

**Institut de Formation en Ergothérapie
Paris-Est Créteil (XII)**

**MÉMOIRE D'INITIATION À LA RECHERCHE EN
ERGOTHÉRAPIE**

Année universitaire 2021-2022

Mai 2022

**L'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes en
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.**

Présenté par : Pauline QUINTARD-BIRAUD

Numéro d'étudiant : 21949978

Sous la direction de Marie RAGUET Ergothérapeute

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant (e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant (e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant (e) est aidé (e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant (e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), QUINTARD-BIRAUD Pauline étudiant (e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé (e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 24 mai 2022



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 mon entourage pour son soutien lors de l'élaboration de ce mémoire.

A Marie Raguét, mon maître de mémoire qui a su me questionner, m'aiguiller et m'orienter pour élaborer ma pensée et me permettre d'avancer dans l'écriture de ce mémoire.

A Aurélie Fohr, qui a su me transmettre son savoir, son temps, évoquer son expérience et répondre à mes questionnements.

Mais plus particulièrement, je souhaite remercier, mon conjoint, Andréas, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci, pour ton soutien dans cette reconversion, pour ta curiosité face à mes nouveaux apprentissages et au temps que tu m'as accordé, notamment lors de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à ma maman et ma sœur pour leurs messages d'encouragements et de positivité.

Merci à ma famille, Lucile, Stéphane et Nina pour mon escapade en campagne, dans le but de changer d'air et écrire au vert.

Merci à mes amies futures ergothérapeutes rencontrées durant ces trois années d'études de m'avoir apporté plus que des rencontres scolaires.

Et je tiens à remercier ma Mamie, partie durant l'écriture de ce mémoire et à qui je dois ce regard bienveillant sur mon travail, ma reprise d'étude et mon courage fasse à cette nouvelle étape de ma vie.

« Il faut toute une vie pour apprendre à vivre. »

Sénèque

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
PREMIERE PARTIE THEORIQUE.....	12
1. Le patient schizophrénique : définition de la maladie et traitements.....	12
1.1. Définition.....	12
1.2. Les symptômes de la schizophrénie.....	14
1.3. L'entrée dans la maladie et son diagnostic	14
1.3.1. La bouffée délirante aiguë	14
1.3.2. L'entrée insidieuse	15
1.4. Les facteurs pouvant être à l'origine de la maladie.....	15
1.5. Les traitements médicamenteux	16
1.6. La situation de handicap que génère la schizophrénie.....	17
2. L'observance médicamenteuse	18
2.1. Définition de l'observance médicamenteuse.....	18
2.2. Les facteurs de défaut d'observance médicamenteuse.....	18
2.2.1. Le défaut d'insight.....	18
2.2.2. Les effets indésirables	19
2.2.3. Les autres causes de non-observance.....	19
3. Le parcours de soin en psychiatrie.....	21
3.1. L'histoire de la psychiatrie en France :	21
3.2. Les structures intra hospitalières de soins en psychiatrie	22
3.3. Les structures extra hospitalières de soins en psychiatrie.....	24
3.3.1. Les CMP	24
3.3.2. Les HDJ	24
3.3.3. Les CATTP	24
3.3.4. Les ESAT	24
3.3.5. Les autres structures	25
3.4. SAMSAH, lieu de rencontre d'une équipe pluridisciplinaire.....	25
3.4.1. Les domaines d'actions des SAMSAH.....	26

3.4.2.	Le rôle de l'ergothérapeute au sein de la structure	27
3.5.	L'ergothérapie en psychiatrie.....	28
3.5.1.	Définition de l'ergothérapie.....	28
3.5.2.	L'ergothérapeute en psychiatrie.....	28
3.6.	Le parcours de soins du patient schizophrène	29
4.	<i>La réhabilitation psychosociale</i>	29
4.1.	Définition des modèles en ergothérapie	29
4.2.	La réhabilitation psychosociale : une approche d'intervention	30
4.3.	ELADEB : un outil d'auto-évaluation de la réhabilitation psychosociale	31
	<i>SECONDE PARTIE EXPERIMENTALE.....</i>	34
1.	<i>Méthodologie d'enquête.....</i>	34
1.1.	Rappel de la problématique et de l'hypothèse	34
1.1.1.	Rappel problématique.....	34
1.1.2.	Rappel hypothèse.....	34
1.2.	Objectifs et critères d'évaluation	34
1.3.	Population cible	35
1.4.	Choix de l'outil d'investigation	36
2.	<i>Passation des entretiens</i>	36
3.	<i>Présentation et analyse des entretiens.....</i>	38
3.1.	Présentation des enquêtés.....	38
3.2.	Présentation du SAMSAH.....	40
3.3.	Le suivi du patient par l'ergothérapeute	42
3.4.	Les outils d'évaluation de l'ergothérapeute	43
3.5.	ELABED et observance médicamenteuse	44
3.6.	Moyens mis en place pour favoriser l'observance médicamenteuse.....	47
3.7.	Lien avec les autres structures de soin et professionnels.....	49
	<i>DISCUSSION</i>	51

APPORTS ET LIMITES DE L'ETUDE	52
CONCLUSION	54
TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	56
BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES	63

INTRODUCTION :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place un plan d'action Globale pour la santé mentale. Ce plan d'action, prévu entre 2013-2030, a pour but de promouvoir et faciliter l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale, et plus particulièrement pour les individus atteints de troubles psychiatriques, dont la schizophrénie fait partie. Un des objectifs de ce plan d'action, est de mettre à disposition davantage de services et aides sociales pour garantir une santé mentale optimale. Celle-ci étant définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2013)

Par ailleurs, comme l'explique Bernard Durand dans son article Psychiatrie et santé mentale en 2019, il convient de préciser que les troubles psychiatriques apparaissent comme une résultante d'une « mauvaise santé mentale » (Durand, 2019)

En mars 2020, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) comptabilise 600 000 individus atteints de schizophrénie en France, ce qui représente environ 1% de la population. (Inserm, 2020). Selon l'étude Catie menée sur une période de 18 mois, « 74 % des 1493 patients avaient cessé leur médicament antipsychotique avant la fin de l'étude » (Charpentier, Goudemand, & Thomas, 2009, p. 83). Cette étude fait état d'une réelle problématique autour de l'observance médicamenteuse pour les patients psychotiques.

De ce fait, souhaitant maintenir une continuité entre mon parcours de préparatrice en pharmacie et mes nouvelles compétences en tant que future ergothérapeute, il était pour moi évident de me questionner sur la possibilité d'allier mes connaissances ergothérapeutiques et pharmaceutiques pour réfléchir à des moyens permettant de favoriser, maintenir ou restaurer une observance médicamenteuse chez des patients présentant des troubles psychiques, en particulier schizophréniques. Les patients atteints de schizophrénie peuvent en effet, rencontrer des limitations dans leurs habitudes de vie, dans leur autonomie et dans leur participation sociale en raison d'une dégradation de leur état psychique ayant pour conséquence une répercussion sur leur observance médicamenteuse.

Ce souhait a d'ailleurs été renforcé à la suite d'un stage en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). J'ai pu m'apercevoir lors de différents entretiens avec les patients que la prise du traitement pouvait être une réelle problématique. En effet, les

patients pouvaient soulever plusieurs problématiques face à leur difficulté d'observance médicamenteuse : l'incompréhension de leur traitement, un cycle nyctéméral inversé, des difficultés à se rendre à la pharmacie ou chez le prescripteur, la perte de leur ordonnance...

Ainsi, je me suis questionnée autour de la problématique suivante : **Par quel(s) moyen(s) l'ergothérapeute peut favoriser l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés ?**

Au cours de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous aborderons dans un premier temps une partie théorique qui consistera à définir la maladie de la schizophrénie et l'observance médicamenteuse ainsi que les répercussions que peuvent avoir un défaut d'observance chez ces individus. Puis, nous évoquerons la place de l'ergothérapie en psychiatrie ainsi que les structures de soins pouvant graviter autour du patient.

Dans un second temps, sera présenté une partie expérimentale, avec une description de la méthodologie d'enquête utilisée. S'en suivra une présentation des différents entretiens réalisés pour aboutir à une analyse des données recueillies. Enfin, une présentation d'une discussion avec les apports et les limites de ce travail sera évoquée et permettra de conclure.

PREMIERE PARTIE THEORIQUE

1. Le patient schizophrénique : définition de la maladie et traitements

1.1. Définition

La notion de schizophrénie est apparue il y a plus d'un siècle (XIXe siècle), par l'intermédiaire d'un premier psychiatre, Emil Kraepelin, qui la définissait comme une « démence précoce ». Puis, quelques années plus tard, en 1911, c'est le psychiatre Eugen Bleuler qui évoquera pour la première fois le terme de « schizophrénie ». (Crocq, 2012)

Le mot schizophrénie est issu d'un néologisme de deux mots de racines grecques. Le premier « schizo » qui signifie « coupure » et le second « phrénie » qui correspond à l'esprit. Bleuler parle d'avantage d'une psychose « *marquée par une désorganisation mentale et une « discordance affective », se traduisant par de la bizarrerie, un manque de sens pratique, un détachement excessif et, souvent, mais pas toujours, des voix hallucinatoires et un état délirant non systématisé.* » (Granger & Naudin, 2019, p. 9).

