



Institut de Formation en Ergothérapie

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

52 rue Vitruve – 75020 Paris – 01 43 67 15 70

**La plus-value de l'ergothérapie au sein d'une Co-
thérapie pour des patients atteints de trouble de la
personnalité limite (TPL)**

Sous la direction de Mme HAINE Marianne

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

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Session juin 2022

SIMONNOT Pauline

Note aux lecteurs :

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

Remerciements :

Je tiens à remercier tout particulièrement ma maîtresse de mémoire, Madame HAINE Marianne, pour son accompagnement tout au long de cette année, sa disponibilité et sa réactivité dans ses relectures et ses corrections ainsi que pour son soutien et ses conseils.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation de l'ADERE pour leur suivi et leur accompagnement durant ces trois années de formation.

Merci aux ergothérapeutes qui m'ont formé lors des stages et à tous ceux qui se sont libérés du temps pour contribuer à mon mémoire, notamment Maëlle pour sa disponibilité en cette fin d'année.

Merci à mes camarades de promotion pour leur soutien et l'entraide particulièrement durant cette troisième année.

Enfin, je remercie ma famille, mes amis et Mathieu pour avoir toujours cru en moi, pour leur soutien sans faille dans les moments compliqués, leurs encouragements et leurs relectures.

Table des matières

Introduction :	5
I- Cadre conceptuel :	7
1- Trouble de la personnalité limite :	7
A- Épidémiologie :	7
B- Histoire de la pathologie :	7
C- Définition :	8
D- Le diagnostic :	9
E- La symptomatologie :	11
F- Conséquences sur la vie quotidienne de l'individu souffrant de trouble de la personnalité limite :	12
G- L'ergothérapie & le trouble de la personnalité limite :	13
2- La psychiatrie et l'ergothérapie :	16
A- Définition du métier d'ergothérapeute :	16
B- L'ergothérapie en psychiatrie :	17
C- Intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie :	19
D- L'ergothérapie & la Co-Thérapie :	21
3- La Co-thérapie en psychiatrie :	21
A- Définition :	21
B- But de la Co-thérapie :	21
C- La Co-thérapie & le trouble de la personnalité limite :	23
D- Ergothérapeute et infirmier :	24
Hypothèse :	26
II- Méthodologie d'enquête :	27
1- Objectif de l'enquête :	27
2- Choix de l'outil d'enquête :	27
3- Choix de la population :	28
A- L'échantillonnage :	28
B- Modalités de recrutement :	28
4- Personnes interrogées :	29
5- Elaboration du guide d'entretien :	29
6- Le déroulé des entretiens :	29
III- Résultats et analyse :	31
1- Thème 1 : Parcours professionnel :	31
2- Thème 2 : La prise en soin des patients souffrant de trouble de la personnalité limite :	32
3- Thème 3 : La Co-thérapie :	38
A- Son expérience professionnelle avec la Co-thérapie en général :	38
B- La Co-thérapie ergothérapeute-infirmier :	43

4-	Thème 4 : Les bienfaits de la Co-thérapie	47
IV-	Discussion :	48
1-	Mise en relation des résultats obtenus avec le cadre conceptuel :	48
2-	Retour sur l'hypothèse :	49
3-	Les limites :	50
V-	Conclusion	52
	Bibliographie :	54
	Annexes :	I

Introduction :

Selon l'OMS : Organisation Mondiale de la Santé, (2018), les maladies mentales sont placées au troisième rang en termes de prévalence. Elles affectent environ une personne sur cinq dans le monde. Parmi ces maladies mentales, se trouve les troubles de la personnalité. Le docteur André, (2008) évoque les différents troubles de la personnalité : la personnalité évitante, la personnalité paranoïaque, la personnalité histrionique, la personnalité obsessionnelle, la personnalité narcissique, la personnalité schizoïde et la personnalité borderline.

Mon mémoire d'initiation à la recherche portera sur le trouble de la personnalité limite (TPL), également appelé personnalité borderline, ou personnalité état-limite. D'après Deflandre, (2021), il s'agit d'une maladie mentale complexe, caractérisée par une instabilité émotionnelle et dont les manifestations cliniques sont polymorphiques. Estellon, (2019) dit qu'une personne souffrant de cette pathologie mène une vie alliant évitements, mise en danger, souffrance relationnelle et identitaires. Selon Amad, (2014), cette pathologie est la plus fréquente des troubles de la personnalité et touche de 0,5 à 6 % de la population générale. 10 % des patients souffrant de cette pathologie sont suivis en ambulatoire. Enfin, jusqu'à 50 % des patients hospitalisés en psychiatrie sont des personnes souffrant de TPL. D'après Thomas, (2020), le trouble de la personnalité limite présente un taux de suicide pouvant atteindre 10 %. La prise en soin de ces patients reste un enjeu majeur pour les psychiatres.

Dans un premier temps, ces informations m'ont semblé importantes et m'ont convaincu de m'intéresser d'avantage aux personnes souffrant de trouble de la personnalité limite. Dans un second temps, je me suis interrogée en tant que futur ergothérapeute sur la manière de prendre en soin ces patients. Comment, en tant que professionnel ergothérapeute, je pourrais intervenir et quelle approche thérapeutique devrais-je utiliser ? De plus, historiquement, avant que les ergothérapeutes interviennent en psychiatrie, ce sont les infirmiers qui menaient les ateliers thérapeutiques. De ce fait, je trouvais intéressant de questionner la manière dont les ergothérapeutes et les infirmiers travaillent ensemble à l'heure actuelle. En réalisant des recherches préliminaires et en faisant le lien avec mes expériences de stage, j'ai découvert la pratique de Co-thérapie. « La Co-thérapie est une pratique planifiée et le processus professionnel d'interventions de deux thérapeutes autour d'un patient, d'une famille, d'un couple » (Tilmans-Ostyn & Tijmsa, 1974). De ce fait, je me suis principalement posé les questions suivantes : Quand privilégier la Co-thérapie ?

Quels sont les bénéfices de la Co-thérapie pour les patients souffrants de trouble de la personnalité limite?

Mes recherches sur le sujet m'ont amenée à rédiger la question de ce mémoire d'initiation à la recherche de la façon suivante : « **Quel est l'apport de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie avec des infirmier(e)s lors d'ateliers thérapeutiques, pour une prise en soin de patients adultes souffrant de trouble de la personnalité limite ?** »

Le cadre conceptuel de ce mémoire d'initiation à la recherche est écrit selon le modèle psychodynamique. Ce modèle a été choisi pour son orientation portée sur les liens avec « Les conflits, l'anxiété, la culpabilité, la dépression ou les problèmes relationnels plus tard dans la vie sont des symptômes de conflits inconscients non résolus, refoulés pendant la petite enfance ou développés lors de traumatismes psychologiques » (Morel-Bracq, 2017). Cette affirmation fait écho au tableau clinique du trouble de la personnalité limite qui sera défini au cours de cet écrit. Toujours d'après Morel-Bracq, (2017), ce modèle est avantageux car il met l'accent sur les émotions et les relations, de plus il porte une attention particulière aux causes et à l'origine de la maladie. Cependant, il présente des limites tel que la subjectivité, notamment sur les objectifs parfois difficiles à établir. Utiliser ce modèle permettra d'orienter cet écrit sur les ressentis du patient et non pas uniquement sur les signes cliniques observables d'extérieur.

Afin de répondre à la question, le cadre conceptuel sera construit ainsi :

Au sein de la première partie, sera présentée la pathologie Borderline, puis l'écrit se portera sur l'ergothérapie dans le domaine de la psychiatrie. Ensuite sera évoquée la Co-thérapie en psychiatrie. Enfin, sera établi le lien entre ces trois parties : l'ergothérapie, la Co-thérapie et la personne souffrant d'état-limite.

La seconde grande partie de l'écrit est consacrée à la méthodologie d'enquête où il sera présenté le choix de l'outil de recherche, la population visée par l'enquête, les étapes de réalisation de l'outil d'enquête de la prise de contact à son contexte de réalisation et enfin il vous sera présenté la préparation d'analyse.

Une troisième grande partie présentera les résultats et les analyses de l'enquête.

Une quatrième partie permettra d'ouvrir la discussion autour de cette enquête en faisant un point sur la mise en relation des résultats obtenus avec le cadre conceptuel, il sera ensuite fait un retour sur l'hypothèse et enfin les limites de cet écrit seront évoquées avant de conclure.

I- Cadre conceptuel :

1- Trouble de la personnalité limite :

A- Épidémiologie :

Selon Granger, (2012), le trouble de la personnalité limite a une prédominance féminine (70% de femmes et 30% d'hommes), et une prédominance jeune (adolescents et jeunes adultes). Une évolution positive de la maladie est possible : « On a pu observer une symptomatologie beaucoup moins bruyante et active très souvent à partir de 35-40 ans. On retrouve une évolution spontanée vers l'apaisement des symptômes. Malheureusement, la seconde évolution de la maladie correspond aux 10% de mortalité par suicide » (Granger, 2012).

B- Histoire de la pathologie :

D'après Sigmund Freud, repris par Barbier, (2010), les psychoses et les névroses sont les variantes structurelles de la personnalité de l'Homme. Cependant, la diversité du tableau clinique ne permet pas d'établir un diagnostic psychotique ni névrotique. C'est pourquoi il a fallu établir une troisième entité structurelle de la personnalité, unique par les déterminants psychogénétiques lui étant propre et son fonctionnement intrinsèque identifiable par sa clinique. Il ne s'agissait pas de créer une passerelle entre la névrose et la psychose, deux concepts qui ont été individualisés à une centaine d'années d'intervalle : la névrose par W. Cullen en 1769 et la psychose par E. Von Feuchtersleben en 1845 mais de comprendre au mieux une nouvelle entité psychique. Au cours du XX^{ème} siècle, les cliniciens se sont donc retrouvés confrontés aux limites de ces concepts structuraux et ont donc proposé des termes alternatifs. Le terme d'état limite est alors né comme pour transcender la névrose et la psychose. Aujourd'hui encore, ce terme reste assez vague. Toutefois, cette conceptualisation a été, certes construite à partir de références théoriques d'intuitions cliniques appartenant au champ psychanalytique, cependant elle apporte d'autres approches. En 1996, Ludwig Fineltain, neuropsychiatre et psychanalyste, nommera styxose cette limite en rapport au fait qu'elle relève d'états psychiques frontières riches, notamment dû à leur instabilité. Beaucoup de personnes présentent des troubles psychiques sans entrer dans un diagnostic de maladie mentale ; C'est pourquoi il a été proposé que la notion d'état-limite désignera uniquement les troubles graves de la personnalité. Ils constituent une partie importante d'un socle intrapsychique propre, se

caractérisant par des désordres psycho-comportementaux spécifiques, spectaculaires et parfois violents. Toutefois, selon Barbier, (2012), le trouble de la personnalité limite est de plus en plus diagnostiqué de nos jours. Une fois ce terme établi et reconnu, une définition de la pathologie a donc pu être établie.

C- Définition :

D'après le DSM-V, (2015) le trouble de la personnalité limite est une pathologie psychique pouvant être également appelée Borderline, dans les pays anglo-saxon, et peut-être évoquée par différents termes, comme par exemple la personnalité limite, ou encore la personnalité borderline. Cet écrit a pour but de s'orienter autour des symptômes du trouble de la personnalité limite, c'est pourquoi elle sera définie par la dernière version de la CIM (Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportements). La CIM-11, (2022) présente cette pathologie comme étant un trouble de la personnalité répertorié dans les troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux. Il est également codé sous le terme de changement de personnalité secondaire où il est défini comme étant un « Syndrome caractérisé par un trouble de la personnalité persistant qui représente un changement par rapport à la personnalité caractéristique précédente de l'individu, considéré comme étant une conséquence physiopathologique directe d'une affection médicale non classée sous les troubles mentaux et comportementaux, sur la base de preuves issues des antécédents, de l'examen physique ou des résultats de laboratoire. Les symptômes ne s'expliquent pas par un délire ou un autre trouble mental ou comportemental, et ne constituent pas une réponse psychologique à une affection médicale sévère (Ex : isolement social, évitement ou dépendance en réaction à un diagnostic de maladie mettant la vie en danger). Cette catégorie doit être utilisée en plus du diagnostic de la maladie ou du trouble sous-jacent présumé lorsque les symptômes de la personnalité sont suffisamment sévères pour justifier une attention clinique spécifique » (CIM-11, 2022). Dans l'ouvrage de Estellon (2019), Otto Kernberg psychiatre et psychanalyste américain reconnu pour ses travaux sur les personnes souffrant de trouble de la personnalité limite, parle d'organisation limite pour souligner la présence d'un état instable au sein d'une structure stable.

D- Le diagnostic :

Le tableau clinique du trouble de la personnalité limite se retrouve décrit différemment dans de nombreux ouvrages. Dans ce mémoire, les signes cliniques repérables chez la personne souffrant de TPL seront ceux décrits par Bergeret, (2016). Il dépeint alors 9 signes cliniques (Annexe VII) :

1- Sujet « porc-épic »

Pour le patient souffrant de TPL, tout rapprochement corporel d'une personne lui semble invasif, d'autant plus si celui-ci est agréable. Cette spécificité peut paraître semblable à celle du hérisson.

2- Dépression anaclitique

Bergeret, (2016) reprend ce terme proposé par André Green. Ce terme définit le fait que le patient souffrant d'état-limite soit convaincu qu'il soit néfaste de l'intérieur. On retrouve également dans cette dépression, la notion d'alternance entre la dépendance à l'objet et la peur de l'abandon.

3- Sentiment de solitude et d'abandon

Les patients souffrant de TPL ont un fort sentiment de vide avec une grande impression d'inutilité et d'inaptitude à la cité. Ils ont l'impression et le réel sentiment de ne pas compter pour l'autre. Étonnamment, ce sont des personnes aimant appartenir à un groupe car l'appartenance identitaire de celui-ci compense une identité personnelle vide. Ils vont commencer plusieurs activités en même temps et arrêter très vite par lassitude car le résultat final fait objet d'insatisfaction.

4- Angoisse spécifique

Il s'agit de l'un des signes les plus incessants de la maladie. Il faut retenir deux aspects importants. Tout d'abord, l'angoisse est diffuse, flottante et pénible, contrairement au patient névrotique, le patient souffrant de TPL ne possède pas l'aptitude pour se créer des symptômes pour faire passer la crise (ex : phobie, hystérie, régression ...). De plus, il ne possède pas, comme le délirant, la faculté de construire sa réalité sans l'aide d'un support pour palier à la réalité extérieure objective, comme avec le délire. Le patient souffrant de TPL ne peut donc fuir l'angoisse et de ce fait, le passage à l'acte se retrouve l'unique échappatoire.

Pour aller plus au cœur de ce signe clinique, caractéristique chez ces personnes, Estellon, (2019), psychanalyste et psychologue clinicien, définit les angoisses chez les personnes souffrant de TPL comme étant de nature mixte. Il existe trois types d'angoisse : l'angoisse identitaire, l'angoisse liée à la perte et à l'éloignement de l'objet et l'angoisse plus primitive d'effondrement, de terreurs sans nom. Somatiquement, ces angoisses provoquent chez la personne souffrant de TPL : de la tachycardie, de la sudation, une sensation de gêne respiratoire et des malaises. « L'angoisse est toujours présente en toile de fond du tableau clinique » (Estellon, 2019).

5- Effet de transparence

Il est question de transparence, car dans cette pathologie, il n'existe ni contenant, ni contenu. Il n'y a pas de notion d'immédiateté et donc une impossibilité à gérer sa frustration de quelques manières.

6- Régime oscillatoire, « stabilité dans l'instabilité »

Mécanisme très éphémère et instable alternant entre l'expansion et/ou la rétraction.

7- Asynclitisme

Il s'agit de la pluralité des signes dont certains sont contradictoires et impossible à hiérarchiser.

8- Bouffées délirantes et épisodes de dépersonnalisation

La plupart du temps les patients sont hospitalisés dans une structure psychiatrique après des bouffées délirantes. Elles peuvent notamment apparaître lors d'une période d'errance après avoir ingéré des substances illicites. La Bouffée Délirante Aigüe (BDA) est un épisode psychotique brutal et transitoire.

9- Passages à l'acte sexuel, toxiques, médico-légaux, automutilations et tentatives de suicide

Comme il a été évoqué précédemment, le passage à l'acte est la manière dont ces patients évacuent une trop forte montée d'angoisse. C'est également une manière pour eux de se protéger en recherchant l'hospitalisation servant de contenant. Il est donc courant d'observer dans leur dossier médical un grand nombre de structures médicales les ayant déjà reçus.

Le professeur et psychiatre Granger, (2012) évoque un sentiment de vide et d'ennui (avec un degré et une fréquence beaucoup plus forte que la normale) comme étant la spécificité des personnes souffrant de TPL. Pour pallier ce sentiment de vide, ces personnes se retrouvent volontairement dans des situations à risque. La mise en danger de soi peut aller jusqu'à la tentative de suicide. « La prise de toxique et les scarifications répondent en général à deux situations : Soit pour combler un sentiment de vide et d'ennui, pour se sentir vivre car il y a quelque chose de fort qui se produit à ce moment-là. Soit, c'est en réaction à un sentiment d'angoisse très fort et une décharge arrive à toute vitesse » (Granger, 2012). Il énonce également le fait que les tentatives de suicides (T.S) représenteraient 10% du taux de mortalité chez les personnes souffrant de TPL. Les T.S chez ces personnes ne sont pas réfléchies, pas préparées, elles sont impulsives, elles peuvent donc être fatales.

E- La symptomatologie :

Selon Estellon, (2019), chez les personnes souffrant de trouble de la personnalité limite, les mécanismes de défense se présentent de plusieurs manières, comme par le : clivage, le déni, l'identification projective et l'idéalisation primitive allant de pair avec l'omnipotence et la dévalorisation. « Les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes » (Charbol, 2005).

Le but du clivage est « d'éviter la confrontation du sujet face à son ambivalence affective et à la souffrance dépressive » (Charbol, 2005). Il existe deux types de clivage : le clivage horizontal, produisant des effets immédiats sur les éléments de la personnalité, comme une diminution de l'énergie narcissique ayant pour conséquence un manque de confiance en soi, une propension à la honte, aux inhibitions et à l'hypocondrie. Le clivage vertical peut être défini ainsi : « Deux personnalités se mettent selon les circonstances à l'abri l'une de l'autre de sorte que la personne se vit comme coupée en deux » (Estellon, 2019).

Lorsque la personne souffrant de TPL est sujette au déni, elle refuse de reconnaître une dimension traumatisante à la réalité. Une perte, un deuil, une séparation par exemple peuvent provoquer chez elle des réactions où aucun chagrin, aucune souffrance, ne semble décelable. L'identification projective est le mécanisme de défense le plus fréquent chez les personnes souffrant de TPL, « elle se traduit par des fantasmes inconscients permettant au

sujet d'introduire des parties de sa propre personne dans l'autre, dans le but de le contrôler, le posséder ou le détruire. Il s'agirait de pouvoir faire de l'autre un double imaginaire garant de l'identité de soi » (Estellon, 2019). Enfin, le mécanisme d'idéalisation primitive intervient de manière complémentaire au clivage, ce mécanisme engendre chez le patient une idéalisation de l'objet, celui-ci est alors idolâtré par la personne souffrant de TPL entraînant une dévalorisation d'elle-même.

D'après Granger, (2012) le trouble de la personnalité limite présente principalement des causes psychologiques. Se retrouvent dans l'enfance de ces patients, des histoires de mauvais traitements (maltraitance psychologique, maltraitance physique, et abus sexuel). Toutes les études concordent pour dire que dans l'enfance des personnes souffrant de trouble de la personnalité limite, on retrouve de façon très majoritaire (environ trois quart des cas) ces types de mauvais traitements. De manière moins fréquente, il existe également des causes sociales. D'après de nombreux travaux, les causes biologiques sont très faibles.

F- Conséquences sur la vie quotidienne de l'individu souffrant de trouble de la personnalité limite :

La dépression est courante comme conséquence sur la vie quotidienne des personnes souffrant de trouble de la personnalité limite. Cette conséquence engendre des tendances suicidaires récurrentes. Selon Kernberg, (2013) psychanalyste, l'organisation du trouble de la personnalité limite se caractérise par un syndrome de l'identité diffuse et par une prédominance des opérations défensives primitives. Pour lui, il est important de poser un diagnostic chez les personnes présentant une organisation limite de la personnalité. En effet, le diagnostic permet d'évaluer la gravité du risque suicidaire afin de l'éviter. Pour cela, il est nécessaire de prendre en compte différents éléments.

Dans un premier temps, il est important de connaître la sévérité clinique de la dépression liée au risque de comportement suicidaire. La sévérité d'une dépression sera marquée par des comportements et des idéations ralenties, une diminution de la concentration, une tristesse avec une humeur vide et figée et un sentiment de dépersonnalisation.

Dans un second temps, il faut porter une attention sur les troubles majeurs associés à l'organisation limite de la personnalité. En effet, chez ces personnes la chronicité de ces attitudes suicidaires sont plus intégrées à la structure habituelle de la personnalité.

Il est donc difficile en situation d'urgence d'établir un diagnostic pour des risques suicidaires chez les personnes souffrant de TPL. Enfin, il faut surveiller ce comportement automutilateur chronique et le suicide comme mode de vie chez ces personnes. Cliniquement parlant, l'automutilation s'effectue par des incisions ou des brûlures sur le corps. Plus la sévérité de la dépression est élevée, plus le risque suicidaire est aigu. Selon Germani, (2020) l'angoisse abandonnique, trait constant chez ces personnes comme vu précédemment, peut également entraîner des passages à l'acte notamment causés par le fait que leur relation soit toujours surinvestie. Pour conclure sur ce sujet, Kernberg, (2013) explique que les comportements entraînant des répercussions dans la vie quotidienne des personnes souffrant de TPL sont les comportements autodestructeurs, d'automutilation et suicidaires.

L'ergothérapeute dans son intervention holistique devra amener ces personnes à s'autonomiser dans leur quotidien tout en prenant en compte le retentissement de ces symptômes sur leur vie quotidienne. Lors de son intervention dans une Co-thérapie, sa connaissance de la pathologie, des retentissements sur le quotidien et son regard holistique permettront un accompagnement en lien avec les difficultés de la personne pour l'aider à gagner en qualité de vie.

G- L'ergothérapie & le trouble de la personnalité limite :

Les personnes souffrant de trouble de la personnalité limite sont suivies en soins psychiatrique et rencontrent, dans leurs parcours de soin, différents soignants dont les ergothérapeutes. Ces professionnels doivent donc avoir des dispositifs adéquats pour réaliser au mieux leurs prises en soin. Vaur, (2016) ergothérapeute, délivre six outils pouvant être utilisés par l'ergothérapeute afin de prendre en charge au mieux un patient souffrant de TPL : chacun fait échos à au moins un symptôme évoqué précédemment :

1- « Les soignants doivent se parler : nécessité de temps de réunion d'équipe. »

Ces réunions doivent se faire au minimum toutes les deux semaines. Elles sont nécessaires afin que le patient prenne conscience de différents points. Les soignants parlent entre eux des modalités mises en place pour sa prise en charge, les discussions lors de ces réunions permettent de faire en sorte que ses symptômes n'entravent pas la cohésion d'équipe.

Cet outil permet de répondre au régime oscillatoire des personnes souffrant de troubles de la personnalité limite.

2- « Il faut être au moins deux soignants ensemble pour respecter le patient. »

Être à deux permet d'augmenter l'étayage pour ces patients. Il permet d'éviter un sentiment trop proche ou d'abandon, pouvant faire échos à la dépression anaclitique. Le fait de travailler à deux permet également une meilleure disponibilité pour le patient. Dans la troisième grande partie, il sera question dans une sous-partie (III-C) de la Co-thérapie et du trouble de la personnalité limite. Ce second outil sera alors mieux exposé afin de développer le raisonnement de Vaur, (2016) et parvenir à réaliser un lien avec la Co-thérapie.

Cet outil permet de répondre au clivage dont font face les personnes souffrant de TPL.

3- « Le support groupal est plus efficace et moins invasif pour ces patients. »

Ce support groupal doit être organisé et contenant. Le cadre doit être clair et respecté.

Cet outil permet également d'aider à faire face au clivage.

4- « Demander l'aide d'un superviseur pour faire le post-groupe. »

Le superviseur doit être une tierce personne, externe à l'équipe. La supervision permet aux thérapeutes d'analyser leurs attitudes, leurs interventions et leurs manières de faire avec les patients dans le but d'améliorer leur pratique. De plus, cette supervision permet une meilleure qualité de soin. En effet, toute pathologie psychiatrique demande un fort investissement mental de la part du thérapeute. Ils doivent donc savoir eux aussi exprimer leurs émotions. C'est un rôle supplémentaire de la supervision.

Cet outil permet aux professionnels de faire face à l'asynclitisme des personnes souffrant de TPL.

5- « L'interprofessionnel est fortement souhaitable. »

Dans cette pathologie, l'interprofessionnalité est structurante pour le patient et permet de faire le lien. Il permet la cohésion du groupe pour une meilleure prise en charge du patient.

Cet outil permet également aux professionnels de faire face à cet asynclitisme.

