, des patients sont dissociés ce qui engendre une incohérence entre ce qu'ils vivent, ressentent et ce qu'ils expriment. E1 et E2 citent les différentes étapes du processus émotionnel pour lesquelles les patients schizophrènes sont en difficulté : la perception, l'identification, l'interprétation, l'utilisation, l'expression et la gestion des émotions. Aussi, E1 et E2 indiquent que cet ensemble d'incapacité peut engendrer des comportements instinctuels (comme les passages à l'acte) ou inadaptés, ce qui limite l'insertion de ces patients dans la société. Enfin, E3 observe qu'une incapacité de gestion des émotions génère des tensions et des agitations au sein du service.

Question 4 : Quelle est l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en charge des émotions de patients schizophrènes ?	
Entretien 1	<p>La prise en soin des émotions est un travail pluridisciplinaire</p> <p>Le rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner le patient pour identifier, appréhender, connaître, mettre en mots les émotions</p> <p>Mise en place d'un atelier « émotions »</p> <p>Utilisation de jeux de rôle, mimes, des émotocartes, du jeu Feelings</p> <p>Les cartes émotions sont un support utilisé pour introduire un atelier, connaître l'humeur du patient et comparer à la fin de l'atelier</p>
Entretien 2	<p>Le travail de l'ergothérapeute repose sur l'offre d'outils de perception, de compréhension et de gestion des émotions</p> <p>Utilisation de médiateurs divers, archaïques comme l'argile</p>

	<p>Variation du niveau de difficulté d'une activité, adaptation selon le patient</p> <p>Fait appel aux 5 sens et à la mise en mouvement avec la barbotine</p> <p>Gestion des émotions lors d'apprentissage de techniques plus complexes</p> <p>Mise en situation dans les ateliers, dans les unités de vie</p>
Entretien 3	<p>Travail des émotions au travers d'un atelier de mimes</p> <p>Accompagnement du thérapeute, au quotidien, dans la compréhension de l'émotion</p> <p>Théâtre clown, caricaturer une expression permet de repérer plus facilement l'émotion et donne envie de la reproduire car les patients se sentent amusés</p>

Les trois ergothérapeutes ont mis en place des ateliers différents afin de répondre à des objectifs de prise en charge des émotions. Au sein de l'UMD où travaille E1, un atelier « émotion » existe. E2 et E3 proposent des ateliers comme l'argile ou le théâtre clown, qui permettent un travail émotionnel de manière implicite. E1 et E3 utilisent un médiateur commun : les jeux de rôles et les mimes. E1 utilise aussi des jeux et des supports écrits comme les cartes émotions. E2 fait varier le niveau de complexité des ateliers qu'elle propose. Par exemple, pour l'argile, elle va de l'utilisation de la barbotine pour faire appel aux différents sens comme l'odorat, l'ouïe et la vue jusqu'aux techniques d'apprentissage pour confectionner un objet. De plus, E2 explique qu'il est nécessaire de mettre en situation le patient pour qu'il puisse vivre différentes interactions sociales. Aussi, les trois ergothérapeutes mettent en lumière l'accompagnement du thérapeute dans la compréhension des émotions. Il apparaît comme un acteur essentiel qui donne du sens et aide le patient dans son cheminement intérieur. Enfin, selon E1 les émotions ne sont pas un domaine propre à l'ergothérapie c'est pourquoi il est nécessaire de travailler avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Chacun de ses membres étant un maillon de la chaîne qui permet le travail émotionnel.

Question 5 : Suite à la prise en charge émotionnelle, que constatez-vous dans le domaine des interactions sociales ?	
Entretien 1	Impact positif sur la relation soignant/soigné Rassure le patient et le met en confiance Certains patients se confient sur leurs histoires de vie Impact dans les relations entre patients est incertain Travail de collaboration avec d'autres professionnels de l'équipe
Entretien 2	Signe d'apaisement Les interactions sociales s'acquièrent à force de mettre le patient en situation L'amélioration des interactions sociales provient d'un travail d'équipe La prise en charge ergothérapique apporte des outils de compréhension des émotions et aide les patients dans leurs interactions
Entretien 3	Les patients se sentent plus rassurés et en confiance Certains patients osent davantage se confier et partager leurs incompréhensions aux soignants Comprennent qu'ils sont acceptés, sans jugement et comme ils sont par les professionnels D'autres sont plus expressifs physiquement

Pour les trois professionnelles, la prise en soin menée détiend des effets positifs sur la patientèle concernée. Pour E1 elle permet d'améliorer et renforcer la relation soignant/soigné. E3 partage ce point de vue en ajoutant que les patients osent davantage se confier car ils se sentent plus en confiance. Ils comprennent que le thérapeute fait preuve d'écoute active et de non jugement. E2 ajoute que les patients, de par l'accompagnement du thérapeute et la mise en mots des émotions, sont apaisés. De son côté, E3 remarque que certains patients sont plus en capacité d'exprimer physiquement les émotions. Leurs expressions faciales sont plus perceptibles.

Cependant, pour E1, le travail des émotions n'est pas le seul domaine qui permet d'améliorer les interactions sociales et elle insiste sur l'importance d'un travail de coopération entre les différents acteurs de l'équipe. En ce qui concerne les interactions entre patients, E2 et E3 ne sont pas certaines d'un réel impact.

Enfin, E2 pense que la prise en charge des émotions apporte une aide précieuse à certains patients mais elle exprime aussi la nécessité d'un travail pluridisciplinaire.

Question 6 : Suite à la prise en charge émotionnelle, qu'observez-vous en ce qui concerne l'estime de soi des patients ?	
Entretien 1	<p>L'estime de soi peut être travaillée dans d'autres ateliers</p> <p>Le niveau d'estime des patients augmente lorsqu'ils sont satisfaits de leurs capacités à réussir une activité</p> <p>L'estime de soi augmente lorsque les soignants leur portent de l'attention et s'occupent d'eux</p> <p>Vigilance vis-à-vis de l'atelier émotion qui peut mettre en échec et diminuer l'estime de soi des patients</p>
Entretien 2	<p>Comprendre ses émotions et mener des interactions sociales adaptées est une source d'estime de soi voire de fierté</p> <p>Difficulté à stabiliser sur le long terme</p>
Entretien 3	<p>Meilleure estime de soi, plus d'assurance</p> <p>Les patients s'affirment plus, prennent place</p> <p>Les patients s'assument plus face à autrui</p> <p>Les patients vivent le moment présent</p>

Une amélioration de l'estime de soi des patients est perçue par les deux dernières ergothérapeutes. E2 pense qu'être en capacité de comprendre ses émotions permet d'initier des interactions sociales, ce qui est une source importante d'estime de soi voire de fierté. Pour E3, les patients gagnent en estime d'eux-même car ils se font plus confiance, prennent place lors des ateliers en ergothérapie. Tandis que, pour E1, la prise en charge émotionnelle n'apporte pas plus d'estime de soi au patient qu'un autre atelier.

