

Faucher Domitille



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

La réhabilitation sociale d'une personne atteinte de schizophrénie et l'accompagnement de l'ergothérapeute

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

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Céline Courcier

Session Juin 2015

Faucher Domitille

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

Faucher Domitille

Remerciements :

Je tiens à remercier particulièrement,

Ma directrice de mémoire, Céline Courcier pour sa disponibilité et ses précieux conseils

Les ergothérapeutes qui m'ont accordé du temps afin que je puisse réaliser mon enquête

L'ensemble des professionnels avec lesquels je me suis entretenue dans le cadre de ce travail

Mes amis, mes collègues de promotion pour leur soutien, leurs conseils et leur écoute

Mes proches qui m'ont soutenue et qui ont pris le temps de relire mon mémoire.

Sommaire

Introduction	1
I. Partie conceptuelle	4
A. La schizophrénie et ses conséquences	4
1. Définition.....	4
2. Épidémiologie	4
3. Étiologie	5
4. Symptomatologie.....	6
5. Le traitement.....	8
6. Relations sociales et schizophrénie	10
B. Les moyens mis en place.....	12
1. L'évolution du regard de la société sur la schizophrénie	13
2. Réhabilitation et ergothérapie.....	15
3. Le fonctionnement de l'hôpital de jour	18
4. Structures sociales et médicosociales.....	19
a. Groupes d'Entraide Mutuelle	20
b. Services d'accompagnement	21
II. Partie méthodologique.....	22
A. Choix de la méthode.....	23
1. Choix des outils.....	23
2. Choix de la population	24
B. Analyse des résultats	25
C. Discussion	38
1. Conclusion de l'enquête	38
2. Évaluation de l'hypothèse	41
3. Limites de l'étude.....	42
4. Pistes de réflexion :	43

Conclusion.....	46
Bibliographie.....	48
Annexes.....	52

Introduction

Depuis des années, le handicap suscite un rejet de l'individu dans la société. Étymologiquement, il correspond à la prise en compte d'une différence. Lié à une maladie psychique, il est soumis aux représentations de l'imaginaire collectif et inspire le rejet et la stigmatisation, car il suscite peur et méfiance.

En France, le législateur ainsi que des citoyens concernés ont fait en sorte que des associations de famille d'individus atteints de troubles psychiques voient le jour afin que la situation de ces personnes puisse être davantage prise en compte dans la société.

Des plans Psychiatrie ont vu le jour et actuellement, le plan «Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » vise à « *améliorer les réponses qu'apporte le système de santé aux troubles mentaux* » et souligne la « *nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale* » (Plan psychiatrie 2011-2015, introduction, 2). L'un des objectifs est ainsi de permettre à la personne de se réinsérer dans la société.

L'ergothérapeute a un rôle à jouer auprès de personnes atteintes de troubles psychiques dans ce processus. En effet, pour F. Klein, l'un des rôles de l'ergothérapeute est de « *permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel et de faire rupture avec l'isolement [...] lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe et d'y être un élément vivant* » (Klein, F., 2007, 26).

Avant de commencer un stage en psychiatrie lors de ma deuxième année de formation, je me suis aperçue du regard stigmatisant de mon entourage, mais aussi de la société sur les personnes atteintes de pathologie psychiatrique. Suite à ce stage, j'ai pu mettre en parallèle la vision de la psychiatrie que j'avais perçue auprès de mon entourage, et ce que j'avais pu observer en tant que stagiaire ergothérapeute. Ce parallèle m'a permis de mettre en évidence le décalage évident entre les représentations de chacun et le quotidien des personnes hospitalisées en psychiatrie.

Je me suis alors intéressée à ce qu'il en était de la stigmatisation des personnes atteintes de schizophrénie. Malgré l'évolution de l'accompagnement des patients hospitalisés en psychiatrie, les représentations sociales de la maladie mentale restent péjoratives. « *La perte de la santé mentale est ainsi corrélée à la perturbation de l'ordre social* » (Jouffret,

A., 2011, 19) et amène à une montée d'angoisse de la population due notamment à la forte médiatisation de « faits divers » commis par des malades psychiatriques dits « dangereux ». « *C'est une pathologie qui inspire la peur, la fascination, l'intérêt et le rejet* » (Kohl, F-S., 2006, 62). L'impénétrabilité de la personne schizophrène et sa faible capacité à interagir avec son environnement social pour de multiples raisons contribuent à ce regard péjoratif sur la pathologie.

Afin de ramener ces observations au champ de compétences de l'ergothérapeute, je me suis davantage interrogée sur son rôle auprès de personnes atteintes de schizophrénie afin de permettre un accompagnement vers la société qui est souvent rejetante envers les personnes en situation de handicap. Suite à des échanges avec des ergothérapeutes, je me suis davantage intéressée à l'insertion sociale d'une personne dans la société : comment entrer en relation avec une personne ? Par quels moyens est-il possible de (re)créer du lien social ? Il me paraissait intéressant de comprendre l'accompagnement de l'ergothérapeute et les outils dont ceux-ci disposent. Pour nourrir ma réflexion, je me suis renseignée sur les différentes structures recevant des personnes atteintes de schizophrénie. Suite à ces recherches, j'ai pu constater que de nombreuses structures d'accueil existent, que celles-ci ont un rôle particulier (sanitaire ou social) et que la notion d'insertion sociale des personnes schizophrènes est relativement récente. De plus, la coordination des structures est encouragée par le législateur.

Suite à ces recherches, je me suis de nouveau interrogée : comment une personne atteinte de schizophrénie est-elle guidée peu à peu hors du milieu de soins ? En m'appuyant sur la compétence 3 de l'ergothérapeute, référencée dans le portfolio « *Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » (Portfolio de l'étudiant en ergothérapie, 2010, 6), cette question m'a permis de diriger ma réflexion vers la notion de réhabilitation psychosociale qui prend en considération la stigmatisation de la société.

Cela me permet de m'interroger davantage : comment l'ergothérapeute intervient-il lors de cette transition du milieu de soin vers la cité ? Quels moyens met-il en place pour favoriser la relation à l'autre ?

Faucher Domitille

J'avais peu à peu vers la problématique de mon travail de recherche :

**« Par quels moyens l'ergothérapeute exerçant en hôpital de jour favorise-t-il la
réhabilitation sociale d'un patient atteint de schizophrénie et dit "stabilisé" ? »**

I. Partie conceptuelle

A. La schizophrénie et ses conséquences

La découverte des neuroleptiques en France en 1952 a permis une amélioration considérable des soins médicaux prodigués aux patients psychotiques. L'atténuation des symptômes, et peu à peu la capacité à entrer en contact avec l'environnement a alors pu permettre d'améliorer le quotidien des personnes atteintes de schizophrénie. De plus, le législateur accorde une importance à l'insertion sociale de ces personnes, même si des progrès restent à faire. Certains patients atteints de troubles psychiques et notamment de psychoses peuvent ainsi vivre au sein de la cité avec, pour certains, un accueil de jour dans une structure de soin. Des rechutes de l'état de la personne peuvent néanmoins entraîner des hospitalisations ponctuelles. Il est important de prendre en compte que certains symptômes de la schizophrénie entraînent un isolement social, un repli sur soi au quotidien qui rend difficile la vie au quotidien.

1. Définition

C'est au psychiatre suisse Eugène Bleuler que revient le terme de schizophrénie, utilisé pour la première fois en 1911. Étymologiquement, le terme « schizophrénie » vient du grec « schizo » qui signifie « séparé » et « phrên » : esprit, désignant ainsi la fragmentation psychique, la désorganisation mentale. La schizophrénie est une pathologie chronique avec survenue d'épisodes aigus et persistance de symptômes chroniques constituant un handicap pour la personne dans sa vie quotidienne. La sémiologie de la schizophrénie est répertoriée dans le Manuel Diagnostique et Statistique de santé mentale : le DSM IV ainsi que dans la Classification Internationale des Maladies : la CIM-10. La schizophrénie touche toutes les cultures, toutes les sociétés.

2. Épidémiologie

Selon une étude Ipsos parue en juin 2014, « *la maladie mentale renvoie principalement au terme de schizophrénie pour 24% des Français* » (Idtaleb, I., 2014, 18). Si la schizophrénie est une pathologie inquiétante pour la population générale, elle touche un nombre

important de personnes. En effet, d'après l'INSERM¹, « 0.7% de la population mondiale serait concernée dont 600 000 personnes en France » (Krebs, M-O., 2014, para 1).

Selon l'OMS², la schizophrénie « figure parmi les dix pathologies les plus invalidantes » (Haute Autorité de Santé, 2013, 1). En effet, l'expression des symptômes ou encore la diminution des capacités cognitives constituent de réelles difficultés et ont un impact sur la vie quotidienne de la personne. Il est important de noter que l'expression de la pathologie sera différente en fonction des personnes. Selon la fondation Fondamental qui est un réseau de coopération scientifique en santé mentale, « la schizophrénie est un facteur majeur de désocialisation et de précarité » (Llorca, P-M. , 2014, 3).

3. Étiologie

Plusieurs classifications de la schizophrénie existent aujourd'hui.

Ainsi que la définit Bleuler en 1911, la schizophrénie est « un groupe de psychoses [...] caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur, d'un type spécifique et qu'on ne rencontre nulle part ailleurs » (Chabert C., 2010, 185). Bleuler y décrit ainsi les symptômes qui, selon lui dépendent de processus purement psychiques. Il évoque alors l'idée que les sujets les plus gravement atteints « ne cultivent plus aucune relation, vivent dans un monde à [eux] ; se sont enfermés dans leur chrysalide avec leur souhait qu'ils considèrent comme exaucé ou avec les souffrances de leur persécution, et ils limitent le contact avec l'extérieur autant qu'il est possible » (Chabert C., 2010, 262). Ainsi l'expression du symptôme et le comportement de la personne sont mis en relation avec le mode de relation interhumain nécessaire à la vie en société.

Henri Ey, quant à lui, propose cette définition générale des psychoses schizophréniques : « ensemble de troubles où dominent la discordance, l'incohérence idéo-verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments » (Chabert C., 2010, 244).

¹ Institut National de Santé Et de Recherche Médicale

² Organisation Mondiale de la Santé

Depuis 1990, les travaux cognitivistes sur la schizophrénie sembleraient prédominants. Des chercheurs nord-américains ont balayé les perspectives psychanalytiques de la schizophrénie dans le champ psychiatrique et affirment que cette pathologie serait le produit d'une « combinatoire bio psycho sociale ». La schizophrénie aurait alors une origine biologique, psychologique et sociale. Dalle et Weill expliquent la schizophrénie comme une « *vulnérabilité biopsychologique mise en relief par la génétique, la fragilité du moi, les troubles cognitifs et d'attention, le scanner et les médicaments* ». (Chabert C., 2010, 248).

4. Symptomatologie

La schizophrénie comprend trois phases : la phase prodromique, la phase aiguë et la phase dite chronique. Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, je m'intéresse plus particulièrement à la phase dite chronique. Celle-ci est caractérisée par une diminution de l'expression des symptômes aigus. Certains patients vont ainsi pouvoir (re)créer du lien social, interagir davantage avec l'environnement, les proches, la famille. Ils vont aussi pouvoir améliorer leurs capacités à vivre de manière autonome et réduire ainsi l'impact des troubles au quotidien ce qui permettra de limiter les situations de handicap. Lors de cette phase chronique, les personnes atteintes de schizophrénie vont pouvoir être accompagnées par différents acteurs provenant du milieu sanitaire, médico-social ou social. Cependant, il est important de souligner que leur fonctionnement va très souvent demeurer altéré ; bien que la personne ne soit pas en phase aiguë, sa structure psychotique demeure en elle, il pourra alors y avoir des rechutes de son état. Les symptômes de la pathologie sont atténués, mais pas inexistantes. Lors de la phase chronique, le monde extérieur, l'environnement est perçu de manière dangereuse et constitue une prise de risque pour la personne. De plus, l'isolement social et l'affaiblissement des capacités d'adaptation sont souvent résistants. (Azaïs, F., 2004, 220).

Les symptômes sont très variables en fonction de la personne, si certains ne souffrent que de quelques épisodes aigus, d'autres en seront affectés de manière très fréquente. Les différents symptômes de la schizophrénie peuvent être regroupés en syndromes caractéristiques de l'expression de la schizophrénie, il s'agit de la triade symptomatique.

- Syndrome dissociatif

Il est caractérisé par une dissociation de l'individu. Celle-ci peut se retrouver au niveau des activités cognitives, de la vie affective ou du comportement (Hanus, M., 1996, 82). La dissociation correspond à une perte d'identité et de cohésion de la personne. Elle consiste en une dislocation de la vie psychique.

La dissociation psychique peut s'exprimer de différentes manières ; selon M. Hanus, elle peut toucher les activités cognitives avec notamment des troubles du cours de la pensée comme la pensée désordonnée, barrages avec interruption du discours ; des troubles de la communication verbale avec par exemple une modification du timbre de voix. Elle peut aussi se retrouver au niveau de la vie affective avec une indifférence affective à l'instar d'une froideur des réactions émotionnelles, d'un négativisme avec une tendance pour la personne à se « *raidir contre toute sollicitation venant du monde extérieur* » (Hanus, M., 1996, 83), et une perturbation des relations sociales. Enfin la dissociation peut être retrouvée au niveau du comportement de la personne avec une ambivalence, des bizarreries, un détachement et une impénétrabilité.

- Syndrome délirant :

Il est caractérisé par la présence du délire. C'est un « *désordre des facultés mentales caractérisé par une suite de convictions fausses, d'erreurs de perception ou de jugement, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence* » (Bernoussi & Haouzir, 2014, 32). Le délire n'est pas spontanément accessible à la critique. Pour M. Sassolas, le délire a une fonction de protection pour la personne, « *il protège contre une angoisse qu'ils ne peuvent ni mentaliser ni éprouver parce que son intensité les conduirait à un état d'anéantissement* » (Sassolas, M., 2009, 360). De manière générale, une personne dite stabilisée a une angoisse moins massive que lors de la phase aiguë. Ainsi, la personne peut critiquer son délire. Le délire peut être décrit par cinq caractéristiques principales : les mécanismes, la systématisation, les thèmes, la thymie et l'adhésion.

- Syndrome autistique :

Le syndrome autistique correspond à un repli de la personne sur elle-même. Elle se construit alors un « *univers purement subjectif [...] dans un monde fermé à toute communication* » (Hanus, M., 1996, 87). Elle a alors tendance à devenir imperméable à son environnement et aux interactions avec le monde extérieur. Il y a ainsi une perte de contact avec la réalité.

Le sujet va alors perdre tout intérêt pour l'action. L'interaction avec son environnement, avec son entourage devient difficile. Le syndrome dissociatif est une des composantes du syndrome autistique : trop mobilisée par son délire et sa dissociation, la personne n'a plus la disponibilité nécessaire pour interagir avec son environnement. Le sujet paraît alors impénétrable et n'est plus en contact avec la réalité.

Le repli autistique est au premier plan de certaines formes de schizophrénie et est une des causes de l'isolement social de la personne.

Atteinte des fonctions supérieures

Classiquement, il n'y a pas d'atteinte des capacités cognitives, mais leur utilisation est rendue difficile. Ainsi, des difficultés attentionnelles, mnésiques et d'utilisation des fonctions exécutives peuvent persister. En parallèle, il y a un « *appauvrissement des compétences sociales en général* » (Marzloff, V., & Dollfus, S., 2013, 28). Les troubles cognitifs peuvent également être accentués par les traitements médicamenteux. Ainsi, certains aspects cliniques d'une personne atteinte de schizophrénie se retrouvent au niveau des activités cognitives, car les fonctions cognitives sont mal utilisées.

Le syndrome prédominant permettra d'orienter la catégorisation vers un sous-type de schizophrénie. En effet, il existe plusieurs types de schizophrénies en fonction des symptômes prédominants. Pour certains symptômes et en fonction des patients, l'administration d'un traitement médicamenteux et l'accompagnement par une équipe dans une structure de soin vont considérablement modifier leur quotidien.

5. Le traitement

Afin d'accompagner et de soigner les personnes atteintes de schizophrénie, l'administration d'un traitement médicamenteux est souvent complétée par un suivi psychothérapeutique. La schizophrénie correspond à une structure psychique, elle constitue une pathologie chronique et la manière dont chaque personne exprime cette souffrance entraîne l'apparition de symptômes qui peuvent être très différents d'une personne à l'autre. Ces traitements n'ont pas pour but de soigner ou de guérir la schizophrénie, mais d'en réduire l'expression des symptômes. Par ailleurs, ces traitements pourront éventuellement permettre aux personnes d'entrer en relation avec leur environnement. La schizophrénie étant souvent diagnostiquée tardivement, il est difficile d'administrer le

traitement médicamenteux de manière précoce, pourtant cela améliore le pronostic : « *Plus la thérapeutique est précoce, plus grandes sont les chances d'efficacité et meilleur le pronostic général de l'affection* » (Hanus, 1996, 72).

- Traitement médicamenteux :

Il consiste surtout en l'administration de neuroleptiques. Ce type de médicaments a des effets secondaires qui peuvent être très importants et avoir une répercussion dans la vie quotidienne des personnes. En tant que professionnel de la santé, il est important que ceux-ci soient pris en compte tout au long de l'accompagnement de la personne. Le rythme peut ainsi être perturbé. D'autres médicaments peuvent être administrés afin de réduire les troubles associés à l'instar des états dépressifs, insomnies ou troubles de l'humeur. Le traitement est prescrit par un psychiatre et doit être adapté à chaque patient. Ces traitements médicamenteux doivent être accompagnés de traitements psychothérapeutiques.

- Traitement psychothérapeutique :

Les psychothérapies sont des « *traitements fondés sur des connaissances et des recherches scientifiques, opérant par des procédés psychiques ou psycho-physiologiques, dont le but est de soulager la souffrance, de traiter et de si possible guérir la maladie* » (Ginger S., 2004, 10). Il existe différents types de psychothérapie : individuelle, collective, institutionnelle notamment. Dans le cadre d'affections chroniques, la psychothérapie vise à améliorer le fonctionnement du patient, dans ses relations avec son entourage familial et social.