6- « Le choix de l'objet médiateur est très important. »

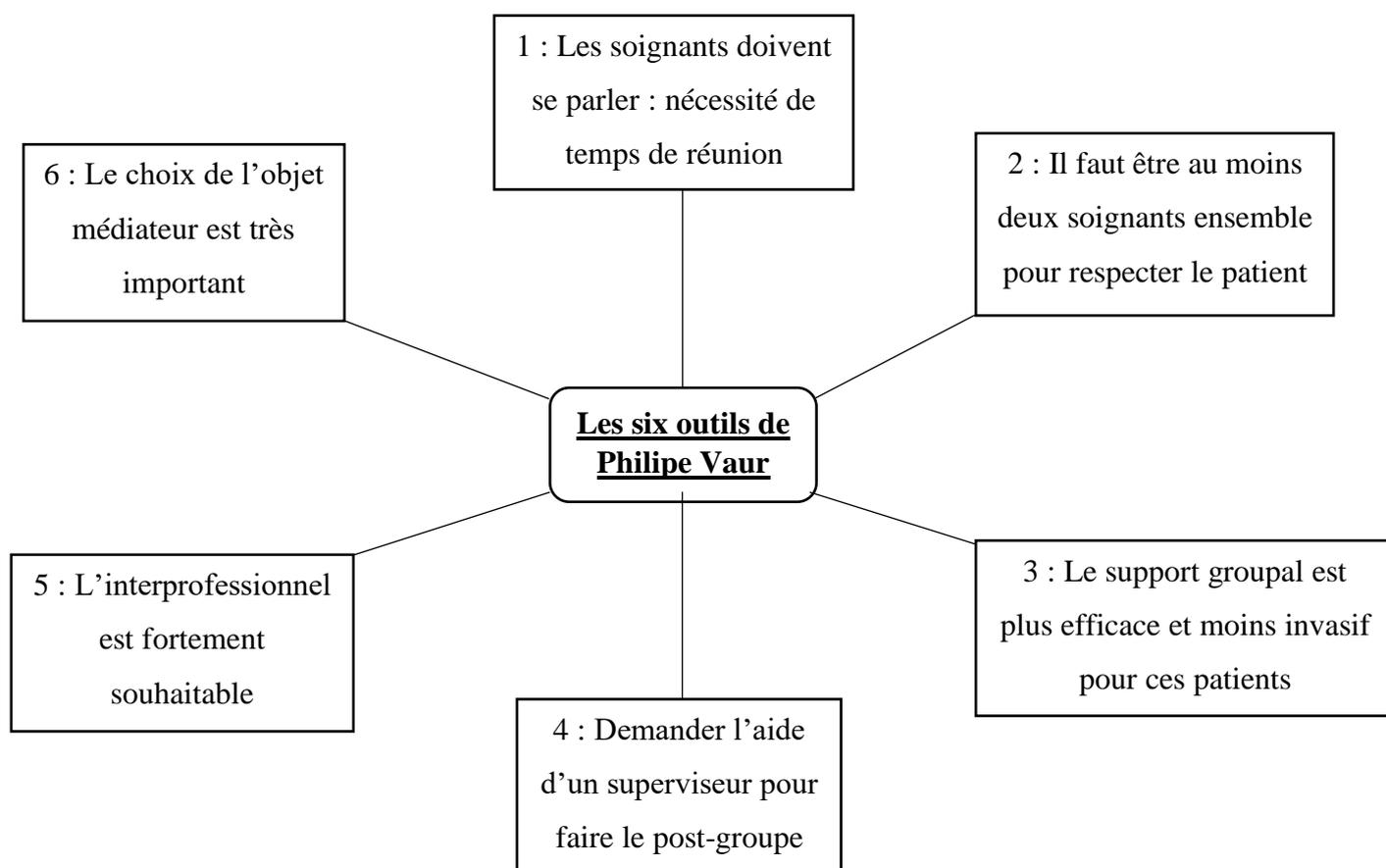
Il est bénéfique de bien organiser l'espace et le lieu où se déroule la prise en charge ergothérapeutique du patient souffrant de TPL. Les différents médiateurs ainsi que le cadre

des ateliers thérapeutiques et le positionnement des thérapeutes seront développés dans la seconde grande partie : « la psychiatrie et l'ergothérapie ». Cette triangulation permettra de rendre possible une expérimentation de la part du patient. L'ergothérapeute doit alors s'assurer que cette expérimentation soit en lien avec sa problématique individuelle même si celle-ci est travaillée en groupe au sein de ses ateliers à travers une médiation.

Enfin, cet outil peut faire face à l'effet de transparence dont font preuve ces patients souffrant de trouble de la personnalité limite.

Ici, a été évoquée une liste d'outils établie par un ergothérapeute, Vaur, (2016). Il en existe bien sûr d'autres, cependant ces outils ont été choisis par leur pertinence par rapport au sujet évoqué dans cet écrit.

Il a été démontré tout au long de cette partie, la variabilité des formes et le polymorphisme des symptômes du trouble de la personnalité limite suscitant des retentissements sur le quotidien de la personne. L'ergothérapeute, de par son rôle, a pour but d'aider ces patients à se stabiliser pour retrouver une autonomie dans son quotidien. Nous allons voir dans cette seconde partie, les actions menées par l'ergothérapeute dans le domaine de la santé mentale et quels sont ses outils ; plus précisément pour cette population souffrant de TPL.

Fig. 1 : Les six outils de Vaur, (2016)

La partie sur le trouble de la personnalité limite touche à sa fin. A présent, s'ouvre une nouvelle partie sur l'ergothérapie au cœur de la psychiatrie.

2- La psychiatrie et l'ergothérapie :

A- Définition du métier d'ergothérapeute :

L'ergothérapeute est défini comme étant : « un professionnel du champ sanitaire, médico-social et social. Le plus souvent membre d'une équipe pluriprofessionnelle (composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de travailleurs sociaux, d'acteurs de réseaux sanitaires, de techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. En tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions pour rendre possibles les activités de façon sécurisée et lever les obstacles de toute personne en situation de handicap. » (ANFE, 2017)

Il sera expliqué par la suite, le fondement même de la profession de l'ergothérapie dans le domaine de la psychiatrie. Il sera alors évoqué l'histoire de la profession dans ce domaine, puis le rôle et les objectifs actuels pour la prise en charge des personnes atteintes de trouble de la personnalité limite.

B- L'ergothérapie en psychiatrie :

D'après Riguet, (2016) l'ergothérapie n'est pas encore suffisamment ancrée dans les établissements psychiatriques. Il est pourtant nécessaire que l'ensemble des professionnels travaillant au sein des structures psychiatriques intègre les capacités et les spécificités de cette profession. En effet, il est important que les ergothérapeutes aient la place suffisante pour exercer leurs domaines de compétences auprès des patients. Chaque profession possède des savoir-faire précis, complémentaires les uns aux autres pour la prise en soin des patients. L'ergothérapie, aujourd'hui, s'oriente d'avantage à prendre en charge l'équilibre psychique du patient dans son ensemble et sa singularité ainsi que sur l'augmentation de ses capacités d'agir. « Notre valeur ajoutée par rapport à d'autres professionnels de santé réside dans notre expertise d'analyse et d'accompagnement de l'activité humaine. Notre intérêt pour la nature occupationnelle (au sens anglo-saxon du terme) de l'être humain, dans son environnement, est depuis toujours à la base de notre intervention » (Riguet, 2016).

De plus, aujourd'hui, la psychiatrie connaît diverses mutations sociétales, mutations citoyennes et mutations thérapeutiques dans lesquelles l'ergothérapie a tout-à-fait sa place. Ces mutations entraînent une collaboration coordonnée des divers champs psychiatriques autour de l'intérêt de la personne.

La mutation sociétale, la loi de 2002 sur les droits de l'usager a permis leur participation et celle de leurs familles dans les prises de décisions des institutions. Ensuite, la loi du 11 juillet 2005 a permis une reconnaissance du terme de « handicap psychique » (Riguet, 2016), une réduction des stigmatisations et des discriminations de la maladie mentale et favorise l'égalité des chances quel que soit le handicap de la personne. De ce fait, les professionnels évoluant dans le domaine de la santé mentale ont dû faire évoluer leur pratique professionnelle en considérant le patient dans toute sa complexité et en tant que sujet pensant et agissant. Il n'est d'ailleurs alors plus question de patient mais d'usager. La coordination entre tous les professionnels de santé s'est alors matérialisée et

l'ergothérapeute a eu de plus en plus sa place dans ce domaine. L'ergothérapeute s'engage depuis dans une démarche de réhabilitation de la personne dans la cité.

La mutation citoyenne se caractérise par la naissance en 1995 des maisons des usagers, création soutenue par l'état. Il s'agit de structures dans le domaine de santé mentale permettant accueil, écoute et information. En parallèle, naissent les structures associatives GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) dont l'objectif premier est de rompre l'isolement affectif des personnes rencontrant un handicap psychique. Ces associations ont une démarche d'accompagnement de la personne dans son retour à la cité. Ces établissements sont complémentaires au travail fait en structure psychiatrique avec ses professionnels de santé tels que les ergothérapeutes.

Enfin, la mutation thérapeutique est marquée par le plan psychiatrique 2011-2015 évoquant quatre grands axes de travail autour de la prévention de la réduction de différentes ruptures possibles dans les soins : « les ruptures au cours de la vie de la personne, celles selon les publics concernés, celles entre la psychiatrie et l'environnement sociétal et enfin celles entre les savoirs » (Riguet, 2016).

Selon Riguet, (2016) Suzan TRACY, américaine et infirmière de formation, est considérée comme étant la première ergothérapeute. Elle a introduit l'idée que l'activité a des effets bénéfiques sur la personne souffrant de troubles psychiatriques. Elle utilise et forme d'autres professionnels aux activités artisanales comme support pour ses prises en charge. En France, en 1943 le terme d'« ergothérapie » a été instauré par Georges Duhamel, médecin, écrivain et poète français. Il utilise alors la racine grec *ergon* traduisant le lien entre *l'agir* et *l'être*. En ergothérapie, il est question d'une thérapie par l'activité comme moyen de soigner et de soulager les symptômes. D'après K. Riguet, (2016), le psychiatre et psychanalyste François Tosquelles, quant à lui, évoque le fait de prendre en considération la personne dans son entièreté en prenant en compte l'individu et ses activités, ses termes d'expressions, ses plaisirs, son autonomie et le besoin de réinsérer la personne dans un contexte socio-familial et professionnel afin de l'aider à se rattacher au réel.

Les ergothérapeutes ont donc les moyens dus à leurs compétences spécifiques de s'inscrire à la triple mutation comme vu précédemment (mutation sociétale, citoyenne et thérapeutique). Ils prennent en charge les patients avec un accompagnement personnalisé

pour chacun afin que chaque individu ait les capacités de gérer leurs besoins et leur projet de vie de manière autonome.

Dans la partie à venir sera détaillé plus précisément l'intervention des ergothérapeutes en psychiatrie.

C- Intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie :

Pour introduire cette partie, Riguet, (2016) évoque l'importance de distinguer et de comprendre les deux termes suivants : travail et activité. Dès l'antiquité, le travail est reconnu comme fondamental pour l'épanouissement des personnes aussi bien sur le plan du bien-être physique que sur celui de l'équilibre psychique. Par la suite, Freud parlera du travail comme étant indispensable pour la sociabilité de l'homme au sein de la cité, le travail désigné comme un lieu de transfert. Enfin, après la première guerre mondiale, le travail est utilisé comme un support de rétablissement pour la rééducation et la réhabilitation des blessés de guerre. Avec le temps, ce terme de *travail* va s'élargir dans sa définition en prenant en compte dans sa définition les activités quotidiennes et de loisirs. De ce fait, en prenant en compte ces variabilités, il sera plus question du terme d'activité.

« En 1980, la Classification Internationale des Handicaps associe les paramètres individuels, les déficiences et incapacités, aux paramètres sociaux, les désavantages. Ainsi, il est reconnu que la notion de handicap dépend de la personne mais aussi de son environnement » (Riguet, 2016). Ces deux termes, personne et environnement, reflètent les principes même du métier d'ergothérapeute ; En effet celui-ci est centré sur la personne en travaillant selon ses habitudes de vie et en prenant en compte son environnement de vie.

D'après Riguet, (2016) mettre en lien la personne et son environnement est précisément l'une des valeurs de la démarche d'intervention des ergothérapeutes. Aujourd'hui, les objectifs de prise en charge ont évolué et tendent à une volonté de rendre le patient le plus autonome possible en engageant son investissement dans des activités signifiantes et significatives. Les activités signifiantes présentent une importance et un sens particulier pour la personne en lien avec son histoire et son projet de vie. Les activités significatives relèvent d'un sens social attribué par leur entourage ou la société. Avec le temps, l'ergothérapie a enrichi ses champs d'application et oriente sa pratique sur les besoins de la personne et aux contraintes médicales et socio-économiques.

Selon Roth et Heitzmann, (2008) en psychiatrie, les activités se font en groupe, contrairement aux autres services type SSR (Soin de Suite et de Réadaptation) par exemple, où la plupart du temps les prises en charge se font individuellement. Le fait de rassembler certains patients en comité leur permet de pouvoir échanger et de se confronter à l'autre, ceci est nécessaire pour des individus parfois isolés du reste de la population. Les ateliers thérapeutiques en ergothérapie ne cessent de se renouveler en fonction des projets thérapeutiques des patients et de leurs pathologies, mais aussi selon les nouvelles compétences des thérapeutes les accompagnant. Ils permettent aux patients, entre autres, de quitter temporairement l'esprit d'unité de soin, de rencontrer différentes personnes, de libérer leur esprit ainsi que leur parole. Ils offrent la possibilité de rythmer leurs journées et donc de leur donner des repères dans le temps et dans l'espace. Enfin, c'est un espace contenant pour eux, respecté par les patients où ils peuvent créer sans crainte de jugements, cela permet d'entretenir un cadre sain où la parole de la personne peut être libérée. Le thérapeute définit les règles du cadre et passe donc un contrat thérapeutique avec les patients afin que la prise en charge se passe au mieux pour l'ensemble des personnes appartenant au groupe. L'autonomie et la liberté d'action sont privilégiées. Les activités proposées se réalisent autour d'un médiateur permettant d'aller à la rencontre de l'autre.

Brun & Schauder, (2021) expliquent que les ergothérapeutes peuvent utiliser diverses médiations tels que : les médiations thérapeutiques articulées autour d'un « medium malléable » souvent artistique, comme la peinture, le modelage, l'écriture, la musique, le théâtre, la danse, le conte, les marionnettes, le photolangage, le photocollage, le théâtre, la vidéo, les médiations numériques, etc. Cependant, certaines relèvent de médiations sensorielles, comme les médiations corporelles, l'équithérapie, la médiation sensorielle olfactive, etc. Pour parler plus spécifiquement des médiations ergothérapeutiques, Launois, (inconnu) cite les sept médiations suivantes : perceptivo-sensorielles, motrices et gestuelles, émotionnelles, cognitives, identitaires, relationnelles, créatives et projectives.

Burgalières-Rossi, (2017) dit que les moyens utilisés en ergothérapie pour favoriser les transferts des acquis sont les visites à domicile, les mises en situations, l'utilisation d'activités signifiantes et significatives. Cela permet d'observer l'acquisition des compétences apprises au sein des séances thérapeutiques et la manière dont les patients peuvent les mettre en pratique dans leur quotidien.

D- L'ergothérapie & la Co-Thérapie :

Marie Vujanovic, (2013) ergothérapeute, explique que dans une relation triangulaire entre les deux thérapeutes et patient tel que la Co-thérapie, il est possible de faire le lien là où il y a du clivage et de faire exister l'autre dans le discours, le positionnement et l'attitude. Si clivage, la Co-thérapie permet de rétablir un lien et de continuer à intégrer le patient au groupe et au monde qui l'entoure, à son rythme. Dans cet espace « alternent ce que le sujet propose, ce que fait le clinicien de ce que le sujet propose (Co-associativité), ce que le sujet fait de ce que le clinicien co-associe sur ce qu'il en a fait, etc. C'est dans cette correspondance, de cette « conversation » que se trame et s'approprie la symbolisation de l'expérience en souffrance qui a été transférée et engagée dans la rencontre clinique » (Roussillon, 2012 chez Vujanovic 2013). Selon Roussillon, (2012) la Co-thérapie peut permettre de mettre en place un processus de médiation thérapeutique quand celui-ci se trouve être difficile entre un seul thérapeute et le patient.

Comme vu précédemment le clivage est une des défenses psychiques des personnes souffrant de troubles limites de la personnalité. La Co-thérapie semble donc indiquée dans leur prise en charge.

3- La Co-thérapie en psychiatrie :

A- Définition :

Pour Pury, (1998) la conception du rôle de Co-thérapeute a été élaborée dans les années 1990 au sein d'un courant ethnopsychiatrique francophone. D'après Meynckens-Fourez, (2017) il existe plusieurs déclinaisons de ce terme ; la Co-thérapie, la Co-intervention ponctuelle ou encore la Co-intervention processuelle. Ce mode de fonctionnement se définit comme une pratique enrichissante pour le travail d'équipe et permet une plus grande disponibilité psychique des thérapeutes pour les patients. Il s'agit d'une démarche concrète visant à créer une dynamique lors de la séance thérapeutique.

B- But de la Co-thérapie :

D'après Meynckens-Fourez, (2017) l'intérêt premier de la Co-thérapie est de réunir des points de vue différents (les ressentis sur un patient peuvent varier d'un thérapeute à

l'autre). De plus, elle permet d'offrir des lectures alternatives et des pistes inédites pour la prise en charge des patients.

Dans ce binôme, le rôle du premier Co-thérapeute (ou Co-intervenant) est de mener l'atelier en veillant notamment au respect du cadre. Le rôle du second thérapeute, le plus en retrait, est d'observer activement les patients. L'auteur nous décrit les avantages de travailler en relation symétrique ; si les positions complémentaires et symétriques s'alternent lors des différents ateliers thérapeutiques, chacun s'engage alors de la même manière dans le processus de Co-thérapie. Ce dispositif permet aux Co-intervenants d'osciller entre la position d'intervenant et celle d'observateur participant.

Pour le couple de Co-thérapeutes, travailler la Co-intervention nécessite donc des réajustements pouvant se faire en disposant d'un espace pour en parler lors de réunions d'équipe ou de supervision. Le but étant de rendre analysables les alliances, les conflits ou les dénis présents au sein même du système thérapeutique. En réunion clinique, l'équipe peut aider à repérer les éventuels isomorphismes, c'est-à-dire les répétitions interactionnelles et communicationnelles, des Co-intervenants. Les difficultés du patient peuvent potentiellement engendrer des tensions entre les deux Co-thérapeutes. C'est pourquoi, la communication est indispensable entre les deux thérapeutes, elle permet ainsi par la suite de créer de la contenance pour le patient.

Chacun a une place à tenir, un mandat institutionnel à respecter et se doit de rester attentif tant à son vécu qu'à ce qui se joue entre intervenants. Au sein d'un couple de Co-intervenants, il peut se distinguer deux profils différents : une personnalité qui *Hyperfonctionne*, celle mise en avant dans le binôme, prenant la parole pour instaurer les règles et vient aider les uns et les autres en cas de nécessité, et une seconde personne qui à l'inverse *Hypofonctionne*, est donc plus en retrait pour observer ou bien immergée dans la création avec les patients via une médiation.

Toutefois, il existe des désavantages et des risques à travailler en Co-thérapie ; La crédibilité de l'un des deux membres du duo peut être destituée. Une trop grande proximité de l'un des deux avec le patient peut altérer une connivence avec ses proches. Cette proximité peut également engendrer des tensions non analysées entre les deux thérapeutes pouvant altérer leur relation de travail. Il est crucial pour les patients, notamment pour ceux souffrant de trouble de la personnalité limite, d'éviter de répéter le clivage, déjà ressenti

par le bénéficiaire, entre Co-thérapeutes. Le but pour le patient, lors de ces ateliers, est de pouvoir parler des résonances personnelles ayant lieux pendant l'atelier. Cependant libre à chacun de pouvoir en dire plus sur son histoire personnelle. Le respect et la confiance sont indispensables pour mener à bien des ateliers en Co-thérapie. Tous les patients peuvent alors se sentir suffisamment libres de parler de leurs vécus et des émotions suscitées par la situation.

C- La Co-thérapie & le trouble de la personnalité limite :

Il a été présenté à la fin de la première grande partie de ce cadre conceptuel les six outils de Vaur, (2016) pouvant être utilisés par l'ergothérapeute afin de prendre en charge au mieux un patient souffrant de trouble de la personnalité limite. Parmi eux, a été expliqué le second outil : « Il faut être deux soignants dans la prise en charge de ces patients ». Il évoque le fait qu'être à deux permet l'étayage du patient. Par conséquent, il est possible de voir un lien avec le travail en Co-thérapie. Il est alors observable un certain bénéfice pour l'ergothérapeute de travailler avec un Co-thérapeute pour prendre en charge les patients souffrant de TPL. Il permet également de mettre une barrière avec la proximité du thérapeute envers le patient pouvant engendrer chez lui de l'anxiété. Enfin, cela diminue un potentiel sentiment d'abandon de la part du patient souffrant de TPL. Pour le thérapeute, travailler en binôme lui permet de mobiliser son énergie de façon efficace et donc d'augmenter sa disponibilité pour la personne. L'auteur conseille pour l'utilisation de cet *outil* de former ce duo avec des thérapeutes de professions différentes, comme l'entend la Co-thérapie. Cela permet la complémentarité dans l'attitude d'écoute différente.

La Co-thérapie permet donc de respecter l'un des outils présenté par P. Vaur de travailler à plusieurs afin de pouvoir contrer le clivage des patients souffrant de TPL.

D- Ergothérapeute et infirmier :

Cet écrit est consacré à la Co-thérapie entre deux professionnels : l'ergothérapeute et l'infirmier. Il est donc primordial de savoir les compétences de chacun et leur champ de compétences communes afin de comprendre leur complémentarité et leur apport mutuel.

Référentiel de compétences ergothérapeutiques :

- *Compétence 1* : Evaluer et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
- *Compétence 2* : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
- *Compétence 3* : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-social en ergothérapie.
- *Compétence 4* : Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
- *Compétence 5* : Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
- *Compétence 6* : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
- *Compétence 7* : Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
- *Compétence 8* : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
- *Compétence 9* : Coopérer avec les différents acteurs et organiser les activités.
- *Compétence 10* : Former et informer.

Référentiel de compétences infirmiers :

- *Compétence 1* : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.
- *Compétence 2* : Concevoir et conduire un projet de soin infirmier.
- *Compétence 3* : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.
- *Compétence 4* : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.

- *Compétence 5* : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs.
- *Compétence 6* : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.
- *Compétence 7* : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle.
- *Compétence 8* : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques.
- *Compétence 9* : Organiser et coordonner les interventions soignantes.
- *Compétence 10* : Informer, former des professionnels et des personnes en formation.

Hormis les compétences quatre, cinq et neuf (en ergothérapie, est compris dans le terme de différents acteurs le champs social, familial et du travail alors que pour les IDE, il est seulement question des soignants), spécifiques à leurs professions, l'ensemble du référentiel des compétences des deux métiers forment un tronc commun. De ce fait, ces aptitudes semblables et complémentaires peuvent laisser à penser une bonne complémentarité lors d'une prise en soin commune avec ces deux professions comme le propose la Co-thérapie.

Hypothèse :

Pour conclure, la personne souffrant de trouble de la personnalité limite présente une symptomatologie variée mettant en avant de réelles répercussions sur sa vie quotidienne. Se retrouve dans cette symptomatologie : la peur de l'abandon, le passage à l'acte, le clivage, etc... expliquant un taux conséquent de mortalité chez ces personnes du fait d'un passage à l'acte souvent auto-agressif (brûlures, scarifications, mutilations...) et de nombreuses tentatives de suicides chez ces personnes. L'ergothérapeute, par ses champs de compétences intervient en psychiatrie notamment dans l'élaboration de la qualité de vie de la personne. Chez les personnes souffrant de trouble de la personnalité limite, leurs prises en soin est souvent réalisées en groupe autour d'une médiation pour travailler sur les liens pouvant être fait entre les outils utilisés et leurs symptômes. Les outils à disposition de l'ergothérapeute pour cette prise en soin de ces patients sont notamment la Co-thérapie. Il est nécessaire de se demander en quoi l'ergothérapie apporte une plus-value à cette Co-thérapie lorsqu'elle est réalisée avec un infirmier.

Pour rappel, la question de recherche de ce mémoire d'initiation à la recherche est la suivante : « *Quel est l'apport de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie avec des infirmier(e)s lors d'ateliers thérapeutiques, pour une prise en soin de patients adultes souffrant de trouble de la personnalité limite ?* »

Grâce aux diverses recherches réalisées pour établir le cadre théorique de ce mémoire afin de savoir quelle est la plus-value de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie, l'hypothèse émise pour répondre à cette question de recherche est : « *Au sein d'une Co-thérapie avec un(e) infirmier(e), l'ergothérapeute apporte une possibilité de transfert des acquis de séances dans le quotidien de la personne atteinte de trouble de la personnalité limite.* »

Il sera question, dans la partie suivante, de l'enquête réalisée pour affirmer ou infirmer l'hypothèse énoncée précédemment en évoquant, entre autres, l'outil de recherche, la population interrogée et les modalités de passation.

II- Méthodologie d'enquête :

1- Objectif de l'enquête :

Pour poursuivre cette démarche de recherche et ainsi infirmer ou affirmer mon hypothèse de recherche, j'ai réalisé une enquête auprès de professionnels ergothérapeutes et infirmiers. Pour mener à bien mon enquête, il m'a fallu choisir un outil d'enquête mais aussi une population et élaborer des outils.

2- Choix de l'outil d'enquête :

Compte tenu de mon sujet d'étude, j'ai fait le choix de réaliser une enquête qualitative. « Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995). De ce fait, j'ai choisi de réaliser mon enquête en utilisant des entretiens. « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. L'entretien se déroule habituellement autour d'un thème proposé par le chercheur » (Holstein & Gubrium, 2002). Plus spécifiquement, mon outil d'enquête sera l'entretien semi-structuré. « L'entretien semi-structuré comporte des questions prédéterminées abordant différents thèmes pertinents au sujet de recherche. » (Tétreault, 2014).

L'objectif de ma recherche consiste à savoir quelle plus-value apporte l'ergothérapeute dans une Co-thérapie, spécifiquement avec des infirmier/ères, pour les patients souffrant de trouble de la personnalité limite. Pour cela, il me semble indispensable d'amener la discussion autour du sujet avec les professionnels concernés : ergothérapeutes et infirmiers. Je souhaite donc m'entretenir avec au moins deux ergothérapeutes et deux infirmiers afin de connaître leur avis sur la plus-value de leurs collègues ergothérapeutes et leurs ressentis vis-à-vis de cette Co-thérapie. Ces différents échanges me permettront d'entendre divers avis et arguments de la part de différents professionnels sur ce sujet. Cependant, il me faudra prendre en compte dans ma démarche, le temps de retranscription nécessaire pour chaque entretien réalisé (chaque entretien sera enregistré sur un magnétophone avec l'accord de l'interlocuteur), mais également pour le concevoir, le conduire puis réaliser mes interprétations.

3- Choix de la population :

A- L'échantillonnage :

Mon panel sera constitué au minimum de deux ergothérapeutes et de deux infirmier(e)s diplômés d'état. Ergothérapeutes et infirmiers devront travailler en psychiatrie et pratiquer la Co-thérapie, auprès de patients atteints de trouble de la personnalité limite (TPL). Ces professionnels devront travailler dans différentes structures psychiatriques extrahospitalières, dans des établissements tels que : les CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels), les CMP (Centre Médico-Psychologique) ou encore les HDJ (Hôpital De Jour) par exemple. J'ai décidé d'axer mon enquête sur l'extrahospitalier et non pas l'intra hospitalier ; Cela me semblait plus pertinent pour répondre à mon hypothèse de recherche, d'interroger des professionnels travaillant auprès de patients déjà réinsérés au sein de la cité. En effet, il est plus pertinent selon moi de se questionner sur les transferts des acquis dans le quotidien du patient lorsque celui-ci réalise ses activités de vie quotidienne au sein d'environnement familial et non hospitalier.

B- Modalités de recrutement :

Afin de trouver des contacts de professionnels intéressés pour réaliser ces entretiens, j'ai réalisé des demandes en envoyant des mails et appelant diverses structures extrahospitalières en les recherchant sur internet. J'ai également eu des contacts en allant discuter avec d'autres étudiants et des ergothérapeutes professionnels. Pour les différentes prises de contact, j'ai demandé à mes interlocuteurs de réaliser un entretien semi-structuré dans le cadre de mon mémoire. Par courriel ou par appel, je leur ai présenté le sujet de mon mémoire et ma question de recherche. J'ai également précisé l'anonymat de l'échange et le fait que ces entretiens soient enregistrés uniquement dans le cadre de cet écrit et ne seront utilisés pour aucun autre usage. J'ai donc contacté onze professionnels ; Huit ergothérapeutes et trois infirmiers. Parmi ces demandes, j'ai obtenu quatre réponses positives d'ergothérapeutes et deux d'infirmiers. Deux personnes n'ont jamais répondu à mes mails, et les trois derniers professionnels ne correspondaient pas aux critères de mon panel car il ne travaillaient pas en Co-thérapie avec des infirmiers ou des ergothérapeutes.