Ce n'est que plus récemment que la schizophrénie a été définie, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, comme « *une psychose, un type de maladie mentale se caractérisant par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement.* ». (Organisation Mondiale de la Santé, 2019)

On le voit, la notion de schizophrénie a été définie au fur et à mesure de la meilleure compréhension de cette maladie par les professionnels. Elle peut désormais être définie chez un individu lorsque plusieurs critères se corrént. Ainsi, selon la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles Mentaux (DSM) la schizophrénie fait partie des pathologies faisant état de troubles psychotiques, dont les critères de diagnostics se répartissent en cinq thèmes principaux :

« A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).

4. *4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.*
5. *Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).*

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

*F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace). »
(Américain Psychiatric Association, 2013, pp. 122-123)*

1.2. Les symptômes de la schizophrénie

Marie-Odile Krebs, directrice de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale met en évidence trois groupes de symptômes dans la schizophrénie.

Le premier groupe contient les symptômes dit positifs, regroupant les délires et les hallucinations.

- Les délires sont souvent caractérisés par un sentiment de persécution, ou une mégalomanie.
- Les hallucinations quant à elles sont sensorielles, principalement auditives.

Le second groupe de symptômes regroupe les symptômes négatifs. Ils désignent le repli sur soi, un apragmatisme c'est-à-dire une incapacité à faire quelque chose ou encore une anhédonie qui signifie être dans l'incapacité de ressentir du plaisir.

Puis le dernier groupe, les symptômes dissociatifs, qui peuvent être caractérisés par une perte d'unité psychique, la pensée et le discours n'étant plus cohérents. L'individu peut alors exprimer des bizarreries du comportement, traduites par des attitudes inadaptées. Des troubles de la concentration accompagnent également les symptômes dissociatifs : troubles de l'attention, des idées obsédantes, etc... (Inserm, 2020)

1.3. L'entrée dans la maladie et son diagnostic

Il existe deux types d'entrée dans la schizophrénie. La maladie peut s'installer spontanément à la suite d'une bouffée délirante aiguë ou bien de manière insidieuse pendant plusieurs années.

1.3.1. La bouffée délirante aiguë

L'apparition d'une bouffée délirante aiguë (BDA) peut être une caractéristique d'une entrée dans la schizophrénie. Plusieurs symptômes permettent de la décrire, comme citent Angélique Christaki et Marie-Christine Pheulpin, dans La notion de bouffée délirante aiguë « *la survenue brutale chez un jeune sujet d'un tableau clinique associant un délire polymorphe, un bouleversement des affects accompagné d'un sentiment angoissant, voire de dépersonnalisation, et des troubles du comportement* ». (Christaki & Pheulpin, 2019, p. 74)

Cependant, la corrélation entre une bouffée délirante aiguë et une entrée dans la schizophrénie n'est pas systématique. Elle peut en effet parfois être un épisode isolé ou tendre vers d'autres pathologies psychiques comme des troubles d'ordre thymique tels que la bipolarité. Elle peut également être les

prémices d'un trouble de la personnalité ayant comme caractéristique un état limite ou encore être causée par la prise de toxique. (Bothol, Barrère, & Speranza, 2004)

Cette entrée brutale surgit généralement chez des jeunes adultes entre 18 et 35 ans. Ce sont souvent des individus sains n'ayant jamais eu de signes précurseurs. Néanmoins, nous pouvons retrouver chez ces personnes une fragilité psychique pouvant s'illustrer par des difficultés d'intégration dans le domaine professionnel et social. (Pagès, 2017)

1.3.2. L'entrée insidieuse

L'entrée insidieuse ou aussi appelée entrée « à bas bruit » est la façon dont la maladie apparaît le plus souvent. Elle se caractérise par l'apparition de symptômes dits prodromiques. La plupart du temps, un individu avec des symptômes prodromiques présentait dès son plus jeune âge quelques signes annonciateurs. Il reste cependant très difficile d'établir un diagnostic chez un enfant au regard du manque de clarté des symptômes.

Ces derniers sont dans un premier temps, et le plus fréquemment, des symptômes négatifs. Il peut aussi s'ajouter des symptômes physiques comme une perte d'appétit, des troubles du sommeil ou une perte de poids.

Les symptômes positifs, à ce stade, ne sont que très peu présents ou de faible intensité. Ceux que nous pouvons citer et qui seront les plus souvent présents sont de types hallucinatoires (hallucination auditives) ou sentiments de persécution.

Il existe de multiples caractéristiques pouvant permettre d'établir un diagnostic de symptômes prodromiques de la schizophrénie. Parmi eux, nous pouvons citer par exemple les troubles cognitifs : ces derniers peuvent se repérer dans le domaine de la scolarité où l'individu rencontre un retard ou une baisse de ses résultats scolaires.

Néanmoins, il n'est pas toujours évident de se rendre compte de ces symptômes tant ils peuvent être discrets et difficilement repérables chez certains individus, traduisant la difficulté à diagnostiquer la schizophrénie lors d'une entrée insidieuse. (Petitjean & Marie-Cardine, 2003)

1.4. Les facteurs pouvant être à l'origine de la maladie

Il est à ce jour encore difficile de trouver des raisons exactes d'une entrée dans la schizophrénie, mais il existerait de multiples facteurs pouvant la favoriser.

Tout d'abord selon le dossier sur la schizophrénie publié par l'INSERM en 2017, l'environnement dans lequel évolue l'individu a un impact important sur le développement cérébral. Un environnement stressant peut favoriser une pathologie schizophrénique. En effet, l'exposition au stress lors de l'enfance et de l'adolescence peut endommager des structures biologiques notamment au niveau cérébral.

Par ailleurs, la consommation de psychotrope tel que le cannabis, plus particulièrement le delta-9- tétrahydrocannabinol autrement appelé THC peut précipiter l'apparition de symptomatologie schizophrénique. Encore plus, lorsque cette consommation a lieu lors de l'adolescence ; le risque de schizophrénie passerait alors du simple au double.

Enfin, d'autres facteurs en lien avec le quotidien peuvent eux aussi être favorisant tel que les troubles du sommeil, ou de l'alimentation. (Inserm, 2020)

Une fois le diagnostic établi, un traitement médicamenteux va être instauré pour permettre au patient de soulager les symptômes de la maladie.

1.5. Les traitements médicamenteux

Jusqu'à maintenant, il n'existe pas de traitements pour guérir de la schizophrénie, mais certains traitements permettent aux patients d'amoindrir leurs symptômes et ainsi de leur éviter de trop lourdes répercussions sur leur vie sociale et leurs activités de la vie quotidienne.

Les traitements médicamenteux se composent principalement de neuroleptiques. Leur première utilisation date des années 1954 et ne cesse aujourd'hui d'évoluer.

Nous pouvons distinguer deux catégories de neuroleptiques : les antipsychotiques dit conventionnels et les antipsychotiques dits non conventionnels qui correspondent aux neuroleptiques atypiques autrement appelés « neuroleptiques de seconde génération ».

Les neuroleptiques ont été classés par Delay et Deniker, deux psychiatres, en cinq catégories en fonction de leur mécanisme d'action :

- Action sur l'état émotionnel des patients afin d'amoindrir leurs angoisses ;
- Agir sur les états maniaques (Excitation et agitation) ;
- Réduire les symptômes positifs de type hallucinatoires, délirants, exhibitionnistes ;
- Activation du syndrome extrapyramidaux ;
- Effet sous-corticaux dominants.

Nous pouvons décrire plus spécifiquement et sur un plan pharmacologique que les antipsychotiques bloquent les récepteurs de la dopamine D2 (Millet, Vanelle, & Benyaya, 2014).

Bien qu'il existe de multiples molécules sur le marché pour établir un traitement contre les symptômes de la schizophrénie, il reste tout de même difficile de le mettre en place rapidement. En effet, la mise en place d'un traitement est régulièrement retardée face à la difficulté de diagnostic de la schizophrénie. Le déni de la maladie ou le refus de soin par la famille peuvent faire partie des freins à l'établissement du diagnostic (Petitjean & Marie-Cardine, 2003)

Néanmoins, de nouvelles formes galéniques peuvent permettre la mise en place d'un traitement adéquate pour le patient schizophrénique. Parmi ces formes, il y a la forme injectable avec un mécanisme d'action prolongé permettant d'espacer les prises de traitement. En fonction du traitement, le renouvellement des injections peut se faire une fois par semaine, deux fois par mois ou bien même une fois seulement dans le mois. Ces formes galéniques sont généralement prescrites pour des patients stabilisés grâce aux médicaments « per os » de Risperidone ou Palipéridone par exemple. (Paitraud, 2013).

1.6. La situation de handicap que génère la schizophrénie

Les patients schizophrènes peuvent rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne en raison de la maladie. En effet, cette dernière peut avoir un impact sur les fonctions cognitives et plus particulièrement sur les fonctions exécutives (inhibition, flexibilité mentale, planification, mémoire de travail) provoquant ainsi des conséquences sur la participation sociale des individus. Plus spécifiquement dans les domaines des loisirs, du travail, de la famille et dans les relations sociales. (Aubin, Gélinas, Stip, Chapparo, & Rainville, 2007)

Cette première partie, nous permet de comprendre que la schizophrénie est une pathologie récemment définie et diagnostiquée par les professionnels de santé. Bien que le diagnostic soit de mieux en mieux réalisé, sa prise en charge reste lente. Les accompagnements et traitements actuels, - certes ne permettant pas une guérison, mais atténuant grandement les symptômes - sont de véritables moyens d'aides pour ces patients, d'où l'importance d'une observance médicamenteuse rigoureuse.