Le patient peut être satisfait de ce qu'il a fait et de ses capacités lors d'autres activités. Mener un atelier émotion demande d'être vigilant quant à la mise en échec du patient. En effet, mettre le patient face à des émotions trop fortes ou difficiles pourrait avoir l'effet inverse et diminuer l'estime de soi. De plus, E2 nuance ses propos et souligne la difficulté à maintenir et stabiliser l'estime de soi des patients schizophrènes sur le long terme. Enfin, E3 a observé que les patients schizophrènes prennent plus d'initiatives. Ils tirent davantage profit de l'instant présent et de ce qu'il se passe en atelier. Enfin, ils s'assument plus face aux autres patients hospitalisés.

Question 7 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?	
Entretien 1	
Entretien 2	Limites pour travailler les interactions sociales : les locaux et l'organisation interne à l'UMD Travail des interactions sociales dans un milieu ordinaire est l'objectif de l'équipe de l'établissement d'origine du patient
Entretien 3	Utilisation de l'humour (compréhension et accessibilité aux patients)

E2 soulève deux limites en ce qui concerne le travail des interactions sociales en UMD. En effet, de par la structure des locaux et de l'organisation interne de ces établissements, les patients ne peuvent pas être mis en situation dans un milieu plus ordinaire, commun. Ceci constitue un des objectifs de l'équipe soignante de l'établissement d'origine, qui prendra le relais. E3 ajoute que l'utilisation de l'humour est un outil utile pour savoir si les patients sont sensibles à la dimension implicite de la relation.

V. Discussion

Je vais commencer cette discussion par une analyse théorique. Elle va me permettre de faire du lien entre la pratique des ergothérapeutes et les éléments du cadre théorique, établis au début de ce travail de recherche.

Puis, une analyse réflexive, comprenant à la fois une autocritique et les apports personnels pour ma pratique professionnelle, est effectuée pour clôturer cette partie.

1. Analyse théorique

Au vu du manque de littérature fiable, l'objectif de ce mémoire était d'éclaircir la démarche des ergothérapeutes vis-à-vis de la prise en soin des émotions et de savoir si cette dernière avait un impact positif sur la qualité de vie des patients. Cette enquête m'a permis de mettre en lumière l'importance et la manière dont ce versant de la prise en soin ergothérapique est ou était effectuée, au sein de trois Unités pour Malades Difficiles.

Selon le DSM-5, les signes cliniques et symptômes qui composent la schizophrénie engendrent des difficultés dans le domaine social des patients qui en sont atteints. Les ergothérapeutes s'accordent à dire que la sociabilisation des schizophrènes est fortement impactée et limitée par la pathologie. De plus, elles citent différents symptômes positifs, négatifs et désorganisés et expliquent que ceux-ci entraînent des biais de compréhension de leurs interactions sociales.

D'après Prouteau dans sa revue « Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : étude en vie quotidienne », la pathologie entraîne des perturbations du fonctionnement affectif. En effet, le DSM-5 stipule qu'un des symptômes négatifs prééminent de la pathologie est la diminution de l'expression émotionnelle. Les professionnelles font le même constat en expliquant que les patients refoulent ou cachent leurs émotions. Ces derniers se sentent démunis face aux émotions qui les traversent car ils les perçoivent de manière erronée ou sont dans l'incapacité de les interpréter. Elles soulignent aussi la diversité des profils de patients observés : certains sont anosognosiques vis-à-vis des émotions, d'autres arborent des expressions stéréotypées ou sont trop dissociés pour associer correctement l'émotion ressentie à ce qu'ils expriment.

Les ergothérapeutes remarquent que ces difficultés entraînent, comme le cite le DSM-5 « des anomalies comportementales ».

En effet, elles mentionnent les différentes compétences émotionnelles de Mickolajczak à savoir, des incapacités de perception, de compréhension, d'utilisation et de gestion de leurs émotions lors de leurs interactions sociales. Ceci peut engendrer des comportements instinctuels allant jusqu'au passage à l'acte. L'insertion sociale des patients s'en voit complexifiée car ces derniers adoptent des comportements inadaptés envers leurs pairs et ne trouvent pas leur place au sein de la Cité.

Pourtant, selon Apter dans sa revue « L'émotion, un mouvement vers l'autre ? », l'expérience émotionnelle prend sa source dans la rencontre avec autrui. De plus, les rapports sociaux sont un des domaines fondamentaux qui alimente la vie d'un sujet et lui permettent d'avoir des attitudes socialement adaptées. Les ergothérapeutes interrogées mettent aussi en interrelation les concepts d'émotion et d'interactions sociales. Pour elles, les émotions sont mises en jeu lors des échanges, elles permettent de comprendre les intentions de son interlocuteur et l'environnement dans lequel se trouve le patient. Elles représentent donc une source d'informations cruciales pour mener des interactions sociales satisfaisantes.

Comme énoncé dans l'article R44331-1 du Code de la Santé Publique, l'objectif de la profession est d'acquérir une autonomie individuelle, par exemple, dans le domaine social. Pour mener la prise en soin des émotions et permettre le rétablissement des interactions sociales, les ergothérapeutes s'appuient sur la spécificité de leur métier. D'après le référentiel de la profession, celles-ci fondent leur pratique sur l'accomplissement d'activités, ayant un potentiel thérapeutique. Les trois professionnelles emploient des médiateurs différents comme des jeux de mimes, du théâtre, des activités artistiques/manuelles ou des mises en situation. Un autre outil, utilisé par les ergothérapeutes est mis en avant dans les interviews : le soutien du thérapeute dans l'accompagnement du patient à verbaliser les émotions. L'échange permet aux patients de comprendre des situations qui leur échappent. Cet accompagnement a pour but de leur donner des outils pour qu'ils saisissent l'ensemble des étapes du processus émotionnel. Mais, pour cela, les ergothérapeutes soulèvent une notion primordiale, celle de la relation de confiance. En effet, elle apparaît comme fondamentale, en amont et pendant la prise en soin.

Comme indiqué dans le cadre théorique, la collaboration d'un ensemble de professionnels est nécessaire pour favoriser le retour du patient dans son service d'origine. Les ergothérapeutes soulignent l'importance de ce travail pluridisciplinaire notamment dans la prise en soin des émotions. Elles ont conscience que le rétablissement du patient est possible grâce à un travail collectif. Le partenariat qui s'établit entre les professionnels permet à chacun d'entre eux de suivre le patient selon sa spécificité ainsi que de mettre en commun leurs compétences.