4- Personnes interrogées :

Parmi les ergothérapeutes m'ayant répondu favorablement, trois travaillent au sein de CATTP et la dernière travaille dans un centre ressource de réhabilitation. Pour les deux infirmières, une travaille en CATTP et la seconde travaille dans un centre ressource de réhabilitation. Tous travaillent en île de France. Parmi ces professionnels, j'ai pu interroger un binôme de Co-thérapeute ergothérapeute-infirmier. J'ai finalement interrogé quatre ergothérapeutes car j'en ai eu l'opportunité et leur différent profil était intéressant. En effet, parmi ces ergothérapeutes se trouvent, un jeune diplômé de 2020, un ergothérapeute diplômé de 2014 et deux autres ergothérapeutes diplômés de 1984 et de 2004. Il me semblait intéressant d'avoir des entretiens d'ergothérapeutes expérimentés. J'ai pu également interroger deux infirmiers pour cette enquête. La contrainte de temps ne m'a pas permis d'en trouver d'avantage faute de disponibilité dans le temps imparti pour ce travail.

5- Elaboration du guide d'entretien :

Pour réaliser la passation de ces entretiens, j'ai réalisé préalablement deux guides d'entretien : un destiné aux ergothérapeutes et un second destiné aux infirmiers. (Annexe I) ; (Annexe II). Dans ces guides d'entretiens, des questions sont communes et d'autres sont spécifiques à la profession de l'interlocuteur. Toutes ces questions sont réunies en quatre grands domaines. Mes questions portent en premier lieu sur le parcours professionnel de mon interlocuteur puis sur sa prise en charge des patients souffrant de trouble de la personnalité limite, ensuite je les interroge sur leur expérience professionnelle en général avec la Co-thérapie puis je spécifie mes questions sur la Co-thérapie ergothérapeute/infirmier et enfin je termine l'entretien en questionnant les biens-faits de la Co-thérapie.

6- Le déroulé des entretiens :

Comme évoqué précédemment, j'ai réalisé six entretiens, quatre avec des ergothérapeutes et deux avec des infirmier(e)s. Quand je les ai contactés, je leur ai proposé un entretien téléphonique ou par visioconférence pour simplifier l'échange. Trois se sont fait par appel téléphonique, deux par visio-conférence et un autre sur le lieu de travail du professionnel. Cet entretien en présentiel était une demande du professionnel. Les temps d'entretien ont duré entre trente minutes et cinquante minutes. En effet, l'entretien devait

durer suffisamment longtemps pour pouvoir aborder toutes les parties de la trame afin d'enrichir au mieux cet écrit mais pas trop afin de pouvoir synthétiser au mieux les informations importantes et de ne pas laisser l'interlocuteur sur des sujets dépassant le cadre du sujet de recherche. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés au magnétophone avec l'accord oral et enregistré de l'interlocuteur et ils ont tous été anonymisés par la suite lors des retranscriptions (Annexe V) ; (Annexe VI).

III- Résultats et analyse :

A la suite de mon enquête, j'ai retranscrit mes six entretiens. Je vais, ici, présenter les résultats, préalablement classés dans des grilles de lectures (Annexe III) ; (Annexe IV), pour pouvoir les analyser à la suite.

L'analyse sera constituée de quatre thématiques, chacune présentée dans une partie. Des parallèles seront faites durant l'analyse entre les résultats des ergothérapeutes et des infirmiers.

Par soucis de confidentialité des professionnels interrogés, je nommerai les ergothérapeutes par : E1, E2, E3 et E4 et je nommerai les infirmiers I1 et I2. Dans cette même idée d'anonymat, j'utiliserai les pronoms personnels masculins.

1- Thème 1 : Parcours professionnel

Ce tableau et cette partie permettent d'identifier le profil des six professionnels interrogés.

Tab 1 : Tableau de présentation des ergothérapeutes :

	<u>Nombre d'années d'ancienneté :</u>	<u>Années travaillées en psychiatrie :</u>	<u>Temps de travail :</u>
<u>Ergothérapeute 1</u>	2 ans	Début : septembre 2020 (Depuis deux ans)	Temps plein
<u>Ergothérapeute 2</u>	18 ans (Diplômé en Colombie)	2009 (Depuis 13 ans)	Temps plein
<u>Ergothérapeute 3</u>	8 ans	2019 (Depuis 3 ans)	Temps plein
<u>Ergothérapeute 4</u>	38 ans	Depuis ses débuts	Temps plein
<u>Infirmier 1</u>	Depuis plus de 20 ans	2018 (Depuis 4 ans)	Temps partiel sur deux structures
<u>Infirmier 2</u>	26 ans	2008 (Depuis 14 ans)	Temps plein

Au sein du panel interrogé, quatre professionnels, E2, E4, I1 et I2 ont une ancienneté supérieure à quinze ans : « Alors je suis ergothérapeute, je suis diplômée en

Colombie depuis 2004, [...] » (Ergothérapeute 2). L'ergothérapeute E3 est diplômé depuis moins de dix ans et l'ergothérapeute E1 est un jeune diplômé de deux ans : « Alors donc moi j'ai été diplômé en septembre, en juin 2020 » (Ergothérapeute 1). Trois professionnels E2, E4 et I2 travaillent en psychiatrie depuis plus de dix ans : « Alors tout d'abord je suis ergothérapeute depuis 1984, [...] » (Ergothérapeute 4).

L'ergothérapeute E1 travaille depuis ses débuts en psychiatrie (deux ans) et l'ergothérapeute E3 travaille en psychiatrie depuis trois ans : « Je travaille en psychiatrie depuis maintenant trois ans » (Ergothérapeute 3). Enfin, l'infirmier I1 depuis quatre ans.

Les ergothérapeutes E1, E3, E4 et l'infirmier I2 travaillent en CATTP (Centre Thérapeutique à Temps Partiel), l'ergothérapeute E2 et l'infirmier I1 travaillent dans des centres ressources de réhabilitation : « Je travaille à temps plein sur le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel [...] » (Ergothérapeute 3). Seul l'infirmier I1 travaille à temps partiel sur deux structures : « Je suis sur les 2 structures en fait, [...] » (Infirmier 1). L'ergothérapeute E1 et l'infirmier I1 travaillent ensemble en Co-thérapie.

L'ergothérapeute E1 a le moins d'expérience parmi ces six professionnels, cependant il a tout de même deux ans d'ancienneté. Le reste du panel a entre 8 et 38 ans d'expérience professionnelle. La diversité de ce panel apporte une capacité de réponse utile et pertinente pour ma recherche.

2- Thème 2 : La prise en soin des patients souffrant de trouble de la personnalité limite

Cette partie expose la manière dont les six professionnels mènent leur prise en soin de manière générale avec les patients souffrant de trouble de la personnalité limite.

- *Quels sont les signes cliniques du TPL les plus difficiles à contenir pour un thérapeute au sein d'un groupe thérapeutique ?*

Tab 2 : Tableau des signes cliniques difficiles à contenir en séance :

<u>Professionnels :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Signes cliniques :</u>	Angoisse et clivage	Le clivage	Attaque du cadre et clivage	Attaque du cadre	Débordements et humeur diffluite	Attaque du cadre et distance thérapeutique

Les ergothérapeutes E1, E2 et E3, désignent le clivage comme signe clinique difficile à contenir pour les patients souffrant de TPL : « [...] pour avoir de l'expérience, je dirais le clivage. » (Ergothérapeute 2). Les professionnels E3, E4, et I2, de formations différentes évoquent l'attaque du cadre : « Alors souvent, pour les personnalités borderline, c'est plutôt le cadre thérapeutique qui est difficile à tenir souvent. » (Infirmier 2). Enfin, l'ergothérapeute E1 et l'infirmier I1 parlent de la difficulté pour contenir le surplus d'émotions des patients et leurs conséquences tel que les angoisses : « Et la gestion de l'humeur aussi. Ils sont soit très triste ou très gai. » (Infirmier 1). L'ensemble des professionnels expliquent qu'il est difficile de contenir ces patients à cause de leur besoin de tester les limites.

On peut en déduire que le clivage amène le patient à tester les limites. Ce signe clinique va s'exprimer au travers de ce besoin et notamment en attaquant le cadre établi par les thérapeutes. De ce fait, les professionnels vont donc devoir avoir conscience du positionnement de chacun au sein de la Co-thérapie pour éviter de se laisser entraîner dans un clivage ou par le contre transfert lors des prises en soin. Ces différents signes cliniques cités par les professionnels interrogés rejoignent ceux évoqués dans le cadre conceptuel par Bergeret (2016). Ces signes difficiles à contenir montrent déjà l'un des intérêts de la Co-thérapie en général. En effet, lorsqu'il est question entre autres, d'attaque du cadre, de contenir les débordements ou encore de la distance thérapeutique, il semble déjà important d'être à deux pour pouvoir contenir au mieux ces débordements.

- *Quel(s) outil(s) thérapeutique(s) utilisez-vous pour des patients souffrant de TPL ?*

Tab 3 : Outils thérapeutiques pour patients souffrant de TPL :

<u>Professionnels :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Outils thérapeutiques :</u>	Jamais intervenir seule	Médiations / Atelier thérapeutique	Médiations	Le cadre comme outil thérapeutique	Médiations	Médiations / De l'individuel en groupe

Quatre professionnels sur les six disent utiliser les médiations comme outil thérapeutique. En effet E2, E3, I1 & I2 utilisent la médiation comme outil : « Des groupes à médiations. » (Infirmier 2). Cependant l'ergothérapeute E2 et l'infirmier I2 mettent en avant deux autres outils thérapeutiques. En effet, ils avancent l'importance des ateliers thérapeutiques qu'ils soient individuels ou en groupe : « On fait beaucoup d'individuel en groupe. » (Infirmier 2). L'ergothérapeute E1 quant à lui met en avant le fait de ne jamais intervenir seul dans des ateliers accueillant des patients souffrant de TPL : « l'un des points primordiaux, que l'on met en place, c'est que l'on n'intervient jamais seul auprès de ces personnalités-là. » (Ergothérapeute 1). L'ergothérapeute E4 explique utiliser le cadre comme outil thérapeutique « C'est déjà la question du cadre comme outil de soin » (Ergothérapeute 4).

Ne pas intervenir seul peut être associé à une caractéristique du cadre qui est donc un argument supplémentaire pouvant mettre en avant la nécessité d'intervenir en Co-thérapie avec les personnes souffrant de trouble de la personnalité limite. Ici, la Co-thérapie est donc utilisée par l'ergothérapeute comme un outil thérapeutique comme peut l'être également le cadre. Il est observable qu'une majorité de professionnels, sur ce panel, adopte les médiations comme outil thérapeutique avec les patients souffrant de TPL.

- *Que pensez-vous du travail interprofessionnel ?*

Tab 4 : Apports du travail interprofessionnel :

<u>Professionnels :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Apports :</u>	Primordial et veiller à avoir un discours cohérent	Apport à la prise en soin du patient	Soulage le collègue et permet de contrer la frustration ou l'agressivité du patient	Une richesse	Bienfait de la complémentarité	Bienfait de la complémentarité

L'ergothérapeute E1 trouve primordial de travailler en interprofessionnalité, cela permet selon lui, d'accorder les discours de l'ensemble des professionnels et donc d'être cohérent dans la prise en soin d'un même patient : « Pour moi c'est primordial en tout cas d'intervenir auprès de ces patients à plusieurs ... au minimum 2 et d'avoir toujours un discours cohérent. » (Ergothérapeute 1). L'ergothérapeute E2, trouve qu'il s'agit d'un apport pour la prise en soin du patient alors que l'ergothérapeute E3 voit l'interprofessionnalité comme un apport pour le professionnel lui-même à ne pas être seul dans l'accompagnement du patient : « Ça peut apporter quand même beaucoup à leur prise en charge. » (Ergothérapeute 2) ; « Aussi le collègue ne va pas se retrouver seul face à un patient qui potentiellement va pas forcément bien supporter la frustration et monter dans l'agressivité. » (Ergothérapeute 3). L'ergothérapeute E4 quant à lui parle de richesse supplémentaire : « Plus on partage sur ce qui se passe, plus l'échange permet de prendre conscience de ce qui est en train de se jouer. » (Ergothérapeute 4). Enfin, les infirmiers I1 et I2 se rejoignent pour parler de complémentarité et de ses bienfaits : « Moi je trouve que c'est très complémentaire, par ce que l'on n'a pas tous les mêmes visions de ce qui se passe, [...] » (Infirmier 2).

Ces six professionnels sur le terrain s'accordent à justifier l'apport de l'interprofessionnalité dans la cohérence de la prise en soin d'un même patient. Cet avis est également partagé dans la littérature par Vaur, (2016). Pour rappel, il le propose comme second outil pour prendre en soin les patients souffrant de trouble de la personnalité limite : « Il faut être au moins deux soignants ensemble pour respecter le patient. ». Cet

outil est justifié par le fait qu'être à deux, permet d'augmenter l'étayage pour ces patients. De plus, ils expriment le bénéfice de la Co-thérapie pour eux-mêmes en tant que professionnels. En effet, c'est un avantage pour contrer la frustration et donc l'agressivité potentielle des patients.

- *Quels types d'ateliers proposez-vous le plus aux patients atteints d'états-limites ?*

Il s'agit ici d'une question destinée uniquement aux ergothérapeutes.

Tab 5 : Ateliers pour patients souffrant de TPL :

<u>Ergothérapeutes :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>
<u>Types d'ateliers :</u>	Atelier à médiation projective Atelier relationnel / de parole	Atelier relationnel et cognitif	Art- plastique	Atelier « Terre »

L'ergothérapeute E1 propose principalement un atelier à médiation projective, un atelier relationnel et de parole. L'ergothérapeute E2 propose également un atelier relationnel mais également cognitif. Les ergothérapeutes E3 et E4 proposent des ateliers artistiques ; l'ergothérapeute E3 propose un atelier art-plastique tandis que l'ergothérapeute E4 propose un atelier « Terre » : « L'art plastique, je trouve que c'est pas mal parce que comme ce sont des personnes qui en termes de frustration ... l'art plastique a tellement de possibilités, j'ai l'impression que c'est quand même moins frustrant. » (Ergothérapeute 3) ; « Alors moi je trouve que l'atelier « Terre » est particulièrement indiqué, dans la mesure où comme je disais tout à l'heure, avec les personnes borderline, il y a vraiment quelque chose autour de la question de l'enveloppe psychocorporelle. » (Ergothérapeute 4).

Tous les professionnels utilisent des ateliers à médiation, chacun a cependant son avis sur la médiation la plus adéquate pour les patients souffrant de trouble de la personnalité limite. Chaque professionnel base sa prise en soin sur des objectifs vus avec le patient et de fait cible telle ou telle médiation pour parvenir à atteindre ses objectifs. Selon chaque professionnel, la médiation peut donc différer. Cette idée est appuyée par l'un des

infirmier : « Je dirais que le médiateur utilisé n'a pas d'importance. [...] Le médiateur c'est un prétexte A, une fois que j'ai le contexte et un médiateur, je peux travailler avec la personne. » (Infirmier 1). Donc, la manière dont on utilise la médiation compte d'avantage que la médiation par elle-même.

- *Quelles formations avez-vous en tant qu'IDE pour réaliser des ateliers avec médiations ? En exercez-vous seule ?*

Il s'agit ici d'une question destinée uniquement aux infirmiers.

Tab 6 : Formation IDE

<u>Infirmiers :</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Formations :</u>	Formation réalisée à part de la formation d'IDE : <ul style="list-style-type: none"> - Formation autour de la musique - Formation autour de la santé - Formation autour de l'animation - Formation artistique 	Aucune formation autour de la médiation A réalisé une formation : « touché dans le soin »

Pour les professionnels infirmiers, il est à noter que dans leur cursus, ils ne sont pas formés aux médiations. Seul l'infirmier I1 s'est formé par la suite aux médiations, en réalisant des formations au cours de sa carrière professionnelle : « Pour tout ce qui était artistique, j'ai fait des formations à côté. » (Infirmier 1). L'infirmier I2 a également réalisé des formations mais plus ciblées dans son domaine : « On n'a pas de formations aux médiations en fait. » (Infirmière I2). Cependant, tous deux travaillent dans des ateliers thérapeutiques proposant des médiations.

Les infirmiers ne sont pas formés aux médiations durant leur formation. Tout comme l'infirmier I2, tous les infirmiers ne sont pas forcément formés aux médiations mais les pratiquent tout de même sur le terrain. Cependant, d'autres, comme l'infirmier I1, se forment aux médiations durant leur parcours professionnel. L'apport de l'ergothérapeute formé à cela permet d'avoir un regard plus aiguisé sur son utilisation. Il s'agit donc une différence notable entre l'ergothérapeute et son Co-thérapeute infirmier.

3- Thème 3 : La Co-thérapie

A- Son expérience professionnelle avec la Co-thérapie en général

Cette partie permet de questionner ergothérapeutes et infirmiers dans un premier temps, sur leur parcours professionnel avec la Co-thérapie en général et dans un second temps sur la Co-thérapie ergothérapeute-infirmier spécifiquement.

- *Pratiquez-vous la Co-thérapie depuis le début de votre carrière en tant qu'ergothérapeute en psychiatrie ? Si non, depuis quand la pratiquez-vous ?*

Tab 7 : Temps d'activité en Co-thérapie :

<u>Professionnels :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Temps d'activité :</u>	A toujours travaillé en Co-thérapie en psy	A toujours travaillé en Co-thérapie en psy	A toujours travaillé en Co-thérapie en psy	Deux ans après avoir commencé à travailler en psy	Pas toujours	Depuis trois ans

Depuis qu'ils travaillent en psychiatrie, les ergothérapeutes E1, E2 & E3 ont toujours travaillé en Co-thérapie : « Alors j'ai toujours travaillé en Co-thérapie, dans les ateliers en tout cas. » (Ergothérapeute 1). L'ergothérapeute E4 a commencé à travailler en Co-thérapie deux ans après son arrivée en psychiatrie : « [...] au bout de deux ans, j'ai travaillé en Co-thérapie. » (Ergothérapeute 4). Les infirmiers, I1 & I2, n'ont pas toujours travaillé en Co-thérapie. L'infirmier I1 a travaillé seul dans différentes structures psychiatriques : « Au début, puisqu'il n'y avait pas assez de professionnel, j'étais seul. » (Infirmier I1). L'infirmier I2, sur ses quatorze années de pratique en psychiatrie, a travaillé trois ans en Co-thérapie, lorsqu'il a commencé à travailler en extrahospitalier : « Je la pratique depuis trois ans. Depuis que je suis au CATTP. » (Infirmier 2). « En intra, j'en ai fait un tout petit peu mais on avait très très peu d'activité quand j'y étais. [...] On ne faisait pas vraiment d'activité on n'avait pas le temps. » (Infirmier 2).

Sur ce panel, il est plus fréquent chez les ergothérapeutes de travailler en Co-thérapie que chez les infirmiers. En effet, les infirmiers interrogés n'ont pas toujours travaillé en Co-thérapie en psychiatrie notamment à l'époque où ils travaillaient en intra hospitalier. Cela s'explique par un manque de temps pour pratiquer les médiations. Cet aspect fausse légèrement les résultats. Il est understandable qu'ici tous les professionnels travaillent en Co-thérapie lorsque la médiation est utilisée.

- *Avez-vous constaté une différence de prise en soin quand vous travaillez seul ou en Co-thérapie ?*

Cette question a été posée aux professionnels n'ayant pas toujours travaillé en Co-thérapie en psychiatrie afin de connaître la différence entre les deux manières de pratiquer.

Tab 8 : Différence entre travail en Co-thérapie ou seul :

Professionnels :	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Différence ? :</u>	Oui	Oui	Oui

Pour les trois professionnels ayant travaillé seuls et en Co-thérapie en psychiatrie, tous sont unanimes, ils ont vu une différence, au profit pour la Co-thérapie. « Oui ! [...], c'est une richesse d'avoir un autre regard. » (Ergothérapeute 4). « Par exemple, quand un patient ne va pas bien, l'infirmière peut lui proposer de s'isoler et faire un entretien individuel. » (Infirmier 1). « [...] ça devrait être la base ! » (Infirmière 1). « [...] en intra on avait pas du tout de cadre thérapeutique comme au CATTP. C'étaient plus des activités occupationnelles, donc ce n'est pas tout à fait comparable. » (Infirmier 2)

La Co-thérapie est donc bien un atout pour la prise en soin des patients en psychiatrie. Les professionnels ayant pratiqué la Co-thérapie et la prise en charge seul, sont tous ici en accord pour affirmer le bienfait d'un cadre tenu par deux Co-thérapeutes. De plus, l'un des infirmiers ajoute que la Co-thérapie couplée avec le cadre est un apport thérapeutique supplémentaire à la prise en soin.

- *Pratiquez-vous la Co-thérapie dans l'ensemble des ateliers ?*

Il s'agit ici d'une question destinée uniquement aux ergothérapeutes.

Tab 9 : Co-thérapie dans l'ensemble des ateliers ?

<u>Ergothérapeutes :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>
<u>Oui / non :</u>	Oui	Oui	Non	Non

Les ergothérapeutes E1 et E2 pratiquent la Co-thérapie dans l'ensemble de leurs ateliers thérapeutiques tandis que les ergothérapeutes E3 et E4 ne le font pas toujours. « En fait, l'objectif n'est pas de faire de la Co-thérapie. Quand on monte un projet, une activité ..., c'est avant tout deux soignants, deux professionnels, qui se retrouvent autour d'une idée, d'un souhait, d'un désir commun de travailler autour d'un sujet ou de travailler autour d'une problématique. » (Ergothérapeute 4)

La Co-thérapie est un outil spécifique, pas toujours nécessaire et donc pas utilisé pour l'ensemble des ateliers thérapeutiques. Chaque professionnel ayant réfléchi séparément en amont sur un atelier spécifique, peut émettre le besoin ou non de travailler avec un Co-thérapeute.

- *Travaillez-vous également en Co-thérapie lors des entretiens ou des prises en charge individuelles ?*

Tab 10 : La Co-thérapie lors des entretiens et des prises en charge individuelles :

<u>Professionnels :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Entretien / PCI :</u>	Entretien : oui	Entretien : oui	Dans l'idéal en Co- thérapie	Entretien : oui	Entretien : Seul (parfois aide du médecin)	Entretien : oui
	PCI* : seul	PCI : seul		PCI : seul		PCI : seul

PCI* : Prise en Charge Individuelle

Les professionnels E1, E2, E4 et I2 réalisent les entretiens d'accueil des patients en Co-thérapie et l'ergothérapeute E3 le fait également dans la mesure du possible. Seul l'infirmier I1 les réalise seul : « Nan je suis seul. Quand ça ne va vraiment pas on va vers le médecin. » (Infirmier 1). Pour les prises en charge individuelles, tous les professionnels les réalisent seuls avec le patient. « On n'est jamais à deux pour une prise en charge individuelle d'un patient [...] » (Ergothérapeute 4).

La Co-thérapie semble donc être pertinente mais pas obligatoire pour mener les entretiens d'accueil. Cependant, certains professionnels les pratiquent seul. Toutefois, il semble important d'avoir un temps seul avec le patient lors des entretiens individuels.

- *Selon vous, pour quel atelier est-il indispensable d'être en Co-thérapie ?*

Tab 11 : Indispensabilité de la Co-thérapie :

Professionnels :	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Ateliers :</u>	Atelier « découverte créative »	- Groupe de parole - Groupe théâtre - Groupe cognitif - Groupe à médiation manuelle	Groupe de parole	-	L'atelier écriture	Atelier « accueil » : parole libre

Ici aussi, les avis divergent. Pour les ergothérapeutes E1 & E2, il est indispensable d'être en Co-thérapie pour les ateliers à médiations créatives : « Et sur l'atelier découverte créative, là du coup je mène peu, là où ma collègue infirmière est plus dans la supervision du cadre. » (Ergothérapeute 1). Les professionnels E2, E3 et I2, parlent d'avantage des groupes de parole où il est important de contenir les propos sortant : « Le groupe de parole. Parce qu'il peut arriver des fois que les patients arrivent avec des sujets un peu chaud-bouillants, un peu limites effectivement. » (Ergothérapeute 3). L'infirmier I1, parle plus d'atelier d'écriture, il est ici également question d'espace d'expression des ressentis : « L'atelier écriture ! [...] Pour tout ce qui tourne autour de la parole, je dirais qu'il faut être deux. » (Infirmier 1).

Tout comme l'utilisation et le choix des médiations pour les patients souffrants de trouble de la personnalité limite, les avis divergent selon la pratique de chacun. Chaque professionnel est avant tout humain. De ce fait, je pense que les besoins de chacun de par leur profil, leur manière d'être et leur vécu, ressentent le besoin d'être en Co-thérapie dans des ateliers différents selon ce qui s'y joue avec les patients.

- *Avec quel professionnel travaillez-vous en Co-thérapie ?*

Tab 12 : Les professionnels Co-thérapeutes :

<u>Ergothérapeutes :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>
<u>Professions Co-thérapeute :</u>	Infirmier Art-thérapeute Psychomotricien Ergothérapeute	Infirmier Assistant sociale Psychologue	Infirmier Art-thérapeute	Infirmier Ergothérapeute Psychomotricien (dans d'autre structure)

L'ensemble des ergothérapeutes interviewés travaille en Co-thérapie avec des infirmiers car il est ici question d'un des critères du panel interrogé. Deux ergothérapeutes, E1 et E4 travaillent également en Co-thérapie avec des psychomotriciens : « Mais dans d'autres structure, j'ai beaucoup travaillé avec des psychomotriciennes. » (Ergothérapeute 4). Tout comme l'ergothérapeute E3, l'ergothérapeute E1 travaille également avec des art-thérapeutes : « alors on est avec une art-thérapeute, [...] » (Ergothérapeute 1). Les ergothérapeutes E1 et E4 travaillent en Co-thérapie avec un second ergothérapeute : « [...] ou avec une autre ergothérapeute. » (Ergothérapeute 4). Enfin, l'ergothérapeute E2 est le seul à travailler en Co-thérapie avec des professionnels du domaine du social ; assistant social et psychologue : « Oui, je fais aussi de la Co-thérapie avec une assistance sociale, on intervient ensemble dans des groupes d'autonomie. Avec des psychologues, on anime ensemble des groupes de cognition TCC » (Ergothérapeute 2).

L'ergothérapeute peut travailler en Co-thérapie avec d'autres professionnels de santé et du social. Cela permet de travailler d'autres points avec les patients. En effet, chaque professionnel a un apport différent à la prise en charge.

B- La Co-thérapie ergothérapeute-infirmier

- *Quel est votre rôle et celui de votre Co-thérapeute ?*

Tab 13 : Rôle de chacun dans la Co-thérapie :

<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<i>Ergothérapeute :</i> Approche de l'apport de la création <i>Infirmier :</i> Apport au niveau de la symptomatologie	<i>Ergothérapeute :</i> Orienté sur l'autonomie <i>Infirmier :</i> Orienté sur le traitements et ses effets	Pas de discussion autour des différents rôles	<i>Ergothérapeute :</i> Connaissance et expérience avec la médiation <i>Infirmier :</i> Rôle de soutien et réassurance	<i>Ergothérapeute :</i> Organisation <i>Infirmier :</i> Observation de l'état thymique du patient	<i>Ergothérapeute :</i> Mène l'atelier <i>Infirmier :</i> Observateur

Tout d'abord pour parler du rôle de l'ergothérapeute, les ergothérapeutes E1 & E4 vont parler d'apport au niveau de la médiation et de l'atelier de création en lui-même : « Il est différent en fonction des personnes, de leur formation, de leur personnalité » (ergothérapeute 4).