2. L'observance médicamenteuse

2.1. Définition de l'observance médicamenteuse

L'observance est définie selon le Larousse en ligne (s. d.) comme l'« *Action de pratiquer fidèlement une règle en matière de religion* ». Par ailleurs, le dictionnaire de l'Académie Nationale de Pharmacie tend à détailler un peu plus cette définition en incluant l'aspect médical à ce terme.

L'observance médicamenteuse est définie selon leur termes comme : « *Observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social. Improprement désignée sous le nom de compliance.* » (Astier, 2015, p. 6) L'Académie Nationale de Pharmacie intègre la notion d'adhésion au traitement, c'est-à-dire le fait que le patient soit en accord avec son traitement. Sans cet accord, cette adhésion, la qualité de la prise en soin pourra être modifiée.

Plusieurs éléments peuvent encourager ou entraver l'adhésion du patient à son traitement, par exemple les compétences intellectuelles ou psychologiques, les convictions religieuses et le personnel soignant à l'initiative du traitement et dans son suivi. (Astier, 2015)

Ainsi l'observance médicamenteuse correspond au comportement et aux actions que le patient va réaliser afin de respecter scrupuleusement le traitement prescrit.

D'autres éléments peuvent mettre à défaut un suivi du traitement médicamenteux chez le patient. Un défaut d'insight ou les effets indésirables des traitements peuvent en effet entraîner des répercussions sur l'observance médicamenteuse.

2.2. Les facteurs de défaut d'observance médicamenteuse

2.2.1. Le défaut d'insight

L'un des principaux facteurs qu'il convient de prendre en compte dans l'observance médicamenteuse est « l'insight », qui peut être défini comme la capacité du patient à conscientiser sa pathologie, ses symptômes, prendre conscience de la nécessité d'un traitement, ou encore la capacité à comprendre les conséquences de la maladie sur sa vie sociétale (Bouvet, Ettaher, & Diot, 2010). L'insight peut donc avoir un effet sur l'observance médicamenteuse. De ce fait, une faible voire une absence d'insight peut mener à une indifférence de suivi du patient quant à son traitement médicamenteux. (Day et al., 2005)

Il convient d'ajouter, qu'en fonction de la langue utilisée (anglais ou français), ou de la spécialité médicale, le terme de déni et insight peuvent être synonyme ou représenter deux éléments bien distincts. (Litinetskaia, 2013)

2.2.2. Les effets indésirables

De plus, les effets indésirables causés par les neuroleptiques peuvent être une des raisons pour lesquelles les patients arrêtent ou n'opèrent pas une observance de leur traitement comme prescrit par leur médecin. Une étude sur le comportement d'observance des patients atteints de schizophrénie révèle que 70 % des patients interrogés avaient déjà arrêté leur traitement par doute d'efficacité ou à cause de leurs effets indésirables. (Bensasson, Vassal, Linard, & Mnif, 2011)

Ces effets indésirables peuvent se manifester par différents troubles au niveau : sexuels, menstruels, digestifs, du sommeil ou encore neurologiques. Le plus commun d'entre eux est la prise de poids.

En conséquence de ces nombreux effets indésirables, des médicaments supplémentaires peuvent être prescrit pour tenter de les corriger ou de les amoindrir. (Vidal, 2018)

2.2.3. Les autres causes de non-observance

Enfin, l'Organisation Mondiale de la Santé a recensé cinq facteurs pouvant causer ou perturber l'observance médicamenteuse :

- **Le facteur social et économique** : parmi les foyers où il y a de faibles revenus, les priorités ne sont pas tournées vers le soin et la santé. Les ressources sont allouées prioritairement vers les besoins des autres membres de la famille comme les enfants.
- **Le facteur en rapport à l'équipe de soins et au système de santé** : de multiples éléments peuvent être corrélés dans l'observance au niveau du facteur du système de santé. Par exemple, des services de soins mal développés, un taux de remboursement bas, voire nul, un système de distribution des médicaments inadéquat, un manque de formation des équipes de soins etc.
- **Le facteur lié à l'état de santé du patient** : nous pouvons recenser dans cette catégorie les symptômes liés à la maladie et leur gravité, à l'évolution de la maladie ainsi que la disponibilité des traitements adéquats pour la traiter. La prise d'alcool ou de drogues sont aussi à prendre en compte dans l'observance.

- **Le facteur lié à la thérapie** : l'observance médicamenteuse peut aussi être difficile à instaurer en cas d'échecs thérapeutiques antérieurs, de la durée du traitement, un régime médical complexe, à des changements de plan thérapeutiques fréquent, le temps d'action parfois long des médicaments, la présence d'effets secondaires et le soutien médical parfois absent face à tous ces éléments.
- **Le facteur lié au patient** : ce facteur regroupe les ressources du patient, ses connaissances, ses croyances, ses perceptions et attentes vis-à-vis du traitement. (Sabaté, 2003, pp. 42-44)

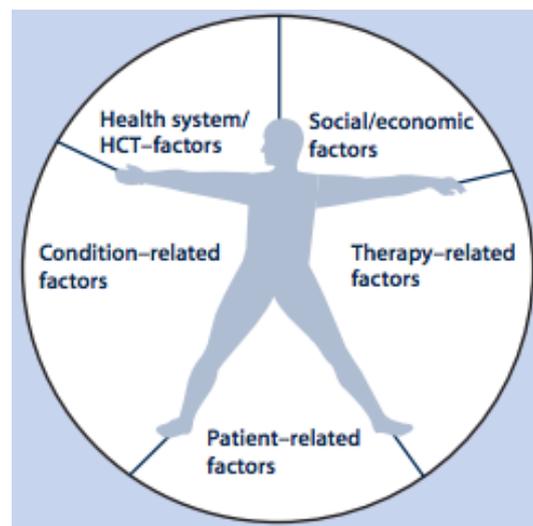


Figure 1 : The five dimensions of adherence
d'après (Sabaté, 2003, p. 27)

Il convient aussi d'ajouter, que le nombre de prises et de comprimés à prendre dans la journée peut sembler trop contraignant pour le patient et donc peut l'entraîner à ne pas opérer une observance rigoureuse du traitement. (Corruble & Hardy, 2003)

L'observance médicamenteuse est parfois difficilement réalisable par les patients en raison de multiples facteurs pouvant s'imbriquer et impacter la prise du traitement. Pour lutter contre cette observance parfois fébrile et pour accompagner les patients dans la maladie, différentes structures peuvent lui être proposées.

3. Le parcours de soin en psychiatrie

3.1. L'histoire de la psychiatrie en France :

En mars 2021, l'Agence Régionale de Santé classe la santé mentale comme un enjeu majeur de la santé publique, devant les maladies cardiaques et les cancers (Agence Régionale de Santé, 2019). Comme a pu le définir l'Organisation Mondiale de la Santé en 2018 : « *La santé mentale fait partie intégrante de la santé ; en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale.* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2019).

Cependant, la santé mentale n'a pas toujours été au cœur des préoccupations et les personnes souffrants de troubles psychiques pas nécessairement pris en considération.

En effet, en 1838, une loi est promulguée définissant les conditions de traitements des maladies mentales et plus particulièrement les conditions d'enfermement des patients. Le mode de prise en charge de ces patients se fera sous enfermement : ce sera la création des asiles. Ces établissements auront une très forte densité de population où une vie communautaire et économique est établie afin de répondre aux besoins élémentaires des patients mais aussi du personnel soignant. Les patients pouvaient par exemple travailler à la ferme pour produire de la nourriture.

Au fil des années et jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, le nombre de patient ne fera qu'augmenter avec des durées d'hospitalisations croissantes. Aussi, des disparités de traitement entre patients ne feront que croître, en fonction du sexe du patient et de son milieu social.

En 1925, Albert Londres, journaliste décide de se faire passer pour fou pour infiltrer un asile. Il écrira dans son récit *Chez les fous* à propos de la ségrégation omniprésente dans les établissements : « *En effet, quand une personne tombe malade de la mystérieuse maladie, si cette personne n'a pas le sou, elle est folle. Possède-t-elle un honnête avoir ? C'est une malade. Mais si elle a de quoi s'offrir le sanatorium, ce n'est plus qu'une anxieuse.* » (Londres, 1925, p. 10).

A partir des années 1940, des pensées émergentes commence à imaginer la fin de l'asile avec un nouveau mode de fonctionnement d'hospitalisation. On parle dorénavant « d'hôpital psychiatrique » plutôt que d'asile. C'est aussi à cette période que commence à apparaître le concept de « l'hygiène mentale »

C'est surtout à la suite de la Seconde Guerre Mondiale, causant de nombreuses victimes dans les hôpitaux psychiatriques, qu'une volonté de changement de prise en soin des patients est apparue. Entre les années 1960 et 1980, la sectorisation de la psychiatrie va donc apparaître avec une officialisation par un texte de loi en 1985. Le but de cette sectorisation est de permettre aux patients d'avoir accès à plus de moyens de traitements en extrahospitalier et de réduire les durées d'hospitalisations. Il faut convenir d'ajouter, que cette sectorisation a été permise grâce à la mise sur le marché des neuroleptiques permettant aux patients une meilleure gestion des symptômes (Gandré & Guillemain, 2021).