Elle doit donc entraîner un bénéfice pour la personne au niveau de son fonctionnement global, afin d'améliorer son mieux-être personnel et social, ce qui constitue un facteur préventif dans l'amélioration des rechutes. Le traitement psychothérapeutique doit être adapté en fonction de la personne ; individualisé. Il conviendra qu'il soit choisi au cas par cas en fonction de la personne, de son fonctionnement et des entretiens réalisés avec les psychiatres qui le définissent, en accord avec l'équipe.

La psychothérapie repose sur l'équipe pluridisciplinaire intervenant dans un cadre hospitalier comme l'hôpital de jour. L'ergothérapeute s'inclut donc dans cet accompagnement psychothérapeutique au même titre que le reste de l'équipe. Il va notamment permettre la mise en place d'une relation de confiance, capital pour l'investissement du patient dans la prise en charge. Son rôle sera aussi d'assurer une écoute bienveillante pour la personne, lui permettre de s'affirmer seule ou face à un groupe ou

l'entraînera aux compétences sociales, tout en évitant les situations traumatisantes. La schizophrénie est une pathologie qui entraîne souvent une souffrance pour la personne.

Il est important que la « *durée d'hospitalisation se situe à un juste milieu entre le risque d'amélioration incomplète et le risque d'installation du patient dans une dépendance hospitalière excessive en l'isolant trop longtemps de son contexte socioculturel* » (Llorca,P-M, 2010, 12). Ainsi, l'ergothérapeute peut l'accompagner afin qu'il soit en mesure de créer du lien social lors de son hospitalisation de jour et d'être en mesure d'investir peu à peu l'extérieur, la cité et de se détacher progressivement du milieu de soin.

6. Relations sociales et schizophrénie

Avant d'aborder les difficultés rencontrées par la personne atteinte de schizophrénie pour établir un lien social et entrer en relation avec son environnement, il me paraît important de revenir sur la notion de handicap qu'entraîne une telle pathologie.

La notion de handicap a été définie par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle y est décrite comme telle : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (Loi n°2005-102 du 11 février 2005, 2005). C'est avec cette même loi que le handicap prend un versant psychique. Des modèles bio-psycho-sociaux, comme le Processus de Production du Handicap³, mettent en avant l'interaction de différents facteurs qui constituent alors un handicap : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Le handicap va ainsi pouvoir être défini comme « *une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant, d'une part, de déficiences ou d'incapacités et, d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux* » (Hamonet, C., 1990, 64). La maladie va entraîner des déficiences au niveau corporel, des limitations au niveau des activités, mais également une restriction de la participation ce qui inclut le lien et la mise en place d'une relation à l'autre.

³ Annexe 1

La personne peut ainsi être en situation de handicap dans différentes activités de la vie quotidienne. C'est l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques qui a été la première association à mettre en avant la notion de « handicap psychique » et qui a donc été repris dans la loi du 11 février 2005. Cette association, reconnue d'utilité publique, reconnaît que « *La déficience psychique affecte le malade dans les domaines suivants : troubles de la volonté, troubles de la pensée, troubles de la perception, troubles de la communication et du langage, troubles du comportement, troubles de l'humeur, troubles de la conscience et de la vigilance intellectuelle, troubles de la vie émotionnelle et affective* » (UNAFAM⁴, 2011).

Or dans la société, chaque individu doit établir des liens sociaux avec ses pairs. J'entends ici les termes « liens sociaux » comme des relations entre individus qui font partie d'un même groupe social, ici la société, et qui interagissent de manière harmonieuse ce qui donne naissance à la vie en société. A cette définition s'ajoute le lien avec la famille de la personne, ses pairs, ses proches ou ses amis. Ils permettent d'assurer la cohésion d'une société et l'intégration des personnes.

D'un point de vue sociologique, Durkheim en 1897 montrait que la rupture des liens sociaux produisait un affaiblissement des normes et des rôles sociaux (Caron, J., & Guay, S., 2005, 15). Plus récemment, dans les années 1970 – 1980, des études montrent que les « *individus davantage intégrés dans leur communauté et dans la société de façon plus générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées* » (Caron, J., & Guay, S., 2005, 15). De même, le « *réseau social permettrait d'offrir des expériences positives régulières et un ensemble de relations sociales stables et renforçantes [...] il permettrait un sentiment général de bien être et favoriserait l'estime de soi* » (Caron, J., & Guay, S., 2005, 18). Les liens sociaux permettent d'acquérir une identité sociale. Cependant, pour entrer en lien avec l'autre, il faut en avoir les capacités. Le lien social est important, et peut se travailler par l'entraînement des habiletés sociales qui peut passer par le processus de réhabilitation psychosociale notamment.

Comme vu précédemment, la phase stabilisée n'exclut pas l'expression de symptômes. En effet, l'apragmatisme par exemple, consiste en une protection et une lutte contre ce qui peut envahir la personne, il en résulte un isolement voire un internement à domicile accompagné d'un sentiment d'inutilité, d'être une charge pour l'entourage. « *L'image de*

⁴ Union Nationale des Amis et Familles des personnes malades et/ou handicapées psychiques

soi est alors dévalorisée et la personne a le sentiment de devenir étrangère, de ne pas pouvoir répondre aux attentes de l'environnement » (Bonnet, C., 2012, 156) ; La personne se replie, la recherche d'une protection entraîne un isolement, une impossibilité à remplir un rôle social, à appliquer les codes sociaux nécessaires à la vie en société : ce qui est extérieur à la personne peut être vécu comme dangereux, inaccessible. Alors, peu à peu, *« l'individu perd la capacité d'être en rapport avec le monde et recherche sa sécurité en réduisant son univers*» (Lascaux, F., 2014, 75) ; il en résulte une coupure avec le monde. Pour des personnes atteintes de schizophrénies et plus largement de psychoses, ce retrait est un mode d'être face au monde extérieur. Il a ainsi tendance à ne plus établir de lien avec son environnement. La personne peut avoir des difficultés à gérer ses émotions et elle peut avoir des réactions inadaptées ou incohérentes de par ses troubles cognitifs, mais aussi par le vécu interne de sa pathologie. Elle a également des difficultés à intégrer les codes relationnels nécessaires à la vie en société. Tout cela amène ainsi à des difficultés à établir voire entretenir des relations sociales.

Au regard de ces difficultés sociales, la Haute Autorité de Santé a mis en place un programme pluri annuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. D'une durée de trois ans, l'un des trois grands thèmes est d' *« adapter la prise en charge aux besoins, de promouvoir la coopération entre acteurs et de poser les conditions de la continuité des prises en charge* » (HAS, 2013, 4). Permettre la continuité des soins offre alors la possibilité à la personne de mettre en place une relation de confiance avec un personnel soignant qui reste le même.

L'un des moyens va être de favoriser *« la place des approches permettant l'autonomie et la participation sociale dans le parcours des personnes souffrant de pathologies mentales chroniques et en situation de handicap psychique* » (HAS, 2013, 7). Ainsi, on peut conclure ici qu'une des réponses apportées par les pouvoirs publics est de prendre en considération l'aliénation sociale qu'entraînent des pathologies psychiatriques et de mettre en œuvre des moyens pour palier autant que possible à ces difficultés.

B. Les moyens mis en place

Le domaine de la psychiatrie a largement évolué ces cinquante dernières années. Actuellement, le législateur marque une volonté d'intégrer les personnes atteintes de handicap psychique dans la société, de mettre en place des moyens afin de leur permettre de réinvestir la cité. Et cela, malgré leurs difficultés et en réduisant tant que possible les

situations de handicap. Pour cela, l'accompagnement de la personne dans le milieu de soin et la coordination des différentes structures sanitaires, sociales et médico-sociales sont encouragés par le législateur.

Avant d'aborder différentes structures mises en place par la société dans cette volonté d'intégrer la personne dans la mise en place de relations sociales, il me paraît important de revenir sur quelques points historiques quant au regard que porte la société sur une personne atteinte de schizophrénie.

1. L'évolution du regard de la société sur la schizophrénie

Pendant longtemps la personne atteinte de psychose, considérée comme folle, aliénée était exclue de la société, mise à l'écart. Puis à partir du XVIIIème siècle la prise de conscience de certains psychiatres comme Philippe Pinel contribue à faire évoluer la considération de ces personnes dans la société. On s'aperçoit alors que la réalisation des tâches quotidiennes est bénéfique à des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Le chaos suscité par les deux guerres mondiales au sein de la population générale, mais aussi de la population hospitalisée dans des hôpitaux psychiatriques, entraîne la psychiatrie à s'ouvrir aux sciences humaines. De nombreux psychiatres prônent alors la « désinstitutionnalisation ». Cela est également encouragé par l'Organisation Mondiale de la Santé qui réduit le rôle de l'hospitalisation et permet ainsi aux personnes internées jusqu'alors de sortir de l'hôpital et de vivre au sein de la société. Georges Daumezon, psychiatre français, souligne l'importance de replacer le patient dans un réseau relationnel. D'autres comme Lucien Bonnafé remettent en question l'asile identifié comme structure aliénante. De même, Hermann Simon définit l'institution comme malade et met en avant la nécessité de la soigner pour mieux soigner et accompagner le patient. Force est de constater qu'un bouleversement notable est en cours, avec une volonté de sortir des murs de l'hôpital au profit d'un accompagnement humain centré sur la personne et sur sa vie au plus près de la société.

L'apparition de la psychothérapie institutionnelle durant l'entre deux guerres et la découverte des neuroleptiques en 1952 ont donné une nouvelle dimension à l'accompagnement des personnes hospitalisées. Cette découverte des neuroleptiques a ainsi contribué à l'évolution des mœurs : des traitements médicamenteux permettent de diminuer l'expression des symptômes chez certains patients. Par de nombreuses

recherches, elle a aussi ramené les neurosciences et l'origine organique au premier plan. Les personnes sortent alors des institutions, mais la société n'y est pas préparée ; le manque de structures est alors évident et des personnes se retrouvent à la rue. La psychothérapie institutionnelle est basée sur le fait que la relation entre soignants et patients au sein de l'institution est thérapeutique en soi. Elle utilise les relations sociales comme thérapeutiques, en mettant à l'œuvre les capacités d'adaptation du malade. Elle découle du modèle psychanalytique. Mais à partir des années 1980, le « *développement des neurosciences et de la psychiatrie neuro-biologique a bénéficié aux démarches classificatoires et épidémiologique en faisant perdre de vue l'approche du sujet dans sa spécificité* » (Chabert,C., 2010, 244). Aujourd'hui en France, il existe une certaine résistance liée à une telle approche. Pourtant, les modèles anglo-saxons de réhabilitation et de réinsertion dans la société apparaissent et sont peu à peu encouragés par les pouvoirs publics.

Plus récemment, la circulaire du 15 mars 1960 amorce la mutation de la psychiatrie publique. Ainsi, cette circulaire introduit la notion de travail « *en réseau et en partenariat* » (Faucon-Martin, H., 2013, 11) avec les autres structures, mais également avec les différents champs : sanitaire, médico-social et social afin d'offrir un suivi de la personne avec une approche complémentaire de celle-ci. La naissance de la psychiatrie de secteur tend à créer des lieux de soins plus proches de la cité, pour que la personne s'y insère et se veuille éviter toute chronicisation ou désocialisation dues à une hospitalisation trop longue. Il y a aussi un suivi par une même équipe de soin de l'hôpital vers l'extrahospitalier. Les lois de juillet et décembre 1985 donnent réellement naissance à la sectorisation psychiatrique et organisent le nouveau fonctionnement des institutions publiques psychiatriques en France.

En 2005, la reconnaissance du handicap psychique souligne la nécessité d'un besoin d'accompagnement de ces personnes pour la vie quotidienne et leur participation sociale et prend en compte les besoins organisationnels qu'engendre la sortie massive des hôpitaux vers la cité. La transformation de la société suite aux questions de handicaps psychiques et la nécessité de mettre en place des moyens adaptés accompagnent la réhabilitation des personnes atteintes de schizophrénie par les professionnels de la santé en général. Il me semble ainsi pertinent de définir ici cette notion très large qu'est la réhabilitation psychosociale.

2. Réhabilitation et ergothérapie

La réhabilitation psychosociale est un concept anglo-saxon nord-américain qui a été influencé par la désinstitutionnalisation et la volonté du législateur d'intégrer ces personnes dans la communauté.

Il existe différentes définitions de la réhabilitation dans la littérature. Parmi celles-ci, deux me paraissent particulièrement pertinentes dans le cadre de ce travail de recherche. Ainsi, pour W. Antony, la réhabilitation vise à « *augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix avec, idéalement, un minimum d'intervention professionnelle* » (Antony, W., dans Y. Person., 2007, 172). Pour Y. Person, et d'un point de vue plus général, la réhabilitation est « *le fonctionnement global de la personne et le maintien ou le développement de ses habiletés dans la vie de tous les jours* » (Person, Y., 2007, 169). Il me semble que ces deux définitions sont pertinentes dans la mesure où elles intègrent les notions de satisfaction, de choix de la personne qui l'amène ainsi à être actrice de l'accompagnement réalisé par les professionnels, dont l'ergothérapeute, mais aussi celle du développement des habiletés et donc notamment des habiletés sociales. Les habiletés vont permettre de « *produire des performances dans une activité* » (Meyer, 2013, 136), elles vont donner à la personne la possibilité d'agir en développant ses capacités dans une situation donnée. Elles se développent par leurs exercices et résultent d'un apprentissage (Meyer, 2013, 134).

La réhabilitation psychosociale a plusieurs objectifs. Le principal est de « *redonner au patient le pouvoir d'agir* » (Dr Morissette In Da Silva, K., 2007, 206), le « savoir-être », ce qui ne doit pas être assimilé au concept de réadaptation. Initialement utilisé en France pour reprendre le concept de réhabilitation, il peut aujourd'hui être défini comme le processus visant à redonner « *au patient les moyens d'agir* », c'est-à-dire un « savoir-faire » (Dr Morissette In Da Silva, K., 2007, 206). La réhabilitation comprend à la fois les notions de réadaptation, et de réinsertion qui vont permettre à la personne d'investir la communauté, d'agir dans une situation, dans un lieu particulier qui n'est plus du milieu soignant, et d'agir de manière adaptée. De plus, la réhabilitation vise à favoriser le lien social dans le sens où elle va tendre à créer une interaction entre la personne en situation de handicap et son environnement social.

L'approche de réhabilitation psychosociale s'appuie sur une conception bio-psycho-sociale de la personne. C'est-à-dire qu'elle prend en compte la personne d'un point de vue global et va permettre de la replacer dans son environnement sociétal en l'accompagnant afin qu'elle acquiert des habiletés, ce qui a un impact sur ses déficiences et ses incapacités. Cette approche prend également en compte les habitudes de vie de la personne et la situation de handicap qui en découle. Ainsi, le projet de la personne est au cœur de cette approche. Selon K. Da Silva, l'évaluation de la personne atteinte de schizophrénie, caractéristique à tout suivi en ergothérapie, va permettre à l'ergothérapeute d'analyser les facteurs environnementaux (environnement matériel, extérieur, humain), les habitudes de vie (les activités de la vie quotidienne auxquelles le patient doit faire face et les habiletés qui sont alors nécessaires, les obstacles qui se posent à l'autonomie de la personne, dont les troubles neuropsychologiques) et enfin, le fonctionnement de la personne qui correspond aux facteurs personnels dans le Processus de Production du Handicap (Morel-Bracq., 2013, 39) qui s'entend ici comme les aptitudes du sujet à communiquer, à s'affirmer, la qualité des interactions (Da Silva, K., 2007, 217).

Le processus de réhabilitation ne peut démarrer à partir de la première rencontre. Un travail préalable avec le patient paraît nécessaire, cet accompagnement vers la réhabilitation ne peut se faire sans « *une connaissance approfondie des capacités de la personne, de ses attentes, de son contexte environnemental* » (Person, Y., 2007, 170). Ainsi, cet objectif de réhabilitation se fait dans un second temps, lorsqu'il a un sens pour la personne, afin qu'elle s'investisse dans ce processus et trouve un sens aux activités proposées par l'ergothérapeute.

Or pour une pathologie telle que la schizophrénie, au handicap psychique s'ajoute le retrait et l'exclusion sociale. Pour Michelson & Al, les habiletés sociales sont principalement développées par apprentissage, elles comprennent des comportements verbaux et non verbaux, elles maximisent les renforcements sociaux et les déficits et excès dans le fonctionnement social qui peuvent être spécifiés et représenter les cibles d'une intervention (Michelson., & Al., dans J. Douaire., 2008, 10). Les professionnels qui accompagnent la personne et dont l'ergothérapeute fait parti, peuvent agir dans le cadre de cette intervention.

Certains des objectifs de la réhabilitation sociale sont de : réduire l'impact du handicap de la personne sur la vie quotidienne de la personne, prévenir l'exclusion sociale et réduire la

stigmatisation, mais également de développer les habiletés sociales de la personne. Les habiletés résultant d'un apprentissage, les approches cognitivo comportementales sont principalement utilisées en tant que programmes spécifiques dans le processus de réhabilitation. Selon M-C. Morel-Bracq, l'une des hypothèses fondamentales du modèle cognitivo comportemental est que les « *biais cognitifs distordent la réalité, induisent des interprétations et émotions pathogènes* » (Morel-Bracq, M.C., 2013, 141) qui ont un impact négatif sur l'insertion de la personne dans la société. Ainsi, l'objectif d'un tel modèle va être « *d'atténuer les difficultés dues à des schémas de pensées dysfonctionnels et d'optimiser les capacités d'intégration sociale des patients psychotiques* » (Morel-Bracq, M.C., 2013, 141). Décrit par M-C Morel-Bracq, un tel modèle va ainsi « *aborder simultanément les versants psychologiques (aspect cognitif : modification des croyances de bases) et comportementaux de l'adaptation sociale (apprentissage)* » (Morel-Bracq, M.C., 2013, 142).