L'ergothérapeute 2, va spécifier son rôle autour de la recherche de l'autonomie du patient : « Nous les ergothérapeutes, on va être beaucoup plus orienté sur le côté de l'autonomie des patients mais aussi sur la partie cognitive. On sera plus sur le côté plus pratique, sur le côté fonctionnel pour les patients. Et on adapte, nous avons également cette notion d'adaptation. » (Ergothérapeute 2).

Enfin, les deux infirmiers vont trouver aux ergothérapeutes un rôle de meneur et d'organisateur des ateliers.

Ensuite, pour parler du rôle de l'infirmier, les ergothérapeutes E1, E2 et l'infirmier I1, s'accordent pour parler d'un rôle spécifique au niveau de la surveillance de la symptomatologie du patient, sur état thymique et sur les effets secondaires également de leur traitement : « [...] c'est vrai que l'apport d'un infirmier, même au niveau symptomatologie, quand on débute en tout cas, je trouve que c'est primordial ! » (Ergothérapeute 1). L'ergothérapeute E4 parle d'un rôle de soutien et de réassurance, tandis que l'infirmier E2 parle de son propre rôle comme étant celui d'observateur. L'ergothérapeute E3 spécifie ne pas établir de rôle préalable avec son binôme de Co-

thérapeute et que celui-ci peut varier : « Non, on n'a pas vraiment échangé sur des rôles spécifiques quand on a commencé l'atelier ensemble. » (Ergothérapeute 3)

Pour certains, le rôle de l'ergothérapeute plus centré sur les médiations revient ici de nouveau. Pour d'autres, son rôle va favoriser l'autonomie du patient. L'infirmier quant à lui, va avoir un regard plus aiguisé sur les effets secondaires des traitements par exemple ou un rôle de soutien ou encore d'observateur. Ces rôles observés font échos aux compétences propres des deux professions représentées comme vu dans le cadre conceptuel.

- *Comment établissez-vous le cadre de vos ateliers ? Quel est-il ?*

Tab 14 : Etablissement du cadre :

<u>Professionnels :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Cadre :</u>	Ensemble en fonction des objectifs pour les patients	Défini ensemble tout comme le projet du groupe thérapeutique	Ensemble, en en discutant	Réflexion commune	Cadre prédéfini, objectifs du groupe définis ensemble	Création du groupe et du cadre ensemble

Les professionnels interrogés, ergothérapeutes et infirmiers, sont unanimes, ils établissent le cadre de leur atelier toujours ensemble : « [...] en général, on en discute. » (Ergothérapeute 3) ; « A chaque fois, on rédige le projet ensemble et puis on définit ensemble le cadre du groupe. » (Ergothérapeute 2)

Chaque professionnel semble dire qu'ils établissent avec leur binôme de Co-thérapie leur cadre en discutant entre eux. En effet, le cadre s'adapte en fonction des patients du groupe. De ce fait, le cadre est discuté perpétuellement, à chaque séance, afin de pouvoir l'adapter au mieux.

- *Par rapport à vos compétences professionnelles, qu'apportez-vous à l'IDE lors de Co-thérapie ?*

Il s'agit ici d'une question destinée uniquement aux ergothérapeutes.

Tab 15 : Apport de l'ergothérapeute à l'infirmier :

<u>Ergothérapeutes :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>
<u>Apports :</u>	Toute l'approche autour de la médiation	Côté très pratique, en lien avec le quotidien	Lien avec le quotidien	Cadre comme outil thérapeutique

Pour parler de l'apport de l'ergothérapeute par rapport à l'infirmier, les ergothérapeutes E2 et E3 évoquent le fait d'être plus en lien avec le quotidien du patient. « Je pense que nous avons un côté très pratique. Souvent en fait, on donne des choses très en lien avec le quotidien du patient pour l'aider au mieux à l'extérieur. » (Ergothérapeute 2). L'ergothérapeute E1 parle une nouvelle fois de l'approche autour de la médiation. « Pour moi, c'est toute l'approche autour de la médiation. Pour moi, en tant qu'ergothérapeute, on est vraiment formé à ça, [...] et du coup dans notre approche autour de la médiation, on est plus expert je dirais que l'infirmier [...] » (Ergothérapeute 1). Enfin l'ergothérapeute E4 évoque lui aussi de nouveau le fait d'utiliser en ergothérapie le cadre comme un outil thérapeutique : « C'est déjà la question du cadre comme outil de soin. » (Ergothérapeute 4)

En plus de l'apport des connaissances des médiations, le rapport à l'autonomie, élément clé de l'ergothérapie, est également rapporté dans le domaine de la psychiatrie. L'utilisation du cadre comme un outil thérapeutique est également une plus-value car l'infirmier n'est pas formé à utiliser le cadre de cette manière.

- Pour vous, quel est l'apport de l'ergothérapeute au sein de la Co-thérapie ?

Tab 16 : Apport de l'ergothérapeute au sein de la Co-thérapie :

<u>Professionnels :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>	<u>I1</u>	<u>I2</u>
<u>Apports :</u>	Toute l'approche autour de la médiation	Lien avec le quotidien	Conseils sur les activités, postures, orientation vers l'extérieur	Les médiations	Affine le travail, ciblage rééducatif	Enrichissement de la pratique

Les ergothérapeutes E1 et E4 indiquent comme apport de leur profession à la Co-thérapie leur savoir sur les médiations : « Pour moi, c'est toute l'approche autour de la médiation. Pour moi, en tant qu'ergothérapeute, on est vraiment formé à ça, en tout cas on n'est pas formé à une médiation spécifique, mais on est formé à la médiation en général et du coup dans notre approche autour de la médiation, on est plus expert je dirais que l'infirmier. » (Ergothérapeute 1). L'ergothérapeute E2 évoque l'apport de savoir-faire du lien entre les séances avec le quotidien du patient : « Je dirais que l'on va être plutôt, encore une fois, plus en lien avec le quotidien des patients voilà, le côté pratique aussi. » (Ergothérapeute 2). L'ergothérapeute E3 parle de l'apport des conseils ergothérapeutiques sur les activités, postures, et l'orientation vers l'extérieur : « Mais c'est vrai que je vais entendre des petites choses de l'ordre du quotidien, des activités où je me dis qu'il y a peut-être quelque chose à adapter. » (Ergothérapeute 3).

Pour les infirmiers ; l'infirmier I1 trouve que l'ergothérapeute affine le travail et le cible à la rééducation : « Je dirais que ça affine, le travail devient plus précis. [...] L'ergothérapeute peut apporter un côté rééducatif que moi je n'ai pas. » (Infirmier 1). L'infirmier E2 trouve que travailler en Co-thérapie avec un ergothérapeute lui permet d'affiner sa pratique par rapport aux ateliers à médiations : « pour moi, c'est vraiment un enrichissement de ma pratique. Parce que déjà, ne connaissant pas les médiations particulièrement, il fallait déjà que je m'enrichisse techniquement, [...] » (Infirmier 2).

Une nouvelle fois, les médiations sont citées comme plus-value de l'ergothérapie. D'autres plus-values ont été évoquées comme les liens fait avec le quotidien des patients, les divers conseils ergothérapeutiques sur les activités et les postures. « L'affinement »

(Infirmier 1) du travail ou encore l'enrichissement de la pratique, sont rapportés comme des plus-values de l'ergothérapie au sein de la Co-thérapie par les infirmiers.

4- Thème 4 : Les bienfaits de la Co-thérapie

Cette partie permet de conclure les questions et de connaître le point de vue des professionnels sur les bienfaits de la Co-thérapie. Elle permet également de valider, d'invalider ou de valider partiellement mon hypothèse de recherche.

- *L'ergothérapeute apporte-t-il une possibilité de transfert des acquis de séances dans le quotidien de la personne atteinte de trouble de la personnalité limite ? :*

Il s'agit ici d'une question destinée uniquement aux ergothérapeutes.

Tab 17 : possibilité de transferts des acquis par l'ergothérapeute ? :

<u>Ergothérapeutes :</u>	<u>E1</u>	<u>E2</u>	<u>E3</u>	<u>E4</u>
<u>Oui / non :</u>	Oui	Oui	Oui	Oui

L'avis des ergothérapeutes est unanime ; Oui l'ergothérapeute apporte une possibilité de transfert des acquis de séances dans le quotidien de la personne atteinte de trouble de la personnalité limite : « Et bien en fait on a vu, je pense surtout à une patiente, on a vu en fait l'évolution au fur et à mesure des séances [...] » (Ergothérapeute 2) ; « Oui ... Oui dans la mesure où ... nous travaillons au niveau symbolique. » (Ergothérapeute 4).

Je n'avais pas mis cette question dans le guide d'entretien infirmier, au cours de la passation des différents entretiens et après la passation du premier entretien infirmier, je me suis rendue compte qu'il aurait été pertinent de connaître leur avis également. La question a donc été posée à l'infirmier I2. Celui-ci partage l'avis favorable des ergothérapeutes : « oui oui, on voit que les patients arrivent à se saisir des choses et à les appliquer après à l'extérieur. » (Infirmier 2).

IV- Discussion :

1- Mise en relation des résultats obtenus avec le cadre conceptuel :

- *Le trouble de la personnalité limite :*

Comme vu dans la partie théorique, Bergeret, (2016) a dépeint le trouble de la personnalité limite par 9 signes cliniques tels que : le sujet « porc-épic », la dépression anaclitique, le sentiment de solitude et d'abandon, l'angoisse spécifique, l'effet de transparence, le régime oscillatoire / la stabilité dans l'instabilité, l'asynclitisme, les bouffées délirantes et les épisodes de dépersonnalisation, les passages à l'acte sexuel, toxiques, médicaux-légaux, par automutilations et par des tentatives de suicides.

Les professionnels interrogés désignent le clivage, les angoisses, les débordements et l'humeur labile comme étant les signes cliniques les plus difficiles à contenir au sein d'ateliers thérapeutiques. Ils font part du fait que les patients souffrant de trouble de la personnalité limite aient tendance à pousser les limites du cadre et de ne pas toujours respecter la distance thérapeutique. Les signes cliniques vu dans la littérature, se retrouvent donc bien dans la pratique. L'ensemble de ce panel travaille dans des structures extrahospitalière, de ce fait les patients sont dans l'ensemble stabilisés. Il se peut que certains signes cliniques évoqués dans la littérature tels que les bouffées délirantes par exemple, se retrouvent plus chez les patients en intra hospitalier.

- *La Co-thérapie ergothérapeute-infirmier :*

Pour rappel théorique, Vaur, (2016), ergothérapeute, relate six outils thérapeutiques pour prendre en charge le patient souffrant de trouble de la personnalité limite. Parmi eux, le second outil : « Il faut être deux soignants dans la prise en charge de ces patients », permet selon l'auteur, l'étayage du patient. De cette manière, l'outil évite le clivage : symptôme évoqué précédemment dans la littérature et par les professionnels interrogés. Vaur conseille de constituer ce binôme par deux Co-thérapeutes de professions différentes pour favoriser leur complémentarité dans l'attitude d'écoute.

Tous les professionnels interrogés s'accordent à mettre en avant la plus-value de la Co-thérapie. Cependant, ils trouvent des apports différents à celle-ci et son utilisation diverge d'un professionnel à l'autre.

Au vu des résultats de l'analyse, trois professionnels sur six ont travaillé en Co-thérapie et ont également mené seul des ateliers thérapeutiques. Ils rapportent tous les trois un avis favorable à la Co-thérapie. De ce fait, je constate que réaliser des ateliers à médiations avec ces patients souffrant de trouble de la personnalité limite est possible seule mais la Co-thérapie reste une réelle plus-value pour le patient et pour le soignant. Trois professionnels rapportent les bienfaits de la Co-thérapie pour contrer le clivage des patients souffrant de TPL. Les infirmiers notent la plus-value pour contenir l'ensemble des débordements possible de la part de ces patients. D'après certains ergothérapeutes interrogés, la Co-thérapie reste un outil et donc n'est pas toujours utilisé dans l'ensemble des ateliers thérapeutiques. La Co-thérapie répond aux difficultés différentes des professionnels. Tout comme Vaur, (2016), les infirmiers rapportent le bénéfice de la Co-thérapie dans la complémentarité des deux professions.

La connaissance des médiations, les conseils ergothérapeutiques, favoriser l'autonomie et utiliser le cadre comme outil thérapeutique sont les principales plus-values de l'ergothérapeute rapportées par l'ensemble des professionnels de ce panel. La connaissance de la symptomatologie, l'observation des effets secondaires des traitements, le rôle de réassurance ou encore d'observateur sont les plus-values de l'infirmier citées par l'ensemble des professionnels interrogés.

Les propos de ces professionnels rejoignent donc ceux de la littérature. Cependant, Meynckens-Fourez, (2017) rapporte des désavantages à la Co-thérapie comme le risque de tension non analysée entre deux Co-thérapeutes pouvant nuire à la prise en charge du patient.

2- Retour sur l'hypothèse :

Pour rappel, ma question de recherche était : « *Quel est l'apport de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie avec des infirmier(e)s lors d'ateliers thérapeutiques, pour une prise en soin de patients adultes souffrant de trouble de la personnalité limite ?* ». L'hypothèse de recherche émise était donc la suivante : « *Au sein d'une Co-thérapie avec*

un(e) infirmier(e), l'ergothérapeute apporte une possibilité de transfert des acquis de séances dans le quotidien de la personne atteinte de trouble de la personnalité limite ». Si je me base sur l'analyse des résultats des enquêtes menées, je peux constater en effet à l'unanimité des réponses des personnes interrogées qu'elles s'accordent à valider mon hypothèse. En effet, les quatre ergothérapeutes et l'infirmier interrogés sur cette question ont tous répondu « oui » à cette question. Toutefois, mon hypothèse n'est que partiellement validée car les professionnels interrogés ont évoqué d'autres apports de l'ergothérapeute.

De plus, l'une des questions de ma grille d'entretien ciblait une réponse en faveur mon hypothèse, de ce fait les professionnels n'auraient peut-être pas évoqué par eux-mêmes l'apport des transferts d'acquis.

Par ailleurs, en réalisant les entretiens, de par les divers exemples donnés par les professionnels et en analysant les résultats, je m'interroge sur le terme utilisé de transfert des acquis et particulièrement sur la terminologie. En effet, je n'ai pas trouvé de définition clair dans la littérature pour le définir. Est-ce réellement des acquis à proprement parlé ou bien parlons-nous ici d'engagement du patient, de performance, ou encore de capacité à se réinvestir dans ses rôles ?

Toutefois, je peux exprimer, de par les réponses des professionnels avec qui je me suis entretenue, que la plus-value de l'ergothérapeute s'oriente autour de ses connaissances propres, de sa formation de l'utilisation des médiations et de ses compétences à favoriser l'autonomie du patient dans ses capacités de vie quotidienne. En effet, l'utilisation des médiations, le regard professionnel pour favoriser l'autonomie du patient sont propres à la formation ergothérapique et sont donc des atouts pouvant être mis en place au côté de l'infirmier non formé à cela, lors d'une Co-thérapie.

3- Les limites :

Dans un premier temps, j'ai rencontré des limites bibliographiques dans la conception de mon cadre théorique. En effet, les lectures restent relativement pauvres sur la Co-thérapie en général, d'autant plus celles ciblées sur la Co-thérapie ergothérapeute et infirmier comme Co-thérapeute.

Pour parler de mon écrit en lui-même, je l'ai rédigé selon le modèle psychodynamique, dû à sa pertinence avec mon sujet, selon moi. Il a pour avantage d'être porté sur les émotions et les relations. Il porte une attention particulière aux causes et à l'origine de la maladie. Il a toutefois des limites : son utilisation requiert des compétences spécifiques de la part du thérapeute et par conséquent une mauvaise utilisation pourrait être contraignante pour le patient. De plus, « Une supervision est généralement nécessaire pour aider le thérapeute à comprendre certains phénomènes transférentiels en jeu dans la thérapie. » (Morel-Braqu, 2017). De ce fait, j'aurais pu le coupler avec le modèle canadien MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) pour parler des termes d'engagement occupationnel, de volition ou encore de performance comme cité ci-dessus. Ce modèle pourrait répondre à mon questionnement précédent sur la terminologie de transferts des acquis.

De plus, dans mon hypothèse je parle de transfert des acquis. Le transfert des acquis est un rôle clef de l'ergothérapeute. Il existe des outils spécifiques tels que l'EMAE (outil du MOH) qui permettent d'évaluer ce transfert. Il aurait été intéressant dans la poursuite de ce mémoire de s'intéresser à ces outils et à la plus-value de leur utilisation auprès de ces patients.

Par rapport à l'enquête, la limite principale à noter est le nombre inégal de professionnels interrogés entre les deux professions (quatre ergothérapeutes contre deux infirmiers). En effet, à la fois le temps imparti et la disponibilité de chacun ne m'a pas permis d'interroger davantage d'infirmiers. De plus l'outil utilisé, l'entretien semi directif a ses limites comme tout outil. Il aborde l'aspect qualitatif, justifiant mon choix. Cependant un outil aux données quantitatives aurait pu m'apporter davantage d'éléments sur l'utilisation et l'apport de la Co-thérapie avec les patients souffrants de TPL.

V- Conclusion

Comme évoqué en début de ce mémoire d'initiation à la recherche, le trouble de la personnalité limite est la pathologie la plus fréquente des troubles de la personnalité. En effet, elle touche entre 0,5 à 6 % de la population générale. Il s'agit d'une pathologie se situant entre la névrose et la psychose. Poser un diagnostic pour cette pathologie reste encore à l'heure actuelle difficile. Cependant, il semble que les structures psychiatriques accueillent de plus en plus de patients souffrant de TPL. Cette pathologie est plus communément appelée pathologie Borderline, ou définie par le terme d'état-limite.

Du fait de sa formation aux médiations, l'ergothérapeute prend en charge les patients en psychiatrie en groupe ou individuellement, à travers des ateliers à médiation. Ces médiations sont diverses, elles sont catégorisées en 7 grands thèmes : perceptivo-sensorielles, motrices et gestuelles, émotionnelles, cognitives, identitaires, relationnelles, créatives et projectives. En psychiatrie, les professionnels de santé et du social peuvent mener leur ateliers thérapeutiques en Co-thérapie. L'un des outils indispensables pour les prises en soin avec ces patients souffrant de TPL, est la pluriprofessionnalité pouvant donc se travailler en Co-thérapie. La Co-thérapie est le fait de mener, par exemple, des ateliers thérapeutiques à au moins deux thérapeutes. Pour ces patients, la Co-thérapie semble indispensable pour notamment éviter au mieux le clivage, symptôme caractéristique du trouble de la personnalité limite.

Suite à l'enquête réalisée auprès de quatre ergothérapeutes et de deux infirmiers travaillant en santé mentale, dans des structures extrahospitalières, j'ai pu constater qu'il est difficile de contenir seul les patients souffrant de trouble de la personnalité limite et qu'il est bénéfique de réaliser les ateliers thérapeutiques auxquels ils participent en Co-thérapie. En échangeant avec les professionnels, j'ai pris conscience que toutes les Co-thérapies avec différents professionnels sont intéressantes et regorgent de plus-value différentes. La Co-thérapie permet de mieux assurer le groupe et d'avoir différents regards sur les patients et sur l'analyse de son apport dans leur prise en soin. Il est à noter ici la complémentarité entre les ergothérapeutes formés aux médiations, et aux infirmiers formés plus spécifiquement sur l'observation de la symptomatologie des patients.

Ensuite, ce mémoire d'initiation à la recherche, m'a permis d'explorer la plus-value de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie ergothérapeute – infirmier, pour des patients adultes, souffrant de trouble de la personnalité limite. Il m'a également permis de porter

ma réflexion sur la manière dont l'ergothérapeute pouvait mener l'une de ses grandes spécificités ; Le transfert des acquis. En effet, j'ai pu chercher à comprendre si l'ergothérapeute pouvait aider le patient à transférer les acquis obtenus, lors des séances thérapeutiques au sein de sa vie quotidienne. Enfin, il m'a permis de prendre conscience de la plus-value de l'ergothérapeute par ses connaissances des médiations, et sa capacité à favoriser l'autonomie des patients au sein de la cité. Il m'a également permis de prendre en compte la complémentarité ergothérapeute et infirmier.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a apporté un enrichissement à la fois personnel et professionnel. En effet, cet écrit m'a permis d'approfondir mes connaissances théoriques sur le trouble de la personnalité limite et sur la Co-thérapie. De plus, il m'a permis d'améliorer mes compétences rédactionnelles qui seront bénéfiques pour ma future pratique professionnelle. Enfin, ce travail m'a permis de développer mes capacités d'organisation et d'autonomie en le travaillant tout au long de l'année.

En tant que futur professionnel et par intérêt pour mon sujet, j'ouvrirais ce travail sur une perspective de mieux cibler les conséquences de la pathologie sur la vie quotidienne du patient. Pour se faire, je me verrais échanger davantage sur ce sujet, avec les professionnels gravitant autour de ces patients. Comme première piste d'ouverture sur ces conséquences sur leur vie quotidienne, j'ouvrirais sur l'isolement du patient. En effet, les diverses difficultés relationnelles sont connues chez ces patients, je trouve donc cela pertinent de connaître les moyens dont dispose l'ergothérapeute, en Co-thérapie, pour travailler sur cette problématique.

Bibliographie :

- Article de revue :

André, C. (2008). Trouble de la personnalité. *La revue du praticien*, 58, 553-555.

Bartoloni, C. (2021). Co-thérapie. *VST - Vie sociale et traitements*, 150, 80-84.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, 82, 31-42.

J. Desrosiers, J., Larrivière, N., Desrosiers, J., Boyer, R., David, P., Bérubé, F. A., & Pérusse, F. (2017). Conception d'un outil d'évaluation du fonctionnement quotidien pour les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, le fonctionnement au quotidien avec un trouble de la personnalité borderline (FAB). *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(2).

Germani, S. (2020). Le recours à l'acte chez le sujet borderline. *Santé mentale*, 248, 12-16.

Guelfi, J. D., Cailhol, L., Robin, M., & Lamas, C. (2017). États limites et personnalité borderline. *Santé mentale*, 24-33.

Kernberg, O. (2013). Les tendances suicidaires chez les états-limites. Dans *Narcissisme et états-limites* (p. 147-161). DUNOD.

LAUNOIS, M. Activités ou médiations ? Comment une activité ou une médiation peuvent-elles être ou devenir thérapeutiques ?

Luchene, A. V. (2015). Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique. *VST - Vie sociale et traitements*, 128, 53-59.

RIGUET, K. (2016). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. ANFE association nationale française des ergothérapeutes.

Roth, E. M., & Heitzmann, E. (2008). Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé. *Travailler*, 19, 81-102.

Thomas, P. (2020). Actualités du trouble de personnalité borderline. Ambridge University Press, 555-556.

- Chapitre de livre :

American Psychiatric Association, Crocq, M. A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C., Pull-Erpelding, M., & American Psychiatric Association. (2015). Troubles de la personnalité. Dans DSM-5 (2e éd., p. 780-784). Elsevier Gezondheidszorg.

Archambeau, S. (2010). Témoignage : l'atelier d'expression en milieu thérapeutique. In S. Archambeau (ed.), *L'atelier d'expression en psychiatrie : L'expérience de Libourne* (p. 93-101). Trames.

Brun, A. (2021). Médiations thérapeutiques. Dans S. Schauder (Éd.), *Ce que les psychanalystes apportent à l'université* (p. 121-128). érès.

Estellon, V. (2019). Chapitre III. Les états limites : isolation et définition du syndrome psychopathologique. Dans : Vincent Estellon éd., *Les états limites* (5e éd., p. 47-53). Que sais-je.

Guillez, P., Tétreault, S., Izard, M. H., & Morel, M. C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck.

Hernandez, H. (Éd.). (2016). Dans le champ de la clinique. Dans *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd., p. 179-182). De Boeck.

Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (2002). *Handbook of interview research. Context and method*. Los Angeles, CA : Sage Publications.

Lemperière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2006). Les modèles en psychiatrie. Dans *Psychiatrie de l'adulte* (2e éd., p. 86-89). Masson.

Lemperière, T., & Féline, A. (2006). Les personnalités pathologiques. Dans *Psychiatrie de l'adulte* (2e éd., p. 205-211). Masson.

Meynckens-Fourez, M. (2017). Co-intervention, Co-thérapie : diverses déclinaisons en ambulatoire et en institution. Dans *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* (1re éd., Vol. 58, p. 105-127). De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M.-C. (Éd.). (2017). Cadres de référence ou modèles appliqués interprofessionnels. Dans Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (2e éd., p. 206-216). Deboecksupérieur.

Mutis, M. (1995). Do-In et relaxation. Dans relaxation (p. 237-245). L'Esprit du temps.

Pull, C. B. (1993). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. OMS.

Soulié, M. (2001). La Co-thérapie. Dans Dialogue (Vol. 154, p. 67-72). érès.

Vujanovic, M. (2013). Co-thérapie et processus de médiation thérapeutique en psychiatrie "C'était quoi la question ? ". Dans Expériences en ergothérapie (26e éd., Vol. 19, p. 153-159). Sauramns médical.

Winnicott, D. W., Pontalis, J., & Monod, C. (1971). L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications. Dans Jeu et réalité : L'espace potentiel (p. 162-176). Folio essais.

- Livre :

Bourgeois, D. (2010). Comprendre et soigner les états-limites (2e éd.). Dunod.

De Pury, S. (1998). Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique. Paris : Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.

Granger, B., & Karaklic, D. (2014). Les Borderlines. JACOB.

Hernandez, H. (2016). Ergothérapie en psychiatrie. De Boeck.

Klein, F. (2014). Être ergothérapeute en psychiatrie. érès.

Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans Guide pratique de recherche en réadaptation (1re éd., p. 215). De Boeck.