En ce qui concerne l'impact de la prise en soin, les ergothérapeutes remarquent plusieurs améliorations. Cependant, elles ne s'accordent pas sur ces dernières. Premièrement, les interactions avec les membres de l'équipe de soin sont renforcées suite à la prise en soin des émotions. Selon les éléments récoltés, les patients prennent davantage l'initiative de se confier. Certains patients gagnent alors en autonomie et en réflexion en exprimant leurs incompréhensions aux thérapeutes. Deuxièmement, la mise en mot des émotions permet de les apaiser et il est constaté pour certains d'entre eux, une amélioration de l'expression faciale de l'émotion. Dernièrement, pour certaines des professionnelles, avoir la capacité de comprendre ses émotions et mener des interactions sociales adaptées est une source d'estime de soi voire de fierté pour les patients. Ils prennent place lors des ateliers d'ergothérapie, ont plus confiance en eux et s'assument davantage face aux autres patients.

Certaines questions restent en suspens. En effet, deux ergothérapeutes se questionnent quant à l'impact de la prise en soin des émotions sur les relations entre patients. Elles seraient améliorées s'ils étaient insérés dans un groupe fermé et s'ils partageaient des points communs avec leurs interlocuteurs. Enfin, l'une d'entre elles met en exergue deux limites pour mener à bien la prise en charge des rapports sociaux : l'architecture des locaux des UMD ainsi que leur organisation interne.

Après avoir mis en lien les écrits scientifiques, qui constituent le cadre théorique, avec les résultats obtenus, nous pouvons dire que l'hypothèse formulée est partiellement validée. La prise en charge des émotions en ergothérapie favorise l'estime de soi des patients hospitalisés en UMD, pour deux des ergothérapeutes interrogées. Cependant, les professionnelles observent une amélioration des interactions sociales mais particulièrement avec les professionnels soignants.

En effet, l'élaboration de rapports sociaux avec les autres patients apparaît incertaine et fragile. Elle dépend : de la personnalité de chaque patient, du partage de centres d'intérêts avec autrui ou encore de leur insertion dans un groupe restreint de patients.

Avant de conclure cette étude, une analyse réflexive a été menée sur le choix de la méthode et de la population. Aussi, les apports personnels sont explicités et une ouverture est proposée en fin de partie.

2. Analyse réflexive

2.1 Choix de la méthode

La méthode qualitative des entretiens est celle que j'ai choisie pour élaborer ce mémoire car elle donne à la fois une liberté aux interviewés pour exposer leurs idées et place l'interviewer comme un acteur légitime de l'échange. Après avoir effectué mes entretiens, je me suis rendue compte que mes premières questions étaient trop ouvertes. De ce fait, j'ai utilisé mes questions de relance, qui semblaient plus compréhensibles par mes interlocutrices.

L'utilisation d'une méthode quantitative m'apparaissait complexe à mettre en place. En effet, le questionnaire est une méthode qui nécessite beaucoup de participants. La France comptabilise dix UMD sur son territoire, de ce fait, le nombre d'ergothérapeutes qui y travaillent n'aurait pas été suffisant pour valider cette méthode. De plus, en raison du peu de ressources écrites, existantes sur le sujet, la revue de littérature est une méthode qui semblait difficile à mettre en œuvre.

2.2 Choix de la population

Pour ces entretiens, la population d'informateurs était composée uniquement d'ergothérapeutes. Tout d'abord, il aurait été intéressant d'interroger plus d'ergothérapeutes pour connaître la pratique de la prise en charge des émotions dans toutes les UMD.

Aussi, l'interview d'autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire aurait permis de comprendre leurs démarches dans la prise en soin des émotions, les accointances et possibles différences avec celle des ergothérapeutes. Aussi, questionner des membres de la famille des patients aurait peut-être permis une investigation plus personnalisée, du fait de la proximité des interviewés avec les patients. Enfin, questionner les patients eux-mêmes était une volonté de ma part. En effet, il me semblait pertinent de pouvoir m'entretenir avec eux pour recueillir leurs vécus subjectifs de la maladie et de leurs émotions. Aussi, recueillir leurs propos aurait été légitime car se sont les premiers acteurs concernés par les soins qui leur sont prodigués. Cependant, je n'ai pas pu mener ce projet car cela demandait une organisation complexe et la stabilisation des patients, ce qui n'était pas le cas de la population ciblée dans ce mémoire.

2.3 Apports personnels et pour la profession

Dans un premier temps, la réalisation de ce travail m'a apporté de nouvelles connaissances en ce qui concerne la recherche de sources scientifiques fiables, l'application d'une méthode qualitative et l'analyse des résultats.

Dans un second temps, j'ai pu enrichir mes acquis via l'élaboration du cadre théorique et des échanges avec les professionnels. Selon moi, la méthode de l'entretien relate de façon plus vivante et réaliste le vécu des ergothérapeutes vis-à-vis des situations exposées. Ces retours d'expérience ont été pour moi révélateurs de certaines pratiques que je souhaiterais mettre en application à l'avenir.

La persévérance, l'assiduité et l'organisation ont été des atouts majeurs pour atteindre l'objectif final de la rédaction du mémoire. Cet exercice m'a également permis de parfaire mes qualités rédactionnelles, m'obligeant à recentrer et synthétiser les informations. Ce travail représente pour moi l'aboutissement de mes trois années d'étude, tant sur le plan pédagogique que sur le plan professionnel au travers des stages réalisés.

Enfin, dans le domaine du handicap, la santé mentale reste un sujet peu vulgarisé. Toutefois, j'ai pu constater au cours de deux stages, réalisés dans ce milieu, que l'ergothérapie avait toute sa place dans ce champ d'action.

C'est pourquoi, la profondeur de certaines relations thérapeutiques m'a conduite à aborder ce thème comme sujet de mémoire.

2.4 Recommandations et ouverture

Les résultats qui découlent de ce travail d'initiation à la recherche ont fait émerger une proposition de recommandations pour les ergothérapeutes portant un intérêt au sujet des émotions en UMD. En effet, il serait intéressant d'identifier l'ensemble des moyens utilisés par les ergothérapeutes, exerçant en UMD sur le territoire, pour les tester auprès des patients et évaluer lesquels sont les plus pertinents. Ceci permettrait de mettre en lumière la pratique de l'ergothérapeute dans ce versant de la prise en charge. Pour cela, poursuivre la recherche et établir des références bibliographiques sur le sujet est nécessaire.

Suite à mes recherches et à un cours pratique sur le thème de la réhabilitation psychosociale, dispensé au sein de mon institut de formation, le programme « Gaïa » nous a été présenté. Celui-ci propose un entraînement ciblé sur la perception des émotions faciales. L'objectif de cet outil est d'améliorer la compréhension des émotions d'autrui pour développer les relations sociales. Les séances sont découpées en trois temps : l'utilisation d'exercices visuels pour catégoriser la joie, la tristesse et la colère, des mises en situation par le biais d'un logiciel informatique de réalité virtuelle avec des jeux de rôles puis l'apprentissage d'autres émotions de bases et d'émotions complexes. Je me suis alors questionnée sur l'utilisation en ergothérapie d'outils de remédiation cognitive comme « Gaïa », pour la prise en charge des émotions. Au-delà, il serait pertinent de se questionner sur la prise en charge des émotions auprès d'autres populations. En effet, la problématique émotionnelle peut être rencontrée chez tout individu, notamment chez le sujet âgé ou l'enfant.