Ce nouveau mode de prise en soin des patients amène les patients à vivre en société – et non plus à l'écart comme l'asile l'imposait – avec des hospitalisations instaurées uniquement en phase de crise. De ce fait, de multiples institutions de proximité ont vu le jour (Von Buelzingsloewen, 2020).

En 2018, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) indique qu'il existe en France 552 structures psychiatriques pour environ 424 000 patients (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2019).

Ainsi, depuis le développement et la multiplicité des structures d'accueil, la prise en soin des patients au sein des différentes structures de psychiatrie va dépendre de son état psychique.

3.2. Les structures intra hospitalières de soins en psychiatrie

Les structures intra hospitalières de soins ou autrement appelée structures d'hospitalisations à temps-plein sont des établissements de soins où le patient reste toute la journée et dort à l'institution. Ces hospitalisations sont dans la majorité du temps proposées ou imposées au patient en cas de situation de décompensation psychique du patient (Coldefy, 2016).

La loi de juin 1990, n°90-527 définissait les modalités d'hospitalisations sans consentement des patients psychotiques. Elle détaillait les modes d'admissions, les droits des patients et du personnel soignant.

Elle définissait trois modes d'admissions :

- L'hospitalisation libre : autrement appelé « soins libres » c'est le mode d'hospitalisation le plus utilisé, relatif à une entrée en soin classique.
- L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) : elle s'applique aux patients psychotiques ne pouvant pas faire usage de l'hospitalisation libre. Ici, le patient ne donne pas son consentement à être hospitalisé. L'état psychique de celui-ci nécessite des traitements rapides sous la

vigilance permanente d'une équipe de soin. Trois documents sont obligatoires pour l'hospitalisation : 1 demande d'admission d'un tiers et 2 certificats médicaux de psychiatre datant de moins de 15 jours.

- En cas de péril imminent, c'est-à-dire lorsque la santé ou la vie du patient est en danger avec un risque important auto-agressivité, l'hospitalisation d'urgence est réalisée. Les modalités d'admissions se sont de ce fait allégées. Un seul certificat médical est suffisant à l'hospitalisation du patient.
- L'hospitalisation d'office : elle s'applique aux individus portant atteinte à l'ordre public ou à la sécurité des autres. Cela s'applique aussi pour la personne elle-même.
L'hospitalisation est appliquée à la suite d'un arrêté du préfet après consultation d'un avis médical (à la différence du certificat médical dans HDT) (Massé, 2007)

En 2011, une réforme de la loi de 1990 a été mise en place dans le but de permettre aux patients d'avoir une meilleure prise en compte de leur droit lorsqu'ils devaient être hospitalisés et de ce fait éviter les hospitalisations ne faisant l'objet d'aucunes justifications.

A ce jour, les hospitalisations sans consentement sont donc :

- Sur demande du directeur de l'établissement de santé (SDDE) avec comme particularité :
 - A la suite d'une demande d'un tiers avec ou sans urgence (SDT ou SDTU).
 - Sans demande d'un tiers s'il y a péril imminent (SPI).
- Sur décision du représentant de l'État (SDRE).
- Sur décision de justice (SDJ).

Cette réforme a aussi instauré une période de 72 heures d'observation du patient en milieu fermé afin d'évaluer l'état psychique de l'individu pour ajuster au mieux les soins pouvant être proposés par la suite : hospitalisation en intra hospitalier ou mise en place d'un suivi en extra hospitalier (Haute Autorité de Santé, 2018).

Après une période d'hospitalisation d'une durée variable en fonction et de la stabilité des troubles, les patients peuvent être guidés vers des structures extra hospitalières.

3.3. Les structures extra hospitalières de soins en psychiatrie

La sectorisation a fait émerger de multiples structures de prise en soin pour le patient dans le but de le maintenir dans la société et de privilégier les soins extra hospitaliers que de maintenir le patient en intra pendant de longues périodes.

3.3.1. Les CMP

Après un temps d'hospitalisation pouvant varier dans la durée, le patient est généralement suivi en fonction de son lieu de résidence dans un Centre Médico-Psychologique (CMP). Il pourra y trouver une équipe variée de soignants comme des psychiatres, des infirmiers, des psychologues, orthophoniste, mais aussi des professionnels du secteur sanitaire et social comme des assistantes sociales et éducateurs (Psycom Santé Mentale Info, 2020).

3.3.2. Les HDJ

Pour les patients autonomes vivant dans leur domicile mais nécessitant des soins en journée, l'Hôpital de Jour est préconisé. C'est une alternative souvent usitée afin de maintenir le patient dans son domicile et d'éviter l'hospitalisation à temps complet (Psycom Santé Mentale Info, 2020).

3.3.3. Les CATTP

Certains patients en demande d'activités et souhaitant développer leur autonomie et favoriser les liens sociaux peuvent être orientés vers des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Ici, ils peuvent y réaliser des activités comme de la peinture, du jardinage, de la lecture ou bien des jeux de sociétés (Psycom Santé Mentale Info, 2020).

3.3.4. Les ESAT

Pour les patients souhaitant reprendre une activité professionnelle, des Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) peuvent être l'endroit adéquat pour une reprise d'une activité professionnelle en milieu adapté. Cependant, il est nécessaire que l'individu soit orienté par la MDPH et ait une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) pour pouvoir accéder à l'établissement.

Une équipe pluriprofessionnelle est présente afin de soutenir les patients dans leur démarche. (Psychom Santé Mentale Info, 2020).

3.3.5. Les autres structures

D'autres structures peuvent être proposées aux patients dans le but de les accompagner dans leur vie quotidienne, notamment les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale. Ces institutions sont conseillées pour des patients autonomes mais en difficultés par exemple pour des tâches administratives, des aides de gestion budgétaire ou bien des aides concernant le logement.

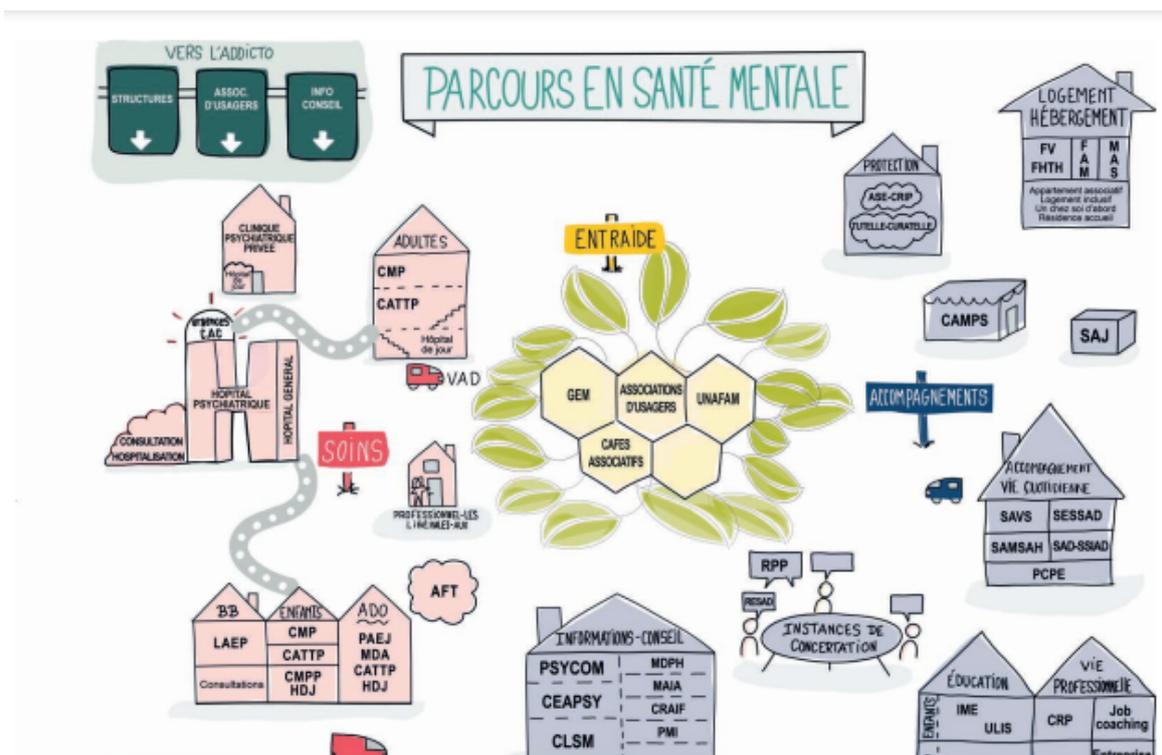


Figure 2 : Parcours en santé mentale d'après Psychom

3.4. SAMSAH, lieu de rencontre d'une équipe pluridisciplinaire

Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) peuvent faire partie intégrante du parcours de soin du patient.

Pour que ce dernier soit admis dans un SAMSAH, il faut qu'un dossier soit réalisé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). C'est le patient lui-même ou son médecin traitant qui peuvent être à l'origine de la demande d'admission.

Les SAMSAH ont pour missions, comme l'énonce le décret 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et plus précisément l'article Art. D. 312-155-5, de « *contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* » (Vienney, 2012, p. 133).