Tilmans-ostyn E. & Tysma J. (1974) : Enkele ervaringen van een co-therapeutisch team in gezinstherapie. In M. Nevejan : Gezins en echtparenbehandeling in Nederland, een

bundel. Sociale Bibliotheek, Van Loghum Slaterus, Deventer. (traduction disponible au CEFORES)

- Site internet :

Amad, A. (2014, juin). Actualités en génétique du trouble de personnalité borderline. La Lettre du Psychiatre. Consulté le 3 avril 2022, à l'adresse https://www.researchgate.net/profile/AliAmad/publication/263365672_Actualites_en_genetique_du_trouble_de_personnalite_borderline/links/00b4953aabd749ed33000000/Actualites-en-genetique-du-trouble-de-personnalite-borderline.pdf

ANFE. (2017). Consulté le 11 mai 2022, à l'adresse <https://www.anfe.fr/definition>

Claude, G. (2019, 30 octobre). Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse. Scribbr. Consulté le 17 avril 2022, à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>

Harrison, J., Weber, S., Jakob, R., & Chute, C. (2022, février). CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. World Health Organization. Consulté le 11 mai 2022, à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/lm/fr#http%3a%2f%2fid.who.int%2fpid%2fentity%2f1324394161>

Objectifs personnalité états-limites. (2015). Ergopsy. <http://www.ergopsy.com/objectifs-specifiques-personnalite-etats-limites-i156.html>

Santé mentale. (2019, 19 décembre). Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 21 novembre 2021, à l'adresse https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_2

Trouble de la personnalité limite : qu'est-ce que c'est ? (2012, 25 novembre). <https://www.passeportsante.net/>. Consulté le 23 février 2022, à l'adresse https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=borderline_trouble_personnalite_limite_pm

- Reportage audio / télévisé :

Les états-limites. (2012, 3 juillet). France Culture. <https://www.franceculture.fr/emissions/avec-ou-sans-rendez-vous-11-12/les-etats-limites>

Annexes :

- **Annexe I** : Guide d'entretien d'ergothérapeute
- **Annexe II** : Guide d'entretien d'infirmier
- **Annexe III** : Guide de lecture d'entretien d'ergothérapeute
- **Annexe IV** : Guide de lecture d'entretien d'infirmier
- **Annexe V** : Retranscription d'entretien avec l'ergothérapeute n°1
- **Annexe VI** : Retranscription d'entretien avec l'infirmier n°1
- **Annexe VII** : Tableau récapitulatif des signes cliniques de J. Bergeret

Annexe I : Guide d'entretien d'ergothérapeute

Bonjour, je m'appelle Pauline, comme prévu par courriel nous allons échanger aujourd'hui autour de ma question de recherche qui est : « *Quel est l'apport de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie lors d'ateliers thérapeutiques, pour une prise en soin de patients adultes souffrant de trouble de la personnalité limite ?* ».

Comme convenu vous serez enregistré et les résultats seront ensuite anonymisés.

Si vous avez des questions n'hésitez pas à me les poser.

Etes-vous prêt pour commencer ?

Domaine	Question globale	Sous question (pour manque d'infos)	Réponses obtenues
<u>Son parcours professionnel :</u>	<i>Pouvez-vous vous présenter ?</i>	Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?	
		Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie et dans quelle structure ?	
		A temps plein / à temps partiel ?	
<u>Sa prise en charge avec les patients souffrant de trouble de la personnalité limite</u>	<i>Comment prenez-vous en charge vos patients souffrant de trouble de la personnalité limite ?</i>	Quels sont les signes cliniques du TPL les plus difficiles à contenir pour un thérapeute au sein d'un groupe thérapeutique ?	
		Quel(s) outil(s) thérapeutique(s) utilisez-vous pour des patients souffrant de TPL ?	
		Que pensez-vous du travail interprofessionnel ?	
		Quels types d'ateliers proposez-vous le plus aux patients atteints d'états-limites ?	
<u>Sa pratique en Co-thérapie :</u>	<i>Quelle est votre expérience avec le travail en Co-thérapie ?</i>	Pratiquez-vous la Co-thérapie depuis le début de votre carrière en tant qu'ergothérapeute en psychiatrie ? Si non, depuis quand la pratiquez-vous ?	
		Avez-vous constaté une différence de prise en soin quand vous travaillez seule ou en Co-thérapie ?	

		<p>Pratiquez-vous la Co-thérapie dans l'ensemble des ateliers ou le faites-vous uniquement pour certains ateliers ? Si oui, lesquels ? Et pourquoi ?</p> <p>Travaillez-vous également en Co-thérapie lors des entretiens ou des prises en charge individuelles ?</p> <p>Selon vous, pour quel atelier est-il indispensable d'être en Co-thérapie ?</p> <p>Avec quel professionnel travaillez-vous en Co-thérapie ?</p>	
	<p><i>Comment travaillez-vous en Co-thérapie (avec un(e) infirmier(e)) ?</i></p>	<p>Quel est votre rôle et celui de votre Co-thérapeute ?</p> <p>Comment établissez-vous le cadre de vos ateliers ? Quel est-il ?</p> <p>Quelles médiations utilisez-vous ?</p> <p>Par rapport à vos compétences professionnelles, qu'apportez-vous à l'IDE lors de Co-thérapie ?</p> <p>Pour vous, quel est votre apport en tant qu'ergothérapeute au sein d'une Co-thérapie ?</p>	
<p><u>Les bienfaits de la Co-thérapie :</u></p>	<p><i>Qu'est-ce que permet l'ergothérapeute en travaillant en Co-thérapie pour les patients souffrant de TPL (Trouble de la Personnalité limite) ?</i></p>	<p>L'ergothérapeute apporte-t-il une possibilité de transfert des acquis de séances dans le quotidien de la personne atteinte de trouble de la personnalité limite ?</p>	

Annexe II : Guide d'entretien d'infirmier

Bonjour, je m'appelle Pauline, comme prévu par courriel nous allons échanger aujourd'hui autour de ma question de recherche qui est : « *Quel est l'apport de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie lors d'ateliers thérapeutiques, pour une prise en soin de patients adultes souffrant de trouble de la personnalité limite ?* ». Comme convenu vous serez enregistré et les résultats seront ensuite anonymisés.

Si vous avez des questions n'hésitez pas à me les poser.

Etes-vous prêt pour commencer ?

Domaine	Question globale	Sous question (pour manque d'infos)	Réponses obtenues
<u>Son parcours professionnel :</u>	<i>Pouvez-vous vous présenter ?</i>	Depuis combien de temps êtes-vous infirmier(e) ?	
		Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie et dans quelle structure ?	
		A temps plein / à temps partiel ?	
<u>Sa prise en charge avec les patients souffrant de trouble de la personnalité limite</u>	<i>Comment prenez-vous en charge vos patients souffrant de trouble de la personnalité limite ?</i>	Quels sont les signes cliniques du TPL les plus difficiles à contenir pour un thérapeute au sein d'un groupe thérapeutique ?	
		Quel(s) outil(s) thérapeutique(s) utilisez-vous pour des patients souffrant de TPL ?	
		Que pensez-vous du travail interprofessionnel ?	
		Quels formations avez-vous en tant qu'IDE pour réaliser des ateliers avec médiations ? En exercez-vous seule ?	
<u>Sa pratique en Co-thérapie :</u>	<i>Quelle est votre expérience avec le travail en Co-thérapie ?</i>	Pratiquez-vous la Co-thérapie depuis le début de votre carrière en tant qu'infirmier(e) en psychiatrie ? Si non, depuis quand la pratiquez-vous ?	
		Avez-vous constaté une différence de prise en soin quand vous travaillez seule ou	

		en Co-thérapie ?	
		Travaillez-vous également en Co-thérapie lors des entretiens ou des prises en charge individuelles ?	
		Selon vous, pour quel atelier est-il indispensable d'être en Co-thérapie ?	
	<i>Comment travaillez-vous en Co-thérapie (avec un ergothérapeute) ?</i>	Quel est votre rôle et celui de votre Co-thérapeute au sein de la Co-thérapie ?	
		Comment établissez-vous le cadre de vos ateliers ? Quel est-il ?	
		Quelles médiations utilisez-vous en Co-thérapie ?	
		Que vous apporte le travail avec un ergothérapeute lorsque vous travaillez en Co-thérapie ?	

Annexe III : Guide de lecture d'entretien d'ergothérapeute

Les questions :	Réponses obtenues :
<p>1- <u>Son parcours professionnel :</u></p> <p><i>Pouvez-vous vous présenter ?</i></p> <p><i>Ergothérapeute N°1 :</i> « Alors donc moi j'ai été diplômé en septembre, euh .. en juin 2020 et j'ai commencé à travailler en septembre 2020 auprès donc d'adulte euh .. en situation de handicap psychique, au sein donc d'un CATTP, [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2 :</i> « Alors je suis ergothérapeute, je suis diplômée en Colombie depuis 2004, là-bas c'est 5 ans pour le diplôme universitaire. Je suis venue en France en 2006 et j'ai commencé à travailler en 2009, l'été, en maison de retraite. Ensuite, en septembre 2009, j'ai commencé à travailler à l'hôpital psychiatrique et j'y travaille donc toujours depuis 2009. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3 :</i> « Je suis ergothérapeute. Je travaille en psychiatrie depuis maintenant trois ans. Avant ça, je travaillais dans un centre d'expertise et d'évaluation de solution pour l'autonomie qui était particulièrement orienté pour les personnes vieillissantes. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4 :</i> « Alors tout d'abord je suis ergothérapeute depuis 1984, j'ai travaillé uniquement en psychiatrie, d'abord en intra-hospitalier puis en HDJ, puis en CATTP et en CMP aussi pendant quelques années puis depuis quelques années je travaille en ateliers thérapeutiques. Car en effet j'ai fait aussi des formations, enfin deux formations en art-thérapie. Ensuite j'ai fait un D.U (diplôme universitaire) d'art thérapeute. Voilà. Et donc toute ma pratique a été on va dire influencée par ces formations-là. »</p>	<p><u>Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1 :</i> « [...] moi j'ai été diplômé en septembre, euh .. en juin 2020 [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2 :</i> « [...] je suis diplômée en Colombie depuis 2004, [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3 :</i> « J'ai été diplômée en 2014 »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4 :</i> « [...] je suis ergothérapeute depuis 1984 [...] »</p> <p><u>Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie et dans quelle structure ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1 :</i> « [...] j'ai commencé à travailler en septembre 2020 [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2 :</i> « [...] j'ai commencé à travailler à l'hôpital psychiatrique et j'y travaille donc toujours depuis 2009. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3 :</i> « Je travaille en psychiatrie depuis maintenant trois ans. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4 :</i> « [...] j'ai travaillé uniquement en psychiatrie, d'abord en intra-hospitalier puis en HDJ, puis en CATTP et en CMP aussi pendant quelques années puis depuis quelques années je travaille en ateliers thérapeutiques. »</p> <p><u>A temps plein / à temps partiel ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1 :</i> « Oui tout à fait [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2 :</i> « Actuellement je suis à temps plein sur le centre de réhabilitation [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3 :</i> « Je travaille à temps plein sur le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel donc au CATTP [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4 :</i> « A temps plein. »</p>
<p>2- <u>Sa prise en charge avec les patients souffrant de trouble de la personnalité limite :</u></p> <p><i>Comment prenez-vous en charge vos patients souffrant de trouble de la</i></p>	<p><u>Quels sont les signes cliniques du TPL les plus difficiles à contenir pour un thérapeute au sein d'un groupe thérapeutique ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1 :</i> « Les signes cliniques qui sont les plus compliqués pour moi actuellement, peut-</p>

<p><i>personnalité limite ?</i></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « [...] on les prend en charge et on les accompagne comme les autres patients, [...] on n'a pas de suivi spécifique. »</p> <p>« On a quelques prises en charge individuelles mais plutôt sur des accompagnements très spécifiques individuels mais en tout cas prise en charge groupales principalement. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : ✘</p>	<p>être parce que je suis jeune professionnel, mais c'est toutes les angoisses qui prennent beaucoup de place souvent dans les ateliers de groupes, leurs angoisses propres [...] »</p> <p>« [...] c'est souvent des personnalités qui, en tout cas, clivent beaucoup les équipes, [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « [...] pour avoir de l'expérience, je dirais le clivage. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « [...] ces patients avec cette personnalité limite, [...] vont avoir cette particularité de jouer avec le cadre, [...]. Donc ça va créer des tensions dans le groupe, [...] »</p> <p>« [...] il faut avoir une équipe qui est à mon sens unie sur la prise en charge. »</p> <p>« Et effectivement, il va jouer avec ce clivage et c'est vrai que du coup ce clivage-là est dur aussi à gérer. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Les attaques du cadre aussi, ça peut être le fait d'arriver en retard, ça peut être de toujours demander à faire quelque chose à côté de ce qui est prévu. Voilà, tout ce qui à avoir avec le cadre en fait, parce que eux-mêmes ont du mal avec leurs propres limites, limites corporelles et psychiques, savoir ce qui est dedans et dehors, ce qui est censé être du registre de l'intime. C'est aussi tout ce qui est en lien avec le psychocorporel, par des scarifications par exemple. »</p> <p><u>Quel(s) outil(s) thérapeutique(s) utilisez-vous pour des patients souffrant de TPL ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « [...] l'un des points primordiaux, que l'on met en place, c'est que l'on n'intervient jamais seule auprès de ces personnalités-là. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Alors pour ces patients, nous on travaille avec des ateliers thérapeutiques manuels : mosaïques, cartonnage, couture etc... Mais ce sont des médiations thérapeutiques. Et en fait ici sur la méditation, ce sont plutôt des groupes thérapeutiques [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « Alors ça va être, les médiations déjà, que l'on propose. Puisque les médiations ce sont les patients qui les choisissent. C'est effectivement travailler avec des activités qui font sens pour les patients. Et aussi toujours le binôme qui va pouvoir intervenir. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Ca va être plus être de conscientiser ce que nous pouvons apporter et</p>
--	---

	<p>notamment la notion du cadre. Le cadre comme étant un outil thérapeutique et pas juste un cadre temporaire par exemple. L'ensemble du cadre et l'observation de la personne sont des outils thérapeutiques. Ça nous transmet des renseignements. »</p> <p><u>Que pensez-vous du travail interprofessionnel ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Pour moi c'est primordial en tout cas d'intervenir auprès de ces patients à plusieurs ... au minimum 2 et d'avoir toujours un discours cohérent. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Je trouve que c'est super intéressant parce que ce sont des patients qui, quand même demandent d'avoir plusieurs professionnels autour, avec des points de vue différents. Ça peut apporter quand même beaucoup à leur prise en charge. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « [...] être avec un autre collègue qui va permettre aussi de pouvoir voir les choses, rebondir, reprendre avec l'autre, soutenir en fait le collègue, ça va un peu soulager. Aussi le collègue ne va pas se retrouver seul face à un patient qui potentiellement va pas forcément bien supporter la frustration et monter dans l'agressivité. »</p> <p>« Quand un des deux Co-thérapeutes est justement trop pris dans la relation avec ce patient, parce que ça peut monter, il peut parfois dire des choses qui font que le patient justement, enfin ce type de patient, va aussi bien cerner un petit peu les failles chez le thérapeute et des fois le thérapeute peut malheureusement se retrouver piégé. Et le fait d'avoir ce binôme va pouvoir permettre aussi de sortir l'autre thérapeute [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Je trouve que c'est une richesse. Une richesse parce que l'on a des angles différents d'observation et d'analyse de ce qui se passe. »</p> <p><u>Quels types d'ateliers proposez- vous le plus aux patients atteints d'états-limites ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « [...] plutôt projectives où l'on peut travailler différentes problématiques conscientes ou inconscientes, après il y a des activités corporelles, [...] soit pour la remise en mouvement soit pour de la détente, de la relaxation, après des activités autour du groupe et de la communication, donc là plutôt de la relation on va dire et puis après il y a quelques accompagnements individuels autour des projets de</p>
--	---

	<p>vie et des questions plus spécifiques. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Alors ça pourrait je pense, être des ateliers où on travaille quand même les côtés relationnels, voilà, donc ça serait je pense du théâtre, ça pourrait être intéressant des groupes de paroles, ça pourrait être intéressant certains contenus plus cognitifs quand même qui permettent avec différents supports de travailler certains objectifs, comme par exemple pour faire passer un message au patient. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « L'art plastique, je trouve que c'est pas mal. Je trouve que c'est pas mal parce que, [...] j'ai l'impression c'est quand même moins frustrant, que par exemple la couture, où il faut quand même avoir des connaissances un peu plus techniques et partir sans connaissances ça peut générer de l'agacement et de la frustration, surtout pour des personnes comme eux qui ne supportent pas forcément les règles. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Alors moi je trouve que l'atelier « Terre » est particulièrement indiqué, dans la mesure où comme je disais tout à l'heure, avec les personnes borderline, il y a vraiment quelque chose autour de la question de l'enveloppe psychocorporelle. La terre, c'est une matière qui permet le volume. Le fait que ce soit donc en volume, ça induit assez simplement et naturellement les représentations corporelles je trouve. »</p> <p>« Ça permet donc aussi des décharges pulsionnelles. Chez les personnes borderline, il y a souvent cette nécessité là à certains moments de se décharger au niveau des pulsions. Quelques fois ils se déchargent sur eux-mêmes, font de l'autodestruction. Donc là, justement, de pouvoir utiliser ces gestes-là dans la matière, c'est plutôt intéressant pour eux. »</p>
<p>3- <u>Sa pratique en Co-thérapie</u> :</p> <p><i>Quelle est votre expérience avec le travail en Co-thérapie ?</i></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : ✘</p>	<p><u>Pratiquez-vous la Co-thérapie depuis le début de votre carrière en tant qu'ergothérapeute en psychiatrie ? Si non, depuis quand la pratiquez-vous ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Alors j'ai toujours travaillé en Co-thérapie, dans les ateliers en tout cas. Après les seules fois où j'étais seul, c'est pour la partie plutôt évaluation plus spécifique ergo-, autour des projets ELADEV ou pour les accompagnements autour des questions très précises du quotidien. »</p> <p>« [...] mais du coup je n'ai jamais eu à accompagner des personnes état-limite sur des projets individuels seuls. »</p>

	<p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Et bien en fait, depuis 2009 que je suis à l'hôpital, j'ai toujours travaillé en Co-thérapie, à part pour les prises en charge individuelles que je fais seule mais voilà. Mais sinon au niveau des groupes, j'ai toujours travaillé en Co-intervention [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « Je pratique la Co-thérapie depuis le début effectivement. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Assez rapidement on va dire. Après dans la première structure dans laquelle j'étais ça ne s'y prêtait pas, j'étais en intra hospitalier. Mais après, dès que j'ai travaillé en hôpital de jour, au bout de deux ans, j'ai travaillé en Co-thérapie. »</p> <p><u>Avez-vous constaté une différence de prise en soin quand vous travaillez seule ou en Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Oui ! [...], c'est une richesse d'avoir un autre regard. Après le faire seule n'empêche pas de faire du bon boulot aussi quoi. C'est une richesse supplémentaire mais le travail peut se faire seule aussi. Ça amène un plus on va dire. »</p> <p><u>Pratiquez-vous la Co-thérapie dans l'ensemble des ateliers ou le faites-vous uniquement pour certains ateliers ? Si oui, lesquels ? Et pourquoi ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Alors non, on est que en Co-thérapie, parce que, bah, le bénéfice je trouve..., alors après on n'a pas le même positionnement dans les ateliers, ça peut changer selon les ateliers [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Non la Co-thérapie, on l'utilise dans tous les groupes, [...]. Et ça permet aussi d'avoir des points de vue différents sur ce qui se passe dans les groupes [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « C'est pas toujours en Co-thérapie. Je fais quelques activités seule et je fais quelques activités en Co-thérapie. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Nan que pour certains. »</p> <p><u>Travaillez-vous également en Co-thérapie lors des entretiens ou des prises en charge individuelles ?</u></p>
--	---

	<p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Alors, dans le cadre des entretiens pour les patients qui en ont besoin à tout moment, et qui ne sont pas spécifiques, on travaille toujours à 2. »</p> <p>« Et puis sinon, en dehors des entretiens d'accompagnement individuel, il y a les entretiens d'évaluation que moi je fais, là je suis seule [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Pour la prise en charge individuelle ergothérapeutique, non. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « Lors des entretiens patients programmés, je suis en Co-thérapie avec une infirmière. Il peut arriver qu'un patient arrive pendant nos ateliers ou bien par téléphone avec nécessité d'un entretien imprévu, dans ce cas la Co-thérapie dépend de la disponibilité des soignants. Mais dans l'idéal je m'arrange pour faire ces entretiens de manière pluridisciplinaire. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Bah c'est à dire que si c'est une prise en charge individuelle, c'est-à-dire qu'il y a que le patient et un thérapeute. Il n'y a pas de troisième personne, sinon ce n'est plus une prise en charge individuelle. On n'est jamais à deux pour une prise en charge individuelle d'un patient mais on peut le faire pour des entretiens. »</p> <p style="text-align: center;"><u>Selon vous, pour quel atelier est-il indispensable d'être en Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Tous ! [...] notamment sur l'atelier « comme en jeux », où y a plus de corporel de façon directe mais quand même euh ... je vois que ça a pu être très bénéfique d'être deux parce que beaucoup plus contenant, d'autant plus qu'on alterne la parole donc ça soutient beaucoup plus. »</p> <p>« Et sur l'atelier découverte créative [...] l'avantage d'être deux, c'est qu'on peut tout à fait ... enfin mieux gérer je pense, humm ... parce que notamment on a eu beaucoup de crises d'angoisse dans cet atelier, [...] c'est clairement primordial pour le coup ... c'est mieux pour le groupe. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « En fait, je pense que le groupe théâtre déjà c'est essentiel. Ensuite, tous les groupes cognitifs pour assurer la continuité, c'est essentiel aussi. Après les groupes à médiation manuelles, au niveau des consignes, c'est aussi important d'être deux je pense. Je pense que de façon générale c'est important d'être en Co-thérapie. Même pour un groupe parole aussi, quand on est deux on peut mieux gérer la parole chez les patients, mieux relancer. »</p>
--	--

<p>Comment travaillez-vous en Co-thérapie (avec un(e) infirmier(e)) ?</p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : ✘</p>	<p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « Le groupe de parole. Parce qu'il peut arriver des fois que les patients arrivent avec des sujets un peu chaud-bouillant, un peu limite effectivement. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : ✘</p> <p><u>Avec quel professionnel travaillez-vous en Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : Infirmière, psychomotricienne, art-thérapeute et ergothérapeute.</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Oui, je fais aussi de la Co-thérapie avec une assistance sociale, on intervient ensemble dans des groupes d'autonomie. Avec des psychologues, on anime ensemble des groupes de cognition TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale. Je faisais aussi avant avec des psychomotriciennes, mais actuellement il n'y en a plus au sein de notre service. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « Avec une collègue art-thérapeute et une collègue infirmière. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Dans cette structure uniquement avec des infirmières ou avec une autre ergothérapeute. Mais dans d'autres structures, j'ai beaucoup travaillé avec des psychomotriciennes. »</p> <p><u>Quel est votre rôle et celui de votre Co-thérapeute ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « En ergothérapie moi je trouve que dans mon approche par rapport aux créations des patients notamment, [...] je vais essayer de soutenir la création tout en faisant en sorte qu'ils trouvent leur voie, leur propre solution. [...] Là où je trouve que ma collègue infirmière est beaucoup plus soutenante dans la création en donnant plus rapidement les solutions. Mais je pense que c'est juste une déformation professionnelle donc voilà ! »</p> <p>« [...] c'est vrai que l'apport d'un infirmier, même au niveau symptomatologie, quand on débute en tout cas, je trouve que c'est primordial ! »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Et je pense que la différence de notre prise en charge est dans la façon de comment nous voyons les choses. Nous les ergothérapeutes, on va être beaucoup plus orientés sur le côté de l'autonomie des patients mais aussi sur la partie cognitive. On sera plus sur le côté plus pratique, sur le côté fonctionnel pour les patients. Et</p>
---	--

	<p>on adapte, nous avons également cette notion d'adaptation. Ça fait partie de l'ergothérapie, donc si on propose quelque chose et que l'on voit que le patient va être en difficulté, on va plus facilement rebondir pour adapter le truc que nos collègues infirmiers. Après eux, ils ont toute la vision au niveau de ... autour des médicaments, de la surveillance des traitements, au niveau de la concentration etc... »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « Alors ! Non, on n'a pas vraiment échangés sur des rôles spécifiques quand on a commencé l'atelier ensemble. Par contre, ça va être quelque chose qui va se faire un peu plus naturellement en fait, sans en discuter. Ce que je peux observer, c'est qu'effectivement, les patients quand ils vont avoir des questions avec des angoisses de l'ordre des médicaments, ils vont naturellement plus facilement s'orienter vers une infirmière ... ou un infirmier [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Il est différent en fonction des personnes, de leur formation, de leur personnalité, donc je ne peux pas trop généraliser la dessus. »</p> <p>« On a, en tant qu'ergothérapeute, une connaissance et une expérience de l'utilisation de ces matières-là [...] »</p> <p>« Les infirmiers, au contraire, ils découvrent, un peu en même temps que les patients, ce que l'on peut travailler avec le médiateur. Ils n'ont pas été formés à ça. Par contre, ils ont un rôle de soutien et de réassurance. Et c'est aussi un point de vue différent pour observer les comportements des patients au sein du groupe. On a des observations différentes. »</p> <p><u>Comment établissez-vous le cadre de vos ateliers ?</u> <u>Quel est-il ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « [...] on établit le cadre ensemble, en fonction de ce qu'on veut y travailler avec les patients. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « A chaque fois, on rédige le projet ensemble et puis on définit ensemble le cadre du groupe. Quelque chose d'important que l'on fait depuis quelques années, c'est que une semaine sur deux, une d'entre nous anime principalement et l'autre est en observatrice. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « [...] en général, on en discute. C'est à dire qu'on va se prendre un petit temps avant ou après l'atelier ou pendant des réunions des fois, pour discuter de l'activité, sur ce qui s'est passé. »</p>
--	---

	<p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Ça dépend de l'objectif. Ça dépend pour qui on propose l'atelier, pour combien de personne, bien sûr on réfléchit au lieu, aux horaires puis après on discute du rôle de chacun. »</p> <p style="text-align: center;"><u>Quelles médiations utilisez-vous ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Toutes ! (Rire) [...] En fait, tout ce qui peut être créatif, en tout cas, tout ce qui est disponible dans l'atelier est utilisable ! Il n'y a pas de médiation spécifique. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Alors actuellement on fait un groupe de cognition et un groupe sortie sociaux-professionnelle qu'on fait une fois par mois. On propose donc des sorties aux patients dans une structure soit de travail soit plus dites associatives. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « [...] avec ma collègue infirmière, je fais le groupe de parole. Donc nous travaillons ensemble sur le groupe de parole et pendant un temps nous avons fait la couture aussi ensemble. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : Pour le groupe que l'on vient de démarrer, on part de la projection de leur propre image corporelle, ce qui leur fait créer des personnages à leur taille. Et après ils l'habillent comme ils veulent.</p> <p style="text-align: center;"><u>Par rapport à vos compétences professionnelles, qu'apportez-vous à l'IDE lors de Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Pour moi, c'est toute l'approche autour de la médiation. Pour moi, en tant qu'ergothérapeute, on est vraiment formé à ça, en tout cas on n'est pas formé à une médiation spécifique, mais on est formé à la médiation en général et du coup dans notre approche autour de la médiation, on est plus expert je dirais que l'infirmier [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Je pense que nous avons un côté très pratique. Souvent en fait, on donne des choses très en lien avec le quotidien du patient pour l'aider au mieux à l'extérieur. Et notre vision un peu du côté cognitif, on a toujours en tête cette notion de capacité cognitive : l'attention, les fonctions exécutives. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « J'ai l'impression, de ce que je peux apporter moi, ça va être un regard un peu plus extérieur. »</p>
--	---