Conclusion

La schizophrénie touche 600 000 personnes en France. Ce handicap psychique se constitue de plusieurs symptômes complexes dont une incapacité à reconnaître, comprendre, utiliser et gérer les émotions. La réalisation d'interactions sociales satisfaisantes et adaptées en est fortement impactée, ce qui engendre une importante difficulté d'insertion des patients dans la société. De ce fait, le niveau de qualité de vie des schizophrènes en est affecté. Lorsque des rapports sociaux sont initiés, l'incompréhension des patients génère des tensions et agissements instinctuels pouvant aller jusqu'au passage à l'acte.

En UMD, l'ergothérapeute est un acteur de la prise en soin des émotions. De par la spécificité de son métier, il utilise divers médiateurs pour répondre aux besoins des personnes et aux objectifs thérapeutiques. Aussi, au travers des échanges et des activités avec les patients, il contribue à la compréhension et à la mise en mots des émotions vécues dans des situations de vie.

Afin de comprendre en quoi la prise en charge de ce versant émotionnel peut améliorer la qualité de vie des schizophrènes, une méthode qualitative a été utilisée. Trois ergothérapeutes ont accepté de m'accorder de leur temps pour répondre à mes questions. Des éléments pertinents quant à la pratique de l'ergothérapeute mais aussi l'impact de sa démarche sur la qualité de vie des patients, ont été dégagés. Une meilleure estime de soi et une amélioration des interactions sociales avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont à noter. De plus, le soutien que l'ergothérapeute témoigne aux patients et l'accompagnement personnalisé qu'il mène permettent de construire la relation soignant/soigné et d'établir la confiance, inhérente à cette dernière.

Pour conclure, l'élaboration de ce mémoire de fin d'études m'a permis d'accroître mes connaissances sur la prise en charge des patients schizophrènes en UMD et plus particulièrement, sur le travail émotionnel en ergothérapie. De ce fait, ma volonté de vivre une expérience professionnelle dans ce domaine d'intervention a été renforcée.

Bibliographie

1. France. Code de la santé publique. Décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n°0028 du 3 février 2016.
2. Deguillaume A. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : étude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin [en ligne]. 99 f. Thèse d'exercice : Médecine : Bordeaux : 2017 [consulté le 10 juillet 2019]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676733/document>
3. France. Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. JORF du 19 mars 1986, p.4612.
4. France. Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles. JORF du 23 novembre 1986.
5. France. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge texte 1. JORF n°0155 du 6 juillet 2011, p.11705.
6. France. Code de la santé publique. Article L342. Modifié par la LOI n°90-527 du 27 juin 1990. JORF 30 juin 1990.
7. France. Code pénal. Article 122-1 Créé par LOI n°2014-896 du 14 août 2014.

8. Roth E., Heitzmann E. Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles). Travailler [en ligne]. 2008 janvier [consulté le 10 février 2020] ; (19) : 81-102. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-travailler-2008-1-page-81.htm?contenu=article>
9. Velpry L. « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles. Sociétés contemporaines [en ligne]. 2016 mars [consulté le 13 février 2020] ; (103) : 65-90. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2016-3-page-65.htm?contenu=article>
10. Guillot M, Azoulay M, Raymond S, Lachaux B. Profil d'admission des patients hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin en 2016. L'Evolution psychiatrique [en ligne]. 2019 mars [consulté le 13 février 2020] ; 84 : 397-408. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385518301166>
11. Le Bihan P, Floris E, Teterel J, Tassou P, Fabre P, Bréchat B, Bénézech M. L'unité pour malades difficiles de Cadillac en Gironde : données d'activité, pathologies et approches thérapeutiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [en ligne]. 2019 nov [consulté le 13 février 2020] ; 177 : 916-920. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000344871930263X>
12. Haouzir S. Bernoussi A. Les schizophrénies. 3^{ème} éd. Ed Armand Colin ; 2014. (128 La collection universitaire de poche).
13. Pedinielli J. Gimenez G. Les psychoses de l'adulte. 2^e éd. Ed Armand Colin ; 2009. 70-95 p. (128 La collection universitaire de poche).
14. Llorca P.M. La schizophrénie. Encyclopédie Orphanet [en ligne]. 2004 janv [consulté le 5 août 2019]. Disponible : <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>

15. Krebs M. Schizophrénie [en ligne]. INSERM ; 2014 [consulté le 5 août 2019].
Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
16. Pontonnier A.L. Jalenques I. Psychose et délire chronique. La revue du praticien [en ligne]. 2008 fév 29 [consulté le 5 septembre 2019] ; 58(4) : 425-432.
Disponible : [https://psychaanalyse.com/pdf/PSYCHOSE%20ET%20DELIRE%20CHRONIQUE%20\(9%20pages%20-%20340%20ko\).pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/PSYCHOSE%20ET%20DELIRE%20CHRONIQUE%20(9%20pages%20-%20340%20ko).pdf)
17. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS publie sa nouvelle Classification Internationale des maladies (CIM-11) [en ligne]. Genève : OMS ; 2018 [consulté le 18 septembre 2019]. Disponible : [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
18. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e ed. Elsevier Masson ; 2015. 1275p.
19. Frank N. Clinique de la schizophrénie. EMC [en ligne]. 2013 janv [consulté le 5 septembre 2019]. 10(1):1-16. Disponible : [https://www.psychaanalyse.com/pdf/CLINIQUE%20DE%20LA%20SCHIZOPHRENIE%20-%202013%20\(17%20pages%20-%20508%20ko\).pdf](https://www.psychaanalyse.com/pdf/CLINIQUE%20DE%20LA%20SCHIZOPHRENIE%20-%202013%20(17%20pages%20-%20508%20ko).pdf)
20. André C. L'estime de soi. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 2005 mars [consulté le 12 octobre 2019] ; 3(82) : 26-30. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-26.htm>
21. Guédeney N. Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. Devenir [en ligne]. 2011 fév [consulté le 13 octobre 2019] ; 23(2) : 129-144. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2011-2-page-129.htm>