Bien que le SAVS et le SAMSAH aient des similitudes d'actions dans leur prise en charge, les patients admis en SAMSAH doivent avoir un projet de vie pour confirmer leur admission.

Ainsi, les missions du SAMSAH s'articuleront autour du projet du patient. Les missions principales de cette institution auront toujours pour but l'accompagnement sur le plan médico-social du patient via son projet de soin personnalisé.

Le SAMSAH agira comme soutien et permettra au patient de garantir son accroche aux autres structures de soin, vue précédemment, dans lesquelles il peut être inscrit (Vienney, 2012).

3.4.1. Les domaines d'actions des SAMSAH

Les SAMSAH peuvent avoir plusieurs champs d'actions et d'accompagnement :

- Les soins personnels :
 - La propreté ;
 - L'habillement ;
 - La gestion du ménage ;
 - La gestion des repas : préparation et courses.

- Les tâches administratives :
 - Gestion des dépenses ;
 - Gestion des factures ;
 - Gestion des papiers administratifs : dossier MDPH ; demande d'aide au logement, etc. ;
 - Accompagnement/ aide à l'inscription vers des structures de loisirs

3.4.2. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de la structure

Étant donné le rôle du SAMSAH en tant que structure de promotion de la réinsertion des patients dans la vie sociale, l'ergothérapeute peut avoir plusieurs missions au sein de cette structure. Dans la revue ErgOTérapie plusieurs ergothérapeutes décrivent leur champ d'intervention dans le SAMSAH dans lequel ils exercent :

- Apprécier le niveau d'autonomie de l'utilisateur à son arrivée au SAMSAH. Cette appréciation a pour but d'évaluer l'autonomie du patient dans ses activités de la vie quotidienne, dans ses loisirs, dans son travail et dans son environnement. Cette évaluation peut s'effectuer à l'aide de plusieurs bilans.
- Recommander des aides techniques et aménager le domicile des patients.
- Réaliser l'éducation thérapeutique à travers de multiples problématiques que peut rencontrer le patient dans son quotidien.
- Créer du lien avec les partenaires médico-sociaux afin de dynamiser les prises en charge et favoriser l'insertion du patient.
- Se coordonner avec les prestataires de service avec lesquels le patient peut-être en lien :
 - Les revendeurs de matériel médical ;
 - Les entreprises dans lesquelles travaille le patient ;
 - Les responsables légaux des patients : tuteurs, curateurs, etc.
- Jouer un rôle de formateur, d'informateur auprès des familles ou du personnel soignant.

Les séances d'ergothérapie en SAMSAH ne sont pas préalablement définies et peuvent varier dans le temps et en fonction des besoins du patient. Elles peuvent se réaliser au sein du domicile du patient par des visites à domicile (VAD), au sein même des SAMSAH ou bien à l'extérieur dans des mises en situations (Bouget, Lanoe, Jacob, & Dulaurens, 2013).

Ainsi, il apparaît que l'ergothérapeute peut intervenir dans des structures de psychiatrie et plus particulièrement ici dans un service d'accompagnement médicaux-social pour des patients schizophrènes. Il dispose en effet de moyens pour garantir une prise en charge optimale.

3.5. L'ergothérapie en psychiatrie

3.5.1. Définition de l'ergothérapie

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes définit l'ergothérapie comme un professionnel de santé du secteur paramédical. Il a pour missions d'intervenir dans les domaines de la rééducation, de la réadaptation et de l'intégration d'individus en situation de handicap de façon temporaire ou définitif. L'ergothérapie peut intervenir auprès d'un public très large (de nourrisson à personne âgée).

L'ergothérapeute va baser son travail sur l'activité dans un but précis : que la personne puisse retrouver une indépendance et une autonomie dans ses activités de la vie quotidienne, là où elle rencontre une atteinte de performance.

Dans le but d'établir un plan d'intervention pour le patient, l'ergothérapeute va mener des entretiens et des évaluations pour mettre en place des objectifs de prise en charge.

3.5.2. L'ergothérapeute en psychiatrie

Pinel sera l'un des premiers à évoquer l'activité, le travail, comme moyen d'inscrire le patient dans une routine de vie. (Hochmann, 2017, p. 12). Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale et face au nombre important de blessés que les besoins en rééducation et réhabilitation que le métier d'ergothérapeute a vu le jour. Il fallait que les blessés de guerre puissent reprendre leur activité professionnelle mais aussi s'atteler aux tâches de la vie quotidienne. La première école d'ergothérapie a ouvert ses portes en 1954. C'est avec la sectorisation et de nouvelles méthodes de traitements pour les patients que l'ergothérapie en psychiatrie trouvera une place importante, tout comme d'autres professionnels comme la thérapie par exemple.

L'ergothérapie va au fur et à mesure affiner sa pratique pour devenir un métier du monde paramédical à part entière, autrefois exercé par des infirmiers-ergothérapeute.

Isabelle Pibarot écrit dans le livre *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* « l'ergothérapie devra, en conséquence, contribuer à conquérir ou reconquérir un espace-temps relationnel où l'impensé pourra prendre forme. Espace-temps constitué :

- D'un lieu institutionnalisé :
 - Ayant un caractère de réalité ;
 - Constitué de personnes vivantes se présentant en tant que sujets ;
 - Garantissant la symbolique : horaires, localisation, pratiques culturelles, rites, etc.

- *D'objets-matière (substantielle ou subtile, support possible d'un action réelle » (Pibarot, 2007, p. 17-18).*

3.6. Le parcours de soins du patient schizophrène

Comme vu précédemment, la sectorisation a fait émerger de multiples structures de prise en charge pour le patient dans le but de le maintenir dans la société et de privilégier les soins extra hospitaliers plutôt que de le maintenir en intra pendant parfois de longues périodes.

Étant donné la difficulté d'inscrire le patient dans une démarche de soin, il arrive souvent que son parcours de soin commence par les urgences à la suite d'une décompensation. (Constantin-Kuntz, Pons, Artaud, Zoute, & Tran, 2014).

Par la suite, certaines structures comme les CMP assurent un lien entre l'intra et l'extra hospitalier. Les CMP permettent d'accompagner les patients dans « *le passage entre un environnement institutionnel très contenant et l'environnement social ordinaire au sein duquel l'autonomie du patient est davantage sollicitée.* » (Constantin-Kuntz, Pons, Artaud, Zoute, & Tran, 2014, p. 99). Ce changement d'environnement peut parfois faire ressurgir des problématiques comme le déni, un désintérêt des troubles entraînant une observance laborieuse voire un arrêt des traitements. Ce qui finalement, peut engendrer une ré-hospitalisation. C'est pourquoi il est nécessaire, que les patients soient accompagnés lors de leur sortie d'hospitalisation pour reprendre leurs activités de la vie quotidienne (Constantin-Kuntz, Pons, Artaud, Zoute, & Tran, 2014).

L'accompagnement des patients peut donc s'établir à travers diverses structures dont les SAMSAH font parties, où les professionnels de santé utilisent des modèles pour appuyer leur pratique.

4. La réhabilitation psychosociale

4.1. Définition des modèles en ergothérapie

L'ergothérapeute pour soutenir sa pratique peut s'appuyer sur un modèle conceptuel. Le modèle de la réhabilitation psychosocial (RPS) peut faire partie de ces modèles, notamment dans le domaine de la psychiatrie. Comme le définit Marie-Chantal Morel-Bracq dans son livre *Les Modèles conceptuels en ergothérapie* « *un « modèle conceptuel » est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la*

pratique. » (Morel-Bracq, 2017, p. 2). Pour aller plus loin, elle ajoute « *L'intérêt des modèles conceptuels est ainsi de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité.* » (Morel-Bracq, 2017, p. 8). De ce fait, le modèle conceptuel dans la pratique en ergothérapie, à vocation à servir de base pour mener et guider les prises en charge des patients.

4.2. La réhabilitation psychosociale : une approche d'intervention

La réhabilitation psychosociale s'est développée en Amérique à la suite des revendications contre les soins prodigués aux malades et à l'apparition des traitements neuroleptiques (Da Silva, 2007). Cette approche d'intervention a pour but d'apprendre aux patients à appréhender des stratégies pour faire face à leurs difficultés dans les domaines sociaux, familiaux ou professionnels. Néanmoins, le patient doit être stabilisé dans la maladie pour pouvoir entamer ce processus de réhabilitation (Anthony & Liberman, 1986).

On pourrait donc caractériser la réhabilitation psychosociale comme le décrit Matthieu Duprez dans la revue *L'information Psychiatrique* comme « *l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.* » (Duprez, 2008, p. 908).

Cette approche d'intervention peut être mise en application par différents professionnels de santé et n'est pas spécifique à l'ergothérapie. Cependant, étant donné qu'il vise à la réinsertion et la réhabilitation du patient dans la vie sociale, il peut être approprié pour la pratique des ergothérapeutes (Morel-Bracq, 2017, p. 216).

La réhabilitation psychosociale nécessite de prendre en compte l'individu dans son intégralité et mesure son aptitude à gérer le quotidien et les nombreuses actions qu'il comporte. Le plus souvent, après une sortie d'hospitalisation et lorsque le patient entame une réinsertion, ce qui reste difficile est la gestion du quotidien : « *La symptomatologie est bien souvent canalisée mais ce sont les actions simples et quotidiennes qui sont difficiles à accomplir.* » (Person, 2007, p. 172).