	<p>« [...] Mais c'est vrai que je vais entendre des petites choses de l'ordre du quotidien, des activités où je me dis qu'il y a peut-être quelque chose à adapter. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : C'est déjà la question du cadre comme outil de soin. Ensuite, c'est la connaissance des matériaux et ce qu'ils permettent d'exprimer.</p> <p><u>Pour vous, quel est votre apport en tant qu'ergothérapeute au sein d'une Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Et bien je pense toute l'approche au niveau de la médiation. Pour moi de toute façon, c'est le fort de l'ergothérapeute en psychiatrie. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Je dirais que l'on va être plutôt, encore une fois, plus en lien avec le quotidien des patients voilà, le côté pratique aussi. D'essayer quand même de lui donner des outils pour qu'il puisse mettre en place ses acquis à l'extérieur de l'institution, même si ce n'est pas toujours évident. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : « Et bien de ce côté-là, c'est vrai que j'aurais tendance à bah revenir sur le côté des activités. Pouvoir donner des conseils là-dessus, des conseils de posture, des conseils aussi de réorientation vers l'extérieur. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Bah déjà, la plus part du temps se sont déjà des ateliers qui sont proposés par des ergothérapeutes. Si l'ergothérapeute n'était pas là, les médiations ne seront pas utilisées de la même manière. »</p>
<p>4- <u>Les bienfaits de la Co-thérapie :</u></p> <p><i>Qu'est-ce que permet l'ergothérapeute en travaillant en Co-thérapie pour les patients souffrant de TPL (Trouble de la Personnalité limite) ?</i></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : ✘</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : ✘</p>	<p><u>L'ergothérapeute apporte-t-il une possibilité de transfert des acquis de séances dans le quotidien de la personne atteinte de trouble de la personnalité limite ?</u></p> <p><i>Ergothérapeute N°1</i> : « Pour moi, oui ! Alors en l'occurrence, ça se fait de façon consciente ou pas consciente ou vérifiable j'avais envie de dire ou pas vérifiable, [...] »</p> <p>« [...] elle a pu reprendre parallèlement au CATTP ses études, [...] elle avait pu oser dire non à des personnes qui lui demandaient des choses ou elle ne voulait pas, en tout cas elle s'est un peu plus imposée dans ses choix, [...] »</p> <p><i>Ergothérapeute N°2</i> : « Oui, tout à fait ! En fait, nous avons créé un groupe d'autonomie au quotidien. On avait fait un constat que l'on était beaucoup plus dans la théorie et moins dans la pratique. Donc avec ma collègue, on essaie de faire des choses plus</p>

	<p>pratiques. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°3</i> : Oui ! Oui, je repense à des patients, enfin une patiente là en ce moment, il y a eu un moment où en terme de mobilité elle avait un peu régressé, non pas qu'elle avait plus les capacités physiques mais elle était devenue un peu apathique. Du coup, les activités ont pu permettre de la stimuler, de proposer des activités. [...] Et de ce fait elle recommence à bouger, à se réapproprier son corps dans l'espace et du coup, ça l'aide aussi dans son quotidien pour se mobiliser et sortir un peu plus. »</p> <p><i>Ergothérapeute N°4</i> : « Oui ... Oui dans la mesure où ... nous travaillons au niveau symbolique. Pour partir de la base, ce qui rend malade, c'est de subir des choses qu'on ne comprend pas. »</p> <p>« [...] très souvent les gens sont pétris d'angoisse et ne savent pas de quoi ils sont angoissés. Ils n'arrivent pas à mettre des mots dessus. Pouvoir le représenter, ça permet d'extérioriser ce que l'on a à l'intérieur de soi et une fois que ces maux on peut les regarder avec un peu de détachement et ensuite on va pouvoir les nommer, on les nomme ce que l'on voit. »</p> <p>« Donc à force de nommer, on fait ce que l'on appelle un travail d'accès au symbolisme. Faire du symbolisme et faire du lien. »</p> <p>« Donc de relier ça avec l'histoire du sujet et de lui donner du sens, du coup la personne va moins le subir. »</p> <p>« [...] c'est-à-dire que quand on conscientise les choses, on ne les subit plus et on redevient de nouveau acteur de sa vie et de ses relations avec autrui. »</p>
--	--

Annexe IV : Guide de lecture d'entretien d'infirmier

Les questions :	Réponses obtenues :
<p>1- <u>Son parcours professionnel :</u></p> <p><i>Pouvez-vous vous présenter ?</i></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Donc je suis infirmière, je travaille depuis plus de 20 ans, avant j'étais aide-soignante, j'ai 47 ans. »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « Alors, moi je suis infirmière depuis vingt-six ans, j'ai travaillé douze ans en soin somatique, euh ... que ce soit bloc opératoire, soins de suite, maison de retraite, chirurgie, médecine, salle de réveil, bloc opératoire, je ne sais pas si je l'ai déjà dit, je crois que si. »</p> <p>« Et après, ça fait là quatorze ans que je suis en psychiatrie. »</p> <p>« Donc onze ans en hospitalisation pleine, donc en service d'intra et là trois ans en CATTP, en extra. »</p>	<p><u>Depuis combien de temps êtes-vous infirmier(e) ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Donc je suis infirmière, je travaille depuis plus de 20 ans, [...] »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « Alors, moi je suis infirmière depuis vingt-six ans, [...] »</p> <p><u>Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie et dans quelle structure ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Alors j'ai travaillé 4 ans aux ateliers thérapeutiques et après quand ça a été mis en place, je suis passée à l'hôpital de jour. »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « Et après, ça fait là quatorze ans que je suis en psychiatrie. »</p> <p>« [...] et là trois ans en CATTP, en extra. »</p> <p><u>A temps plein / à temps partiel ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Je suis sur les 2 structures en fait, je fais de la thérapie familiale et je fais aussi la relation cognitive. »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « A temps plein. »</p>
<p>2- <u>Sa prise en charge avec les patients souffrant de trouble de la personnalité limite :</u></p> <p><i>Comment prenez-vous en charge vos patients souffrant de trouble de la personnalité limite ?</i></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> ✘</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> ✘</p>	<p><u>Quels sont les signes cliniques du TPL les plus difficiles à contenir pour un thérapeute au sein d'un groupe thérapeutique ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Je ne sais pas trop, ça fait 20 ans maintenant que je travaille en psychiatrie, donc je commence à avoir de la bouteille et à savoir gérer les trucs. »</p> <p>« Ah, peut être si, je dirais l'idée de réussir à contenir le débordement, à ce qu'il ne parle pas trop de leur problème personnel sur le groupe. »</p> <p>« Et la gestion de l'humeur aussi. Ils sont soit très tristes ou très gais. »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « Alors souvent, pour les personnalités borderline, c'est plutôt le cadre thérapeutique qui est difficile à tenir souvent. Ils essaient toujours d'aller aux frontières en fait de ce qui est permis, pas permis et c'est souvent au niveau du cadre et de la distance thérapeutique. »</p>

	<p style="text-align: center;"><u>Quel(s) outil(s) thérapeutique(s) utilisez-vous pour des patients souffrant de TPL ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1</i> : « Les groupes que j'ai ; la musique, la cuisine etc.... Je dirais que le médiateur utilisé n'a pas d'importance. J'ai expérimenté plusieurs médiateurs différents. » = Les médiations.</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : « On fait beaucoup d'individuel en groupe. »</p> <p>« [...] au niveau de la distance thérapeutique, ça peut parfois être un peu compliqué. »</p> <p>« [...] surtout avec une médiation en fait. Des groupes à médiations. »</p> <p style="text-align: center;"><u>Que pensez-vous du travail interprofessionnel ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1</i> : « on est complémentaire. »</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : « Moi je trouve que c'est très complémentaire, par ce que l'on n'a pas tous les mêmes visions de ce qui se passe, qu'on soit infirmier, ergo, ou psychomot'. Donc du coup, c'est très complémentaire. »</p> <p>« Ça apporte un plus à la prise en charge. »</p> <p style="text-align: center;"><u>Quels formations avez-vous en tant qu'IDE pour réaliser des ateliers avec médiations ? En exercez-vous seule ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1</i> : « J'ai fait des formations à côté, à Paris notamment. J'ai fait une formation notamment autour de la musique, de la santé et de l'animation. Pour tout ce qui était artistique, j'ai fait des formations à côté. »</p> <p>« J'ai fait cette année durant 6 à 7 mois un atelier artistique avec comme médiation de la mosaïque et j'étais seule. »</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : « Alors moi j'ai aucune formation par rapport à la formation. J'apprends justement avec mes collègues ergo. Mais j'en fait un quand-même toute seule, parce que là c'est quand-même plus dans mon domaine, parce que c'est le bien être ; ce sont des massages ... se sont des soins du corps en fait. Et c'est quand même plus dans le domaine des soins infirmiers, les soins corps. Et là par contre, j'ai déjà eu une formation « touché dans le soin » en fait. Et une formation soins esthétique aussi. »</p> <p>« On n'a pas de formations aux médiations en fait. »</p>
--	--

<p>3- <u>Sa pratique en Co-thérapie :</u></p> <p><i>Quelle est votre expérience avec le travail en Co-thérapie ?</i></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> ✘</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> ✘</p>	<p><u>Pratiquez-vous la Co-thérapie depuis le début de votre carrière en tant qu'infirmier(e) en psychiatrie ? Si non, depuis quand la pratiquez-vous ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Non, pas forcément. Au début, puisqu'il n'y avait pas assez de professionnel, j'étais seule. Mais normalement ça devrait être la base ! La base, c'est que l'on soit deux. »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « Euh non, je n'ai pas pratiqué tout de suite la Co-thérapie. Je la pratique depuis trois ans. Depuis que je suis au CATTP. »</p> <p><u>Avez-vous constaté une différence de prise en soin quand vous travaillez seule ou en Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Ah oui ! Parce que quand ils ne sont pas bien psychologiquement, si on n'est pas deux, comment on fait pour les entretiens par exemple ? Par exemple, quand un patient ne va pas bien, l'infirmière peut lui proposer de s'isoler et faire un entretien individuel. »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « Quand je suis en atelier bien être ou en entretien infirmier avec les patients donc seule, euh ... j'ai remarqué que ces patients parlaient beaucoup plus. [...] quand on est en Co-thérapie, ce qui est intéressant c'est qu'on a chacune différentes visions et c'est très complémentaire, ça apporte vraiment. C'est un enrichissement de la prise en charge du coup. »</p> <p><u>Travaillez-vous également en Co-thérapie lors des entretiens ou des prises en charge individuelles ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « Nan je suis seule. Quand ça ne va vraiment pas on va vers le médecin. Par contre, ce que je fais avec ma collègue ergothérapeute, c'est que ça nous arrive de voir un patient toutes les deux. Quand on a des objectifs ou des choses comme ça, lorsqu'on leur décrit ce que l'on va faire lors des groupes thérapeutiques etc... »</p> <p><i>Infirmier N°2 :</i> « Alors, pour tous les entretiens au CATTP, on est en Co-thérapie. Il y a que pour les entretiens infirmiers, vraiment purs, que je suis toute seule ... pour les prises individuelles vraiment infirmier. »</p> <p><u>Selon vous, pour quel atelier est-il indispensable d'être en Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1 :</i> « [...] je vous dirais tous, j'aimerais bien sûr être en Co-thérapie pour tous. »</p> <p>« L'atelier écriture ! »</p>
--	---

<p>Comment travaillez-vous en Co-thérapie (avec un(e) ergothérapeute) ?</p> <p><i>Infirmier N°1</i> : ✘</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : ✘</p>	<p>« Pour tout ce qui tourne autour de la parole, je dirais qu'il faut être deux. »</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : « Euh, moi je pense pour tout ce qui est ... euh, atelier accueil, par exemple, là où il y a beaucoup de relationnel. C'est bien d'être à deux ... pour pouvoir maintenir le cadre. Moi j'ai pu remarquer, quand j'étais toute seule que c'était beaucoup plus compliqué. »</p> <p style="text-align: center;"><u>Quel est votre rôle et celui de votre Co-thérapeute ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1</i> : « Alors, je dirais que tout ce qui est organisation, [...] ça c'est plus ma collègue ergothérapeute. Moi j'observe plus l'état thymique de chacun. »</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : « Je suis vraiment plus là en observatrice de ce qui se passe justement entre l'ergothérapeute et les patients ... et être là plutôt dans le cœur et dans le soutien si il y a besoin, [...] . Mais souvent, je suis plus en retrait. Et en plus moi, je me mets souvent en création pour pouvoir aussi parfois un peu aiguiller les patients sans rien dire en fait. Quand on voit qu'il y a des difficultés, je peux prendre une technique pour un peu ... qu'il puisse observer, des choses comme ça. Et puis dans l'observation pour pouvoir après transmettre justement à l'ergothérapeute ce que j'ai pu observer dans la relation du contre-transfert, transfert qui peut se passer en fait. »</p> <p style="text-align: center;"><u>Comment établissez-vous le cadre de vos ateliers ?</u> <u>Quel est-il ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1</i> : « Alors, on fait des objectifs de groupes ensemble, où on a tout notre cadre qui est prédéfini. »</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : « On se met d'accord avant. Quand on crée le groupe, on voit à peu près qui aura quel rôle et puis on se met d'accord sur qui fait quoi dans le groupe, [...] »</p> <p>« Le cadre souvent, on le fonde par rapport aux attentes thérapeutiques que l'on souhaite, [...] »</p> <p style="text-align: center;"><u>Quelles médiations utilisez-vous en Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1</i> : « Alors actuellement, je fais l'atelier cuisine et je fais les sorties extérieures. »</p> <p>« J'ai fait atelier argile, théâtre, un groupe cognitif, un groupe de conte [...] »</p>
---	---

	<p><i>Infirmier N°2</i> : « Alors, je fais l'atelier « tout en volume », donc c'est de la 3D. »</p> <p>« Je fais l'atelier « découverte créative », donc c'est plus de la création mais avec un cadre un peu plus souple sur ... déjà c'est avec toutes les médiations qui sont présentes dans l'atelier ... c'est un groupe en fait qu'on propose à chaque entrée de patient au CATTP, pour qu'ils puissent découvrir un peu tout ce qu'il peut être fait. Et on aide un petit peu plus sur la technique en fait par rapport aux autres groupes créatifs. »</p> <p>« Et ... donc, je fais l'accueil aussi en Co-thérapie avec l'ergothérapeute. »</p> <p style="text-align: center;"><u>Que vous apporte le travail avec un ergothérapeute lorsque vous travaillez en Co-thérapie ?</u></p> <p><i>Infirmier N°1</i> : « Je dirais que ça affine, le travail devient plus précis. En fonction par exemple d'une particularité physique, des tremblements par exemple, on pourra mieux affiner la prise en soin du patient. Et en plus, l'ergothérapeute peut apporter un côté rééducatif que moi je n'ai pas. Les aides au positionnement pour travailler également, ça aussi c'est important, c'est plus opérationnel et donc plus fluide pour le patient. »</p> <p><i>Infirmier N°2</i> : « Euh pour moi, c'est vraiment un enrichissement de ma pratique. Parce que déjà, ne connaissant pas les médiations particulièrement, il fallait déjà que je m'enrichisse techniquement, ... honnêtement, je ne me rendais pas compte de l'impact que ça pouvait avoir quand j'étais en intra hospitalier par exemple, de tout ce que la médiation pouvait apporter au patient. Et en fait, j'apprends beaucoup par rapport à ça et puis, bien le fait de ne pas voir la même chose, car on n'est pas formé de la même façon. »</p>
--	---

Annexe V : Retranscription d'entretien avec l'ergothérapeute n°1

Simonnot Pauline : Bonjour, je m'appelle Pauline, comme prévu par courriel on va échanger donc aujourd'hui autour de ma question de recherche. Je vous la restitue c'est : « quelle est la plus-value de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie lors d'ateliers thérapeutiques pour une prise en soin de patients adultes souffrant de troubles de la personnalité limite », ou état limite. Donc comme convenu vous serez donc enregistré pour le bien des analyses de ces entretiens et donc vous serez anonymisé bien sûr. Ai-je bien votre accord ?

Ergothérapeute 1 : Oui oui vous l'avez, vous pouvez enregistrer.

Simonnot Pauline : Merci. Si vous avez des questions n'hésitez pas. Si vous êtes prête, on va pouvoir commencer donc l'entretien.

Ergothérapeute 1 : C'est tout bon oui, c'est clair pour moi.

Simonnot Pauline : Super ! Du coup l'entretien va se dérouler sur 4 grandes parties. Donc pour la première, on va parler d'abord de votre parcours professionnel. Donc tout d'abord, une grande question ; Est-ce que vous pouvez vous présenter en tant que professionnel ?

Ergothérapeute 1 : Alors donc moi j'ai été diplômé en septembre, euh .. en juin 2020 et j'ai commencé à travailler en septembre 2020 auprès donc d'adulte euh .. en situation de handicap psychique, au sein donc d'un CATTP, euh donc Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel sur le secteur d'Orsay, donc en psychiatrie. Humm, c'est mon premier poste et je suis donc du coup dans une petite équipe, humm de 4 professionnels, dont 3 à temps plein et une à 60%. Humm voilà et puis deux qui sont, enfin qui interviennent ponctuellement. Donc voilà.

Simonnot Pauline : Donc du coup, vous êtes donc ergothérapeute depuis 2 ans c'est ça ?

Ergothérapeute 1 : Tout à fait ! c'est ça.

Simonnot Pauline : Ok. Et vous travaillez donc dans la même structure depuis 2 ans ?

Ergothérapeute 1 : Oui, c'est mon premier poste et je n'ai pas bougé depuis.

Simonnot Pauline : Ok et à chaque fois ça a été en temps plein ?

Ergothérapeute 1 : Oui tout à fait, et d'ailleurs je viens de penser également que j'ai fait un D.U lors de ma première année autour de la précarité en santé mentale et donc sur tout ce qui était rétablissement en santé mentale, ce qui a ajouté un petit peu au niveau de mes connaissances par rapport à la psychiatrie.

Simonnot Pauline : Ok super ! Du coup on va pouvoir passer donc à la 2^{ème} grande partie, qui est donc justement sur la prise en charge des patients qui souffrent donc de trouble de la personnalité limite. Comment vous personnellement, vous prenez en charge justement ces patients-là ?

Ergothérapeute 1 : Alors au sein du CATTP, on les prend en charge et on les accompagne comme les autres patients, humm c'est à dire que l'on n'a pas de suivi spécifique. Je dis ça parce que je sais que certains CATTP ou hôpital de jour sont spécialisés dans ces prises en charge. Nous c'est pas le cas, on est vraiment avec les autres patients que ce soient des patients souffrant plutôt de névroses ou de psychoses.

Simonnot Pauline : Ok.

Ergothérapeute 1 : Donc on n'a pas de spécificité dans les ateliers, on fait comme habituellement enfin comme avec les autres patients. Nous on a essentiellement du coup, oui peut-être des ateliers du coup, euhh enfin des ateliers groupaux essentiellement.

Simonnot Pauline : D'accord.

Ergothérapeute 1 : Euh .. On a quelques prises en charge individuelles mais plutôt sur des accompagnements très spécifiques individuels mais en tous cas prise en charge groupale principalement.

Simonnot Pauline : Ok. Et selon vous, quels sont les signes pour ces patients-là qui sont les plus difficiles à contenir par exemple pour un thérapeute au sein d'un groupe thérapeutique, ... dans les signes cliniques ?

Ergothérapeute 1 : Alors, euh.. je réfléchis en même temps aux patients que l'on a.

Simonnot Pauline : Oui oui, ça marche.

Ergothérapeute 1 : Sur principalement des patientes que l'on a. Je dirais, déjà d'une part, euh c'est des patientes qui sont très perméables aux équipes au cadre de l'institution, euh donc souvent euh, il faut vraiment maintenir son cadre et être assez contenant. Les signes cliniques qui sont le plus compliqué pour moi actuellement, peut-être parce que je suis jeune professionnelle, mais c'est toutes les angoisses qui prennent beaucoup de place

souvent dans les ateliers de groupes, leurs angoisses propres, humm et du coup c'est souvent bah comment faire pour à la fois contenir l'angoisse qui déborde, humm rassurer et du coup quand même pouvoir poursuivre le groupe et je dirais qu'il y a aussi ... C'est souvent des personnalités qui, en tout cas, clivent beaucoup les équipes, humm et qui donc dans le transfert / contre-transfert ne sont pas toujours évidentes au sein des ateliers mais aussi au sein de l'équipe.

Simonnot Pauline : Ah oui d'accord.

Ergothérapeute 1 : Humm.. Du coup, c'est pas un symptôme de prime abord mais c'est quand même des personnalités qui impliquent ça, en tout cas pour les patientes que l'on a. Humm, et c'est un peu faire la part des choses entre du coup le symptôme qui parfois peut paraître, je pense à une patiente qui peut parfois avoir un peu des traits un peu hystériques et donc du coup qui parfois, on a un peu l'impression qu'elle en joue et c'est pas toujours évident, faut bien se replacer en professionnel, bien prendre le temps de prendre en compte, écouter. Mais souvent quand le cadre est maintenu et que l'équipe est en accord, il n'y a pas tant de problématique que ça.

Simonnot Pauline : D'accord.

Ergothérapeute 1 : Donc ouais, plutôt les angoisses je dirais.

Simonnot Pauline : Ok ! Et du coup justement, avec ces patients-là, est-ce que vous avez des outils thérapeutiques plus spécifiques que vous utilisez ?

Ergothérapeute 1 : Bah encore une fois, nan, pas dans notre structure. Par contre l'un des points primordiaux, que l'on met en place, c'est que l'on intervient jamais seule auprès de ces personnalités-là.

Simonnot Pauline : Ok !

Ergothérapeute 1 : On est toujours en binôme, donc en Co-thérapie. Euh.. parce que je suis quand même avec des collègues qui ont plus d'expérience que moi, donc je m'appuie en partie sur leur expérience à elles et ça a pu déjà poser justement des problèmes d'équipe, des débordements au niveau du cadre, des ateliers et puis au niveau du transfert contre-transfert et un petit peu a des mises en danger des patientes mais en tout cas ça ne leur était pas bénéfique. Et, et du coup c'est plutôt au contraire, la cohésion d'équipe, la coopération et une prise en charge cohérente qui permet de contenir et de soutenir ces symptômes-là.

Donc ça peut être un des outils, c'est que en effet, on ne fait pas d'accompagnement individuel, ou presque pas, avec toutes ces personnalités-là.

Simonnot Pauline : Ok. Du coup j'avais justement une question en rapport avec ce que vous venez de me dire. C'était : que pensez-vous du travail interprofessionnel ? Donc j'en déduis que pour vous, elle est indispensable avec ses patients ?

Ergothérapeute 1 : Oui complètement ! C'est à dire que pour moi sur des personnalités assez complexes comme celles-ci qui ont souvent quand même des parcours .. et bien.. assez compliqués ou du coup du moins très portées border, en tout cas pour toutes celles qu'on a il y a souvent des problématiques familiales, des familles plutôt pathologiques, donc du coup on évite de reproduire ce fonctionnement là au sein de l'équipe. Pour moi c'est primordial en tout cas d'intervenir auprès de ces patients à plusieurs ... au minimum 2 et d'avoir toujours un discours cohérent. L'authenticité, c'est vrai que je ne l'ai pas dit mais souvent même quand on sait pas en tout cas, c'est vrai que nous on le verbalise et du coup en fait, tout s'apaise à ce moment-là parce que on sait qu'on va en parler et souvent c'est plus bénéfique en tout cas pour les patientes.

Simonnot Pauline : Ok super. Et du coup avec ces patients donc toujours souffrant d'états limites, vous utilisez quel type d'atelier ?

Ergothérapeute 1 : Alors, Humm... Principalement, déjà de façon générale au sein du CATTP, on a des ateliers autour de la création, notamment de l'individuel en groupe, donc des activités plutôt projectives où l'on peut travailler différentes problématiques conscientes ou inconscientes, après il y a des activités corporelles, euh ... donc corporel soit pour la remise en mouvement soit pour de la détente, de la relaxation, après des activités autour du groupe et de la communication, donc là plutôt de la relation on va dire et puis après il y a quelques accompagnements individuels autour des projets de vie et des questions plus spécifiques. Avec ces patientes-là, après chacune, parmi celles que l'on suit, ont bien évidemment leurs propres problématiques mais je trouve que au début de la prise en charge ou de l'accompagnement, le côté individuel en groupe est souvent plus bénéfique, donc plutôt vers soi, en tout cas avec des ateliers qui demandent pas forcément de la relation pure parce que souvent, enfin en tout cas dans celles que l'on suit, j'observe quand même que le groupe est parfois compliqué et angoissant, donc plutôt de l'individuel en groupe. Pour l'individuel en groupe, le côté pratique c'est qu'elles ne sont jamais seules, du coup non plus face à elle-même, ... je pense notamment à plusieurs ... mais face à elle-

même mais pas totalement non plus. Donc quelque chose d'individuel pur parce que le groupe est porteur mais pas non plus trop angoissant puisque il n'y a pas forcément besoin d'interaction. Humm ... Voilà ... Voilà, et après au fur et à mesure de la prise en soin, euh.. plutôt autour de la relation quand même de la communication pour permettre la sociabilisation, de rentrer en interaction, plein de choses qui peuvent être, enfin pas toujours évidentes, où elles sont plutôt en difficulté. Et en discutant, je me rend compte finalement qu'il y a très peu de corporels. En tout cas, on ne fait pas énormément de corporel, parce que pour les patientes que l'on a c'est trop direct par rapport à beaucoup de problématiques au niveau du corps et du coup on ne fait pas d'accompagnement en fait de groupe à ce niveau. Donc plutôt du créatif et au niveau de la relation.

Simonnot Pauline : D'accord. Donc maintenant, on va plutôt vraiment parler de la pratique en Co-thérapie justement. Donc pour vous, quelle est votre expérience avec le travail en Co-thérapie ? Donc ça c'est la grande question, je sais qu'elle n'est pas évidente ... (Rire) ... donc je l'ai détaillé avec plusieurs questions. Donc tout d'abord, pratiquez-vous la Co-thérapie depuis le début de votre carrière en tant qu'ergothérapeute, où est-ce venu après ?

Ergothérapeute 1 : Alors j'ai toujours travaillé en Co-thérapie, dans les ateliers en tout cas. Après les seules fois où j'étais seule, c'est pour la partie plutôt évaluation plus spécifique ergo-, autour des projets ELADEB ou pour les accompagnements autour des questions très précises du quotidien. Par exemple autour d'une question pour trouver un logement, autour de la question de la prise des transports en commun, autour ... je ne sais pas moi ... d'une liste de courses etc... Donc là je suis seule mais du coup je n'ai jamais eu à accompagner des personnes état-limite sur des projets individuels seuls. Non pas que je ne le ferai jamais, mais ça ne s'est pas présenté.

Simonnot Pauline : D'accord, ok très bien. Et du coup, est-ce que vous pratiquez la Co-thérapie dans l'ensemble des ateliers ou est-ce que vous le faites uniquement sur certains ateliers ? si oui, lesquels ? Et pourquoi ?

Ergothérapeute 1 : Alors non, on est que en Co-thérapie, parce que, bah, le bénéfice je trouve..., alors après on n'a pas le même positionnement dans les ateliers, ça peut changer selon les ateliers mais l'avantage de la Co-thérapie, c'est souvent qu'il y en a une qui peut ..., enfin une des Co-thérapeute, enfin selon les ateliers ... je peux après peut-être détailler ... si par exemple ...

Simonnot Pauline : Oui...