22. Todorov T. Sous le regard des autres. Sciences Humaines [en ligne]. 2002 oct [consulté le 12 octobre 2019] ; 10(131). Disponible : https://www.scienceshumaines.com/sous-le-regard-des-autres_fr_2658.html
23. Koenig-Flahaut M. Castillo M.C. Schaer V. Le Borgne P. Bouleau J.H. Blanchet A. Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. L'information psychiatrique [en ligne]. 2012 avr [consulté le 6 mai 2020] ; 88. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-4-page-279.htm>
24. Raffard B. Bayard S. Capdevielle D. Garcia F. Boulenger J.P. Gely-Nargeot M.C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. L'encéphale [en ligne]. 2008 déc [consulté le 19 mars 2020] ; 34 : 597-605. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700607001224>
25. Misdrahi S. Chéreau I. Petit M. Llorca P.M. Développement d'un programme psycho-éducatif ciblé sur l'insight pour les patients souffrant de schizophrénie. L'information psychiatrique [en ligne]. 2008 oct [consulté le 19 mars 2020] ; 84 : 937-939. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-10-page-937.htm>
26. Channouf A. Rouan G. Emotions et cognition. De Boeck ; 2002. 320. Neurosciences & cognition.
27. Organisation Mondiale de la Santé. Schizophrénie [en ligne]. OMS ; 2019 [consulté le 14 février 2020]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
28. Prouteau A. Grondin O. Swendsen J. Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : étude en vie quotidienne. Revue française des affaires sociales [en ligne]. 2019 fév [consulté le 17 février 2020]. 137-155. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-137.htm>

29. Nouvelle D. Osons un autre paradigme pour penser l'émotion. *Empan* [en ligne]. 2010 fév [consulté le 21 novembre 2019] ; (78) : 134-138. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-empan-2010-2-page-134.htm>
30. Ravat J. L'émotion. Actions, émotions, motivation : fondements psychologiques du raisonnement pratique. *Le Philosophoire* [en ligne]. 2007 fév [consulté le 6 novembre 2019] ; (29) : 81-95. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-le-philosophoire-2007-2-page-81.htm>
31. Lotstra F. Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahier critique de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* [en ligne]. 2002 fév [consulté le 25 septembre 2019] ; (29) :73-86. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-73.htm>
32. Nouvelle D. Osons un autre paradigme pour penser l'émotion. *Empan* [en ligne]. 2010 fév [consulté le 21 novembre 2019] ; (78) : 134-138. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-empan-2010-2-page-134.htm>
33. Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments* [en ligne]. Retz Eds ; 1994 [consulté le 18 février 2020]. 180 p. (Psychologie dynamique). Disponible : <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=UdxXDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=ekman+%C3%A9motions+articles+scientifiques&ots=J7-R-CJ2V9&sig=qsbQ0Sy-r1GrZJsH1Da2puNrmdU#v=onepage&q=ekman%20%C3%A9motions%20articles%20scientifiques&f=false>
34. Larivey M. *La puissance des émotions, comment distinguer les bonnes des mauvaises*. Montréal : Les éditions de l'Homme ; 2002. 375 p. (Pocket évolution).

35. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la LANGue [en ligne]. Nancy : CNRTL ; 2012 [consulté le 18 février 2020]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/definition/tristesse>
36. Rimé B. Emotions animales, émotions humaines. Sciences psy. 2016 sept ; (7) : 23-26.
37. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la LANGue [en ligne]. Nancy : CNRTL ; 2012 [consulté le 18 février 2020]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/definition/surprise>
38. Le Breton D. Castel P.H. La construction sociale des émotions. Les Nouvelles d'Archimède [en ligne]. 2004 janv [consulté le 19 novembre 2019] ; 4-5. Disponible : https://culture.univ-lille1.fr/fileadmin/archives/lna35/pg/emotion_lna35.pdf
39. Apter G. Mellier D. Saint-Cast A. introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ?. Enfance et psy [en ligne]. 2010 avr [consulté le 19 novembre 2019] ; (49) : 9-13. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-9.htm>
40. Marc E. Picard D. Interaction. In Barus J, Enriquez E, Lévy A, auteurs. Vocabulaire de psychosociologie. Toulouse : ERES ; 2002. p. 189-196.
41. Llorca M. Schizophrénie et prévention. Vie sociale et traitements [en ligne]. 2007 fév [consulté le 24 février 2020] ; (94) : 47-52. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-2-page-47.htm?contenu=article>
42. Mickolajczak M. Quidbach J. Kotsou I. Nélis D. Les compétences émotionnelles. Dunod ; 2014. 336 p. (Psycho Sup).

43. Pasquier A. Pedinielli J.L. Étude exploratoire des relations entre conscience émotionnelle, partage social des émotions, états anxieux et états dépressifs. L'Encéphale [en ligne]. 2010 juin [consulté le 28 février 2020] ; 36 : 97-104. Disponible : [https://www.researchgate.net/publication/247362655 Etude exploratoire des relations entre conscience emotionnelle partage social des emotions etats anxieux et etats depressifs](https://www.researchgate.net/publication/247362655_Etude_exploratoire_des_relations_entre_conscience_emotionnelle_partage_social_des_emotions_etats_anxieux_et_etats_depressifs)
44. Boyer R. La réhabilitation psychosociale. Vie sociale et traitements [en ligne]. 2011 avr [consulté le 10 mars 2020] ; (112) : 93-96. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2011-4-page-93.htm>
45. ANFE. La profession [en ligne]. ANFE ; 2019 [consulté le 08 septembre 2019]. Disponible : <https://www.anfe.fr/10-l-ergotherapie/la-profession>
46. France. Code de la santé publique. Article R4331-1.
47. France. Code de l'action sociale et familiale. Loi n°2005-102 du 11 février 2005. JORF n°36 du 12 juillet 2005, p.2353
48. Dissez N. Qu'est-ce que la santé mentale ? Journal français de psychiatrie [en ligne]. 2006 avr [consulté le 2 octobre 2019] ; 27 : 19-21. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2006-4-page-19.htm>
49. France. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156 du 8 juillet 2010, 12558p.
50. Franck N. Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. Rhizome [en ligne]. 2017 avr [consulté le 16 mars 2020] ; (65-66) : 10-11. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-3-page-10.htm>

51. Khoury B. Lecomte T. Lalonde P. Régulation des émotions et schizophrénie. In : Mickolajczak M, éditeur. Traité de régulation émotionnelle. De Boeck Supérieur ; 2012. p.387- 400. (Carrefour des Psychothérapies).
52. Etchepare A. Cognition sociale et Schizophrénie : Une approche centrée sur la personne à l'aide du Protocole d'Evaluation de la Cognition Sociale de Bordeaux (PECS-B). 251 f. Thèse d'exercice : Médecine : Bordeaux : 2017.
53. Martin B. Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie : indications et conditions d'utilisation [en ligne]. 2013 janv [consulté le 21 février 2020] ; (89) : 57-62. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-1-page-57.htm>
54. Ric F. Muller D. La cognition sociale [en ligne]. Presses universitaires de Grenoble ; 2017 [consulté le 21 février 2020] ; 162 p. (Psycho en +). Disponible : <https://www.cairn.info/la-cognition-sociale--9782706126963-page-7.htm>
55. Duval C. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation, effets de l'âge. Revue de neuropsychologie [en ligne]. 2001 janv [consulté le 27 novembre 2019] ; 3 :41-51. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2011-1-page-41.htm>
56. Jouanne C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. Psychotropes [en ligne]. 2006 avr [consulté le 18 mars 2020] ; 12 :193-209. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193.htm>
57. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. Gaïa [en ligne]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive ; 2018-2020. Disponible : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/gaia>