Ainsi, des approches spécifiques de réhabilitation sont mises en place à l'instar des approches cognitives. Le suivi peut alors commencer par une évaluation puis se poursuivra par des programmes spécifiques et normés comme la remédiation cognitive. Elle va avoir pour but de restaurer les déficits cognitifs de la personne par des exercices de mémoire ou d'attention. Elle va contribuer à la compréhension des patients de leur situation et à réduire les impacts négatifs de leur pathologie. (Da Silva, K., 2007, 209). De même, l'Integrated Psychological Treatment⁵ de Brenner vise l'amélioration du fonctionnement psychosocial de la personne et le développement d'habiletés. Ainsi, il se déroule sur une durée de 9 à 12 mois, avec deux séances de 90 minutes par semaine. Ce programme comporte 6 à 8 modules en fonction de la version utilisée (européenne ou québécoise). Chaque module est basé sur les apprentissages du ou des précédents modules. Il associe remédiation cognitive et l'approche psychosociale.

Ces programmes spécifiques vont permettre de faire prendre conscience à la personne de ses difficultés et de s'investir davantage dans la société par le développement de ces habiletés sociales ainsi que de favoriser leur autonomie.

L'ergothérapeute a donc les ressources nécessaires pour accompagner le patient atteint de schizophrénie dans une démarche de réadaptation, de réhabilitation psychosociale. Ce

⁵ Annexe 2

processus de réhabilitation sociale privilégie donc des modèles d'intervention comme le courant cognitivo comportemental. Le modèle cognitivo comportemental peut être appliqué par les ergothérapeutes et tous les professionnels exerçant en hôpital de jour notamment, c'est un modèle interprofessionnel.

L'un des principaux rôles de l'hôpital de jour est de mettre en place une resocialisation en considérant également le projet de vie. Les interventions psychosociales qui peuvent être mises en place par l'ergothérapeute visent souvent à permettre aux patients d'acquérir ces compétences lorsqu'ils sont sortis de la phase aigüe. Ainsi que le dit M. Sassolas, en psychiatrie, le souci de soigner ne peut pas se dissocier du souci de respecter l'insertion sociale du patient. L'hôpital de jour semble en effet fonctionner de cette manière.

3. Le fonctionnement de l'hôpital de jour

Une structure sanitaire est une structure dans laquelle exercent des professionnels de santé dispensant le soin à des personnes atteintes de diverses pathologies. M'intéressant au travail de l'ergothérapeute exerçant dans un hôpital de jour, je vais maintenant aborder le fonctionnement global d'une telle structure.

D'après la Circulaire DHOS/F3/02 n° 2005-553 du 15 décembre 2005, « *l'hospitalisation de jour constitue une alternative à l'hospitalisation complète et se caractérise, à cet égard, par des soins polyvalents et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant mis en œuvre à temps partiel, par exemple sur une partie de la journée ou par séquences d'un ou quelques jours par semaine* » (Circulaire DHOS/F3/02, 2005, para 1).

L'hôpital de jour ne donne pas lieu d'hébergement et permet à l'usager de retrouver du lien avec le milieu familial, avec son domicile ou celui d'un proche. Il va permettre d'offrir au patient des activités d'évaluation, de diagnostic et de traitement. Reconnu comme une structure hospitalière, il accueille notamment des personnes souffrant de psychoses chroniques dont la pathologie schizophrénique. La consolidation de l'état de ces personnes, le retour ou maintien de la personne dans son milieu familial, la diminution de l'intensité des symptômes et la participation de la personne, de ses proches dans son plan de traitement sont des objectifs globaux des hôpitaux de jour dans lesquels la réalisation d'activités est obligatoire.

Celles-ci sont intégrées dans un programme personnalisé à chaque usager en fonction de ses capacités, de son projet. En hôpital de jour, le patient bénéficie d'un suivi médical (un psychiatre est présent sur la structure) ainsi que d'un accompagnement par l'équipe pluridisciplinaire constituée d'infirmiers, aides soignants voire de psychologues, psychomotriciens et d'ergothérapeutes. En cela, l'hôpital de jour est une structure dite sanitaire, car elle est médicalisée. Le suivi par le médecin psychiatre référent permet la mise en place d'un projet thérapeutique avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire. Celui-ci doit être réévalué et réactualisé régulièrement afin de ne pas encourager une éventuelle chronicisation du patient, permettre la mise en place d'éléments nécessaires à la préparation de la sortie de l'hôpital de jour ainsi que d'activités favorisant la réinsertion le plus rapidement possible du patient. Se dessinera alors la possibilité pour le patient de participer à des activités de groupes qui lui permettront de créer du lien social par la communication et l'ouverture sur l'extérieur.

De plus, l'équipe pluridisciplinaire accompagne le patient et pourra assurer la mise en place de collaborations avec les acteurs médico-sociaux notamment afin d'assurer le suivi dans une autre structure, type structure médico-sociale.

4. Structures sociales et médicosociales

La loi de 1975 organise l'offre sociale et médico-sociale comme un ensemble homogène et autonome vis-à-vis du secteur hospitalier. Mais les secteurs sociaux et médico-sociaux doivent être complémentaires du système de soins et fonctionner en pluridisciplinarité. La loi de janvier 2002, va alors favoriser les coopérations entre les acteurs impliqués dans le suivi des personnes et va la restituer au centre du dispositif : « *l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux, et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* » (ARS⁶ Île-de-France, 2012, 6).

Selon un rapport du Centre Régional d'Études et d'Animation sur le Handicap et l'Insertion (CREAHI), la « *mise en place de structures d'accompagnement ne peut s'inscrire que dans un maintien voire développement de structures sanitaires*

⁶ Agence Régionale de Santé

ambulatoires, importance des soins psychiatriques »(ARS Île-de-France,2012, 54) ; les structures d'accompagnement et sanitaires doivent coexister ; elles sont complémentaires, car une personne atteinte de schizophrénie, devra, dans la majorité des cas être suivie par un psychiatre référent durant une longue période voire toute sa vie de par la chronicité de la pathologie.

Par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la prise en compte du handicap qu'entraînent des troubles psychiques devient un consensus, une nouvelle organisation et des structures nouvelles apparaissent ; c'est le cas des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). L'ergothérapeute travaillant en Hôpital de Jour peut travailler en partenariat avec ces structures. C'est la raison pour laquelle je vais les détailler rapidement.

a. Groupes d'Entraide Mutuelle

Créé par le plan Psychiatrie 2005-2008, leur mission première était de pallier au manque de structures sociales à visée de réinsertion dans la société.

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ont été mis en place comme « *moyen de prévention* » et comme « *élément de compensation des conséquences du handicap* » (Légifrance Circulaire DGAS/3B n°2005-419, 2005, para 5). Ce sont des structures associatives⁷; elles peuvent se définir comme « *collectifs de personnes animées d'un même projet* » (Légifrance Circulaire DGAS/3B n°2005-419, 2005, annexe 1). Chaque GEM a son organisation propre et un public visé qui varie. Ces structures doivent être caractérisées comme des lieux conviviaux où l'entraide et la solidarité sont constamment présentes envers les pairs de l'utilisateur. Le rôle du GEM est de rompre avec l'isolement social, de restaurer ou maintenir les liens sociaux et de redonner confiance en soi.

Ils fonctionnent grâce à l'intervention de bénévoles et d'animateurs (financés par l'état) voire de professionnels de santé afin d'aider les usagers au bon fonctionnement de la structure, du groupe, à les accompagner dans la mise en place d'actions collectives, d'aider

⁷ Relative à la loi des associations 1901

à créer un lien en cas de recherche d'un logement, d'un travail ou d'une prestation pour l'utilisateur. L'adhésion est nécessaire à la fréquentation du GEM. Elle est libre et volontaire et chaque adhérent est acteur du projet de groupe défini et accompli ensemble, chaque personne y assiste et participe en fonction de ses capacités.

Différentes activités peuvent être proposées au sein des GEM : activités culturelles, activités sportives, activités d'expression, activités de convivialité ou encore, comme vu précédemment : activités de responsabilisation et d'élaboration de projet ainsi que des temps permettant de structurer la vie du GEM, toutes ces activités aident l'adhérent à recréer des liens avec ses pairs et à s'ouvrir sur la société de manière progressive.

b. Services d'accompagnement

Ces structures ont un rôle de stimulation pour entraîner toutes les capacités de la personne dans son environnement et de coordination avec les autres acteurs.

* Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) :

D'après le décret n°2005-223 du 11 mars 2005, les SAVS «*ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* » (décret n°2005-223, Art. D. 312-155-5, 2005). Depuis une dizaine d'années, de nouveaux SAVS spécialisés dans un type de handicap (un profil spécifique des personnes accueillies) ont vu le jour grâce à une politique volontariste des Conseils Généraux. Grâce à des actions de familles ou de militants d'actions sociales, mais aussi de professionnels de secteurs psychiatriques, des services réservés à des personnes atteintes d'une pathologie psychique se sont développés.

Ces missions sont énumérées dans ce même décret dont «*une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale* », «*le soutien des relations avec l'environnement familial et social* » (décret n°2005-223, Art. D. 312-155-5, 2005). L'accompagnement de la personne peut se faire dans les locaux du service, mais les prestations sont généralement délivrées à domicile ou dans tous les lieux «*où s'exercent*

les activités sociales, de formation, y compris scolaires et universitaires » (CASF⁸ – Article D312-170, 2012).

Ces structures sont composées d'une équipe pluridisciplinaire qui peut éventuellement comprendre un(e) ergothérapeute dans la mesure où c'est un professionnel « *susceptible de concourir à la réalisation de [l]a mission* » du SAVS (CASF⁹, article D312-173, 2012).

* Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) :

Ces structures contribuent « *à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* » (Décret n°2005-223 du 11 mars 2005, 2005), pour des personnes qui ont besoin d'un accompagnement pour les actes essentiels de la vie.

Ils assurent un accompagnement médical, paramédical et social. Ce sont des structures qui ont globalement la même mission que les SAVS. Cependant, elle est plus centrée sur un accompagnement médical et paramédical en milieu ordinaire de vie.

Généralement, le SAMSAH travaille en collaboration avec le SAVS. Chaque SAMSAH (comme chaque SAVS) fonctionne selon sa propre organisation.

Ainsi, il existe différentes structures destinées à offrir un accompagnement à la personne, cet accompagnement étant extérieur aux soins. Cependant, dans la pratique, ce travail de coordination est-il vraiment mis en œuvre ?

II. Partie méthodologique

La partie précédente soulève des notions conceptuelles de mon sujet de mémoire. Je m'intéresse maintenant à son application concrète. Comment les ergothérapeutes accompagnent-ils les patients atteints de schizophrénie en hôpital de jour afin de favoriser leur réhabilitation sociale? Que mettent-ils en place ? Ce recueil de données me permettra de comprendre la manière dont les ergothérapeutes travaillent dans cet objectif, ce qu'ils

⁸ Code de l'Action Sociale et des Familles

⁹ Idem

mettent en place, mais aussi ce qu'ils privilégient. Ce travail me permettra également de confronter les hypothèses que j'ai faites avec la pratique réelle des ergothérapeutes sur le terrain.

Hypothèses :

L'utilisation de modèles cognitivo comportementaux et le travail de collaboration avec des structures sociales sont des moyens mis en place par l'ergothérapeute afin de favoriser la réhabilitation psychosociale d'une personne atteinte de schizophrénie.

A. Choix de la méthode

1. Choix des outils

Pour obtenir les informations utiles à ma démarche de recherche, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif afin de recueillir des données. J'ai fait ce choix, car ma question de recherche décrit l'aspect qualitatif de la prise en charge, et non son aspect quantitatif. Je cherche en effet ce qui est mis en place par l'ergothérapeute en fonction du patient qu'il accompagne. Chaque personne étant différente, chaque patient suivi nécessitera un accompagnement singulier avec l'ergothérapeute. Il s'agit ici de mettre en exergue cette pratique de l'ergothérapeute, non quantifiable. J'ai alors interrogé les professionnels sous forme de questions ouvertes qui leur permettent une liberté dans le discours, mais aussi de répondre de manière spontanée et d'orienter leur réponse avec d'éventuels exemples en fonction de la thématique abordée. Le guide d'entretien¹⁰ comprend des questions spécifiques ; celles-ci permettent de recentrer l'interlocuteur vers ce qui est pertinent pour mon sujet. Ci-dessous, un tableau explicatif permet de mettre en exergue les thèmes importants contenus dans les questions posées :

¹⁰ Annexe 3

N°	Thèmes abordés
Informations générales	
1	Présentation de l'interlocuteur <ul style="list-style-type: none"> • Formation • Nombres d'années d'exercices en psychiatrie • Nombres d'années d'exercices en hôpital de jour
2	Présentation de la structure <ul style="list-style-type: none"> • Sectorisation • Constitution de l'équipe pluridisciplinaire Modèle de pensée prédominant
Définition des termes	
3	Faire définir les termes par l'ergothérapeute : <ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation • habiletés sociales • lien social
Réhabilitation et ergothérapie	
4	Définir les difficultés principales freinant la personne atteinte de schizophrénie dans la mise en place d'une relation à autrui
5	Énoncer la démarche entreprise pour favoriser la réhabilitation sociale de la personne atteinte de schizophrénie
6	Dans cet objectif de réhabilitation, y a-t-il un travail réalisé en collaboration avec d'autres structures ?

Tab I : Thèmes principaux des questions posées aux professionnelles dans le cadre d'entretien

2. Choix de la population

Cet écrit se basant sur une analyse des pratiques professionnelles, j'ai fait le choix d'interroger des ergothérapeutes pour ce mémoire. Cette population me semble la plus à même de répondre aux questions posées en me faisant part de ses ressentis, de sa manière de proposer des moyens spécifiques dans leur accompagnement. Parmi cette grande

population que sont les ergothérapeutes, j'ai alors fixé des critères plus spécifiques à mon travail. J'ai recherché des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie, dans des structures précises : les hôpitaux de jour psychiatriques. Cette structure étant un des cadres guidant ma recherche.

J'ai interrogé 4 ergothérapeutes :

- L'ergothérapeute 1 : Diplômé en 1995. A toujours travaillé en Hôpital de Jour psychiatrique. Travaille en HDJ non sectorisé depuis dix ans.
- L'ergothérapeute 2 : Diplômé en 2004. Travaille une journée par semaine en intra hospitalier et le reste du temps en Hôpital de Jour sectorisé depuis six ans.
- L'ergothérapeute 3 : Diplômé en 2012. Travaille en hôpital de jour sectorisé, mais associatif depuis 3 ans¹¹.
- L'ergothérapeute 4 : Diplômé depuis 2009. Travaille en hôpital de jour non sectorisé depuis 5 ans.

B. Analyse des résultats

Afin d'analyser les entretiens que j'ai réalisés auprès d'ergothérapeutes, je les ai d'abord retranscrits. Une fois ces retranscriptions réalisées, j'ai ensuite mis en lien les différents éléments de réponses des professionnels avec ce que je recherche dans mon travail. En reprenant la grille d'entretien, j'ai extrait les principaux thèmes abordés par les ergothérapeutes. Je réalise d'abord une analyse puis dans la discussion je mettrai en lien cette analyse avec la partie théorique et les recherches que j'avais pu réaliser.

La définition des termes par les ergothérapeutes interrogés

Pour les ergothérapeutes, les notions de lien social et d'habiletés sociales paraissent très liées, dans la manière qu'ils ont de les définir.

Pour deux ergothérapeutes, le lien social est alors défini comme un contact avec soi d'abord, mais aussi avec la société. Il correspond « *au lien à l'autre, mais aussi au lien par rapport à la cité, à la ville* » (ergothérapeute 1) et au fait « *d'avoir un contact direct avec quelqu'un [...] savoir ou aller chercher, qui trouver, quoi demander* » (ergothérapeute 3), mais aussi pouvoir appliquer certains codes sociaux, et de politesse notamment « *dire*

¹¹ Annexe 4

bonjour, merci, au revoir » (ergothérapeute 3). Globalement le lien social est défini comme « *ce qui se crée entre deux personnes* » (ergothérapeute 4). Certaines notions paraissent contraires selon les ergothérapeutes, alors que pour un professionnel, le fait d' « *être en lien avec la cité [...] se rouvrir à des activités extérieures* » (ergothérapeute 1) correspond à cette notion de lien social, il correspond plus à la notion d'habiletés sociales : « *les habiletés sociales, c'est comprendre le monde extérieur, être en contact avec lui* » pour un autre (ergothérapeute 3). Pour deux professionnels (ergothérapeute 3 et 4), la communication fait pleinement partie des habiletés sociales « *capacité de communiquer avec autrui, se faire comprendre, comprendre les autres, les réactions, les attitudes* » (ergothérapeute 3). De plus, un ergothérapeute définit les habiletés sociales comme « *les outils pour créer du lien social* » (ergothérapeute 4), plus généralement une ergothérapeute définit les habiletés sociales comme « *tout ce que la personne utilise pour aller vers l'autre, la parole, les expressions du visage, les émotions...* » (ergothérapeute 4).

En ce qui concerne la notion de réhabilitation sociale et les termes employés par les professionnels pour caractériser cette approche, deux ergothérapeutes parlent d'outils nécessaires à l'établissement d'un lien avec la société ; il s'agit de « *donner aux personnes des outils pour s'intégrer à la société* » (ergothérapeute 3), « *Pour créer du lien social, il faut les habiletés sociales comme outils* » (ergothérapeute 4) ou encore offrir à des personnes très repliées, protégées, la possibilité de se « *rouvrir, se rassurer, de voir que les choses sont possibles* » (ergothérapeute 1). Pour un professionnel, les termes de réhabilitation ou encore d'habiletés sociales sont appréhendés comme péjoratifs, il évoque la « *connotation un peu négative* » que lui fait ressentir la « *pression de la société où il faut être dans une norme* » (ergothérapeute 2). Ce même professionnel ne peut définir ces termes, mais aborde l'intérêt de cette approche pour des patients « *pour qui ça a du sens de se retrouver à nouveau dans une dynamique sociale ou socio-professionnelle* » (ergothérapeute 2). Cette question de pertinence d'utilisation de l'approche de réhabilitation sociale a été abordée avec les professionnels. Pour deux d'entre eux, la réhabilitation sociale au sens où je l'ai défini durant l'entretien est un objectif intrinsèque à l'hôpital de jour (ergothérapeute 1,3 & 4) avec quelques précisions pour l'ergothérapeute 4 « *le but est vraiment de réhabiliter, mais plus généralement, il s'agit de faire en sorte que les patients arrivent à vivre au mieux avec leur pathologie, et comme l'humain n'est pas fait pour vivre seul, les habiletés sociales en font partie* » (ergothérapeute 4). Un professionnel précise que ça peut être un objectif pour un patient si tel est « *son choix et sa*

demande » expliquant que l'objectif de l'hôpital de jour est « *d'être dans le lien [...] de renouer des liens avec les autres* » (ergothérapeute 2).