L'alliance thérapeutique autour du patient dans le but de favoriser son rétablissement est un point essentiel qu'il convient alors de notifier. Les soignants, la famille, l'entourage proche, le milieu socio-culturel et professionnel sont les principaux acteurs de la réhabilitation (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011).

La réhabilitation sociale, comme courant de pensée comporte plusieurs approches dont la démarche cognitivo--comportementale fait partie. Plusieurs approches peuvent être possibles comportant chacune un mode différent de prise en soin (Da Silva, 2007) :

- L'approche comportementale ;
- L'approche cognitive ;
- L'approche neurologique.

La réhabilitation comporte des outils dans le but d'effectuer des évaluations des capacités du patient et permettre d'établir des objectifs d'accompagnement. L'échelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB) fait notamment parti des outils pouvant être utilisés par les ergothérapeutes.

4.3. ELADEB : un outil d'auto-évaluation de la réhabilitation psychosociale

La première étape dans la prise en charge d'un patient dans une démarche de réhabilitation psychosociale est la période d'évaluation : elle permet d'établir les objectifs de prise en charge du patient.

L'échelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins fait partie des outils pouvant être utilisés dans le modèle de la réhabilitation psychosociale pour mettre en avant les difficultés et besoins du patient. Cet outil a été créé par V. Pomini et C. Reymond, des psychologues de l'Unité de Réhabilitation du Département de Psychiatrie à l'Université de Lausanne.

Le but de cet outil est de permettre l'auto-évaluation par le patient de ses difficultés afin de le rendre acteur de sa prise en soin. Ainsi « *Quand un patient exprime ses besoins, il signifie en parallèle aux équipes son accord pour qu'elles interviennent, l'aident, le stimulent ou l'accompagnent.* » (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011, p. 4).

ELADEB est un outil composé de 21 cartes visuelles (figure 3), illustrant des domaines de la vie quotidiennes (par exemple : travail ; famille ; alimentation ; santé psychique ; traitement ...). Le patient dans un premier temps doit effectuer un premier tri faisant état de difficultés, ou de problème dans sa vie quotidienne. « *La notion de difficulté ou de problème, telle que nous la concevons pour ELADEB, correspond à tout ce qui ne va pas dans la vie de la personne, à tout ce qui peut la préoccuper, aux embarras, gênes et questions non résolues qui réduisent son bien-être.* » (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011, p. 12).

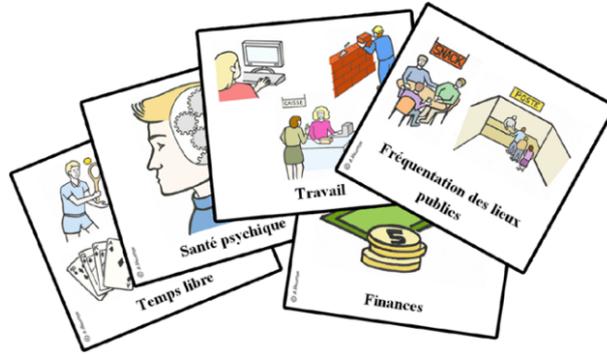


Figure 3 : Exemples de cartes d'ELADEB (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011)

Une fois le premier tri des cartes établi entre « pas de problème » et « problème », (Figure 4) le patient effectue un second tri pour établir le niveau d'importance du problème : « problème peu important » ; « problème important » ; « problème très important ».

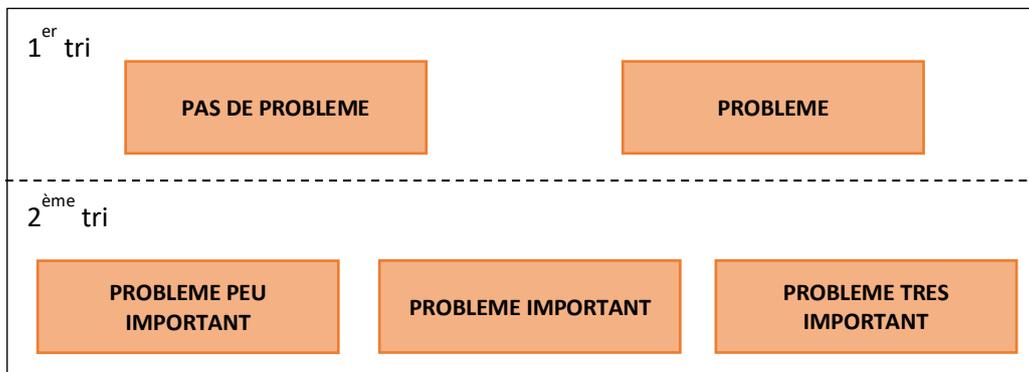


Figure 4 : Premier tri : évaluation des problèmes et hiérarchisation (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011)

Dans un second temps, le patient effectue un tri des domaines dans lesquels il aurait besoin d'aide (figure 5). Le besoin d'aide peut être défini comme « les besoins définis dans ELADEB correspondent à toutes les envies d'interventions supplémentaires, professionnelle ou non professionnelle, qui pourraient compléter aux yeux de la personne ce qui existe déjà. » (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011, p. 13). Le tri consiste à classer les domaines de la vie quotidienne qui peuvent nécessiter un besoin d'aide et ceux où le patient n'a pas besoin d'aide. Dans un second temps le patient hiérarchise en fonction de l'urgence ses besoins d'aides. La temporalité du besoin permet d'aider le patient à mettre en avant ce sur quoi il veut agir le plus rapidement possible (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011).

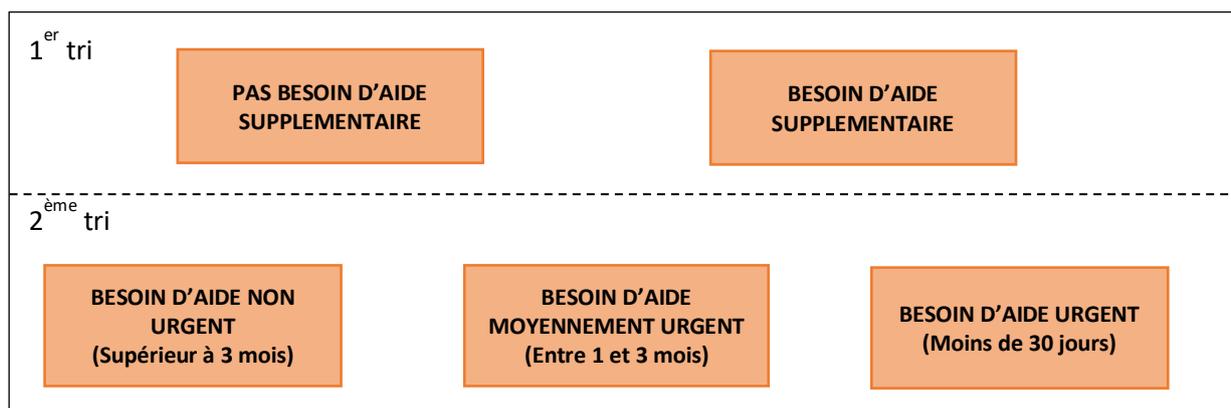


Figure 5 : Second tri : évaluation des besoins d'aides et hiérarchisation (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011)

A la suite des différentes recherches bibliographiques réalisées dans cette partie conceptuelle, j'ai pu établir l'hypothèse suivante : **L'utilisation de l'outil ELADEB permet à l'ergothérapeute d'adapter ses moyens d'action pour favoriser l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes.**

SECONDE PARTIE EXPERIMENTALE

1. Méthodologie d'enquête

1.1. Rappel de la problématique et de l'hypothèse

1.1.1. Rappel problématique

Par quel(s) moyen(s) l'ergothérapeute peut favoriser l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés ?

1.1.2. Rappel hypothèse

L'utilisation de l'outil ELADEB permet à l'ergothérapeute d'adapter ses moyens d'action pour favoriser l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes.

1.2. Objectifs et critères d'évaluation

Pour la partie expérimentale de mon mémoire d'initiation à la recherche et dans le but de répondre à l'hypothèse précédemment citée, je me suis posé deux objectifs. Je souhaite comprendre et analyser l'impact que peut avoir la passation de l'outil ELADEB (Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés Et des Besoins) lors d'un premier entretien entre un ergothérapeute exerçant au sein d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et un patient atteint de schizophrénie.

De plus, au sein de mon étude, je souhaite entrevoir les moyens d'actions mis en place à la suite de la réalisation du bilan ELADEB à l'entrée d'un nouveau patient dans le but de parvenir à une meilleure observance médicamenteuse si la problématique a été évoquée lors de l'entretien.

Cette enquête a pour objectifs :

Objectif 1 : Avant le 20/04/2022, **analyser** au regard d'entretiens avec des ergothérapeutes l'impact que peut avoir l'outil ELADEB dans l'évocation par le patient de difficultés d'observance médicamenteuse.

Critère d'évaluation : Qualitatif.

- L'ergothérapeute mentionne des problématiques que rencontre le patient en lien avec l'observance médicamenteuse par le biais de la carte « traitement » de l'outil ELADEB.