Ergothérapeute 1 : Alors, par exemple sur les ateliers ... alors je réfléchis tout ce que je fais ... je suis avec une psychomotricienne pour « comme en jeux », c'est l'atelier autour de la communication et de la relation ... , il y a donc une patiente en l'occurrence atteinte de ce trouble. Ici, la Co-thérapie est bénéfique parce que l'on fait beaucoup d'exercices groupaux, un peu type ... je sais pas moi ... un peu d'improvisation comme au théâtre, des petits exercices de la voix, on peut aussi mettre en place des jeux, ça se veut être vraiment autour de la relation et de la communication. Et donc dans ce cadre-là, souvent il y en a une ..., c'est plutôt quelque chose autour du corporel donc c'est ma collègue qui est plus partie prenante et quand c'est quelque chose plutôt autour ... je sais pas forcément ... bah en dehors du corporel en fait, ça va être plutôt moi qui vais mener, et donc du coup l'autre observe et puis aussi bon gère s'il y a des angoisses, rassure ... Mais on est placés au même niveau, on alterne en fait les positionnements d'observation ou le fait de mener. Après au niveau des ateliers ... je réfléchis ... mais plutôt créatif, pareil, le côté bénéfique c'est que ... alors on est avec une art thérapeute, en l'occurrence actuellement, donc dans le cadre de l'atelier d'art thérapie, c'est l'art thérapeute qui mène, moi je suis en positionnement plutôt de création du coup, d'observation essentiellement et puis de soutien si besoin. Ça m'est arrivé de sortir parce qu'il avait besoin ... donc plutôt le cadre de mon côté et plutôt mener l'atelier du côté de l'art-thérapeute. Et après, on a un autre atelier autour de la création, plus autour du début de prise en charge et puis on peut voir vers quel atelier on pourra mener un peu d'évaluations. Et dans ce cadre-là je suis d'ailleurs avec une infirmière, et là c'est plutôt moi qui mène, parce que notre métier nous forme à la médiation de prime abord et du coup ... mais on est toutes les 2 en création ... en tout cas on fait quelque chose en même temps mais on observe, on est disponible etc ... Donc pour moi, c'est vraiment bénéfique d'être en Co-thérapie parce que l'on peut toujours maintenir l'atelier, observer et bah parer à tout besoin.

Simonnot Pauline : Oui, ok. Et du coup, est-ce que vous travaillez en Co-thérapie également lors des entretiens individuels, lors des prises en charge individuelles ou pas ?

Ergothérapeute 1 : Alors, dans le cadre des entretiens pour les patients qui en ont besoin à tout moment, et qui ne sont pas spécifiques, on travaille toujours à 2. Alors souvent dans la réalité, il y a plus une des 2 personnes qui mènent selon notre énergie ... (*Rire*) ... selon aussi comment est-ce qu'on voit plus souvent le patient ou pas etc ... Et puis sinon, en

dehors des entretiens d'accompagnement individuel, il y a les entretiens d'évaluation que moi je fais, là je suis seule mais c'est les deux seules fois où je suis seule.

Simonnot Pauline : D'accord, donc là vous m'avez cité donc plusieurs types d'ateliers ; Selon vous, pour quel atelier il est vraiment indispensable d'être en Co-thérapie justement avec patients TPL ?

Ergothérapeute 1 : Tous ! (*Rire*) j'allais dire tous mais je dirais d'autant plus ... si je vois notamment sur l'atelier « comme en jeux », où il y a plus de corporel de façon directe mais quand même euh ... je vois que ça a pu être très bénéfique d'être deux parce que beaucoup plus contenant, d'autant plus qu'on alterne la parole donc ça soutient beaucoup plus. Et sur l'atelier découverte créative, là du coup je mène un peu plus là où ma collègue infirmière est plus dans la supervision du cadre d'ailleurs. Humm ... là, l'avantage d'être deux, c'est qu'on peut tout à fait ... enfin mieux gérer je pense, humm ... parce que notamment on a eu beaucoup de crises d'angoisse dans cet atelier, notamment d'une patiente qui avait cette pathologie-là, qui est donc là de la Co-thérapie, c'est clairement primordial pour le coup ... c'est mieux pour le groupe.

Simonnot Pauline : Ok, ça marche et du coup vous m'avez cité donc là psychomotricienne, l'infirmière et l'art-thérapeute ; Est-ce qu'il y a d'autres professionnels avec qui vous travaillez en Co-thérapie ?

Ergothérapeute 1 : Oui ! Je travaille également, c'est vrai que je n'y ai pas pensé parce que c'est un groupe qu'on a mis en place récemment, mais euh... c'est le groupe de parole que je fais avec une autre ergothérapeute ... et l'équipe est au complet là pour le coup ! Voilà ... on a également une musicothérapeute mais qui a un atelier avec l'infirmière d'ailleurs ... donc je travaille pas du tout avec elle. Mais du coup, il y a un effet groupe de parole où d'ailleurs il y a une patiente atteinte de cette pathologie mais qui a beaucoup de vécu avec cette pathologie, qui a fait ce groupe après un parcours assez particulier ... elle sortait en fait d'un ... j'allais dire un séjour de rupture, c'est pas ce genre de rupture ... mais on va dire que dans son suivi elle a été de nouveau hospitalisée alors que ça faisait très longtemps que ça n'avait pas été le cas ... en fait au cours de son hospitalisation on lui a proposé d'aller dans un hôpital de jour qui est situé ... à Corentin Celton et qui est spécifique pour les pathologies des troubles de la personnalité... Et du coup en fait, suite à ce séjour-là qui a duré 8 semaines je crois, donc 2 mois, elle a pu avec tous les bénéfices de ce suivi-là, entrer dans ces groupes de parole qui avant, était inenvisageable pour elle de parler de soi.

Voilà, c'était intéressant du coup de voir aussi l'évolution et elle a pu partager du coup plus avec les autres sur des questions de vie quotidienne autour d'un groupe de parole.

Simonnot Pauline : Ok, oui vie quotidienne qui est essentielle en ergothérapie.

Ergothérapeute 1 : Oui, tout à fait (Rire)

Simonnot Pauline : Ensuite on va continuer, donc en parlant vraiment spécifiquement de la Co-thérapie avec l'infirmière justement, du coup quel est votre rôle, donc dans les ateliers que vous faites ensemble, quel est votre rôle à vous et quel est le rôle du coup de l'infirmière ? On a pu un peu l'évoquer mais vraiment plus en détail on va dire...

Ergothérapeute 1 : Alors, en fait avec ma collègue infirmière, je fais essentiellement un atelier autour donc du créatif, plutôt à l'entrée donc comme je le disais. Alors nos rôles spécifiques c'est vrai que c'est pas toujours évident parce que dans ma structure on a beaucoup de ... on fait beaucoup de choses en commun donc c'est pas forcément évident de séparer les rôles mais euh ... je dirais qu'on a des rôles qui en soit ... on accompagne tous les patients autour de la création au niveau du cadre et on a les mêmes compétences pour maintenir le cadre et c'est plus au niveau de l'approche ou pour ma part on n'a pas forcément la même approche ... En ergothérapie moi je trouve que dans mon approche par rapport aux créations des patients notamment, parce que c'est un atelier créatif, donc ils sont libres de choisir n'importe quelle médiation, je vais essayer de soutenir la création tout en faisant en sorte qu'ils trouvent leur voie, leur propre solution. L'intérêt ici par exemple ... ben ... évidemment s'il y a des choses primordiales à savoir au niveau technique mais dans mon approche je vais toujours faire en sorte de : « comment vous auriez fait » et si vraiment c'est à côté je vais expliquer pourquoi mais sinon je vais essayer de laisser faire pour qu'ils trouvent leur propre solution ! Là où je trouve que ma collègue infirmière est beaucoup plus soutenante dans la création en donnant plus rapidement les solutions. Mais je pense que c'est juste une déformation professionnelle donc voilà ! Et donc ça peut être bénéfique pour certains patients d'autres non je trouve que parfois après ... c'est parce que je suis une ergothérapeute probablement (*Rire*) mais en tout cas cette solution est très intéressante pour moi et après sinon je trouve aussi que au niveau ... par exemple au niveau des crises d'angoisse, c'est vrai que bon, moi j'ai jamais été formée à gérer par exemple des crises d'angoisse ou des situations plus complexes, elle dans son parcours où elle avait aussi fait de l'intra-hospitalier, les infirmières je pense qu'elles sont plus formées

aussi aux ... j'allais dire aux premiers ... pas les premiers secours mais en tout cas les ... les situations en fait de ... ben.. d'un peu plus d'urgence ils sont beaucoup plus formés ... Donc j'ai appris à travers elle à gérer ces situations aussi. Mais du coup pour le coup c'est vrai que l'apport d'un infirmier, même au niveau symptomatologie, quand on débute en tout cas, je trouve que c'est primordial !

Simonnot Pauline : OK, oui en effet. Justement vous m'aviez parlé ... donc là on parlais aussi du cadre. Comment établissez-vous, avec votre Co-thérapeute, le cadre de vos ateliers et quel est-il exactement ?

Ergothérapeute 1 : Alors pour tous ou essentiellement avec l'infirmière ?

Simonnot Pauline : Avec l'infirmière.

Ergothérapeute 1 : Du coup, alors en fait dans tous les ateliers, et donc celui-là de façon spécifique, on établit le cadre ensemble, en fonction de ce qu'on veut y travailler avec les patients. En fait, ce cadre, donc bah c'est un cadre ouvert, c'est un cadre où on peut se mettre d'accord sur toutes les questions de positionnement ; comment on se positionne chacune également ... ben tout simplement des choses comme par exemple ... je sais pas moi, là les questions autour du matériel : est-ce que l'on a droit à toutes les choses présentent ou pas toutes ? Les questions autour ... je réfléchis en même temps ... Qu'est-ce qu'ils ont pu nous questionner ... ? Ouais ! Le matériel essentiellement, ça en effet : on ne ramène pas de matériel de l'extérieur, c'est toujours avec les objets de l'atelier. Est-ce que les objets restent ou pas dans la pièce ? A quel moment ils ont le droit de les ramener ? Est-ce qu'ils ont le droit de discuter aussi dans le cadre de l'atelier ou pas ? Est-ce que ... ? Enfin voilà, vraiment toutes les questions du cadre. Nous dans cet atelier-là, on y a le droit à la parole, pas le droit par contre de parler autour de choses ... autour des objets des autres patients ; C'est-à-dire qu'on ne dit pas qu'on aime, qu'on n'aime pas franchement en tout cas. Par contre des questions, ... ben ... comme : quel matériel tu as utilisé ? Comment tu as fait ça ? etc ... Ça c'est ok. Le droit de se déplacer comme on veut, librement dans l'atelier, mais on doit rester sur place pendant tout le temps. Après, c'est nuancable évidemment, selon l'état de la personne etc... Mais l'idée c'est de pouvoir y rester durant l'heure complète. Euh ... que dire d'autres ... humm ... il y a un endroit spécifique pour tout ce qui est leurs objets, où ils peuvent les déposer et les laisser, puis les retrouver. L'objet peut être ramené à partir du moment où il a été terminé mais on veut le laisser quand même pendant une séance en moyenne. On en discute avec la personne selon tout ce

qui s'est passé avec cet objet et ensuite ils peuvent le remmener. Sinon, nous, on peut aussi les garder. Que dire d'autre sur le cadre ... ?

Simonnot Pauline : vous avez parlé du cadre temporel ... du cadre horaire ?

Ergothérapeute 1 : Oui. Alors, il y a plusieurs ... Alors le cadre temporel, c'est à la fois le cadre horaire, donc vraiment on arrive à l'heure, il y a 1/4 d'heure de retard toléré maximum ... humm ... C'est un atelier qui dure 1h30, c'est en matinée ... quoi d'autre ... Et le cadre temporel, c'est aussi combien de temps les patients peuvent rester dans cet atelier. Normalement, cet atelier a été pensé, donc pour une durée ... je sais pas moi ... d'environ 2 - 3 mois, entre l'entrée et le temps de rentrer dans plutôt des ateliers d'individuels en groupe où il y a beaucoup moins de soutien technique, où la parole est beaucoup moins présente en l'occurrence mais il s'est avéré que pour ... alors pas des patients pour le coup état-limite mais pour d'autres patients, on a nuancé ce cadre parce que c'était plus bénéfique pour eux de rester dans ce cadre-là, que dans d'autres donc euh ... bien qu'il a été pensé pour un objectif au départ, c'est pas toujours le cas, on nuance (*Rire*).

Simonnot Pauline : (*Rire*) ok ! Et justement toujours autour du cadre, est-ce que il est plus difficile que pour d'autres pathologies par exemple, à faire maintenir pour les patients troubles de la personnalité limite, ou est-ce que ... est-ce que vous avez remarqué ça dans vos prises en charge ?

Ergothérapeute 1 : Humm ... Ce sont des patientes qui ... J'allais dire cherchent les limites ... (*Rire*). C'est un mauvais jeu de mot ... Mais en réalité, c'est vrai que ... enfin, si nous on maintient pas suffisamment le cadre, c'est à dire qu'on n'est pas ... Sans parlé d'autorité, mais pas assez ferme et sans cohérence à 2, c'est vrai que ça peut tout de suite générer beaucoup d'angoisse, beaucoup de manifestations anxieuses, des passages à l'acte aussi autour de la scarification ou des choses comme ça pendant l'atelier. Donc en fait, bah en l'occurrence avec cette Co-thérapeute, on a toujours bien maintenu le cadre, on en avait beaucoup beaucoup discuté avant. Dès que l'une avait un questionnement en disant « bah tiens, là il y a eu un truc un peu... », bon bah on en discute et on voit pour la fois suivante, on se met d'accord. Donc je dirais qu'en fait, c'est pas plus compliqué que pour d'autres patients, mais elles y sont plus sensibles ... Donc c'est un point pour moi qu'il faut toujours penser et toujours en rediscuter au fur et à mesure, parce que le cadre est toujours présent, mais il est fait aussi pour être requestionné. Aussi vous voyez souvent, elles viennent justement nous chercher sur certaines questions, et du coup, le fait de bien se mettre en

accord avant ou d'en reparler après, c'est toujours important . Mais, je dirais pas que c'est plus compliqué, mais je pense que c'est parce que la thérapie se passe bien et que on est assez en accord au départ, donc ça aide.

Simonnot Pauline : Ok ça marche. Et du coup, au sein de cet atelier, donc vous m'avez dit que c'était un atelier créatif, vous utilisez quelles médiations exactement ?

Ergothérapeute 1 : Toutes ! (*Rire*) On a toutes les médiations de types de peinture, aquarelle, acrylique etc... On a toutes les médiations crayons de couleurs, feutres, coloriage. Il peut y avoir tout ce qui est autour de la terre ou du modelage, avec tout ce qui est aussi pâte à modeler. On peut avoir aussi tout ce qui est mosaïque. On peut avoir tout ce qui est collage, tout ce qui est autour aussi de la Pierre à savon, du grillage. On peut avoir aussi le tissu, de la couture humm..., voilà ! Et puis ... ben ... tout ce qui est aussi patchwork, si les patients le souhaitent aussi. En fait, tout ce qui peut être créatif, en tout cas, tout ce qui est disponible dans l'atelier est utilisable ! Il n'y a pas de médiation spécifique.

Simonnot Pauline : OK, ça marche. Donc là, on va entrer vraiment plus sur les questions de Co-thérapie avec l'infirmière. Justement, par rapport à vos compétences professionnelles, donc vous ergothérapeute et votre Co-thérapeute infirmière, qu'apportez-vous selon vous, à l'infirmière lors de la Co-thérapie ?

Ergothérapeute 1 : Pour moi, c'est toute l'approche autour de la médiation. Pour moi, en tant qu'ergothérapeute, on est vraiment formé à ça, en tout cas on n'est pas formé à une médiation spécifique, mais on est formé à la médiation en général et du coup dans notre approche autour de la médiation, on est plus expert je dirais que l'infirmier ... qui lui peut être ... a pu faire de la médiation, que ce soit dans différentes ... Enfin en psychiatrie en tout cas, il y a aussi les infirmiers qui font de la médiation, mais dans leur approche, pour moi, ils sont plus autour de la médiation loisir que thérapeutique. Enfin bon je nuance hein, parce que je pense que sinon je vais me faire taper sur les doigts (*Rire*). Euh ... dans un sens, pour moi, au niveau de l'approche, je suis assez persuadée de l'approche ergothérapeutique sur la méditation. Parce que, en faisant en sorte au sein de l'atelier, que la personne puisse, soit résoudre ses propres problématiques à travers la médiation ; Que ce soit en choix de couleur, que ce soit une difficulté autour de, que l'objet ne soit pas fait comme ils le souhaitaient, que ce soit je sais pas ... autour d'un euh ... bah des règles ou des contraintes de la matière, en résolvant ces problématiques là à travers la médiation

pour moi résoudre des problématiques psychiques, euh et puis on est beaucoup formé, je trouve en tout cas nous, au cadre thérapeutique avec la méditation et donc à la relation triangulaire. Là où pour moi l'infirmier, est un peu moins, est plus dans une approche symptomatologique et bien être, disons, avec la médiation, que dans une approche thérapeutique, dans le sens résolution de problèmes. Et après, l'ergothérapeute travaillant aussi autour du quotidien, on peut parfois transposer, donc euh soutenir pour transposer les problématiques à l'extérieur..., enfin la résolution de problématiques à l'extérieur mais qui a pu se travailler en atelier, donc pour moi on apporte un peu cette approche là à l'infirmier.

Simonnot Pauline : D'accord, ok. Bah du coup, ça me permet de faire le lien, ce que vous venez de dire, avec mon dernier domaine et du coup l'une des questions qui va avec. Donc on va parler des bienfaits de la Co-thérapie. Et justement, ça me permet donc de rebondir sur ce que vous venez de dire ; Pour vous, est-ce que l'ergothérapeute apporte-t-il une possibilité de transferts des acquis vue en séances dans le quotidien de la personne souffrant de cette pathologie ?

Ergothérapeute 1 : Pour moi, oui ! Alors en l'occurrence, ça se fait de façon consciente ou pas consciente ou vérifiable j'avais envie de dire ou pas vérifiable, parce que dans ... Enfin, pour les patientes que moi j'ai eu, on n'a pas fait, je n'ai pas fait d'accompagnement spécifiquement individuel autour de problématiques réelles, mais j'ai pu l'observer pour d'autres patient et du coup je vois pas pourquoi pour ce type de pathologie ça serait pas le cas. Et, il y a quand même ... je pense à une patiente, qui en l'occurrence est état-limite, mais elle a pu venir donc dans cet atelier-là, dans d'autres aussi, mais particulièrement dans celui-ci et dans un atelier qui s'appelle « accueil », donc c'est juste un temps d'accueil autour du jeu et de la relation avec l'échange, et elle a pu travailler notamment tout ce qui était euh ... elle se dévalorisait beaucoup, elle était très angoissée dès qu'il y avait du monde autour, elle était beaucoup dans finalement, le soutien à l'autre, parce qu'elle est formée en tant qu'aide-soignante au départ ; elle était en étude d'aide-soignante euh et en fait elle a pu notamment s'écouter un peu plus dans ses propres besoins en fait, et envie. Notamment dans les ateliers, ça été très compliqué au début pour qu'elle fasse des choix pour elle-même, pour qu'elle puisse rien que se poser avec elle-même sur une création etc... Et, au fur et à mesure, quand on a justement maintenu le cadre, malgré ses réticences et du coup toutes ses angoisses qu'elle a pu faire et donc ses passages à l'acte parfois pendant l'atelier ... ça a pu finalement se poser et elle a pu quand même là, reprendre ses études, parce que donc c'est une année un peu particulière, bon, il y a des spécificités mais

en tout cas elle a pu reprendre parallèlement au CATTP ses études, et elle a pu dire que c'était ... elle avait pu oser dire non à des personnes qui lui demandait des choses ou elle voulait pas, en tout cas elle s'est un peu plus imposée dans ses choix, ... donc ça peut être un transfert des acquis sans pour autant qu'il y ait eu un accompagnement spécifique ergo-par la suite.

Simonnot Pauline : **Oui, d'accord ! Et du coup, c'est vrai que j'ai un peu fait un switch entre les 2 questions pour rebondir sur ce que vous avez dit, mais pour vous ; Qu'est-ce que permet l'ergothérapeute en travaillant Co-thérapie, pour ces patients-là ?**

Ergothérapeute 1 : Et bien je pense toute l'approche au niveau de la médiation. Pour moi de toute façon, c'est le fort de l'ergothérapeute en psychiatrie. Cette formation à la médiation et puis cette prise en compte de la personne avec la pathologie mais aussi l'environnement ; euh ... mais pas l'approche symptômes ! C'est bête, mais moi quand je suis arrivée en psychiatrie ; alors oui j'avais eu des cours en psychiatrie mais c'était pas mon corps de métier ... je compare notamment bah du coup avec l'infirmière avec qui je suis en Co-thérapie où dans le symptôme fait grande part de ses compétences même ... et du coup cette approche de la médiation sans forcément tout mettre sur le symptôme, ou travailler le symptôme mais à travers la médiation, je trouve que l'ergothérapeute, en tout cas, à cette approche bah holistique et puis cette compréhension de la médiation, donc du tiers aussi dans la relation, est bénéfique en fait à ces patients-là. Parce que du coup à travers la médiation peuvent se parler des problématiques de façon indirecte, là où l'infirmier est lui, plus formé peut être aux entretiens infirmiers notamment ... et donc dans la relation directe mais la parole n'est pas toujours évidente pour ces patients, en tout cas pour les patients que l'on suit. Donc je trouve qu'à travers la médiation, c'est intéressant de travailler tout ça ! Mais également je pensais, je sais pas pourquoi je pensais à ça là maintenant, mais ... notamment dans l'atelier il y a beaucoup de ... il y a beaucoup d'outils, de plein de choses créatives et je pense à la dernière patiente qui est repartie notamment faire ses études ; elle avait très très peur tout le temps, d'être dans un passage à l'acte auto-agressif humm et donc rien que d'utiliser des ciseaux, c'était quelque chose qui était très angoissant pour elle. Là où dans son domaine professionnel c'est présent, donc voilà, c'était une angoisse qu'elle avait, et à travers une médiation autour du collage je crois, elle a utilisé les ciseaux mais de façon détournée, on avait commencé ... moi j'avais proposé que si c'était vraiment inquiétant pour elle, elle pouvait tout à fait utiliser des ciseaux à bout ronds. Et finalement,

en étant centrée sur son collage et donc son objet, elle en a oublié à force, qu'elle utilisait des ciseaux et donc un passage auto agressif. Donc on peut aussi travailler des choses comme ça et je pense que l'ergothérapeute est vraiment amené à pouvoir le travailler sur un truc vraiment très concret du coup et grâce à la médiation ça fait tiers.

Simonnot Pauline : D'accord et justement en prenant cet exemple, est-ce que ça a permis de faire un transfert des acquis, de l'utilisation du ciseaux pour son activité professionnelle future ?

Ergothérapeute 1 : Euh ... bah je pense que oui, parce que du coup ... Alors ça ne sera pas le même contexte, pas le même type de ciseaux, pas la même situation mais en tout cas sur la peur de passage auto-agressif en tout cas, je pense que ça a pu être bénéfique de se dire : je suis capable d'utiliser des ciseaux sans pour autant me faire du mal à moi-même. Donc oui, on peut parler pour moi d'un transfert des acquis.

Simonnot Pauline : Ok et je me permet juste de rebondir, parce que ça fait plusieurs fois que vous parlez justement des passages à l'acte ; C'est vrai que c'est un des signes assez important de cette pathologie-là ; Est-ce que vous dans les ateliers, donc en structure extrahospitalière, vous en voyez quand même régulièrement ? Et de quel type ?

Ergothérapeute 1 : Alors régulièrement, je dirais pas régulièrement, après c'est très relatif. En tout cas, actuellement, on a sur notre nombre de patient, on doit avoir à peu près 25 patients réellement présents au quotidien. Sur ces 25 patients, on a vraiment toute pathologie, sur les états-limites on en a 6, 6 sur 25, ce qui est beaucoup. On a eu beaucoup d'arrivées autour des états-limites, notamment des jeunes récemment. On a vraiment eu une arrivée de cette pathologie-là, on a l'impression, je sais pas pourquoi, mais en tout cas beaucoup, plusieurs jeunes, des jeunes femmes en l'occurrence, que des femmes, jeunes femmes qui sont arrivées avec ces pathologies-là. Mais hmm, alors avec toutes leurs parcours différents, leur entrée dans la maladie de façon différente etc... Il y en a, sur ces 6 là, il y en a 3 qui étaient sur des mises en danger réelles, donc la moitié. Il y en a une, elle n'a jamais fait de passage à l'acte au sein du CATTP, c'était plutôt une mise en danger à l'extérieur. Et après, sur les 2 autres, en effet il y en a une qui ... c'était la patiente qui est allée à l'hôpital de jour à Corentin Celton, où là du coup elle a un grand parcours dans la maladie et connaît très bien sa maladie, donc maintenant elle arrive à gérer les passages à l'acte mais ça a pu être le cas il y a un petit moment maintenant, mais ça a pu être la cas,

notamment scarification au sein de la structure. Mais justement ça a été cadré par mes collègues, à l'époque moi je n'y étais pas, donc justement tout ce qui était scarification, nous on ne s'en occupait pas, pas qu'on ne voulait pas mais du coup c'était le rôle des infirmiers du CMP et du coup que chaque chose puisse se parler à des endroits très spécifiques, ça a pu permettre de parler ... de sortir en fait du symptôme d'ailleurs au sein du CATTP. Donc ça, ça avait été bénéfique et donc il y a pu avoir ça et je pense à la dernière patiente en l'occurrence qui a pu faire des passages à l'acte au sein de l'atelier, mais de façon ... en fait ça a pu être géré assez rapidement. C'est à dire que l'on a pu faire redescendre l'angoisse et du coup elle a pu lâcher la paire de ciseaux, le crayon etc... Mais elle était aussi sur le fait de par exemple se gratter très très fort jusqu'à se faire saigner, donc en fait en gérant la crise d'angoisse on évitait que cela s'envenime. Mais en tout cas, ce ne sont pas des passages à l'acte très violents en tout cas. Je trouve. Ça peut être violent pour les autres patients, mais en tout cas, ça va, c'est gérable. Donc je dirais pas non plus souvent, ça peut arriver ponctuellement, notamment au début de la prise en charge quand justement le lien de confiance n'est pas établi, quand les choses sont difficiles à dire etc...

Simonnot Pauline : OK. Et du coup par rapport à la première patiente dont vous avez parlé, vous avez parlé du coup de mise en danger à l'extérieur du CATTP. C'était pareil, par des scarifications ?

Ergothérapeute 1 : Alors non, c'est de façon un peu plus détournée, enfin elle est très jeune, donc elle entre dans la maladie, enfin elle est très jeune... elle a 25 - 26 ans, quelque chose comme ça. Elle a des traits de personnalité état-limite d'après son psychiatre mais ça va être plutôt des mises en danger par exemple de l'ordre sexuel, de l'ordre ... Par exemple, du skateboard à fond ... très rapidement et du coup des chutes assez graves, enfin une mise en danger physique en fait plutôt. Chez elle, il y a des troubles alimentaires aussi, même si ce n'est pas une mise en danger, ça peut l'être quand-même d'une certaine façon je trouve. Donc par exemple, ne plus du tout manger pendant un certain laps de temps. Ça d'ailleurs, c'est partagé par ... toutes en fait. Toutes ont des troubles alimentaires. Ça me fait penser à la question sur les symptômes, tout au long des troubles alimentaires, que ce soit de l'ordre anorexique ou de l'ordre de boulimique ou les 2 d'ailleurs, notamment de l'hyperphagie, et ... et ouais, c'est une mise en danger d'une certaine forme je trouve.