Les réponses des professionnels montrent que les notions sous-jacentes aux habiletés sociales et à la réhabilitation sont importantes pour chacun d'eux et constituent un des objectifs centraux de l'hôpital de jour. Il semblerait ainsi que ces notions ne soient pas clairement définies dans le langage professionnel puisque les termes utilisés varient d'un ergothérapeute à l'autre.

Les difficultés des personnes atteintes de schizophrénie freinant la relation à l'autre

- l'altération de la relation à l'autre

Pour trois ergothérapeutes, l'indifférenciation entre la personne et ce qui l'entoure est une des difficultés que peut rencontrer la personne atteinte de schizophrénie dans son quotidien et qui altère ainsi la relation à l'autre et l'échange. « *Se sentir exister individuellement, séparé de l'autre et qu'on peut être séparé, mais être ensemble quand même* » (ergothérapeute 2), cette notion est également évoquée par un autre professionnel qui parle d'un problème de limite « *savoir est ce que c'est moi, est ce que c'est l'autre* » (ergothérapeute 1), et l'importance de « *l'accès à l'altérité et à sa propre subjectivité* » (ergothérapeute 2). Ce « *défaut de limite corporelle* » (ergothérapeute 4) induirait une mise en danger engendrée par l'autre. Cela entraînerait également de l'angoisse. Une des difficultés pour entrer en relation avec l'autre serait la manière dont l'autre est perçu ; c'est cette indifférenciation qui créerait un contact difficile. De par la dissociation des personnes atteintes de schizophrénie, des professionnels évoquent la difficulté à « *comprendre leur propres émotions* » et ainsi l'« *incapacité à comprendre ce que ressent l'autre* », mais aussi « *les mimiques, le second degré* ». Ainsi, le discours de la personne atteinte de schizophrénie peut ne pas être adapté à la situation et crée alors un échange difficile avec autrui.

- la vision erronée de la réalité

La compréhension du monde extérieur, la notion de réalité altérée qui sont citées par plusieurs professionnels seraient également des difficultés importantes. Comprendre le monde environnant est une des difficultés « *comprendre le monde dans lequel il vit, qui puisse identifier ça comme d'une certaine manière de voir les choses et de voir le monde extérieur* » (ergothérapeute 3) parce qu'« *ils ont une vision des choses erronée par rapport*

à ce qui se passe à l'extérieur » (ergothérapeute 3). Ce vécu d'une réalité qui est autre est mis en lien avec « *les éléments de symptômes* » (ergothérapeute 2) qui peuvent en être à l'origine : « *des patients qui sont pris dans leur délire par exemple, [...] dans une autre réalité* » (ergothérapeute 2). A partir de la réalité, les personnes atteintes de schizophrénie ont un vécu très différent et « *le reprennent dans leur construction qui est en dehors de la réalité* » (ergothérapeute 3). La communication avec l'autre serait ainsi altérée par cette « *réalité propre au patient atteint de schizophrénie* » (ergothérapeute 4).

Cette vision erronée peut entraîner des réactions et des comportements inadaptés qui peuvent se traduire par de la « *violence ou de l'angoisse* » (ergothérapeute 3).

- l'angoisse

La notion d'angoisse est abordée par la totalité des professionnelles dans les difficultés évoquées. Elle semble être une notion centrale, freinant la mise en place d'une relation avec autrui pour la personne atteinte de schizophrénie. Associée au retrait et au repli sur soi, elle serait caractéristique de la schizophrénie et de la psychose en général pour les ergothérapeutes. Ainsi, la définition même de la schizophrénie par les ergothérapeutes implique ce recul : « *la schizophrénie c'est vraiment un recul par rapport à une situation ou par rapport à un contexte donné, [...] une structure construite sur une défense et sur un retrait* » (ergothérapeute 1), « *il y a aussi l'angoisse qui peut entravée, tout ce qui fait que la personne se retrouve un peu repliée sur elle-même* » (ergothérapeute 2), l'ergothérapeute 3 aborde cette notion d'angoisse en la reliant à la perception d'une réalité perçue différemment « *ils ont une vision des choses qui peut être erronée par rapport à ce qui se passe à l'extérieur [...] quelque chose qui aurait pu être anodin peut devenir un moment [...] d'angoisse* ». Pour un professionnel, l'angoisse est fortement liée aux « *angoisses de morcellement* » et à « *l'indifférenciation avec l'autre qui génère de l'angoisse et un sentiment de persécution* » (ergothérapeute 4).

- le délire

Malgré la stabilisation de l'état de la personne, un professionnel aborde le fait que des symptômes comme le délire demeurent présents : « *il peut y avoir des éléments de symptômes, d'un délire plus ou moins présent même pour des patients stabilisés, certains ont un noyau délirant qui reste extrêmement important* » (ergothérapeute 2). Le délire est présent chez une personne atteinte de schizophrénie et peut entraîner une difficulté à entrer

en relation avec l'autre, car il « *altère l'attention, l'écoute* » (ergothérapeute 4) de la personne lors d'une conversation. Ainsi, le délire vient interférer dans l'échange avec l'autre.

- l'apragmatisme

L'apragmatisme, la perte de l'élan vital sont rapportés par les professionnels et mis en lien avec le repli sur soi : « *c'est tout l'apragmatisme que les patients psychotiques peuvent avoir et du coup rester des heures chez eux, enfermés* » (ergothérapeute 3). A la symptomatologie de la personne peut s'ajouter la notion de phobie. Ainsi, ces personnes peuvent être dans l'incapacité « *d'aller au contact des autres* » (ergothérapeute 3). Il évoque donc le fait de ne pas savoir aller au contact de l'autre qui se couple avec la difficulté « *d'avoir l'élan vital de le faire* » (ergothérapeute 3). « *Il y a aussi l'apragmatisme, tout ce qui est de l'ordre de l'émoussement affectif, de l'indifférence* » (ergothérapeute 2), l'apragmatisme est ainsi relié à l'indifférence du monde. Pour l'ergothérapeute 3, c'est la corrélation entre l'apragmatisme et le fonctionnement de la société qui est à l'origine des difficultés rencontrées. Pour entrer en action, la personne atteinte de schizophrénie fournit un nombre important d'efforts qui n'est pas reconnu et qui peut être « *réprimandé* » (ergothérapeute 3) par la société, car ce comportement peut ne pas être adapté à la vie en collectivité.

- l'hostilité extérieure

Le regard de l'autre, de la société dans son ensemble semble également être une difficulté pour établir un lien et créer un échange. L'ergothérapeute 2 aborde « *l'hostilité extérieure* », cette même notion est étayée par un autre professionnel qui aborde le fait que « *la difficulté peut venir de l'extérieur* » de par un comportement inadapté de la personne atteinte de schizophrénie qui va ainsi créer « *une distance, une bizarrerie* » (ergothérapeute 3), et qui, en société, peut se retrouver face à des personnes « *qui ne comprennent pas et qui ne cherchent pas à comprendre ; qui se braquent* » (ergothérapeute 3). Alors, cela va entraîner pour la personne le sentiment d'« *être démunie* » (ergothérapeute 3) et une difficulté de « *communication* » avec l'autre. La notion de confiance en l'autre est abordée : « *la confiance en l'autre est mise à mal dans la maladie* » (ergothérapeute 1).

Les difficultés rencontrées par la personne atteinte de schizophrénie et mises en exergue par les ergothérapeutes interrogés sont abondantes. Ainsi, le fonctionnement de la personne est énoncé, mais également le regard et le comportement d'autrui.

La démarche de l'ergothérapeute pour favoriser la réhabilitation sociale d'une personne atteinte de schizophrénie

- Le travail d'équipe et le rôle spécifique de l'ergothérapeute

Dans la mesure où plusieurs ergothérapeutes abordent la question de la réhabilitation comme un objectif de la structure, et donc de l'ensemble des professionnels de l'hôpital de jour, cette notion de travail d'équipe semble être prédominante dans l'accompagnement : « *en tant qu'ergothérapeute, on vient se greffer à un dispositif* » (ergothérapeute 1), « *toute l'équipe qui accompagne vers l'apprentissage des habiletés sociales* » (ergothérapeute 2), « *d'abord ma démarche d'accompagnement de la personne s'inclue vraiment au sein d'un milieu institutionnel* » (ergothérapeute 4) ; ensuite, les échanges entre les membres de l'équipe apportent une richesse en termes de connaissance de la personne, l'ergothérapeute 1 aborde d'ailleurs les échanges avec les autres professionnels ou encore avec les médecins afin de « *mettre en commun* », ce qui permet d'adapter l'accompagnement qui est individualisé : « *je pense que c'est au cas par cas parce que ça dépend de chaque personne* » (ergothérapeute 3).

Pour un professionnel, l'ergothérapeute est formé à la réhabilitation sociale dans la mesure où une de ses spécificités est le lien avec la vie quotidienne du patient. Les habiletés sociales font partie intégrante de la vie du patient, ainsi l'ergothérapeute a « *une place claire* » dans ce processus même si ce sont des compétences du patient que « *chaque soignant de l'équipe doit travailler avec le patient de manière claire ou informelle* » (ergothérapeute 3). Cette distinction et la place qu'occupe l'ergothérapeute dans l'entraînement aux habiletés sociales ont été abordées et les spécificités de l'ergothérapeute dans ce processus ont été soulignées par les professionnels. Ainsi, chaque professionnel de l'équipe a un regard différent sur la personne en fonction de sa spécificité et qui est lié à sa formation, à son champ d'action vis-à-vis du patient, mais l'outil caractéristique de l'ergothérapeute semble être l'observation à partir de laquelle il va « *décortiquer ce qui se passe en activité pour pouvoir le remettre en commun* » (ergothérapeute 1).

De plus, le travail en co-animation, fortement lié au fonctionnement de la structure qu'est l'hôpital de jour, est aussi mis en avant par les professionnels : « *on ne fait que des co-animations* » (ergothérapeute 2) ; de même les ergothérapeutes 1,3 & 4 expliquent des activités qui se font uniquement en co-animation avec un(e) ergothérapeute ou un(e) professionnel(le) de l'équipe pluridisciplinaire.

- l'évaluation, la motivation du patient

Dans les moyens mis en place par l'ergothérapeute, l'observation et l'entretien lors de l'arrivée du patient sont mis en exergue : ainsi, avec un autre professionnel (aide soignante pour l'ergothérapeute 1), le patient est vu en entretien, une évaluation est faite et les motivations, les demandes de la personne sont identifiées « *la personne ne s'approprie pas toujours la demande* » (ergothérapeute 1). Cet entretien permettra d'individualiser les objectifs et l'accompagnement au sein de l'hôpital de jour, par les ergothérapeutes notamment, et de mettre en place un « *emploi du temps d'essai* » temporaire (ergothérapeute 1). L'ergothérapeute 3 aborde également l'importance de la prise en compte des « *motivations et des difficultés* » de la personne pour mettre en place un accompagnement adapté.

- les ateliers de groupe

Les activités de groupe sont largement mises en avant par les professionnels, différents objectifs peuvent alors être travaillés. Trois professionnels (ergothérapeute 2, 3 & 4) abordent majoritairement ces activités groupales, mais les ergothérapeutes 1 & 2 expliquent la possibilité d'accompagner une personne de manière individuelle « *si la personne est trop inhibée [...] ça va lui permettre d'appriivoiser la structure* » (ergothérapeute 1), ce qui se fait au cas par cas, « *tout en sachant que ce n'est pas le fonctionnement de la structure* » (ergothérapeute 1). Cet accompagnement individuel permettrait aussi de mettre en place une relation de confiance, dans un premier temps. De plus, si une personne a des difficultés particulières au sein d'un groupe, « *elle peut être accompagnée de manière individuelle pour la remettre en confiance [...] par rapport à ses capacités* » (ergothérapeute 1). Dans la mesure où cet accompagnement est une exception ; l'objectif étant « *que les personnes puissent intégrées des groupes où il y a plus de monde* » (ergothérapeute 1), les quatre ergothérapeutes privilégient le travail en groupe pour favoriser l'apprentissage des habiletés sociales (ergothérapeute 2, 3 & 4).

Par la mise en place de ces ateliers de groupe, plusieurs objectifs vont pouvoir être travaillés :

- entrer « *en interaction avec les autres personnes* » (ergothérapeute 1), « *favoriser les échanges, permettre d'écouter l'autre* » (ergothérapeute 2), « *échanger sur un sujet* » (ergothérapeute 4),

- se confronter au regard de l'autre « *dans un groupe, il y a toujours le regard de l'autre* » (ergothérapeute 3), de « *s'exprimer devant les autres* (ergothérapeute 2)»,

- comprendre l'autre et sa vision du monde « *comprendre que la manière dont on peut interpréter quelque chose est différente d'une personne à l'autre* » (ergothérapeute 2), de « *comprendre aussi que les autres ont une autre vision [...] se confronter à l'attitude de l'autre* » (ergothérapeute 3), « *laisser la place à l'autre* » (ergothérapeute 4).

Cela ramène notamment à la notion d'altérité, « *supporter sa subjectivité* » (ergothérapeute 2), « *se positionner* » (ergothérapeute 1), « *expliquer ou dire leur vision* » (ergothérapeute 3), ce travail en groupe, permettrait ainsi de s'affirmer face à l'autre, face au groupe « *se dévoiler* » (ergothérapeute 1). Cependant, le groupe reste un milieu protégé parce que « *les autres ont le même type de pathologie* » (ergothérapeute 3).

Deux professionnels abordent l'importance de la verbalisation en fin d'atelier de groupe. Ce temps de verbalisation a plusieurs rôles « *soit pour présenter ce qu'on a réalisé [...] soit pour faire un bilan de la séance* » (ergothérapeute 2), il semble que pour un professionnel (ergothérapeute 2), ce soit le moment le plus important pour « *favoriser les échanges* », ce temps d'échanges permettrait ainsi de revenir sur ce qui s'est joué durant l'atelier « *la communication et le langage dans le groupe permet de travailler les habiletés sociales* » (ergothérapeute 3), il y a ainsi une « *discussion de ce qui s'est passé durant l'atelier* » (ergothérapeute 3).

- les activités cognitives

Certains professionnels décrivent des activités types qui permettent de travailler ces habiletés sociales de manière plus spécifique. Ainsi, l'IPT¹² est citée dans la mesure ou « *elle permet de travailler uniquement les habiletés sociales* » (ergothérapeute 3) par l'intermédiaire de la remédiation cognitive, elle permet d'apprendre pourquoi une personne a telle émotion à tel instant (ergothérapeute 3). Deux professionnelles citent l'activité

¹² Integrated Psychological Treatment

« cuisine » qui apporte ainsi « *la nécessité de travailler ensemble* » (ergothérapeute 1), car se déroule « *en binôme* » (ergothérapeute 1), en « *groupe ouvert* » (ergothérapeute 3), elle va permettre de faire « *un repas tous ensemble* » (ergothérapeute 3), ce qui nécessite « *de se mettre d'accord* » avec le reste du groupe (ergothérapeute 3). De plus un professionnel détaille une activité particulière : « *le groupe mémoire* » (ergothérapeute 1) pour des personnes qui ont des oublis : « *du fait de leur maladie, de leur traitement et du fait que la réalité n'est pas toujours facile à appréhender* » (ergothérapeute 1) qui a plusieurs objectifs « *se repérer dans le temps* », « *donner un rythme* », « *donner des repères* » (ergothérapeute 1). Ce groupe fait aussi « *travailler l'attention* » et permet ainsi à la personne « *de se ré-ancrer dans la réalité et ensuite lui permettre de pouvoir parler à l'autre, s'intéresser, tenir une conversation* » (ergothérapeute 1).

- la mise en place du cadre

Le cadre a un rôle important dans la mise en place de l'accompagnement afin de favoriser le développement d'habiletés sociales de la personne. Flexible, il peut être modifié pour être adapté aux capacités de la personne : « *il y a des activités différentes : ouvertes, fermées, à l'intérieur de la structure, à l'extérieur, des activités en petits groupes, en plus grands groupes* » (ergothérapeute 1), les groupes fermés vont par exemple permettre de se dévoiler davantage, « *dans un groupe fermé, on crée quelque chose pendant un an, on accepte de se montrer en difficultés* » (ergothérapeute 1), c'est un cadre où le patient est plus en confiance, car les personnes du groupes sont connues; ces différents cadres vont offrir la possibilité de travailler des objectifs différents et notamment de se confronter à la vie en société, le respect du cadre va en fait permettre de « *comprendre qu'il y a des limites à certaines choses et que quand on est en société [...] il y a des choses à respecter, des temps pour tout, des ordres de passages* » (ergothérapeute 3). Cela amène ainsi au principe de réalité. Selon le cadre proposé, les objectifs varient ; par exemple l'ergothérapeute 4 compare des activités qui ont lieu en ergothérapie où « *chaque personne travaille sur son objet* », l'ensemble du groupe n'utilisant pas la même médiation, mais partage le même espace, ce qui fait davantage travailler « *l'espace partagé avec l'autre, lui faire de la place* » et permet « *la valorisation, le soutien* » entre membres du groupe.

-les activités extérieures

Un travail peut aussi être fait par les professionnels de la structure (et donc l'ergothérapeute) afin que la personne puisse investir des activités qui ont lieu avec les

patients et les soignants de l'hôpital de jour, mais en dehors de la structure. « *Réinvestir des lieux, des choses culturelles qui vont aussi être facilement discutables avec les autres : groupe cinéma, groupe piscine...* » (Ergothérapeute 1). De même, l'exemple de l'atelier « cuisine » permet d'illustrer ce qui peut être fait à l'extérieur, le fait d'aller faire les courses pour l'atelier « cuisine » permet aussi d'« *être en contact avec l'extérieur, si on a besoin d'un renseignement, à qui demande-t-on ? comment fait-on ?* » (ergothérapeute 3).