58. Morel-Bracq M.C. Trouvé E. Offenstein E. Quevillon E. Riguet K. Hernandez H. Ung Y. Gras C. L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? [en ligne]. De Boeck Supérieur ; 2015 [consulté le 24 mars 2020]. 342. (Ergothérapie). Disponible : https://books.google.fr/books?id=8zmOrgEACAAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
59. WHO Quality of Life Assessment Group. Quelle qualité de vie ? Forum mondial de la Santé 1996 [en ligne]. 1996 [consulté le 2 octobre 2019] ; 17(4) : 384-386. Disponible : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>
60. Tap P. Roudès R. Qualité de vie, souffrances et identité(s). Le journal des psychologues [en ligne]. 2008 juillet [consulté le 19 mars 2020] ; (260) : 41-47. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-41.htm>
61. Rofidal T. Pagano C. Projet individuel et stimulation basale. Vers l'accompagnement de la personne en situation de polyhandicap. Eres ; 2018. 200. (Trames).

Bibliographie pour la méthodologie :

62. Baribeau C. Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. Revue des sciences de l'éducation [en ligne]. 2012 [consulté le 21 avril 2020]. 38 (1) : 23-45. Disponible : <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2012-v38-n1-rse0675/1016748ar.pdf>
63. Imbert I. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 2010 mars [consulté le 22 avril 2020]. (102) : 23-34. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe I : Schéma du rétablissement de Van Der Stel

Annexe II : La pyramide des besoins de Maslow

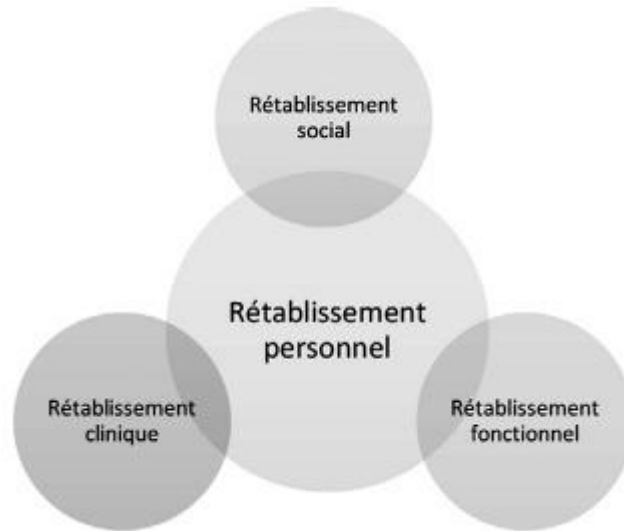
Annexe III : Guide d'entretien

Annexe IV : Message adressé aux UMD lors de la recherche des professionnels

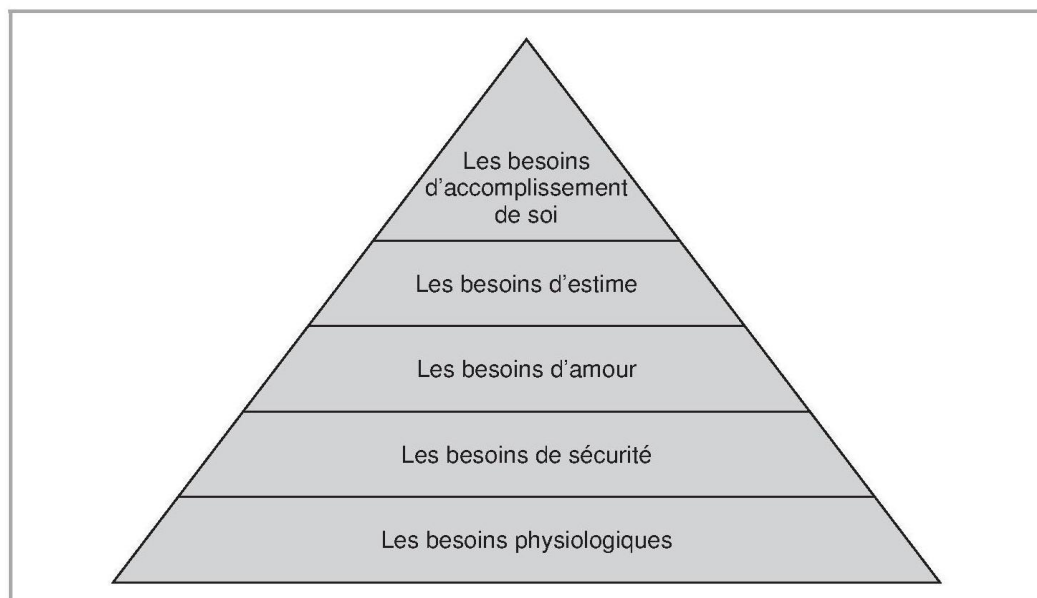
Annexe V : Analyse longitudinale des entretiens

Annexes

Annexe I : Les dimensions du rétablissement selon Van Der Stel



Annexe II : La pyramide des besoins de Maslow



Annexe III : Guide d'entretien

Introduction : Etudiante en dernière année d'ergothérapie à l'institut de Nevers, je m'intéresse à la prise en charge des émotions, effectuée auprès de patients schizophrènes, hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles (UMD). L'objectif de ce travail de recherche est de découvrir la pratique d'ergothérapeutes travaillant en UMD et leur expérience sur la prise en charge des émotions dans le but de comprendre son impact dans les interactions sociales. Pour cela, je souhaite interviewer des professionnels pour étayer mon travail de recherche et enrichir mon questionnement. Pour se faire, l'anonymat de chaque professionnel est garanti et une autorisation d'enregistrement a été signée.

Grille d'entretien :

Thème de la question	Question	Question de relance	Objectif
Présentation de l'interviewé	Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?	Depuis/pendant combien de temps avez-vous exercé en UMD ? Avez-vous évolué dans d'autres domaines professionnels ? Dans quels types de structures ?	Connaître le profil professionnel de l'interviewé
Schizophrénie et interactions sociales	Quel lien faites-vous entre la schizophrénie et les interactions sociales ?	Quels sont les effets de la maladie sur les interactions sociales ?	Comprendre l'importance de l'aspect émotionnel dans la prise en soin des patients
Emotions et interactions sociales	Quel lien faites-vous entre les émotions et les interactions sociales ?	En quoi les émotions ont une importance dans les interactions sociales ?	Comprendre en quoi les domaines des émotions et des interactions sociales sont complémentaires