Objectif 2 : Avant le 01/05/2022, **identifier** les moyens d’actions mis en place par l’ergothérapeute après une passation de bilan ELADEB où une problématique liée à l’observance médicamenteuse a pu être soulevée.

Critères d’évaluation : Qualitatif.

- Énumération ou liste de moyens d’actions mis en place par l’ergothérapeute.

1.3. Population cible

Afin de répondre aux objectifs et prenant en compte le temps imparti pour la réalisation de l’enquête dans le cadre de la partie expérimentale, l’échantillon choisi sera non représentatif mais néanmoins caractéristique pour la population cible (Van Campenhoudt & Quivy, 2011).

La population sera composée d’ergothérapeutes travaillant en Service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et utilisant l’outil ELADEB.

Les critères d’élaboration de mon échantillon sont donc les suivants :

	Ergothérapeutes
Critères d’inclusion	Ergothérapeute Diplômé d’État exerçant ou ayant exercé au sein d’un Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés spécialisé SAMSAH psychique. Réaliser des bilans ELADEB
Critères de non-inclusion	Ergothérapeute n’ayant jamais travaillé en Service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés
Critère d’exclusion	

1.4. Choix de l'outil d'investigation

Le choix de l'outil d'investigation pour mon enquête est **l'entretien semi-directif**. En effet, j'ai choisi cette méthode pour interroger les ergothérapeutes car « *L'entretien permet la reformulation continue de nouvelles hypothèses, en fonction des données qu'il met à jour.* » (Blanchet & Gotman, 2007, p. 10). La liberté de reformulation et de discours m'est apparue intéressante dans la réalisation de mon enquête. L'entretien semi-directif laisse la possibilité à l'enquêté de répondre librement aux questions ouvertes que l'enquêteur aura préalablement préparées. (Imbert, 2010). Par ailleurs, l'empathie et l'écoute attentive sont des éléments essentiels à la bonne réalisation de ces entretiens. L'enquêté doit en effet se sentir en confiance pour pouvoir livrer un discours fidèle à son parcours, ses expériences personnelles et professionnelles. C'est pourquoi il ne convient pas, lors d'un entretien semi-directif, de donner son avis (verbalement, ou non verbalement), de répondre à l'une des questions, ou d'apporter un quelconque jugement aux propos de l'interviewé (Chevalier & Meyer, 2018).

L'outil que je souhaite utiliser a été testé, avant d'être utilisé avec ma population cible d'ergothérapeutes, auprès d'étudiants en Institut de Formation en Ergothérapie et d'ergothérapeutes (maître de mémoire, tuteurs de stage) ne répondant pas aux critères d'inclusion de mon enquête afin qu'ils puissent me faire leur retour et ainsi me permettre de réaliser des modifications avant la réalisation des entretiens sur le terrain.

2. Passation des entretiens

Une fois ma grille d'entretien testée et après l'avoir relue et discutée avec ma maître de mémoire, dans le but de lui apporter le plus de clarté et d'objectivité possible, j'ai commencé à contacter des ergothérapeutes faisant partie de mes critères d'inclusions.

Dans un premier temps, j'ai demandé à l'une de mes anciennes tutrices de stage de réaliser un entretien dans le cadre de mon mémoire (début avril 2022). Cette dernière m'a par la suite transmis quelques contacts d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en SAMSAH. Grâce à ces nouvelles personnes, j'ai pu réaliser un autre entretien. Enfin ce nouvel interrogé m'a transmis les coordonnées d'un ergothérapeute avec qui elle était en relation et qui était en mesure de répondre à mon enquête.

Dans le même temps, j'ai entamé des recherches sur le réseau social LinkedIn pour trouver d'autres ergothérapeutes pouvant répondre à mes critères d'inclusions. Mes premières recherches

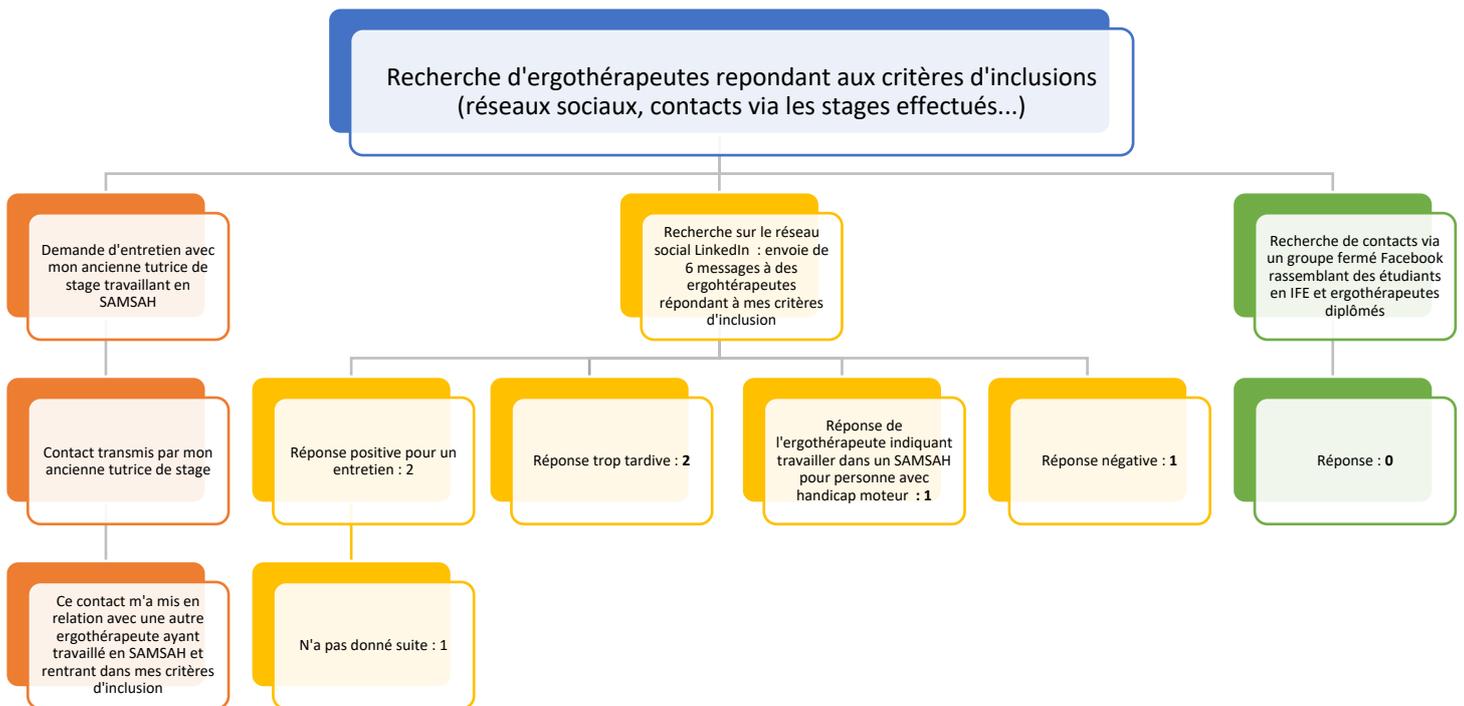
avaient comme mot clé « SAMSAH » et « ergothérapeute ». Par ce moyen, j'ai pu rentrer en contact avec six ergothérapeutes :

- Deux d'entre eux m'ont répondu favorablement : seulement une des deux a pu se libérer pour réaliser l'entretien.
- La troisième personne m'a indiqué travailler en SAMSAH pour individu ayant un handicap psychique
- Une m'indiquant ne pas avoir de disponibilité pour réaliser l'entretien
- Deux autres n'ont pas donné suite à mon message.

En parallèle, lorsque j'étais dans l'attente de réponse de mes demandes d'entretiens sur LinkedIn et pour tenter de me mettre en rapport avec d'autres professionnels et d'élargir mon champ de prise de contact, j'ai posté une publication sur un groupe Facebook spécifiquement dédié aux étudiants en ergothérapie et ergothérapeutes diplômés. Cette publication est néanmoins restée sans réponse.

A chaque prise de contact avec les ergothérapeutes, j'introduisais ma problématique. J'ai en effet, fait le choix de l'inclure dans mes demandes d'entretiens afin, d'enclencher chez les enquêtés une première réflexion avant notre entretien. Cependant, je ne dévoilais pas l'hypothèse afin d'éviter d'orienter trop rapidement les réponses de l'enquêté vers ma réponse.

La recherche et les prises de contact m'ont amené à réaliser quatre entretiens, tous effectués par téléphone. Les entretiens se sont déroulés de mi-avril à mi-mai. Systématiquement, les ergothérapeutes ont accepté d'être enregistrés, facilitant la retranscription et l'analyse de leur propos.



3. Présentation et analyse des entretiens

Dans cette partie, je vais analyser les résultats de mes entretiens. Pour apporter plus de clarté lors de la lecture, ils seront, dans une mesure plus ou moins stricte, détaillés selon les parties établies dans ma grille d'entretien. Lors des entretiens, il a pu arriver que je pose des questions supplémentaires pour parvenir à mieux comprendre les propos des enquêtés. Les informations concernant le premier ergothérapeute seront notées « E1 », pour la deuxième ergothérapeute « E2 » et ainsi de suite pour les autres ergothérapeutes...

L'ensemble des entretiens ont été entièrement retranscrits, dont ceux de E1 et de E4 sont en annexes.