Les sorties vont ainsi permettre de travailler l'intégration des codes sociaux indispensables à la vie en société. Lors des sorties culturelles, ou des sorties à l'extérieur de la structure ; le simple fait d'« *être dans la rue est une réhabilitation* » (ergothérapeute 3). Le travail de l'ergothérapeute est alors de les accompagner, les soutenir afin que les patients puissent « *faire par mimétisme* » (ergothérapeute 3) dans un premier temps puis en les encourageant peu à peu vers l'autonomie. « *Les accompagner dans le contact avec les autres* » (ergothérapeute 1) à l'extérieur. De plus, des groupes ouverts peuvent être formés afin de sortir de l'hôpital de jour pour des activités sportives ou culturelles ; « *groupes danse, piscine* » (ergothérapeute 1), le fait de se mélanger au reste de la population, au public permet de « *voir comment les autres se comportent* » et de se dire « *je ne suis pas si différent* » ; « *offrir un autre contexte* » et ainsi, ne plus voir uniquement son « *étiquette de schizophrène* », mais d'offrir la possibilité de se « *reconstruire différemment qu'être malade* » (ergothérapeute 1).

En plus des activités culturelles, l'activité « sport collectif » est citée par l'ergothérapeute 4 : « *dans ces groupes, on est forcément en interaction avec l'autre, on ne peut pas faire sans lui* ». Il est alors nécessaire de rester concentrer sur le jeu, de communiquer de manière verbale et non verbale « *par le regard* » (ergothérapeute 4). C'est une activité qui « *fait travailler largement les habiletés sociales* » (ergothérapeute 4).

De même les activités de type musique qui peuvent être proposées sont évoquées, car le groupe doit travailler ensemble pour obtenir un résultat satisfaisant, et donc il est nécessaire que les différentes personnes soient « *en interaction* » (ergothérapeute 4).

- le travail de l'autonomie

L'accompagnement des patients atteints de schizophrénie à l'extérieur de la structure est important. L'ergothérapeute va alors rechercher l'autonomie et le transfert d'acquis. Pour un professionnel interrogé, l'ergothérapeute est sur le « *versant de l'autonomie* »

(ergothérapeute 2) et il « *travaille avec la vie quotidienne du patient* » (ergothérapeute 3). Ainsi, il encourage l'autonomie des personnes « *ça vous pouvez le faire seul, on pourrait le faire avec vous, mais essayez seul* » (ergothérapeute 3).

Un professionnel propose « *un feedback* » positif (ergothérapeute 3). Ainsi, après une sortie, le patient est amené à réaliser seul des tâches particulières avec présence de l'ergothérapeute et une verbalisation est ensuite réalisée. L'ergothérapeute peut ainsi valoriser le patient et celui-ci peut revenir sur les éventuelles difficultés qu'il a rencontrées.

Le professionnel va également montrer à la personne les bénéfices qu'elle peut tirer des activités proposées afin de favoriser la mise en action, la remotivation (ergothérapeute 3) et lui permettre de s'apercevoir que le contact avec l'autre permet le partage d'émotions, de moments positifs (ergothérapeute 3). Un professionnel explique également la mise en place d'une soirée à l'hôpital de jour, mais qui se déroule à l'extérieur, sans la présence de soignants (ergothérapeute 1). Tout est organisé à l'intérieur de la structure, mais la soirée (ouverte à tous sur inscription) se déroule en dehors du contexte institutionnel. Ce type de démarche va permettre de travailler plusieurs objectifs dont « *la prise d'initiative* », et « *la recherche d'idées* » ; chaque membre du groupe proposant une idée et votant selon ses préférences. L'ergothérapeute accompagne donc ici ce processus.

- la relation de confiance

La notion de confiance, mise à mal par la pathologie (confiance en l'autre notamment) et l'importance de rétablir un lien de confiance sont aussi abordées de manière importante par les ergothérapeutes. « *C'est très important que la personne nous fasse confiance* » (ergothérapeute 3), mais également entre les patients eux-mêmes. Ce lien de confiance permettra de montrer à la personne que le monde extérieur n'est pas si « *hostile* » (ergothérapeute 4). De plus, avec le temps, cette confiance en l'autre grandit, d'abord au sein du « *milieu protégé* » (ergothérapeute 3), avec les autres patients puis s'élargit par la suite. Travailler ce lien paraît alors capital pour favoriser la réhabilitation puis la réinsertion dans la cité. A terme, l'objectif étant un « *transfert des acquis* » (ergothérapeute 3). « *Il est important qu'ensuite, les patients puissent transférer ce qu'ils ont appris, dans leur vie quotidienne* » (ergothérapeute 4), au fil des activités « *le groupe se fait confiance* » (ergothérapeute 4).

Pour tous les professionnels interrogés, la relation de confiance a une grande importance et constitue l'objectif principal lors de tout nouveau suivi. Suite à cela, les activités proposées varient en fonction du patient, de l'ergothérapeute, mais aussi de la structure dans laquelle il se trouve. Enfin le reste de l'équipe influence indirectement la pratique de l'ergothérapeute. Par exemple, lorsqu'un neuropsychologue fait parti de l'équipe, celui-ci proposera les activités cognitives mises en place dans la structure.

Le travail en collaboration avec les autres structures

La plupart des ergothérapeutes travaillent en partenariat avec d'autres structures, mais sous différentes manières.

- structures culturelles

D'abord, le travail avec des structures culturelles est largement abordé par les professionnels, ce que l'on peut relier aux activités extérieures qui sont proposées. Ainsi, la mise en place d'un « *partenariat avec une médiathèque* » dans laquelle seraient organisées des « *visites régulières* » (ergothérapeutes 2) est un projet en cours pour une structure dans laquelle travail un ergothérapeute interrogé. Cela a pour objectif de favoriser la réhabilitation sociale d'une personne atteinte de schizophrénie. L'ergothérapeute 1 évoque de manière générale le « *travail avec toutes les structures culturelles* ». L'ergothérapeute 4 aborde également le travail en partenariat avec des musées comme le Louvre, où des « *ateliers spéciaux handicap psychique existent* », il évoque également la mise en place d'un « *atelier informatique* ». A l'inverse, un ergothérapeute (ergothérapeute 2) parle d'une misère sociale importante dans la ville dans laquelle il exerce, ce qui rend difficile la mise en place de partenariat : « *les villes environnantes sont défavorisées socialement, il y a beaucoup de précarité, peu de moyens et peu de structures associatives* ». Enfin, l'ergothérapeute 4 parle de l'intervention d'une professionnelle extérieure à la structure qui conseille les patients qui souhaitent faire des activités culturelles ou sportives, à l'extérieur « *tout en restant en milieu protégé* ».

- structure médicale

Aux vues des différents entretiens réalisés, le partenariat avec une structure médicalisée semble inhérent à l'accompagnement réalisé en hôpital de jour. Ainsi, le travail avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP) est évoqué par l'ensemble des ergothérapeutes, mais il n'est pas toujours traité comme facilitateur en terme de réhabilitation de la

personne, « *on travaille aussi avec les CMP, mais ce sont des partenaires médicaux, ce ne sont pas eux qui vont donner des solutions, ils sont débordés* » (ergothérapeute 4), l'ergothérapeute 1 aborde la nécessité de travailler avec la structure qui envoie le patient « *souvent des CMP* », car ce dernier poursuit un suivi au CMP et il est « *nécessaire de faire avancer le projet dans le même sens* » (ergothérapeute 1). Les ergothérapeutes exerçant en hôpital de jour sectorisé évoquent aussi le partenariat avec toutes les autres structures du secteur : le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), structure vers laquelle une personne peut être orientée en parallèle de son suivi en hôpital de jour. Il va permettre à la personne de « *faire du lien [...] de comprendre que ce n'est pas morcelé, que les structures dans lesquelles il peut se trouver s'entrecroisent voire fonctionnent ensemble* » (ergothérapeute 4).

- lieux de vie

La mise en place d'une communication avec les lieux de vie des personnes permet d'être informé de « *la manière dont la personne se comporte dans les deux lieux* » et ainsi, d'évaluer « *ce qui se joue avec l'institution* » (ergothérapeute 1). L'ergothérapeute 3 reprend cette idée : « *on peut contacter les lieux de vie des patients* », ce qui va permettre de faire le « *lien entre ce qui se passe ici et l'extérieur* » ; ce professionnel précise que les échanges inter-structures ont lieu lorsqu'il s'est déroulé un évènement inhabituel. Celui-ci évoque également les « *synthèses* » qui peuvent se faire entre deux structures dans le cadre du suivi d'un patient, afin de « *réfléchir ensemble autour du patient* », sur son projet ; cela va permettre de trouver « *un équilibre qu'on essaie d'apporter au patient* » (ergothérapeute 3).

- structures sociales

Le travail de l'ergothérapeute et de toute l'équipe de l'hôpital de jour avec des structures sociales est abordé ici. Le travail en partenariat avec des structures sociales est mis en avant, mais ne semble pas majoritaire. Ainsi l'ergothérapeute parle de « *l'essai de la mise en place d'un travail avec des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)* » ce qui est « *difficile pour les patients* » de par la « *différence* » de fonctionnement entre le GEM et l'HdJ. L'ergothérapeute 2 évoque également les GEM comme moyen : « *on peut le conseiller pour les soirées, les week-ends* » qui sont des moments où les patients peuvent se retrouver très seuls. Ce même professionnel évoque un travail possible avec les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou avec des Services d'Accompagnement

Médico-Social pour Adultes Handicapé (SAMSAH) même si « *les derniers contacts que nous avons eu avec eux, ce sont passés difficilement* » suite à des difficultés de « *s'articuler autour d'une patiente* ». Enfin l'ergothérapeute 4 parle d'un travail et d'une orientation vers d'autres structures pour des patients chronicisés, mais « *très stabilisés* » : « *pour des patients dont on se pose la question du rôle de l'hôpital de jour, on essaie de travailler avec d'autres structures, par exemple des GEM* ».

Tous les professionnels interrogés évoquent les difficultés du travail de partenariat avec les autres structures. Ainsi, un professionnel parle de la « *difficulté de s'organiser de par le rythme différent des autres structures* » (ergothérapeute 1), il en ressort également la difficulté qui existe pour articuler deux structures aux fonctionnements différents (ergothérapeute 2). Malgré le fait qu'un échange soit intéressant, la communication semble difficile : « *la communication avec des structures sociales est difficile, on a du mal à se coordonner* » (ergothérapeute 3). Cette difficulté semble ainsi liée au fait que chaque structure a sa manière de fonctionner.

Un travail en collaboration avec d'autres structures est encouragé par les ergothérapeutes. Cependant, il en ressort que ce ne sont pas les seuls professionnels de l'équipe à travailler en lien avec d'autres structures.

C. Discussion

1. Conclusion de l'enquête

La retranscription des entretiens réalisés ainsi que l'organisation de ceux-ci par une analyse thématique m'ont permis de faire ressortir les principales idées de l'enquête réalisée.

Aux vues des recherches que j'avais pu réaliser dans la littérature, j'ai pu mettre en évidence que les personnes atteintes de schizophrénie n'avaient pas le même vécu de leur pathologie, et l'expression des symptômes est différente pour chacun. Chaque personne étant différente et ayant son histoire, ses comportements propres, différents de ceux des autres. De manière générale, celle-ci est en grande souffrance et a des difficultés à entrer en relation avec leur environnement, avec les autres. Cependant, une personne stabilisée sera plus en capacité d'émettre une demande, de recréer un échange social notamment avec ceux qui l'entourent que lorsqu'elle est en phase aiguë de sa pathologie. Cette démarche est souvent favorisée par le fonctionnement de la structure dans laquelle se trouve la

personne. En effet, une personne accueillie en hôpital de jour aura le soutien de l'équipe pluridisciplinaire et pourra, souvent avec le temps et l'instauration d'un lien de confiance, s'investir dans les activités proposées par la structure et créer des échanges avec ses pairs. L'un des objectifs de l'hôpital de jour va être de sécuriser la personne dans son quotidien, mais aussi de permettre le retour ou le maintien de la personne dans son environnement familial. Celle-ci va pouvoir, dans certains cas, investir l'extérieur de l'hôpital de jour, cette structure offrant un accueil de jour du lundi au vendredi et n'étant pas ouverte les week-ends. Par son fonctionnement, l'hôpital de jour offre ainsi à la personne la possibilité de se réadapter au monde extérieur, à la société.

Une notion relativement nouvelle est actuellement en train d'émerger : il s'agit de la réhabilitation sociale. J'ai pu réaliser qu'il n'existait pas une définition précise, mais que selon les auteurs, les concepts qui émergent d'une telle approche sont relativement larges. Pour certains, les modèles cognitivo comportementaux doivent être favorisés pour permettre cette réhabilitation. Ainsi, dans ce que j'ai pu lire, ce modèle paraît favorisé pour permettre la réhabilitation sociale d'une personne.

Il est important de souligner que la réhabilitation couvre les notions de réadaptation et de réinsertion. Ces deux notions peuvent être travaillées par l'ergothérapeute, mais aussi par toute l'équipe de l'hôpital de jour. Ainsi, la réadaptation permet de favoriser le travail sur les habiletés nécessaires à la vie en société tandis que la réinsertion va davantage permettre de s'inscrire dans la société, de transférer en société ce qui est appris au sein d'une structure de soin comme l'hôpital de jour. La réinsertion pourrait ainsi être définie comme un objectif de la réadaptation. Ainsi, les différents moyens qui sont mis en place par l'ergothérapeute me semblaient être l'utilisation d'apprentissage et de programmes spécifiques (IPT où remédiation cognitive). Pourtant, durant ma formation au métier d'ergothérapeute, il me semblait avoir été plus sensibilisée à l'approche psychanalytique et à l'utilisation du modèle dit psychodynamique.

En regard de l'enquête que j'ai réalisée, je me suis aperçue de différentes choses. Tout d'abord, il n'existe pas une terminologie spécifique en termes de réhabilitation et la pluralité des définitions existantes dans la théorie se retrouve en pratique dans le discours des professionnels. Pourtant, il est intéressant de souligner qu'ils qualifient tous la réhabilitation comme l'un des objectifs centraux de l'hôpital de jour, dans la mesure où le patient en émet la demande. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés travaille dans une

structure où les approches prédominantes sont la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle. Pourtant les moyens utilisés par chacun d'eux diffèrent sensiblement. Des professionnels empruntent des moyens à certains modèles sans en être conscients, comme les mises en situation cuisine, courses ou les sorties sont des modes d'action qui peuvent s'identifier au modèle comportemental. De même le groupe mémoire est un moyen qui se base sur le versant cognitif de la personne.

L'ergothérapeute adapte son accompagnement en fonction de la personne, de ses difficultés, de son comportement et des symptômes qui demeurent présents ; et celui-ci se fait au cas par cas. Ainsi, la personne peut d'abord être accompagnée de manière individuelle afin de favoriser la mise en place d'une relation de confiance avec l'ergothérapeute. Puis, progressivement, des activités au sein de l'hôpital de jour vont être mises en place afin d'observer la personne dans un environnement nouveau. L'observation du comportement face à un groupe, face à l'attitude d'une autre personne ou face à des expériences comme la frustration, la valorisation ou le regard des autres, est un des outils qu'utilise l'ergothérapeute. Ainsi, les activités de groupes sont favorisées et la mise en place du cadre va aussi constituer un des outils utilisés par l'ergothérapeute.

Par ailleurs, des activités à l'extérieur vont ensuite pouvoir être proposées lorsque la relation de confiance s'est établie et que les professionnels connaissent le patient et sont en mesure d'identifier ses différents comportements en fonction de la situation. Ainsi, des sorties de groupe peuvent ensuite être proposées et permettent de favoriser le sentiment de sécurité de la personne, afin qu'elle investisse peu à peu la cité, l'extérieur de la structure. Le suivi en activité, qu'il soit individuel ou groupal fait parti des champs d'action de l'ergothérapeute dans un objectif de réhabilitation. L'accompagnement est beaucoup réalisé au sein de la structure, mais aussi lors de sorties extérieures.

L'échange avec le reste de l'équipe fait partie intégrante des compétences de l'ergothérapeute, car son travail n'est pas isolé, mais se fait au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il est important que la personne puisse transférer ses acquis dans sa vie quotidienne. A terme, les activités proposées à l'hôpital de jour peuvent être réalisées par des groupes de patients hospitalisés qui organisent des sorties en dehors de tout soutien professionnel et de toute structure sanitaire.

Enfin, le travail en partenariat est réalisé avec d'autres structures qui peuvent être sanitaires, sociales ou encore culturelles, mais ce travail peut-être difficile à mettre en place, car les fonctionnements de telles structures ne sont pas similaires.

2. Évaluation de l'hypothèse

Rappel de l'hypothèse :

L'utilisation de modèles cognitivo comportementaux et le travail de collaboration avec des structures sociales sont des moyens mis en place par l'ergothérapeute afin de favoriser la réhabilitation psychosociale d'une personne atteinte de schizophrénie.

Cette hypothèse est validée.

Les ergothérapeutes interrogés utilisent des modèles cognitivo comportementaux. Les activités basées sur ce modèle sont des programmes spécifiques comme ici, l'IPT ou la remédiation cognitive, mais pas seulement. Certains professionnels utilisent les modèles cognitivo comportementaux sans les identifier de manière précise. Ces modèles sont donc des moyens utilisés.

Cependant, il n'est pas exclusif, le modèle psychodynamique constitue également un moyen que l'ergothérapeute met en place pour favoriser la réhabilitation d'une personne. Celui-ci est surtout utilisé dans un premier temps, afin d'établir une relation de confiance avec le patient, de faire en sorte qu'il investisse la structure, les soignants, les autres patients hospitalisés. De même, selon la personne, un accompagnement individuel pourra être proposé dans un premier temps. Par des entretiens, son projet de vie sera aussi identifié et permettra de définir des objectifs. Progressivement, c'est par la verbalisation que seront travaillées les habiletés sociales. En parallèle, des mises en situation sont réalisées et utilisent une approche comportementale. De même, des sorties sont proposées afin de permettre à la personne de transférer ses acquis.