Emotions et schizophrénie	Selon vous, comment les schizophrènes vivent-ils leurs émotions au quotidien ?		Recueillir le ressenti des professionnels vis-à-vis des émotions chez les patients schizophrènes
Rôle(s) spécifique(s) et pratique(s) de l'ergothérapeute pour la prise en charge des émotions	Quelle est l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en charge des émotions de patients schizophrènes ?	Que pensez-vous de l'aspect émotionnel dans la prise en charge en ergothérapie de patients atteints de schizophrénie, en UMD ? Comment accompagnez-vous les patients dans cet aspect de la prise en charge ? Quels outils utilisez-vous avec les patients pour effectuer une prise en charge des émotions ?	Repérer l'importance de l'ergothérapie et la pratique dans l'instauration d'une prise en charge émotionnelle (outils, médias, modèles...) Recueillir l'avis de l'interviewé
Impact de la prise en charge	Suite à la prise en charge émotionnelle, que constatez-vous dans le domaine des interactions sociales ?	Suite à la prise en charge des émotions, quels progrès observez-vous chez le patient en ce qui concerne ses interactions sociales ?	Identifier les possibles améliorations qui découlent de la prise en charge
Impact de la prise en charge	Suite à la prise en charge émotionnelle, qu'observez-vous en ce qui concerne l'estime de soi des patients ?	Suite à la prise en charge des émotions, comment percevez-vous l'estime de soi des patients ?	Identifier les possibles améliorations qui découlent de la prise en charge
Informations complémentaires	Avez-vous quelque chose à ajouter ?	Souhaitez-vous me donner d'autres informations ?	Recueillir des informations non exprimées en amont

Annexe IV : Message adressé aux UMD lors de la recherche des professionnels

Bonjour,

Etudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'institut de formation de Nevers, j'effectue mon mémoire d'initiation à la recherche sur les émotions des patients schizophrènes hospitalisés en UMD.

Je suis à la recherche d'ergothérapeutes diplômés d'Etat, exerçant ou ayant exercé dans ce type de structure, qui accepteraient d'être interviewés pour étayer ma réflexion et mon travail de recherche. Dans l'idéal, je me déplacerai pour que ces entretiens se déroulent en face-à-face. En cas d'impossibilité, je vous proposerai un entretien en visioconférence ou par téléphone, à votre convenance.

Je vous remercie vivement pour l'attention que vous porterez à ma demande et espère recevoir une réponse positive de votre part.

Dans l'attente, veuillez agréer mes sincères salutations.

Estelle Robin

Annexe V : Analyse longitudinale des entretiens

Entretien 1 :

Question 1	Quel lien faites-vous entre la schizophrénie et les interactions sociales ?
E1	<ul style="list-style-type: none">- Les interactions sociales sont biaisées par la maladie- Les symptômes positifs comme les hallucinations ou les idées délirantes impactent les interactions sociales- Nécessité d'instaurer une relation thérapeutique de confiance- Cette relation peut se construire plus spontanément avec les soignants car ils sont au quotidien avec les patients et connaissent leurs habitudes de vie- La mise en place d'activités significatives peut faciliter les interactions sociales

Question 2	Quel lien faites-vous entre les émotions et les interactions sociales ?
E1	<ul style="list-style-type: none">- Les symptômes positifs impactent les interactions sociales des patients, ce qui peut entraîner une interprétation erronée de leurs émotions et de celles d'autrui- Les émotions sont nécessaires pour établir des interactions sociales- Partager ses émotions met en confiance- Vivre les mêmes émotions que son interlocuteur lors de l'interaction sociale peut consolider la relation- Il est important d'expliquer, de mettre des mots sur l'émotion vécue

Question 3	Selon vous, comment les schizophrènes vivent-ils leurs émotions au quotidien ?
E1	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup refoulent, cachent leurs émotions - Difficultés d'identification et d'expression des émotions - Ces problématiques peuvent engendrer des comportements instinctuels comme les passages à l'acte

Question 4	Quelle est l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en charge des émotions de patients schizophrènes ?
E1	<ul style="list-style-type: none"> - Importance du travail pluridisciplinaire, pas uniquement pratiquée par l'ergothérapeute - Instauration de la relation de confiance est essentielle pour mener l'intervention - Rôle de l'ergothérapeute : accompagner le patient dans le processus de prise en charge des émotions - En ergothérapie : un atelier émotion est proposé pour identifier, définir, expliquer, appréhender et gérer les émotions - Utilisation de mise en situation avec des jeux de rôles, des mimes - Utilisation de support écrit comme les Emoticartes qui permettent la mise en mots, l'échange - Utilisation du jeu Feelings - Utilisation des cartes émotion pour introduire un atelier, faire verbaliser le patient, connaître son humeur et comparer à la fin de l'activité

Question 5	Suite à la prise en charge émotionnelle, que constatez-vous dans le domaine des interactions sociales ?
E1	<ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge émotionnelle a un impact positif sur la relation soignant/soigné (relation sécurisée et de confiance) - Les patients se confient plus sur leurs parcours de vie - De ce fait, possibilité d'orienter le patient vers d'autres professionnels pour travailler en parallèle les émotions - E1 ne sait pas s'il y a un effet sur les interactions sociales entre patients - Hypothèses : amélioration des interactions sociales si le patient est inséré dans un groupe fermé et s'il partage des points communs avec son interlocuteur

Question 6	Suite à la prise en charge émotionnelle, qu'observez-vous en ce qui concerne l'estime de soi des patients ?
E1	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'estime de soi, valorisation du patient s'il est satisfait de ses capacités pour réaliser une activité - D'autres ateliers peuvent favoriser l'estime de soi, pas uniquement l'atelier émotion - Etre vigilant vis-à-vis de la mise en échec d'un patient lors de l'atelier émotion - Augmentation de l'estime de soi lorsqu'autrui porte de l'intérêt à la personne, se sent considéré par ses pairs

Entretien 2 :

Question 1	Quel lien faites-vous entre la schizophrénie et les interactions sociales ?
E2	<ul style="list-style-type: none">- Les patients schizophrènes ont des difficultés dans leurs interactions sociales, causées par leur pathologie- Difficulté d'interprétation des interactions sociales entraîne de la souffrance chez les patients- Ne comprennent pas le caractère implicite qui se joue dans les interactions sociales- Manque d'outils pour comprendre- Les difficultés rencontrées par les patients lors de leurs interactions sociales peuvent entraîner des comportements inadaptés

Question 2	Quel lien faites-vous entre les émotions et les interactions sociales ?
E2	<ul style="list-style-type: none">- Les émotions sont mises en jeu dans les interactions sociales, interrelation entre les deux concepts- Emotions et interactions sociales font parties d'un système complexe- Les émotions sont un outil qui permet une meilleure compréhension des interactions sociales- Les émotions sont une source d'informations de l'interaction

Question 3	Selon vous, comment les schizophrènes vivent-ils leurs émotions ?
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients schizophrènes sont traversés par de multiples émotions - Se sentent démunis car ils sont en difficulté pour les percevoir, les interpréter - Difficultés d'utilisation et de gestion des émotions pour se comporter en société - Se sentent débordés par leurs émotions