Simonnot Pauline : Et du coup pour les 2 autres patientes qui ont pu faire des mises en danger au CATTP, est-ce que c'étaient les mêmes mises en danger à l'extérieur ou est-ce que ça a été rapporté des plus graves ou ... ?

Ergothérapeute 1 : De ce que l'on en sait, il y a eu quand même des passages à l'acte de l'ordre suicidaire, ce n'était pas au sein de la structure, enfin d'ailleurs elles partagent toutes ça. D'ailleurs, sur la question du symptôme, je sais plus exactement votre question, mais c'est ça peut faire partie de la mise en danger, la question autour des automutilations, ça fait partie des choses qu'elles partagent en tout cas.

Simonnot Pauline : Pour les 3 patientes dont vous m'avez parlé ou vraiment les 6 patientes borderline ?

Ergothérapeute 1 : Les 6 patientes ! Pour la question des suicides, la mise en danger suicidaire, il y a eu des tentatives pour certaines, pour d'autres ..., enfin ce sont toutes des tentatives parce qu'elles sont encore là mais plus ou moins graves disons, plus ou moins violentes. Plus de l'ordre de l'appel à l'aide.

Simonnot Pauline : Mais pour certaines, il y en a eu des plus graves en tout cas, pas que des appels à l'aide.

Ergothérapeute 1 : Oui voilà c'est ça.

Simonnot Pauline : Ça marche. Et bien écoutez pour moi on a fini les questions de ma trame, est-ce que pour vous, vous avez des informations qui vous paraissent primordiales à évoquer qu'on n'a pas évoqué ici ?

Ergothérapeute 1 : Euh autour de la Co-thérapie avec les infirmiers, toujours autour de cette pathologie, non, la trame est bonne (*Rire*).

Simonnot Pauline : Et bien merci beaucoup d'avoir pris le temps d'échanger autour de ce sujet. On va pouvoir arrêter l'enregistrement ici.

Annexe VI : Retranscription d'entretien avec l'infirmier n°1

Simonnot Pauline : Bonjour, je m'appelle Pauline. Donc pour rappel, nous faisons cet entretien aujourd'hui pour échanger autour de ma question de recherche, pour mon mémoire. Je vous la restitue donc : « quel est l'apport de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie lors d'atelier thérapeutique pour une prise en soin de patients adultes souffrant de trouble de la personnalité limite ».

Infirmière 2 : Ok !

Simonnot Pauline : Donc comme convenu vous serez enregistrée pour les biens des analyses et bien sûr anonymisées par la suite. Acceptez-vous bien d'être enregistrée ?

Infirmière 2 : Oui ! Oui j'accepte.

Simonnot Pauline : Si vous avez des questions n'hésitez pas et si vous êtes prête on va pouvoir commencer l'entretien.

Infirmière 2 : Ok.

Simonnot Pauline : Super ! Du coup, pour les grands thèmes, on commencera par parler de votre parcours professionnel, ensuite on pourra continuer avec des questions sur la prise en charge donc de patient état limite/borderline, ensuite on continuera avec le sujet de la Co-thérapie, sur sa pratique. Donc avec certaines questions sur votre expérience personnelle en Co-thérapie et ensuite avec d'autres questions plus spécifiques sur la Co-thérapie avec un ergothérapeute et on terminera ainsi.

Infirmière 2 : Très bien.

Simonnot Pauline : Tout d'abord, je vous laisse vous présenter en tant que professionnelle.

Infirmière 2 : Alors, moi je suis infirmière depuis vingt-six ans, j'ai travaillé douze ans en soin somatique, euh ... que ce soit bloc opératoire, soins de suite, maison de retraite, chirurgie, médecine, salle de réveil, bloc opératoire, je ne sais pas si je l'ai déjà dit, je crois que si.

Simonnot Pauline : Oui ...

Infirmière 2 : Et après, ça fait là quatorze ans que je suis en psychiatrie.

Simonnot Pauline : D'accord !

Infirmière 2 : Donc onze ans en hospitalisation pleine, donc en service d'intra et là trois ans en CATTP, en extra.

Simonnot Pauline : Ok ! ça marche. Depuis que vous travaillez en psychiatrie, est-ce que vous travaillez toujours à temps plein ou à temps partiel ?

Infirmière 2 : A temps plein.

Simonnot Pauline : D'accord. Maintenant, nous allons donc passer à des questions sur la prise en charge des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline ...

Infirmière 2 : Hum hum

Simonnot Pauline : Tout d'abord, selon vous, quels sont les signes cliniques de ces patients les plus difficiles à contenir pour un thérapeute au sein d'un groupe thérapeutique ?

Infirmière 2 : Alors souvent, pour les personnalités borderline, c'est plutôt le cadre thérapeutique qui est difficile à tenir souvent. Ils essaient toujours d'aller aux frontières en fait de ce qui est permis, pas permis et c'est souvent au niveau du cadre et de la distance thérapeutique.

Simonnot Pauline : Ok ... d'accord. Et justement, avec ces patients, quels outils thérapeutiques utilisez-vous ?

Infirmière 2 : Euh ... On fait beaucoup d'individuel en groupe. On essaie de pas faire trop d'individuel... individuel. Bah justement, au niveau de la distance thérapeutique, ça peut parfois être un peu compliqué. Et euh ... surtout avec une médiation en fait. Des groupes à médiations.

Simonnot Pauline : D'accord. Donc ça serait la médiation et le fait de travailler l'individuel en groupe ?

Infirmière 2 : Oui voilà, c'est ça... le tiers et le fait de travailler avec une autre personne.

Simonnot Pauline : Ok, d'accord. Et justement, en lien avec ce que vous venez de dire, que pensez-vous du travail interprofessionnel ?

Infirmière 2 : Moi je trouve que c'est très complémentaire, par ce que l'on n'a pas tous les mêmes visions de ce qui se passe, qu'on soit infirmier, ergo, ou psychomot'. Donc du

coup, c'est très complémentaire. Oui, c'est un ... comment dire ... euh ... un plus. Ça apporte un plus à la prise en charge.

Simonnot Pauline : Ok ! Et plus spécifiquement par rapport à votre formation d'infirmière, quelle formation avez-vous en tant que IDE pour réaliser des ateliers avec des médiations et en exercez-vous seule ?

Infirmière 2 : Alors moi j'ai aucune formation par rapport à la médiation. J'apprends justement avec mes collègues ergo. Mais j'en fait un quand-même toute seule, parce que là c'est quand-même plus dans mon domaine, parce que c'est le bien être ; ce sont des massages ... se sont des soins du corps en fait. Et c'est quand même plus dans le domaine des soins infirmiers, les soins du corps. Et là par contre, j'ai déjà eu une formation « touché dans le soin » en fait. Et une formation soins esthétiques aussi.

Simonnot Pauline : Et donc ce sont des formations à part de votre cursus ... ?

Infirmière 2 : Oui, à part du cursus. On n'a pas de formations aux médiations en fait.

Simonnot Pauline : D'accord, et ces formations là vous les avez faites dans le cadre de votre profession en psychiatrie ?

Infirmière 2 : Oui, depuis que je suis en psychiatrie. C'était un domaine qui m'intéressait.

Simonnot Pauline : D'accord ! A présent, nous allons parler un petit peu plus de la Co-thérapie en elle-même. Pratiquez-vous la Co-thérapie depuis le début de votre carrière d'infirmière en psychiatrie et si non, depuis quand la pratiquez-vous ?

Infirmière 2 : Euh non, je n'ai pas pratiqué tout de suite la Co-thérapie. Je la pratique depuis trois ans. Depuis que je suis au CATTP.

Simonnot Pauline : D'accord, depuis que vous êtes en extrahospitalier du coup ?

Infirmière 2 : Oui, depuis que je suis ici.

Simonnot Pauline : En intra, ça ne se faisait jamais ?

Infirmière 2 : En intra, j'en ai fait un tout petit peu mais on avait très très peu d'activité quand j'y étais. J'ai fait un peu avec la psychomotricienne, un peu avec l'éducatrice aussi mais très très peu, la plupart du temps, c'était seule ou avec d'autres infirmiers mais pas en Co-thérapie. On ne faisait pas vraiment d'activité on n'avait pas le temps.

Simonnot Pauline : Et justement, ça peut être intéressant cette différence entre l'intra et l'extrahospitalier, avez-vous constaté une différence de prise en soin lorsque vous travailliez seule et maintenant en Co-thérapie ?

Infirmière 2 : Et bien en fait, il y a du positif et du négatif ... enfin pas négatif, mais ... Quand je suis en atelier bien être ou en entretien infirmier avec les patients donc seule, euh ... j'ai remarqué que ces patients parlaient beaucoup plus. Il y a beaucoup plus de parole et de ... ça va plus en profondeur et par contre, quand on est en Co-thérapie, ce qui est intéressant c'est qu'on a chacune différentes visions et c'est très complémentaire, ça apporte vraiment. C'est un enrichissement de la prise en charge du coup. Et les patients, c'est vrai qu'on attend moins de parole dans ces groupes-là. Mais voilà, la différence c'est que vraiment dans les ateliers individuel en groupe, il y a beaucoup plus de parole en fait.

Simonnot Pauline : Et par rapport à l'intra, est-ce que vous voyez dans les groupes que vous avez pu faire une différence ?

Infirmière 2 : Euh... bah déjà en intra on avait pas du tout de cadre thérapeutique comme au CATTP. C'étaient plus des activités occupationnelles, donc ce n'est pas tout à fait comparable.

Simonnot Pauline : Oui d'accord, ce n'est pas la même chose en effet.

Infirmière 2 : Oui, ce n'est pas aussi riche.

Simonnot Pauline : Oui, d'accord ...

Infirmière 2 : Et puis on n'avait pas toutes la réflexion après les groupes, pas toutes cette réflexion sur le patient.

Simonnot Pauline : Oui ... d'ailleurs cette réflexion, vous la menez comment ?

Infirmière 2 : Euh, et bien souvent après chaque groupe quand on est en Co-thérapie ... Bah déjà, avant chaque groupe on fait un petit point, on essaie de voir pour chaque patient ce qui c'était passé la séance d'avant et ce qu'on avait remarqué. Et à chaque fin de groupe, on refait un point, pour que chacune en fait puisse dire ce qu'elle a observé, si on est d'accord, pas d'accord, car on ne voit pas forcément les mêmes choses en même temps ... ou la même analyse. Ça nous permet de discuter de tout ça.

Simonnot Pauline : Vous refaites un point à chaque fois entre les deux Co-thérapeute, c'est ça ?

Infirmière 2 : Oui voilà, c'est ça ... oui. A chaque fois.

Simonnot Pauline : D'accord ! Toujours par rapport à la Co-thérapie, est-ce que vous travaillez également en Co-thérapie lors des entretiens ou des prises individuelles des patients ?

Infirmière 2 : Alors, pour tous les entretiens au CATTP, on est en Co-thérapie. Il y a que pour les entretiens infirmiers, vraiment purs, que je suis toute seule ... pour les prises individuelles vraiment infirmier.

Simonnot Pauline : Et du coup ils ne se font jamais en Co-thérapie, vous les faites toujours seule ?

Infirmière 2 : Oui toujours toute seule.

Simonnot Pauline : D'accord. Et selon vous, pour quel atelier il est indispensable d'être en Co-thérapie ?

Infirmière 2 : Euh, moi je pense pour tout ce qui est ... euh, atelier accueil, par exemple, là où il y a beaucoup de relationnel. C'est bien d'être à deux ... pour pouvoir maintenir le cadre. Moi j'ai pu remarquer, quand j'étais toute seule que c'était beaucoup plus compliqué. Et puis en plus, c'est vrai que l'on n'a pas tout à fait le même cadre en Co-thérapie, chacune apporte sa touche. Il y en a une qui va être plus à l'aise sur certains sujets que l'autre. C'est vrai que c'est un réel soutien d'être à deux quand-même. Et dans les ateliers créatifs, moi j'ai encore besoin d'être un peu en Co-thérapie parce que je ne maîtrise pas encore bien toutes les médiations. C'est vrai que ça me permet moi aussi, de pouvoir avoir encore le soutien du Co-thérapeute.

Simonnot Pauline : Et justement, vous m'aviez dit que vous avez déjà fait justement cette atelier accueil seule. Qu'est-ce qui a été plus compliqué quand vous étiez seule qui vous a semblé être plus facile quand vous étiez deux ?

Infirmière 2 : Euh ce qui est plus simple, c'est que quand on est à deux, euh ... bah chacune peut rebondir sur ce qui se passe en fait et peut être réactive. Quand on est toute seule, j'ai pu remarquer que, ... souvent maintenir le cadre c'est plus compliqué, les patients ont tendance à ... bah déjà vu qu'ils sont cinq/six, alors que nous on est seule de l'autre côté, c'est un peu plus compliqué, déjà, de pouvoir réagir à toutes les conversations en même temps et de pouvoir rattraper si il y a des choses qui s'y passe. Et puis, les patients ont tendance à vouloir un petit peu plus dépasser le cadre. Que quand on est à

deux, c'est vrai que ... même sans se parler, on peut d'un regard ... voilà, on sait si il y en a une qui est en difficulté, l'autre prend le relais, c'est quand même plus facile.

Simonnot Pauline : Ok ! Et ça c'est spécifique aux patients borderline ou c'est pour tous les patients ?

Infirmière 2 : Nan surtout pour les patients borderline.

Simonnot Pauline : D'accord. Et par rapport à la Co-thérapie avec les ergothérapeutes maintenant. Quel est votre rôle et quel est le rôle de votre Co-thérapeute ergothérapeute au sein de la Co-thérapie pour les ateliers thérapeutiques que vous faites ensemble ?

Infirmière 2 : Alors moi, en général, pour l'instant, les ateliers que je fais avec l'ergothérapeute, moi je suis plutôt en deuxième thérapeute en fait, donc ce n'est pas moi qui ... mince je n'arrive pas à trouver le mot ... qui euh, anime vraiment le groupe. Je suis vraiment plus là en observatrice de ce qui se passe justement entre l'ergothérapeute et les patients ... et être la plutôt dans le cœur et dans le soutien si il y a besoin, et euh voilà. Mais souvent, je suis plus en retrait. Et en plus moi, je me mets souvent en création pour pouvoir aussi parfois un peu aiguiller les patients sans rien dire en fait. Quand on voit qu'il y a des difficultés, je peux prendre une technique pour un peu ... qu'ils puissent observer, des choses comme ça. Et puis dans l'observation pour pouvoir après transmettre justement à l'ergothérapeute ce que j'ai pu observer dans la relation du transfert-contre transfert qui peut se passer en fait.

Simonnot Pauline : Oui, d'accord. Et du coup, quel atelier vous faites en Co-thérapie avec une ergothérapeute ?

Infirmière 2 : Alors, je fais l'atelier « tout en volume », donc c'est de la 3D.

Simonnot Pauline : D'accord !

Infirmière 2 : Je fais l'atelier « découverte créative », donc c'est plus de la création mais avec un cadre un peu plus souple sur ... déjà c'est avec toutes les médiations qui sont présentes dans l'atelier ... c'est un groupe en fait qu'on propose à chaque entrée de patient au CATTP, pour qu'ils puissent découvrir un peu tout ce qu'il peut être fait. Et on aide un petit peu plus sur la technique en fait par rapport aux autres groupes créatifs.

Simonnot Pauline : D'accord.

Infirmière 2 : Et ... donc, je fais l'accueil aussi en Co-thérapie avec l'ergothérapeute. Et ... je crois que c'est tout. Oui, je crois que c'est tout.

Simonnot Pauline : Ok. Et du coup, pour revenir sur le cadre, avec l'ergothérapeute, comment l'établissez-vous et lequel est-il ?

Infirmière 2 : On se met d'accord avant. Quand on crée le groupe, on voit à peu près qui aura quel rôle et puis on se met d'accord sur qui fait quoi dans le groupe, en tout cas avec mes collègues on fait comme ça. Qui va avoir tel ou tel rôle ... et après c'était quoi l'autre question ?

Simonnot Pauline : Alors, sur quel critères vous fondez votre cadre ?

Infirmière 2 : Le cadre souvent, on le fonde par rapport aux attentes thérapeutiques que l'on souhaite, dans le sens où si c'est un individuel en groupe par exemple, on va faire en sorte qu'il n'y ait pas trop de discussion dans le groupe ou pas trop d'interaction entre les uns, les autres. Bien souvent c'est dans la bienveillance, pour qu'il n'y ait pas de jugement, que les patients ne se jugent pas les uns les autres, enfin que les patients ... que tout le monde puisse se sentir à l'aise et libre de créer ou de parler. On insiste souvent sur la bienveillance des uns, des autres.

Simonnot Pauline : Ok, d'accord. On en a un peu parlé juste avant, selon vous, personnellement, que vous apporte l'ergothérapeute lorsque vous travaillez ensemble en Co-thérapie ?

Infirmière 2 : Euh pour moi, c'est vraiment un enrichissement de ma pratique hein. Parce que déjà, ne connaissant pas les médiations particulièrement, il fallait déjà que je m'enrichisse techniquement, ... honnêtement, je ne me rendais pas compte de l'impact que ça pouvait avoir quand j'étais en intra hospitalier par exemple, de tout ce que la médiation pouvait apporter au patient. Et en fait, j'apprends beaucoup par rapport à ça et puis, bien le fait de ne pas voir la même chose, car on n'est pas formé de la même façon. Quoi que c'est très proche ergothérapie et infirmier ... enfin, voilà ... on voit à peu près la même chose, mais je trouve que c'est quand même très complémentaire et que ça enrichit beaucoup la thérapie du coup. Pour le patient en tout cas c'est vraiment un plus.

Simonnot Pauline : D'accord. Et à contrario, vous, selon vous, vous apportez quoi à l'ergothérapeute dans la Co-thérapie, en tant qu'infirmière ?

Infirmière 2 : Bah moi, mon côté peut être plus ... souvent je suis là plus pour remettre un peu par rapport à la pathologie, au traitement, euh ... expliqué, voilà ... moi j'ai un côté un peu plus aussi de prise en charge quand il y a des angoisses, le côté euh ... Mais c'est aussi ... on discute beaucoup de l'impact du traitement, par ce que ça peut faire justement sur ... avoir des conséquences ... je ne sais pas trop comment dire ... Si un patient tremble, voilà, ça peut être ça aussi, si il a du mal à se concentrer, si il a des troubles de la vision, enfin voilà, parfois j'apporte mon côté un peu plus technique, voilà. Et puis le côté infirmier ... dans la relation d'aide, voilà, on est un peu plus formé à cette notion d'aide aussi ... Mais après, je n'arrive pas trop à définir ... voilà.

Simonnot Pauline : D'accord ! Et justement, le sujet de l'angoisse est revenu dans plusieurs des entretiens que j'ai déjà réalisés, qui revient donc souvent, vous en tant qu'infirmière, comment arrivez-vous à les gérer pour ces patients ?

Infirmière 2 : Euh ... bah en fait moi, c'est par la pratique. Comme j'ai quand même pas mal d'expérience, juste de pouvoir être rassurante ... voilà, il faut savoir une certaine façon de poser sa voix, de ramener le patient vers quelque chose de plus calme, de poser la respiration, voilà ... c'est vrai que c'est un rôle, plus dans la relation d'aide justement, où là nous on est un peu plus formé.

Simonnot Pauline : Oui ... d'accord. Et peut-être aussi ... je sais que ces patients borderline ont cette tendance à de l'auto-agressivité, est-ce que vous justement c'est une plus-value que vous pouvez apporter dans ces moments-là ?

Infirmière 2 : Euh ... bah après, je ne sais pas si c'est vraiment la profession qui fait. Je pense que c'est aussi la personnalité de chacun et l'expérience qu'on peut en avoir aussi.

Simonnot Pauline : Ok, ok très bien ...

Infirmière 2 : Après, ce sont des patients qui ont besoin d'avoir confiance, d'avoir le sentiment de ne pas être abandonné, d'être compris. Donc c'est vrai que c'est ça qui est aussi important de sentir qu'on est présent. C'est hyper important.

Simonnot Pauline : Ok, ok. Et j'avais une dernière question, ...

Infirmière 2 : Hum hum

Simonnot Pauline : ... vraiment plus sur l'ergothérapie, mais j'aimerais avoir votre avis en tant qu'infirmière ; Est-ce que selon vous, l'ergothérapeute peut apporter un

transfert d'acquis vu en séance au sein de la Co-thérapie, dans leur quotidien ... dans leur vie quotidienne ?

Infirmière 2 : Euh, chez les patients ?

Simonnot Pauline : **Oui, chez les patients borderline.**

Infirmière 2 : Oui, on voit que quand même euh... parce que c'est vrai qu'on commence à en voir un petit peu ... bah c'est surtout par rapport aux angoisses en fait ... les dernières que l'on a eues ... patientes ... qu'on a vu beaucoup évoluer, c'étaient des patientes qui arrivaient, qui faisaient pratiquement des crises d'angoisses dès qu'elles arrivaient en atelier. Et à force en fait d'être avec elles, de dire que ça pouvait arriver, que ce n'était pas interdit, que ça faisait partie de la maladie, enfin de les rassurer sur le fait qu'elles étaient capables aussi de passer ce moment difficile ... Et bien en fait on a vu, je pense surtout à une patiente, on a vu en fait l'évolution au fur et à mesure des séances ... enfin dans les premières séances, on a vu qu'elle avait besoin d'exprimer à chacune son mal-être et qu'une fois qu'on avait réussi chacune à la rassurer, en fait au fur et à mesure des séances on a vu qu'elle pouvait venir sans crises d'angoisses du coup.

Simonnot Pauline : **Ok !**

Infirmière 2 : Au fur et à mesure, elles ont diminué en intensité et en durée. Et on est arrivé dans les dernières séances où elle n'en a pas fait du tout.

Simonnot Pauline : **D'accord ! Ok, et donc cela, vous pensez que dans le quotidien, ce sont des choses qui aussi ...**

Infirmière 2 : Et elle disait ... oui ... que ayant pu le faire dans l'atelier, elle se dit que en fait elle est capable de le faire donc elle le reproduisait en fait après dans son quotidien.

Simonnot Pauline : **Ok !**

Infirmière 2 : Donc là c'est vraiment un exemple type que j'ai en tête. Mais oui pour plein d'autres choses ... Après coup en fait, ils nous disent que oui en fait ils ... Par exemple j'ai une autre patiente ... quand j'étais en Co-thérapie et qu'on faisait la cuisine avant par exemple, c'était assez étonnant parce qu'elle en fait, ... ce qui lui servait à l'extérieur, c'était pas trop le fait de ... d'être en relation avec les autres patients et ce qui s'y passait dans l'atelier, mais c'est ce qui se passait dans ... elle observait comment nous, les soignants, on se parlait et comment on se mettait d'accord ... les interactions à nous en fait, entre nous, lui servaient à l'extérieur en fait ... pour avoir des interactions à l'extérieur.

Simonnot Pauline : D'accord, un peu comme un modèle en fait ?

Infirmière 2 : Un peu comme un modèle, oui, voilà !

Simonnot Pauline : Ok ! D'accord.

Infirmière 2 : Donc on voit plein d'autres exemples, mais c'est vrai que là ça ne me vient pas mais oui oui, on voit que les patients arrivent à se saisir des choses et à les appliquer après à l'extérieur.

Simonnot Pauline : Il y a vraiment quelque chose qu'ils peuvent mettre en place dans leur quotidien ?

Infirmière 2 : Oui oui, complètement !

Simonnot Pauline : Ok ! très bien. Du coup, nous avons fini l'ensemble des questions de ma grille d'entretien. Est-ce que vous, vous voulez revenir sur des points évoqués ou avez-vous d'autres choses importantes à rajouter sur cette question de Co-thérapie ergothérapeute-infirmier pour ces patients Borderline ?

Infirmière 2 : Hum ... non. Comme je l'ai dit, je pense que c'est vraiment un enrichissement de la pratique, enfin de la prise en charge, et que c'est vraiment complémentaire. Moi je ne connaissais pas trop le métier d'ergothérapeute avant, parce que je n'avais pas trop eu de collègue ergothérapeute, et du coup, on peut vraiment voir la complémentarité en fait de chacune et c'est vraiment intéressant je pense. Et d'autant plus pour les patients Borderline qui sont vraiment dans leur relation ... c'est bien de leur apporter plusieurs modèles justement. Voilà.

Simonnot Pauline : Ok, très bien. Merci beaucoup pour toutes vos réponses et je vais pouvoir arrêter l'enregistrement.

Infirmière 2 : Merci !

Tab.I. : Récapitulatif des signes cliniques de J. Bergeret :

Les signes cliniques de l'état-limite par J. Bergeret :
1- Sujet « porc-épic »
2- Dépression <i>anaclitique</i>
3- Sentiment de solitude et d'abandon
4- Angoisse spécifique
5- Effet de transparence
6- Régime oscillatoire, « stabilité dans l'instabilité »
7- Asynclitisme
8- Bouffées délirantes et épisodes de dépersonnalisation
9- Passages à l'acte sexuel, toxiques, médico-légaux, automutilations et tentatives de suicide

H. Hernandez (2016)

La plus-value de l'ergothérapie au sein d'une Co-thérapie pour des patients atteints de trouble de la personnalité limite (TPL) :

Résumé

Mots-clés : Ergothérapie – Trouble de personnalité limite – Co-thérapie – Infirmier – Ateliers thérapeutiques

Jusqu'à 50 % des patients hospitalisés en psychiatrie sont des personnes souffrant de trouble de la personnalité limite. L'objectif de cette étude était de se questionner sur l'apport de l'ergothérapeute au sein d'une Co-thérapie ergothérapeute-infirmier pour des patients souffrant de trouble de la personnalité limite. Mon enquête a été menée auprès de quatre ergothérapeutes et de deux infirmiers. Ils travaillent tous en extrahospitalier (en CATTP ou en ateliers thérapeutique). L'ensemble des professionnels se rejoignent pour dire que travailler en Co-thérapie est un réel apport pour la prise en soin du patient. Différents avantages à la contribution ont été trouvées selon les entretiens : il est question d'apport pour l'autonomie du patient, une maîtrise des médiations ou encore être meneur de la Co-thérapie. Les infirmiers ont quant à eux un rôle d'accompagnant, d'observateur, ils permettent d'avoir un regard précis sur l'état thymique des patients et sur les effets secondaires de leur traitements pouvant être observables lors des ateliers thérapeutiques. De ce fait, on observe une réelle complémentarité à cette collaboration.

Abstract

Key words : Occupational Therapy – Borderline personality disorder – Co-therapy – Nurse – Therapeutic workshop

Up to 50% of patients hospitalized in psychiatry are people with borderline personality disorder. The objective of this study was to question the contribution of the occupational therapist within an occupational therapist-nurse co-therapy for patients with borderline personality disorder. My investigation was conducted with four occupational therapists and two nurses. They all work with outpatients (CATTP) or in therapeutic workshops). All the professionals agree that working in co-therapy is a real contribution to the care of the patient. Different benefits to the contributions were found according the interviews : they talk about the contribution to the patient's autonomy, a mastery of mediations or even being the leader of the Co-Therapy. The nurses have a role of accompaniment, of observer, they allow to have a precise look on the thymic state of the patients and on the secondary effects of their treatments which can be observable during the therapeutic workshops. Therefore, we observe a real complementarity of this collaboration.

SIMONNOT Pauline

Sous la direction de Madame HAINE Marianne