Ainsi, différents modèles sont utilisés et les ergothérapeutes interrogés ne se base pas sur un modèle unique, mais emprunte plusieurs modèles afin de fonder leur pratique.

De même, le travail en partenariat avec d'autres structures du secteur sanitaire, social et médico-social qui est largement encouragé par le législateur et notamment par le plan

« Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 », permet l'introduction d'un tiers dans la relation entre le patient et l'institution en général. Ce travail en collaboration permet ainsi de comprendre ce qui se joue avec l'institution pour la personne et la manière dont elle s'y investit par rapport à une autre structure qui est plus en périphérie du soin. La possibilité d'un tel travail de collaboration est influencée par les moyens matériels et humains disponibles dans une zone géographique proche. L'histoire des relations qui ont déjà été mises en place influence aussi ce travail de partenariat. Enfin, ce travail de partenariat avec une autre structure peut être mis en place pour des patients pour lesquels l'intégration d'une autre structure n'entraîne pas d'angoisses massives ou une rechute de l'état de la personne.

Ainsi, je peux en conclure que les ergothérapeutes mettent en place une démarche qui leur est propre dans le développement de partenariats, influencé par la qualité de la communication avec une structure qui est extérieure. La demande du patient et la pertinence d'une orientation vers une structure extérieure en parallèle ou après l'hospitalisation de jour ont également un rôle dans ce travail de collaboration. Les ergothérapeutes semblent favoriser le lien à l'autre, qui inclut les habiletés sociales dans diverses activités et ne travaillent pas seulement avec l'utilisation d'un modèle unique que serait le modèle cognitivo comportemental proposant des exercices très spécifiques.

3. Limites de l'étude

Parmi les limites de mon travail, j'aimerais aborder la population interrogée. Les ergothérapeutes travaillent tous dans des structures qui s'appuient sur la psychothérapie institutionnelle. Je n'ai pas interrogé d'ergothérapeutes travaillant dans des structures spécialisées dans la réhabilitation et cela peut créer un biais à mon enquête.

De plus, lors des entretiens, certaines informations auraient peut-être mérité d'être approfondies. Je me suis en effet aperçue que la réalisation d'entretiens est un exercice qui demande une préparation importante. Je n'ai pas toujours cherché à approfondir certaines réponses de professionnels qui après relecture me semblaient imprécises.

Enfin, je suis consciente que le nombre d'entretiens que j'ai réalisés ne me permet pas de généraliser la pratique de l'ergothérapie que j'ai mise en évidence dans ce travail de

recherche. Cependant, cette enquête m'a permis d'apporter une réponse à l'hypothèse que j'avais formulée suite aux recherches que j'avais réalisées dans la littérature.

4. Pistes de réflexion :

Grâce à ce travail de recherche, je peux répondre à ma problématique, par l'enquête que j'ai réalisée.

Cependant, d'autres questionnements et réflexions ont émergé.

- spécificités de l'ergothérapeute

Dans une structure telle que l'hôpital de jour, l'ergothérapeute s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire. Ainsi plusieurs professionnels travaillent ensemble dans un même objectif : accompagner une personne atteinte de troubles psychiques afin de lui permettre une amélioration de son état général et un accompagnement dans ses projets. Cependant, de multiples activités sont proposées en co-animation. Face à un tel fonctionnement, les spécificités de chaque professionnel peuvent être difficiles à identifier.

Aux vues de cela, il me semble intéressant de mettre en évidence les spécificités de l'ergothérapeute. L'observation en activité et le choix d'activité qui ont un sens pour la personne selon son projet de vie sont centraux à cette profession. L'un des objectifs va alors être de créer un lien avec les autres professionnels de la structure, mais aussi avec des professionnels extérieurs qui interviennent auprès de la personne.

L'ergothérapeute, avec un regard holistique de la personne va donc être amené à la considérer dans son environnement extérieur également. De plus, je m'interroge quant à la place qu'occupe l'ergothérapeute pour favoriser la réhabilitation des personnes par rapport au reste de l'équipe. La vie quotidienne de la personne et son autonomie ont une place importante dans la pratique ergothérapeutique, et la capacité à communiquer avec l'autre est indispensable à l'autonomie d'une personne au quotidien. En ce sens, il me semble que l'ergothérapeute a un rôle important dans le travail sur les habiletés sociales de la personne et est un professionnel privilégié dans cet apprentissage. Cependant, l'ensemble de l'équipe intervient dans ce même objectif. Il apparaît que selon les structures, la réhabilitation n'est pas un objectif défini initialement. La démarche de réhabiliter socialement une personne peut devenir un objectif en fonction de l'évolution de

l'accompagnement de la personne. Ainsi, elle pourra d'abord investir la structure, puis l'extérieur et enfin transférer ses acquis dans sa vie quotidienne.

- l'avenir de la réhabilitation

La réhabilitation ayant une place centrale dans ce travail d'initiation à la recherche, je me questionne quant à son avenir. Si cette approche a pris une place importante au sein des services de psychiatrie, je m'interroge sur la place qu'elle occupera demain en hôpital de jour particulièrement, mais aussi au sein de la pratique des ergothérapeutes. Certains professionnels expriment encore des réticences quant à l'utilisation d'évaluation en psychiatrie.

Actuellement, certains services utilisent exclusivement ce type d'approche. La réhabilitation psychosociale semble prendre une place grandissante au sein de la psychiatrie. Je m'interroge quant à l'utilisation de programmes spécifiques comme l'Entraînement aux Habiletés Sociales (EHS), la remédiation cognitive, l'IPT ou autre dans la pratique des professionnels exerçant en Hôpital de Jour psychiatrique, mais aussi plus largement, en psychiatrie. Le modèle cognitivo comportemental est-il amené à se développer en France comme dans les pays anglo-saxons dans lesquels il semble prédominant ? Il est nécessaire de préciser que des formations supplémentaires sont nécessaires pour l'utilisation de tels programmes.

-L'ergothérapeute et la réhabilitation

La pratique de l'ergothérapeute et les moyens que celui-ci met en place constituent son identité professionnelle. Plusieurs modèles peuvent être utilisés de manière consécutive ou simultanée selon les patients accompagnés. Les modèles psycho dynamique ou cognitivo comportementaux apportent une richesse dans les outils dont dispose l'ergothérapeute. La manière dont l'ergothérapeute s'inclut dans cette démarche de réhabilitation est largement influencée par le service dans lequel il travaille. Je m'interroge alors quant à l'évolution de la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie. Le modèle cognitivo comportemental et l'utilisation de tests normés à l'instar des outils dont disposent les ergothérapeutes exerçant en rééducation fonctionnelle vont-ils se développer et remplacer les activités basées sur une approche psychodynamique de la personne ? Il me semble que tout au long du suivi du patient, l'ergothérapeute peut utiliser ces deux modèles, selon la personne, selon les objectifs mis en place. Ces deux modèles ne me paraissent pas antinomiques.

Enfin, il est important de souligner que la pratique de l'ergothérapie et les approches favorisées en psychiatrie sont grandement influencées par la politique de santé de la société. La place que la santé occupe dans un pays, les moyens de remboursement des actes de santé, l'histoire de la psychiatrie, l'organisation du système de soins et d'un corps de métier en particulier (ordre d'ergothérapeutes par exemple), et le positionnement du législateur ont une influence sur le système de soins dans lequel sont inclus la psychiatrie et l'ergothérapeute. Il me semble important de considérer cette évolution comme faisant partie d'un ensemble.

Conclusion :

Ce mémoire est parti de plusieurs questionnements que j'ai eus suite à des situations de stage. D'abord le regard de la société sur les personnes atteintes de troubles psychiques, puis, dans un second temps, le quotidien et les difficultés auxquelles ces personnes font face. Au fil des recherches, c'est vers la réhabilitation psychosociale que j'ai fait le choix d'orienter mon travail. Celle-ci prend en considération ces deux aspects. Elle vise à redonner les compétences à la personne et à changer le regard de la société sur le handicap psychique. Cependant, la terminologie employée dans la littérature est peu utilisée par les professionnelles interrogées, mais les notions sous-jacentes au terme « réhabilitation » sont qualifiées d'objectifs centraux à la structure qu'est l'hôpital de jour.

La psychiatrie a évolué ces dernières années. La réhabilitation parvient peu à peu à se faire une place dans la pratique en psychiatrie, mais certains dénoncent le caractère normalisant d'une telle approche. Ainsi, je pense vraiment capital de comprendre le patient, son fonctionnement, ses demandes lorsqu'il y en a ; mais aussi de lui montrer ce qu'il est possible de faire pour lui. En fonction de l'état de la personne, les moyens mis en place diffèrent. En tant qu'ergothérapeute il est de notre rôle de remettre la personne en activité, voire de lui montrer les bénéfices qu'elle peut tirer d'une activité et de la relation qu'elle établie avec les autres.

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances sur la schizophrénie et sur la réhabilitation psychosociale, mais aussi sur la pratique de l'ergothérapie. Par les rencontres avec des professionnels exerçant en hôpital de jour et par l'analyse de différentes pratiques, j'ai pu commencer à forger mon identité professionnelle. J'ai également saisi l'importance de considérer la pratique de l'ergothérapeute comme une pratique qui n'est pas isolée. Celui-ci intervient dans un cadre particulier, influencé par la structure, son modèle de pensée, par l'équipe pluridisciplinaire. Mais les outils thérapeutiques que l'ergothérapeute a à sa disposition sont très variés et cela crée une richesse pour cette profession.

De plus, il est important de penser le système de soins comme un tout, partenaire du système social ou médico-social. Le travail avec d'autres professionnels doit être recherché, mais également avec toutes les personnes qui interviennent auprès de la

personne, quel que soit leur rôle ; la famille et les proches de la personne ont un rôle majeur et doivent constituer de véritables partenaires pour les professionnels de santé. En effet, ils ont un rôle crucial, car ils peuvent soutenir la personne, mais également faire tiers et rapporter des événements ayant lieu en dehors de l'institution et que le patient n'aborde pas toujours avec les professionnels.

Aujourd'hui l'hospitalisation complète constitue une des étapes du parcours du soin de la personne, mais n'est pas la seule possibilité existante. Par le développement de structures sociales et la volonté de coordination de tous types de structures : sanitaire, sociale et médico-sociale, la personne se réinsère dans la société. Cependant, certains dénoncent le caractère très normalisant d'une telle approche : pourquoi cette volonté de réinsérer ces personnes dans la société ? De plus je m'interroge, réinsérer dans des structures spécialement adaptées à des personnes atteintes de schizophrénie, n'est-ce pas renforcer la stigmatisation et le rejet de la société ?

Ainsi, je pense vraiment capital de comprendre le patient, son fonctionnement, ses demandes lorsqu'il y en a ; mais aussi de lui montrer ce qu'il est possible de faire avec l'environnement qui l'entoure. En tant qu'ergothérapeute il est de notre rôle de remettre la personne en activité, voire de lui montrer les bénéfices qu'elle peut tirer d'une activité et de la relation qu'elle établie avec les autres.

Pour conclure, il apparaît que la réhabilitation psychosociale a encore à évoluer pour se démocratiser et constituer un outil pour tous professionnels.

Bibliographie

- Ouvrages :

Azaïs, F., (2004). Les Troubles psychotiques, dans B. Samuel-Lajeunesse., (dir), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. 217-228. Paris : Dunod.

Bernoussi, A., & Haouzir, S., (2007). Clinique des schizophrénies, dans *Les schizophrénies* 30-35. Paris : Armand Colin.

Bonnet, C., & Al, (2012). Quelle vie au quotidien ?, dans *Vivre et dire sa psychose*. 154-160. Toulouse : Erès.

Chabert, C., (2010). Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie, dans *Traité de psychopathologie de l'adulte, les psychoses*. 177-234. Paris : Dunod.

Chabert, C., (2010). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie, dans *Traité de psychopathologie de l'adulte, les psychoses*. 237-306. Paris : Dunod.

Da Silva, K., (2007). L'ergothérapie, au cœur de la réadaptation, dans H. Hernandez., (dir), *Ergothérapie en psychiatrie- De la souffrance psychique à la réadaptation*. 205-221. Marseille : Solal.

Hanus, M., (1996). Schizophrénie – généralités, formes de début, dans *Psychiatrie de l'étudiant*. 67-80. Paris : Maloine.

Hanus, M., (1996). Schizophrénie - période d'état, traitements, dans *Psychiatrie de l'étudiant*. 81-98. Paris : Maloine.

Hamonet, C., (2012). Définir le handicap et donc identifier les personnes en situation de handicap dans *Les personnes en situation de handicap*. 56-68. Paris : PUF.

Klein, F., (2007). Ergothérapeute, pour quoi faire ?, dans H. Hernandez., (dir), *Ergothérapie en psychiatrie- De la souffrance psychique à la réadaptation*, 23-38. Marseille : Solal.

Kohl, F-S., (2006). Représentations sociales de la schizophrénie dans *Les représentations sociales de la schizophrénie*. 61-78. Paris : Masson.

Lascaux, F., (2014). La peur du fou, dans F, Klein., (dir), *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. 67 -91. Toulouse : Erès.

Michelson., &Al., (1986) dans Douaire, J., (2008). Étude descriptive des habiletés sociales déployées lors de sessions de clavardage chez des jeunes. Thèse de doctorat présentée

comme exigence partielle du doctorat en psychologie.10-12. Université du Québec, Montréal.

Meyer, S., (2013). Les dispositions personnelles au « faire » : les fonctions et les habiletés dans *De l'activité à la participation*. 134-137. Bruxelles : Editions De Boeck Solal.

Morel-Bracq, M-C., (2013). Le Modèle cognitivo comportemental, dans *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, 141-146. Paris : Solal.

Morel-Bracq, M-C., (2013). Le Processus de Production du Handicap, dans *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, 39-41. Paris : Solal.

Person, Y., (2007). Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action dans H. Hernandez., (*dir*), *Ergothérapie en psychiatrie - De la souffrance psychique à la réadaptation*. 169-176. Marseille : Solal.

Sassolas, M., (2009). Soigner sans désinsérer, dans *La psychose à rebrousse poil*. 360-367. Toulouse : Eres.

- Articles de périodiques :

Barrès, M., (2009). Les Groupe d'Entraide Mutuelle. *Revue française des Affaires sociales*. n°1,2, 205-208.

Caron, J., et Guay, S., (2005). Le soutien social peut-il reprendre sa juste place dans la problématique de la santé mentale ? *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 2, 15-41.

Dollfus, S., et Marzloff, V., (2013). Schizophrénie et relation à l'autre. *Santé Mentale*, 183, 28-33.

Faucon-Martin, H., (2013). Les réseaux de santé en psychiatrie. *Soins psychiatrie*, 287, 10-13.

Ginger, S., (2004). Psychiatrie et psychothérapie. *Journal Français de psychiatrie*, 21, 10 - 12.

Jouffret, A., (2011). Stigmatisation et destigmatisation à l'épreuve de la ségrégation. *Soins psychiatrie*, 275, 19-22.

- Texte de lois, décret, circulaires

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (2005). Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques. [en ligne]. <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-10/a0100027.htm> > (2014).

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (2005). **Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.** [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=014D777C6F4A4B0044512B2FC0190C99.tpdjo13v_1?idArticle=JORFARTI000001481559&cidTexte=JORFTEXT000000263421&dateTexte=29990101&categorieLien=id > 2014

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (2005). Définition de l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit en psychiatrie In **Circulaire DHOS/F3/02 n° 2005-553 du 15 décembre 2005.** [En ligne] <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010072.htm>> (2014)

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (2005). **Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>> (2014)

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (2011). Arrêté du 13 juillet 2011 pris pour l'application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code. [en ligne]. <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024400757&dateTexte=&categorieLien=id> > (2014).

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (2012). Présentation du plan santé mentale 2011-2015 [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf > (2014).

- Sites internet :

Agence Régionale de Santé (2012). Schéma d'organisation médico-sociale. 29-56. [en ligne] <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/schemas/medico-social/schema_medico_social_2012-version-travail.pdf> (2014)

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2012). Le site officiel de l'ergothérapie et des ergothérapeutes. [en ligne]. < <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>> (2014).

Fondation Fondamental (2014). Perceptions et représentations des maladies mentales [en ligne]. <http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/rapport_ipsos_complet.pdf > (2014).

Fondation Fondamental (2010). Qu'est ce que la schizophrénie [en ligne]. < http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/article_llorca_schizophrenie.pdf> (2014).

Haute Autorité de Santé (2013). Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale [en ligne]. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf > (2015)

Institut de Formation en Ergothérapie (2013). Portfolio de l'étudiant [en ligne]. < <http://www.ergo-nancy.com/pages/image/files/kjbhkbj/Portfolio%20%C3%A9tudiants%20ILFE.pdf>> (2015)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2014). Schizophrénie [En ligne]. <<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>> (2014).

Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (2014). Schémas de l'approche IPT. [En ligne]. < <http://www.iusmm.ca/centre-quebecois-de-reference-a-lapproche-ipt/centre-quebecois-de-reference-a-lapproche-ipt/ipt-/schemas-de-lapproche-ipt.html>> (2015).

Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux, (2011). Spécificités du handicap psychique [En ligne]. <<http://www.unafam.org/specificite-du-handicap-psychique.html>> (2014)

Annexes :

- Annexe 1 : Modèle bio-psycho-social : Le processus de Production du Handicap (PPH) de Patrick Fougeyrollas
- Annexe 2 : Integrated Psychological Treatment de Brenner
- Annexe 3 : Guide d'entretien
- Annexe 4 : Entretien réalisé auprès d'un ergothérapeute

Annexe 1 :

Modèles bio-psycho-social : Le processus de Production du Handicap de Patrick Fougeyrollas

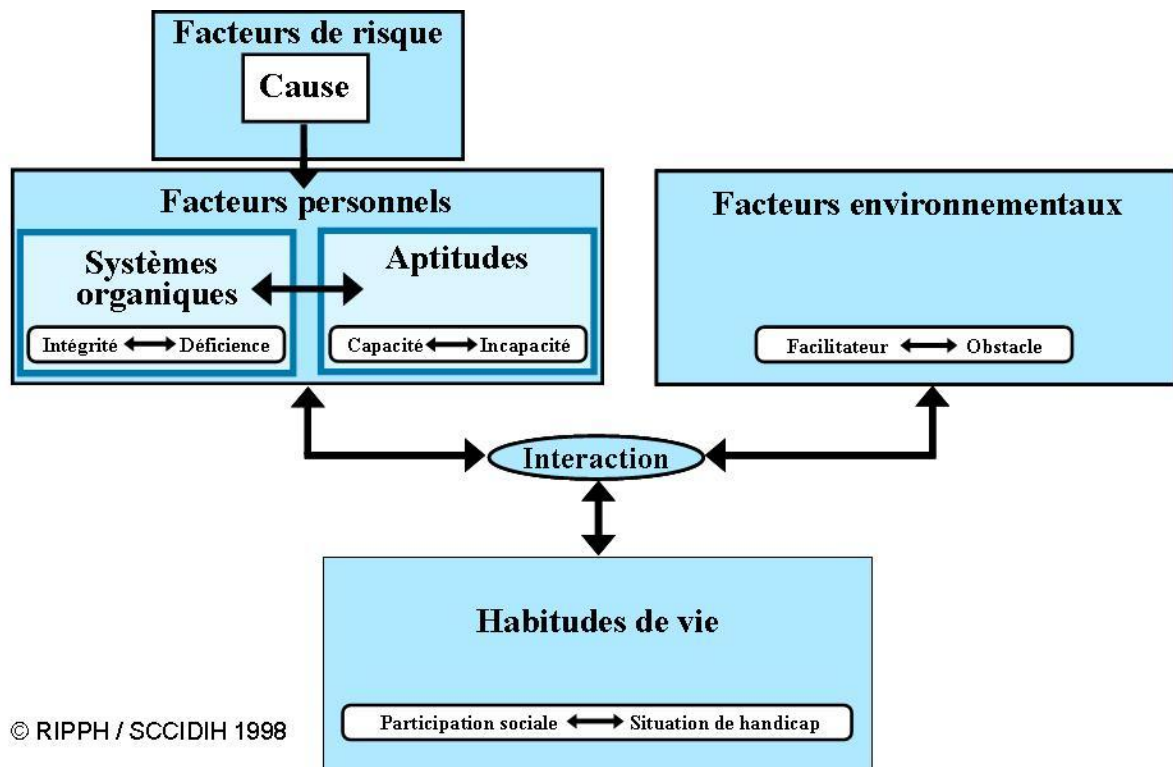


Figure 1 : Le processus de production du handicap

Facteurs de risque : Ce sont des éléments de l'individu ou qui proviennent de l'environnement et qui sont susceptibles de provoquer une maladie, un traumatisme ou une atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Facteurs personnels : Ils sont de deux types : les systèmes organiques qui sont des « *composantes corporelles visant une vision commune* » (Morel-Bracq, M.-C., 2009, 40) et les aptitudes qui constituent les possibilités d'accomplir une activité mentale ou physique pour la personne.

Facteurs environnementaux : Ils déterminent l'organisation et le contexte d'une société. Ils comprennent les facteurs sociaux et les facteurs physiques.

Habitudes de vie : C'est une activité courante réalisée par la personne. « *Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence* » (Morel-Bracq, M.-C., 2009, 40).

Source : Morel-Bracq, M.-C., (2013). Le Processus de Production du Handicap, dans Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, 39-41.Paris : Solal.

Annexe 2 :

Integrated Psychological Treatment de Brenner

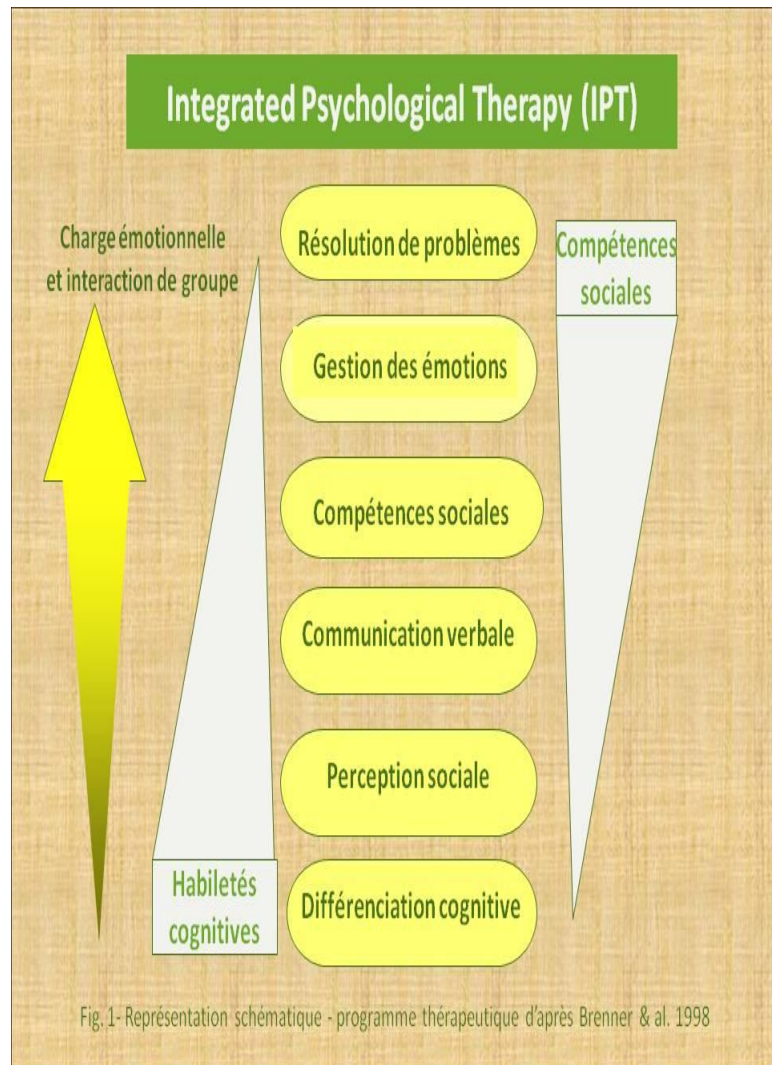


Figure 2 : l'IPT de Brenner

Source : Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal.

Annexe 3 :

Guide d'entretien

Présentation :

Bonjour, je m'appelle Domitille Faucher, je suis en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Paris.

Je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études sur l'accompagnement d'une personne atteinte de schizophrénie par l'ergothérapeute dans un objectif de réhabilitation sociale.

Cet entretien me permettra d'approfondir mon travail de recherche en confrontant ces données à une partie plus théorique.

L'intégralité des réponses données lors de cet entretien restera anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Informations générales :

1. Pourriez-vous décrire votre parcours professionnel en psychiatrie :

- Formation
- Nombre d'années d'exercices en hôpital de jour (HdJ)
- En HdJ (Hôpital de Jour) ? Dans cet HdJ ?

Question qui permet de connaître davantage l'ergothérapeute, son expérience et ainsi me permettra d'analyser le panel d'ergothérapeutes interrogés et la diversité de réponse que je pourrais mettre en corrélation avec l'expérience de la personne en psychiatrie, son année d'obtention du diplôme, etc.

2. Pourriez-vous décrire la structure dans laquelle vous travaillez et ses différents objectifs :

- Sectorisation de l'Hôpital de Jour
- Professionnels dans l'équipe pluridisciplinaire ?
- Modèle prédominant au sein de la structure
- Durée moyenne d'accueil des patients

Lors de l'analyse, cette question me permettra de comprendre les différences de réponses en fonction de la structure, des objectifs principaux. Car le fonctionnement de la structure dans laquelle exerce l'ergothérapeute influence la pratique de ce dernier ce qu'il est nécessaire de prendre en compte.

Faire définir par l'ergothérapeute, les termes qui seront abordés :

Comment définiriez-vous les notions de

- Réhabilitation / réinsertion ? Habiletés sociales ?
- L'approche de réhabilitation psychosociale ?

Cette question permet de comprendre comment l'ergothérapeute aborde différents termes que j'utilise grâce aux recherches que j'ai faites dans la littérature. La définition de ces termes par l'ergothérapeute et le sens de ceux-là pour l'ergothérapeute peuvent être différents de la manière dont je les perçois. Afin d'aborder les mêmes notions lors de l'entretien il est donc important de les faire définir.

Réhabilitation et ergothérapie :

Selon vous, quelles sont les difficultés principales freinant la mise en place du lien social d'une personne atteinte de schizophrénie stabilisée ?

Je cherche à savoir ce que l'ergothérapeute va travailler en priorité avec le patient atteint de schizophrénie. L'orientation de son accompagnement peut être différente selon le modèle prédominant utilisé.

En tant qu'ergothérapeute, quelle est votre démarche pour favoriser la réhabilitation sociale d'une personne schizophrène ?

J'emploie le terme « démarche » qui est relativement large afin de ne pas créer de biais et de ne pas orienter la réponse de mon interlocuteur. Relativement ouverte, cette question permet à l'ergothérapeute d'aborder la manière dont elle accompagne une personne afin de lui permettre de travailler les habiletés sociales.

Dans un objectif de réhabilitation pour la personne, travaillez-vous avec d'autres structures ?

→ *Question de relance* Si oui, quelles structures ? En parallèle ? Après le suivi en HdJ ? Si oui, avez-vous remarqué une corrélation entre l'admission (temps plein ou partiel ; en complément de l'accompagnement au sein de l'HdJ) dans un autre structure de type plus lien social et la diminution du risque de rechutes ?

Cette question de relance me permet de faire un lien avec mon hypothèse qui met en avant l'existence de lien fait par l'ergothérapeute de l'HDJ avec d'autres structures avec lesquelles ils pourraient travailler pour favoriser le lien social. De plus, j'aborde ici la question de prévention des rechutes qui est la deuxième partie de mon hypothèse.

→ *Question de relance* sinon, exclusivement intervention dans l'HDJ ?

Annexe 4 :

Entretien réalisé auprès d'un ergothérapeute

Bonjour je m'appelle Domitille FAUCHER, je suis en troisième année à l'institut de formation de l'ADERE. Je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études sur l'accompagnement d'une personne atteinte de schizophrénie, par l'ergothérapeute dans un objectif de réhabilitation sociale. Cet entretien me permettra d'approfondir mon travail de recherche en confrontant ces données aux restes des entretiens. L'intégralité des réponses données lors de ces entretiens reste anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Dans un premier temps est-ce que je peux vous demander de présenter votre parcours professionnel ?

E3 : Alors j'ai été diplômé en juin 2012, ça fera 3 ans. J'ai d'abord fait un remplacement de quinze jours en rééducation puis je suis venue travailler à l'hôpital de jour adulte et sectorisé dans lequel j'exerce actuellement.

DF : Pouvez-vous me décrire cette structure ?

E3 : C'est un lieu d'accueil de jour, il n'y a pas de lits d'hospitalisation. Le centre est ouvert de 9h à 17h et les patients peuvent venir à partir de 9h jusqu'à 16h45. L'équipe est constituée de deux psychiatres qui sont présents en alternance sur la semaine, il y a aussi une interne qui est là tous les jours de la semaine le matin et l'après-midi. Il y a une médecin psychiatre, psychanalyste qui vient de manière plus ponctuelle, mais qui est présente toutes les semaines. Il y a un pôle infirmier avec 4 infirmiers et un pôle activité avec trois ergothérapeutes et un psychologue. On a aussi un cadre de service. On est supervisé par un cadre supérieur. On accueille les patients la journée et ils viennent pour pouvoir faire des activités, la journée est coupée en 2 avec un repas qu'on leur propose le midi et il peut y avoir aussi des entretiens avec le médecin pour un suivi global. Et il y a prise des médicaments ici pour certains patients.

DF : Quel est le type de population accueillie ?

E3 : Principalement des psychoses avec beaucoup de schizophrénie, il y a des patients atteints de bipolarité. Après c'est assez variable dans la psychose, c'est plus des névroses associées à des psychoses que des névroses pures, on n'a pas de patients uniquement dépressifs ici... On a des personnes atteintes de syndromes de Korsakoff.

DF : Quel est le temps moyen d'accompagnement ?

E3 : C'est une bonne question... Je ne sais pas du tout, je dirais en moyenne 3 ans... Après, il y a des patients qui sont là depuis trente ans et d'autres qui restent uniquement quelques mois, mais je dirais en moyenne trois ans. On accueille aussi des adultes donc à partir de 18 ans.

DF : Y a-t-il un modèle prédominant dans la structure ?

E3 : Oui, alors c'est psychanalytique, après c'est aussi institutionnel.

DF : Dans la mesure où je m'intéresse à la réhabilitation sociale, pourriez-vous me définir les termes suivant : habiletés sociales, lien social et réhabilitation psychosociale ?

E3 : Alors habiletés sociales pour moi c'est la capacité d'être en contact avec le monde extérieur donc c'est la capacité de communiquer avec autrui, de se faire comprendre, de comprendre les autres, de comprendre aussi les autres, les réactions, les paroles, les attitudes... de vivre en communauté, mais aussi de gérer ses émotions à l'extérieur ensuite le lien social... Je pense que la nuance c'est que le lien social c'est plus... les habiletés sociales c'est comprendre un peu le monde extérieur et comment on trouve sa place, le lien social c'est plus avoir un contact direct avec quelqu'un, avoir rien qu'une assistante sociale, savoir où aller chercher, qui trouver, quoi demander... le lien social c'est dire bonjour à ses voisins, pouvoir venir aussi, nous dire bonjour, merci au revoir... Certaines choses comme ça qui font que les personnes ont un lien social... Ça, c'est le minimum, quand on y arrive on est content, mais ça peut aussi être avec des amis, de la famille, des associations, des institutions...

DF : Donc si je comprends bien vous définissez les habiletés comme étant dans la communauté plus largement ?

E3 : Oui et puis la capacité d'entrer en contact alors que les liens, c'est plus précis de certaines personnes, de certains lieux... Pour moi... Enfin je ne sais pas trop.

DF : Et en ce qui concerne la psychosociale ?

E3 : C'est donner aux personnes les outils pour pouvoir s'intégrer dans une société qui fonctionne d'une certaine manière donc c'est s'adapter avec eux, ce qu'ils ont comme matériel propre. Mais aussi leurs histoires, leur façon de voir leur maladie, de voir leur vie, le monde extérieur et de pouvoir s'y adapter pour pouvoir y vivre au mieux.

DF : Dans mon mémoire, je m'intéresse surtout à ce que vous avez défini comme habiletés sociales avec cette notion d'aller dans la communauté, de se réintégrer dans la cité. **Selon vous, quelles sont les difficultés principales qui se posent pour ça ?**

E3 : Alors le premier travail c'est de comprendre le monde dans lequel il vit, qu'il peut identifier ça comme d'une certaine manière de voir les choses et de voir le monde extérieur, comment il fonctionne ; je pense que c'est déjà la première étape, le fait de voir cette différence-là, de voir qu'on peut ne pas toujours le comprendre ou que les gens peuvent avoir des réactions un peu brutales, voire de l'incompréhension. Après ça peut être aussi l'incompréhension qu'ils peuvent avoir vis-à-vis du monde extérieur parce qu'ils ont une vision des choses qui peut être erronée par rapport à ce qui se passe à l'extérieur, il peut y avoir aussi des choses qui pourraient être comprises d'une certaine façon qu'eux comprennent autrement et du coup ça va fausser l'échange... Ainsi, quelque chose qui aurait pu être anodin peut devenir un moment de violence, d'angoisse. La difficulté aussi c'est de repérer ces moments-là pour les identifier, les contrôler. Après la difficulté qu'ils peuvent rencontrer aussi c'est quand ils sont face à des gens qui eux ne comprennent pas et qui ne cherchent pas à comprendre et qui se braquent ou qui les envoient balader. Du coup ces personnes là se retrouvent démunies et ne savent pas comment communiquer avec les

autres. Donc c'est le moyen de compréhension du monde extérieur et de communication. Ce sont les deux grosses difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

DF : Comment cela se manifeste-t-il ?

E3 : D'abord ne pas avoir conscience de ce qui les entoure. Par exemple des patients qui traversent la route sans regarder si le feu est vert pour eux ni s'il y a des voitures ou pas. Ça peut créer une distance une bizarrerie. Après, ça peut aussi être d'arriver de but en blanc dans un endroit, une administration et passer devant tout le monde sans se rendre compte qu'il y a une file d'attente. La personne n'a pas forcément conscience du monde qui l'entoure, des codes sociaux, des règles, elle peut alors se faire réprimander. La personne se retrouve alors très démunie, car ça lui a demandé beaucoup d'efforts d'aller jusqu'à la bas, de rassembler ses papiers..., ça peut la braquer aussi...

DF: Donc ce serait surtout la compréhension du monde extérieur aussi ?

E3 : Oui après ça vient de la pathologie aussi, c'est leur pathologie qui fait qu'ils ne comprennent pas le monde extérieur et après il y a toute cette problématique. C'est pour ça que je disais que le fait qu'ils aient déjà réussi à faire des efforts, à rassembler leurs papiers (par exemple dans ce que je disais tout à l'heure), c'est déjà énorme pour eux. C'est tout l'apragmatisme que les patients psychotiques peuvent avoir et du coup, ils sont capables de rester des heures chez eux ; enfermés. Il peut y avoir des phobies qui se rajoutent ou des choses qui se rajoutent en plus... qui font qu'ils restent scotchés devant rien sans rien pouvoir faire et ils vont encore moins aller au contact des autres. Déjà qu'ils ne savent pas comment faire, si en plus ils n'arrivent pas à avoir l'élan vital de le faire, effectivement ils restent dans leur bulle...

DF : Et vous, en tant qu'ergothérapeute, quelle est votre démarche pour favoriser la réhabilitation sociale d'une personne atteinte de schizophrénie ?