Question 4	Quelle est l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en charge des émotions de patients schizophrènes ?
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Travail de l'ergothérapeute : proposer des outils de perception, de compréhension et de gestion des émotions - Mettre en situation dans un groupe social ou dans des situations d'interactions sociales plus complexes - Explication et accompagnement dans la compréhension des émotions avec le thérapeute - Peu importe le médiateur utilisé, l'essentiel est de donner du sens à ce qui est en train de se passer - Utilisation de médiateurs concrets, archaïques comme l'argile, le travail du bois, choisi selon les besoins et envie du patient - Modification du niveau de difficulté de l'activité selon les patients : de la barbotine (travail des émotions au travers des cinq sens) jusqu'au travail de l'argile : (travail des émotions via l'utilisation de techniques, procédés, étapes, qui demandent des apprentissages)

Question 5	Suite à la prise en charge émotionnelle, que constatez-vous dans le domaine des interactions sociales ?
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Travail du thérapeute : accompagner le patient, donner du sens - But de la prise en soin : autonomie du patient vis-à-vis de ses émotions - Mettre en mots l'émotion permet d'apaiser le patient - Effets positifs, constat d'une amélioration des interactions sociales - Provient d'un travail d'équipe, pas uniquement de la prise en soin en ergothérapie - Interactions sociales s'acquièrent par la répétition de mise en situation

Question 6	Suite à la prise en charge émotionnelle, qu'observez-vous en ce qui concerne l'estime de soi des patients ?
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir la capacité de comprendre ses émotions et mener des interactions sociales adaptées est une source d'estime de soi, de fierté - Mais difficulté de stabiliser et maintenir ces compétences dans le temps avec des patients de schizophrénie

Question 7	Avez-vous quelque chose à ajouter ?
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels sont confrontés à certaines limites en UMD pour travailler les interactions sociales : organisation et locaux

Entretien 3 :

Question 1	Quel lien faites-vous entre la schizophrénie et les interactions sociales ?
E3	<ul style="list-style-type: none">- La schizophrénie est une pathologie qui limite les interactions sociales- Patients repliés, dans leurs bulles- Impact des symptômes sur la sociabilisation : idées délirantes, repli, dissociation...- Les patients schizophrènes ont des difficultés à trouver leur place dans la société

Question 2	Quel lien faites-vous entre les émotions et les interactions sociales ?
E3	<ul style="list-style-type: none">- Pour mener des interactions sociales il faut être capable de comprendre les intentions d'autrui, qui passent par les émotions- Il faut aussi repérer ses émotions et celles de son interlocuteur

Question 3	Selon vous, comment les schizophrènes vivent-ils leurs émotions au quotidien ?
E3	<ul style="list-style-type: none">- Dépend de chaque personne, différents profils de patients- Patients anosognosiques, n'ont pas l'impression de ne pas comprendre leurs émotions et celles d'autrui, interprétation des émotions erronées- Certains patients ont des expressions stéréotypées- Certains patients trop dissociés, incohérents entre l'émotion ressentie et ce qu'ils laissent paraître- Certains se sentent débordés par leurs émotions, ce qui peut générer des tensions et agitations

Question 4	Quelle est l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en charge des émotions de patients schizophrènes ?
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'ateliers pouvant répondre à des objectifs d'intervention sur les émotions comme l'atelier mime mais pas d'atelier émotions à proprement parler, utilisation de médiateurs signifiants - Au quotidien, le thérapeute accompagne le patient pour comprendre, décrire l'émotion qu'il ressent dans des situations vécues - Théâtre clown avec une intervenante extérieure - Travail des émotions différent selon le modèle utilisé par le thérapeute

Question 5	Suite à la prise en charge émotionnelle, que constatez-vous dans le domaine des interactions sociales ?
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendant de la personnalité des patients - Lien de confiance essentiel pour mener à bien la prise en soin émotionnelle - Plus de capacités à aller vers autrui, oser se confier - E3 ne sait pas si ces aspects positifs proviennent uniquement de la prise en soin émotionnelle et si elle a un impact efficace sur les patients - Cependant, elle pense que la prise en soin des émotions favorise pour certains patients la relation de confiance et la complicité - Parfois certains patients sont plus expressifs physiquement

Question 6	Suite à la prise en charge émotionnelle, qu'observez-vous en ce qui concerne l'estime de soi des patients ?
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de prises d'initiatives - Plus assurés et rassurés - Prennent place, ont des repères - S'assument plus face aux autres - Ont plus confiance en eux

Question 7	Avez-vous quelque chose à ajouter ?
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Les émotions sont une problématique cruciale des schizophrènes qui les empêchent de percevoir le monde qui les entoure - Utilisation de l'humour à l'UMD pour savoir si les patients sont réceptifs et si l'implicite de la relation est à leur portée

Résumé

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui affecte plusieurs domaines de la vie des patients qui en sont atteints. L'objectif de cette étude est de connaître les apports d'une prise en charge ergothérapique des émotions sur la qualité de vie de personnes schizophrènes, hospitalisées en Unité pour Malades Difficiles. En effet, nombreux sont les schizophrènes ayant des difficultés de reconnaissance, de compréhension, d'utilisation et de gestion des émotions. Ceci engendre une incapacité à élaborer ou maintenir des rapports sociaux satisfaisants.

Une méthode qualitative a été utilisée. Trois entretiens ont été réalisés avec des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en UMD et incluant des objectifs de prise en charge des émotions dans leur démarche de soin.

Les résultats des interviews mettent en avant que l'accompagnement de l'ergothérapeute vis-à-vis des émotions favorise l'estime de soi des patients, ce qui leur permet d'entrer en interactions de manière plus aisée avec le personnel soignant. La relation thérapeutique, basée sur la confiance, prend alors naissance ou se consolide.

Les ergothérapeutes mènent différentes activités pour répondre aux besoins émotionnels des patients. Le travail des émotions est donc pertinent auprès de la population cible. Il permet de promouvoir la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie.

Mots-clés : ergothérapie, schizophrénie, Unité pour Malades Difficiles, émotions, qualité de vie

Abstract

Schizophrenia is a psychiatric condition that affects several areas patients living with schizophrenia. The aim of this study is to find out what occupational therapy can do to improve the quality of life of people with schizophrenia who are hospitalized in a Unit for Difficult Patients. Indeed, many schizophrenics have difficulties in recognizing, understanding, using and dealing with emotions. This leads to an inability to develop or maintain satisfying social relationships.

A qualitative method was used. Three interviews were carried out with occupational therapists who work or have worked in UDP and who included emotion management objectives in their care approach.

The results of the interviews showed that the occupational therapist's support in dealing with emotions boosts patients' self-esteem, enabling them to interact more easily with the nursing staff. The therapeutic relationship, based on trust, is then established or consolidated.

Occupational therapists set up various activities to meet their patients emotional needs. Working on emotions is therefore relevant to the target population. It promotes schizophrenics' quality of life.

Key words : occupational therapy / schizophrenia / Unit for Difficult Patients / emotions / quality of life