E3 : Déjà je pense que c'est au cas par cas parce que ça dépend de chaque personne, de leur motivation et de leur difficulté et après ma démarche se ferait partout, tout le temps. C'est-à-dire que dans n'importe quelle activité, on peut le travailler. Après on peut avoir des activités types pour travailler uniquement cela, et que ce soit clair pour eux : ils viennent en activité pour travailler les habilitations sociales ; comme à l'IPT. L'IPT c'est de la remédiation cognitive en suivant un programme défini sur deux ans avec des séances d'une ou deux fois par semaine avec des cycles précis ou on travaille... Ça peut être sur des mots et on va chercher des synonymes de chaque mot pour comprendre qu'il n'y a pas qu'un mot pour chaque chose, mais que plusieurs mots peuvent vouloir dire la même chose puisque la langue française est très riche. Ça peut être aussi comprendre pourquoi telle personne rit, sourit, pleure, dans telle situation. C'est en fait comprendre les attitudes de chaque personne à travers des exercices. Ça peut être des photos, des cartes, des choses d'écriture, des images, des vidéos. C'est très varié. Donc ça travaille justement la réhabilitation sociale. En tant qu'ergothérapeute on peut d'ailleurs être formé à ça, mais ici, ce n'est pas moi qui fait cet atelier.

Pour revenir aux habiletés sociales, moi j'ai tendance à les faire travailler dans n'importe quelle activité, principalement dans celles à visée psycho-éducatives car elles se font très souvent en groupe et que travailler les habilitations sociales dans un groupe, je pense que ça aide parce qu'il y a toujours le regard des autres. Alors, c'est sur qu'ici le regard des autres est dans le même cercle avec d'autres personnes qui ont la même pathologie, mais ça

n'empêche que ce n'est pas eux, c'est un autre... Donc déjà ils peuvent se confronter au regard de l'autre dans un lieu sécurisé avec des personnes qui leur ressemblent. Donc je trouve que dès qu'on est dans un groupe, ça on peut le travailler. Après, ça passe par pleins de choses, par le respect du cadre de l'atelier et du coup c'est important de comprendre qu'il y a des limites à certaines choses et que, quand on est en société il y a des limites. Là on recrée une mini société dans nos activités, il y a des choses à respecter, il y a des temps pour tout, il y a des ordres de passage... Et puis on va travailler aussi par rapport à l'apragmatisme, de remettre en action la personne, essayer de la remotiver, de lui montrer aussi ce qu'elle pourrait gagner si elle travaillait là-dessus, de lui montrer les bénéfices qu'elle pourrait en tirer, donc la motiver, garder cela à l'esprit pour l'alimenter. Ça se fait aussi dans n'importe quelle activité, cette remobilisation interne et après physique donc voilà. On travaille aussi avec des activités comme la cuisine ou on va réaliser un repas tous ensemble, donc pour réaliser le menu il faut d'abord se mettre d'accord sur un menu qu'on peut faire tous ensemble et puis sortir à l'extérieur pour faire des courses, ou l'on va être en contact avec l'extérieur donc si on a besoin d'un renseignement, à qui demande-t-on ? Comment on fait ? On ne crie pas comme ça notre demande. On va voir la personne concernée, on s'adresse bien à elle, on lui demande gentiment, on pose aussi la question de manière précise pour que la personne comprenne. Tout ça se travaille avant, ça peut être discuté. Dans un premier temps, les patients font beaucoup par mimétisme, c'est comme ça d'ailleurs qu'ils arrivent à peu près à vivre en société, ils font beaucoup par mimétisme. Dès qu'on sort aussi, que ce soit des sorties culturelles ou seulement des sorties : être dans la rue, rien que ça, c'est une réhabilitation : travailler le contact avec les autres et les accompagner dans cette démarche, ne pas les jeter en leur disant « débrouillez-vous ! » et de permettre une autonomie et de leur dire : « ça vous pouvez le faire tout seul, on pourrait le faire avec vous, mais essayez de le faire tout seul et après on en reparle ». Je pense que le fait de proposer un feedback, de leur laisser une certaine marge d'autonomie pour qu'ils puissent le faire seul, en sachant que nous on est là en soutien et qu'ils peuvent nous en reparler, je pense que ça peut aider parce que ça fait une ligne conductrice.

DF: Tout à l'heure vous avez dit que le fait de travailler en groupe permettait d'apprendre des habiletés sociales, vous parliez du regard de l'autre, du cadre... Est-ce que vous pourriez donner d'autres exemples ?

E3 : Oui, en fait ça se travaille par la communication, par le langage. Ça peut être des moments de discussion au travers de ce qui s'est joué ou ce qui s'est passé pendant l'atelier, du coup les patients vont se confronter au regard de l'autre ; et puis pouvoir aussi argumenter ou expliquer ou dire leur vision, comprendre aussi que les autres ont une vision qui peut être différente de ce qu'ils ont pu faire et leur apporter un autre regard plus neuf et apporter de l'autocritique qu'ils n'ont pas forcément... Ça, j'ai pu beaucoup le voir en remédiation cognitive que j'anime avec une psychologue, on se rend compte que les patients ont une idée tout de suite assez précise de ce qui pense et ils ont beaucoup de mal à entendre que quelqu'un d'autre peut le voir autrement et que ça peut être une autre solution potentielle, voire plus potentielle que la leur, et du coup ça les amène à réajuster leur vision des choses et leur comportement ensuite. Donc on peut le travailler en groupe grâce à la vision des autres. Parce que nous on peut apporter une autre vision, on peut leur proposer autre chose, mais on reste les soignants alors que ce qui est intéressant c'est quand ce sont les patients eux-mêmes qui apportent une autre vision, ils ont l'impression de parler un peu le même langage aussi quelque part, ils se font aussi confiance et ça permet d'enrichir le monde extérieur.

DF : Là vous avez parlé d'une activité que vous faisiez avec une psychologue, est ce que vous pensez qu'en tant qu'ergothérapeute vous avez une place privilégiée pour faire travailler les habiletés sociales ou est-ce que vous pensez que c'est toute l'équipe ?

E3 : Je pense qu'on a une place claire dans le sens où les ergothérapeutes travaillent principalement avec la vie quotidienne du patient, c'est notre principal objectif et que les habiletés sociales font partie intégrante de la vie du patient même si parfois elles font défaut, n'empêche qu'une vie quotidienne lambda en fait partie donc on le travaille avec eux. Je pense que ça ne peut pas se travailler qu'avec nous. Je pense qu'on peut être un point central pour ça, parce qu'on est formé à ça et sensibilisé à ça. Pour nous ça va être une des priorités, qui ne le sera pas pour d'autres soignants par exemple des infirmiers. Mais je pense que c'est quelque chose que chaque soignant de l'équipe doit travailler avec le patient, mais ça peut être de manière très claire en atelier comme de manière très informelle. Par exemple ce matin une infirmière a vu une patiente arriver et sortir d'une voiture avec une personne qui lui tenait la portière et la patiente s'est dirigée vers la porte d'entrée de l'HdJ sans dire merci ou au revoir à la personne qui venait de lui ouvrir la porte donc cette soignante lui a fait remarquer. La patiente s'en est alors rendu compte. Elle ne s'était pas aperçue, elle ne voyait pas en quoi cela pouvait être un problème, ça ne lui ai pas venu à l'esprit. En sortant de la voiture, son objectif était « je vais à l'HdJ » et dans ce cas là, tout ce qui est autour n'existe pas, c'est d'un point A à un point B. Le fait de lui avoir fait remarquer lui a permis de se rendre compte de ce qui se passait et de dire merci et au revoir. Ces moments-là sont importants. Et cela peut se faire tout le temps, c'est ça la vie quotidienne et le quotidien des patients. Ensuite, l'objectif est qu'ils puissent transférer leurs acquis à l'extérieur, ce qui n'est pas toujours évident.

DF : Pour vous est-ce que l'HdJ a pour but la réhabilitation sociale d'une personne ?

E3 : Je pense que ça devrait être un des points principaux à travailler, parce que pour moi un HdJ est un lieu où les patients viennent plus ou moins stabilisés dans un objectif de pouvoir habiter chez eux, dans un foyer, où dans une structure, mais dans la cité en tout cas, c'est-à-dire qu'ils ne sont plus à l'hôpital 24h/24 hospitalisé avec uniquement des soignants ou des patients. Ainsi, il faut qu'ils puissent être en contact avec la cité, même de manière minimale. On ne s'attend pas à ce qu'ils aient beaucoup de loisirs ou pleins d'amis. Ils n'en sont pas là, mais le fait de pouvoir vivre dans la cité avec les personnes qui y habitent, de manière sereine pour eux, qu'ils ne soient pas angoissés, qu'ils ne se fassent pas rejeter non plus, tout cela est travaillé ici. Il faut aussi qu'ils se rendent compte que le fait d'être en contact avec l'autre, ce n'est pas uniquement pour avoir quelque chose, mais ça peut être pour partager un moment, un fou rire, une discussion intéressante, d'être juste avec quelqu'un, de s'en rendre compte. Pour ces patients, ils n'existent qu'à travers le regard de l'autre. Pour eux, si on passe à côté d'eux sans leur dire bonjour, sans se rendre compte qu'ils sont là, sans porter attention ou sans même les regarder ; ça leur donne la sensation de ne pas exister, ils ont le sentiment de ne plus habiter leur corps, leur pensée, et c'est le vide. Ils peuvent alors retomber dans l'apragmatisme, dans des dépressions graves en plus du délire ou autre...

DF : **Toujours dans un objectif de réhabilitation, est ce que vous travaillez avec d'autres structures ?**

E3 : L'hôpital de jour dans lequel je travaille est sectorisé donc il n'y a pas qu'un hôpital de jour, il y a un Centre Médico-Psychologique (CMP), il y a des foyers, il y a l'hôpital, il

Il y a aussi un accueil d'urgence, il y a aussi le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel donc c'est plusieurs structures. Mais on ne va pas travailler directement cet objectif avec ces autres structures, mais on peut se mettre en contact, faire du lien. Si nous sommes en lien avec ces autres structures, ça fait du lien aussi pour le patient. Il peut comprendre que chaque chose n'est pas morcelée, mais peut s'entrecroiser et fonctionner ensemble. Donc je pense que là aussi, à une échelle inconsciente, on le travaille avec lui comme ça. Donc oui on travaille avec les autres structures, mais je dirais de manière un peu informelle.

DF: Est-ce que vous privilégiez le travail avec d'autres structures pour la réhabilitation sociale où est-ce surtout travaillé ici ?

E3 : Ça pourrait être intéressant d'approfondir ce travail avec les autres structures, ce qu'on ne fait pas ici, parce que la communication est difficile, chacun fait sa à sa manière et de son côté et c'est difficile de se coordonner donc on le fait en transmettant des informations sur le patient. C'est important d'avancer avec le patient en étant cohérent entre professionnels. Je pense qu'on peut orienter le patient vers des endroits qui pourraient être intéressants pour lui à un moment précis; par exemple le CATTP où il peut aller faire d'autres activités, où c'est un accueil plus libre, où il peut être encore plus dans la cité. C'est médicalisé parce qu'il y a des patients, mais il n'y a pas de médecins, d'entretiens, ils ne viennent pas pour les traitements... C'est vraiment un centre d'accueil au sein de la cité où c'est encore un niveau un peu au-dessus en terme de réhabilitation sociale. Ce sont des patients qui n'ont plus forcément le besoin d'être en contact avec les soignants même si les animateurs sont des soignants, mais ils ne nécessitent pas tant ce côté « soin ». Donc on peut travailler avec les CATTP et orienter des patients qui pourraient justement profiter de cet élément, pour continuer à travailler cette réhabilitation sociale, mais ça ne va pas être plus que ça.

DF : Et est-ce que vous travaillez en lien avec les foyers dans le cadre d'un transfert des acquis ?

E3 : On peut le faire, mais c'est pareil, chaque endroit à sa manière de fonctionner, si c'est un foyer du secteur, ça peut plus facilement se faire et encore... Ça demande aussi beaucoup de temps... Ici, chaque membre de l'équipe est référents d'un certain nombre de patients et c'est nous, en tant que référents qui devons entrer en lien avec les foyers, les lieux de vie... Ainsi, on a contact avec des personnes pour faire le lien par rapport à ce qui s'est passé ici, mais c'est souvent lié à des événements. On ne va pas appeler la structure pour dire que tel patient est capable de faire telle ou telle chose. Par contre, on peut faire des synthèses pour parler du patient, pour voir comment ça se passe aux deux endroits : la structure peut apprendre que chez nous il a plus d'autonomie par exemple, on réfléchit aussi ensemble à la situation, à ce qu'on pourrait mettre en place pour améliorer le suivi. On va essayer d'apporter un équilibre au patient. Mais on ne travaille pas principalement cet objectif avec les autres structures, c'est plus implicite : tous les professionnels l'ont en tête parce que c'est l'objectif : que le patient puisse vivre au mieux quotidiennement dans la cité.

DF : Avez-vous observé une corrélation entre l'admission dans une structure sociale et la diminution de rechutes ?

E3 : Alors je pense que pour répondre il faudrait que je sois là depuis trente ans. En psychiatrie l'évolution se fait sur de nombreuses années, on ne peut pas se rendre compte en trois ans. Il y a des cycles, il y a des choses qui reviennent, il y a des gens qui sont hospitalisés donc ce qu'on a mis en place peut rester, mais aussi exploser... Heum... je ne peux pas trop répondre... C'est intéressant comme question, mais je ne sais pas, je pense que parfois on a fait des tests avec des patients en se disant que ça pouvait être bien pour eux d'aller dans ce genre de structure qui favorise le lien social et en fait parfois ce n'était pas une bonne idée parce que ce n'était pas le moment, parce que ça leur passait au-dessus, parce qu'ils n'avaient pas envie de faire d'effort ou parce que le lieu ne correspondait pas à leur besoin alors que l'idée de base y était, mais chaque structure fonctionne aussi différemment... Il y a tellement de choses qui sont intriquées !

DF : Quelle évolution envisagez-vous après le suivi en HdJ pour favoriser l'insertion sociale ?

E3 : Alors il y a l'orientation vers des Groupe d'Entraide Mutuelle, vers les Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, je verrais des structures comme ça... Mais je pense que l'hôpital de jour peut continuer, je pense que la personne peut avoir un lien à vie aussi, où il sait qu'il y a un point où il peut se raccrocher quand ça ne va pas. Ça peut être un patient qui vient une demi-journée par semaine toute sa vie parce qu'il sait que pendant ce temps là et dans ce lieu-là il peut s'autoriser à être « fou » et qu'à l'extérieur il ne l'est pas. Mais c'est à ce moment-là que certaines choses s'extériorisent, il sait que nous on ne va pas le juger, que l'on peut comprendre. Du coup ils sont en mesure de se contrôler, de pouvoir être en adéquation avec les autres et d'avoir une vie sociale. Je revois une patiente qui faisait vraiment folle, enfin le terme peut paraître péjoratif, mais vraiment, elle avait les grands yeux exorbités, un air un peu hébété, un peu apragmatique, à rester sur sa chaise et à avoir du mal à venir, à dire qu'elle n'allait pas bien. Un jour, je l'ai croisée dans le bus, elle n'avait pas du tout le même timbre de voix, je me suis demandé si c'était la même personne, elle n'avait pas du tout la même posture du corps, pas les yeux écarquillés. Elle avait un comportement très adapté. Donc c'est à titre d'exemple, mais cette patiente vient très rarement, mais quand elle vient, elle va mal, mais à l'extérieur elle arrive à ne pas l'être.

Moi : Donc le fait de venir un peu à l'HdJ, c'est un moyen d'être maintenu le reste du temps selon vous ?

E3 : Oui voilà. Je pense que l'HdJ peut être une finalité pour certains patients. Il est bien sûr nécessaire de réfléchir à une suite au niveau de suivi, mais pour certains, le fait de venir uniquement un après-midi par semaine est suffisant pour qu'ils aient une vie sans autre suivi.

Mots-clés : Ergothérapeute –Hôpital de jour – Partenariat - Réhabilitation – Schizophrénie

Contexte : La réhabilitation est apparue en France en 1990. Elle permet à une personne d'augmenter ses capacités pour vivre de manière autonome et satisfaisante dans l'environnement de son choix et dans la société. Objectif : Je cherche à de mettre en avant les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour favoriser la réhabilitation psychosociale d'une personne atteinte de schizophrénie. Méthode : Suite aux recherches que j'ai réalisées, j'ai constaté que les modèles cognitivo-comportementaux paraissent favorisés pour réhabiliter socialement une personne et que le travail de coordination entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales est encouragé par le législateur. J'ai émis comme hypothèse que l'utilisation des modèles cognitivo-comportementaux et le travail en collaboration avec d'autres structures sont des moyens utilisés par l'ergothérapeute pour faciliter la réhabilitation du patient. J'ai ensuite interrogé des ergothérapeutes exerçant en hôpital de jour pour vérifier cette hypothèse. Résultats : Par la suite, mon enquête a montré que les professionnels ne s'appuient pas seulement sur un modèle et que le travail avec d'autres structures peut être difficile. Conclusion : Aujourd'hui la réhabilitation occupe une place croissante et est un objectif central de l'hôpital de jour.

Keywords : Occupational therapist - Daily hospital – Partnership - Rehabilitation – Schizophrenia.

Background : The rehabilitation appeared in France in 1990. It allows a person to increase her abilities to live independently and successfully in the environment of her choice and in society. Objective : The purpose of this research is to highlight the means implanted by the occupational therapist working in day hospital to favor psychosocial rehabilitation of a person suffering from schizophrenia. Method : Following the research I have conducted, I have found that cognitive and behavioral models seem favored for rehabilitate socially a person and that the coordination work between health facilities, social and medico-social is encouraged by the lawmaker. The hypothesis is that the use of cognitive and behavioral models and work in collaboration with other structures are ways used by the occupational therapist to facilitate the rehabilitation of the patient. These occupational Therapist practicing in day hospital were then interviewed. Results : Subsequently, the investigation has shown that professionals do not just rely on a model. Moreover, working with other structures can be very difficult. Conclusion : Rehabilitation is central for the occupational therapists questioned.