3.1. Présentation des enquêtés

J'ai pu grâce à mes recherches mener quatre entretiens avec des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans des SAMSAH orientés pour des personnes avec des troubles psychiques.

Voici le profil des ergothérapeutes avec qui j'ai pu m'entretenir.

	Année d'obtention du diplôme	Expérience professionnelle
E1	2004	18 ans
E2	2020	2 ans
E3	2018	4 ans
E4	2020	2 ans

Analyse :

Durant les entretiens, les ergothérapeutes interrogés ont pu me donner leur année d'obtention de diplôme d'État d'Ergothérapeute (DE) permettant ainsi de relever le nombre d'années d'expérience professionnelle.

	Parcours professionnel	Durée d'exercice au sein du SAMSAH
E1	<ul style="list-style-type: none"> - 12 ans en intra hospitalier psychiatrie, HDJ et CATT - 5 ans et 6 mois dans un SAMSAH « psychique » - 6 mois en intra hospitalier 	5 ans et 6 mois
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Remplacement sur une courte durée en rééducation - 2 ans en SAMSAH « psychique » 	2 ans
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Intra hospitalier en psychiatrie - Cabinet libéral avec une population pédiatrique - SAMSAH « psychique » - Cabinet libéral en mi-temps avec exercice dans un SESSAD spécialisé dans l'autisme 	1 an et demi
E4	<ul style="list-style-type: none"> - SAMSAH psychique 	2 ans

Analyse :

Concernant le parcours professionnel des ergothérapeutes interrogés, deux d'entre eux ont commencé leur carrière dans des structures intra hospitalières (E1 & E3), E2 ayant réalisé un remplacement de quelques mois en centre de rééducation avant d'arriver en structure psychiatrique. A ce jour, deux des enquêtés sont encore en poste dans un SAMSAH (E2 et E4). La durée moyenne d'exercice au sein d'un SAMSAH pour les quatre ergothérapeutes interrogés est d'environ 3 ans.

Deux des ergothérapeutes enquêtés ont initié leur méthode d'accompagnement car ils faisaient suite à une création de poste (E2 et E3). Pour E3 le SAMSAH a ouvert ses portes en 2020, dans le but d'être une extension d'un SAMSAH à proximité.

3.2. Présentation du SAMSAH

	Nombre de place dans la structure	Professionnels de la structure
E1	Non indiqué	<ul style="list-style-type: none">- 5 infirmiers- 4 éducateurs spécialisés- 1 ergothérapeute- 1 psychologue- 1 conseillère sociale et familiale- 1 psychiatre- 1 assistante sociale
E2	30	<ul style="list-style-type: none">-5 infirmières-4 éducateurs spécialisés-1 ergothérapeute-1 psychologue
E3	Non indiqué	<ul style="list-style-type: none">- Infirmiers- Éducateurs spécialisés- 1 ergothérapeute- 1 psychologue- 1 chargée de la mission locative- 1 neuropsychiatre- 1 pair aidant
E4	90	<ul style="list-style-type: none">- 2 infirmiers (dont 1 infirmier coordinateur)- 3 ergothérapeutes- 1 neuropsychologue

	<ul style="list-style-type: none"> - 1 monitrice-éducatrice - 1 assistante sociale - 1 aide médico-psychologique - 1 médiateur de santé pair - 1 psychiatre
--	--

Analyse :

Pour trois des ergothérapeutes interrogés les SAMSAH sont principalement composées d'infirmiers et d'éducateurs spécialisés. Ces professionnels de santé représentent pour les structures de E1 et E2 la base des binômes de référence d'accompagnement pour les patients « *il y a un binôme de référence auprès des personnes : un travailleur social et quelqu'un du soin, donc une infirmière* » (E2). L'enquête ajoute aussi concernant l'aspect positif de ce duo de référence : « ce qui est intéressant dans ce travailleur social-travailleur médical, c'est que des fois, rien que le fait que la personne se présente en tant qu'infirmière, la personne qu'on accompagne, elle va directement livrer des choses au personnel éducatif ».

Pour l'un des ergothérapeutes (E1), la mise en place d'un trinôme de thérapeute pour la référence de patient était pour la plupart du temps instaurée à la suite de la période d'admission et d'évaluation du patient. En effet, lors des trois mois d'admission et de phase d'évaluation, un binôme est affecté. A l'issue de cette période décrite par E1 comme « *une période d'évaluation, d'identification sur les besoins puis je crois quand même surtout sur la mise en place de la relation de confiance* », une réunion est mise en place afin de faire la synthèse des éléments recueillis et décrire la situation du patient. En fonction des besoins de ce dernier, un autre professionnel pouvait se greffer au binôme initial « *Si pertinence et nécessité de l'ergothérapeute. Si c'était une situation avec des difficultés plus axées dans le milieu social, ...Par exemple sur tout ce qui était sur les tâches administratives, les relations avec le curateur, ça pouvait être plus la CESF. Si c'était une situation, par exemple avec énormément d'accompagnement médicaux que ce soit somatique ou psychique, si c'était somatique c'était plus une infirmière qui allait se mettre en troisième référent* » (E1).

En revanche, le fonctionnement des binômes de référence est différent pour E4. En effet, un infirmier et un éducateur spécialisé n'est pas la base de la formation du binôme d'accompagnant. Ce dernier est établi en fonction du profil de l'utilisateur, de ses problématiques, de la disponibilité des professionnels et du secteur dans lequel l'utilisateur vit. Il se peut donc, que le binôme soit avec un ergothérapeute et une assistante sociale. « *Donc si évidemment il y a une grosse*

problématique avec justement plein de démarches en lien avec le social ... on va plutôt avoir tendance à mettre forcément l'assistante sociale dedans, en référence. ». (E4)

Nous pouvons donc nous rendre compte que l'accompagnement des usagers ne se fait pas de la même manière dans tous les SAMSAH. Dans certaines structures, les usagers sont accompagnés par un binôme ou un trinôme de référence avec infirmiers et éducateur spécialisés, parfois avec un binôme composé d'autres professionnels comme d'ergothérapeutes ou d'assistante sociale.

3.3. Le suivi du patient par l'ergothérapeute

Patient reçu systématiquement par l'ergothérapeute à l'admission	
E1	OUI
E2	NON
E3	OUI
E4	NON

Analyse :

Lors de l'admission des patients dans le service, celui-ci n'est pas automatiquement reçu par E2 et par E4 qui ne vont intervenir qu'à la suite de sollicitations au regard d'une difficulté rencontrée par le patient dans son quotidien et pour qui les interventions seront ponctuelles avec les patients, « parfois, le maintien au domicile n'est pas impossible que par les troubles « psy » mais aussi par ces limitations plutôt physiques. Donc, voilà, sur des points d'aménagements d'environnement, sur des aides techniques pour la toilette... ». (E2)

En revanche, dans le processus d'évaluation des structures de E1 et E3, les ergothérapeutes rencontrent et participent au processus d'évaluation du patient systématiquement. Cette rencontre a pour but de réaliser une auto-évaluation sur l'autonomie et l'indépendance de la personne dans ses activités de la vie quotidienne grâce à l'outil ELADEB pour E3 « j'utilisais majoritairement l'outil ELADEB, qui est un outil d'évaluation qui permet de placer le patient au cœur de son accompagnement ».

Il est parfois nécessaire d’avoir un entretien au préalable avec le patient afin d’échanger sur cet outil (ELADEB) pouvant être source d’appréhension. En effet, l’auto-évaluation peut-être, pour certains patients, source de crainte et difficulté : « *Donc il y a souvent un temps en amont de la rencontre de dédramatisation de cet outil où moi j’insistais beaucoup pour dire que la parole était libre, qu’elle appartenait au patient, qu’il n’y avait aucune ni bonne ni mauvaise réponse, aucune réponse attendue et que même s’il voulait ne pas répondre il avait le droit...* » (E1). Au-delà de l’angoisse que peut générer l’auto-évaluation chez l’usager, cet outil peut être évoqué en amont de sa réalisation afin d’en expliquer le sens et son intérêt. « *Je dis à la personne ce projet là que globalement ça va être « J’ai un outil si vous voulez qui permettrait de clarifier un peu les projets, permettrait de prioriser ce que vous avez envie de faire de votre vie et ça nous aiderait à voir un peu plus clair sur mon accompagnement que je peux faire avec vous »* » (E4).

3.4. Les outils d’évaluation de l’ergothérapeute

Les outils d’évaluation qu’utilise l’ergothérapeute au SAMSAH	
E1	- ELADEB
E2	- ELADEB - Observation
E3	- ELADEB - MCRO - Évaluation du domicile (outil non validé et non normé) - Mise en situation écologique
E4	- ELADEB - Mise en situation écologique - TEM (Test des Errances multiples) - MCRO

Analyse :

Chacun des ergothérapeutes interrogés utilise l’outil ELADEB au cours de son intervention auprès de l’usager. Il peut être utilisé systématiquement lors de la période d’évaluation (E1) ou bien

ponctuellement en fonction des besoins des usagers et pour reprendre les objectifs d'accompagnement des usagers.

Certains enquêtés utilisent d'autres outils, comme le TEM ou la MCRO au moment de l'évaluation ou dans leur intervention.

3.5. ELABED et observance médicamenteuse

Évocation de l'observance médicamenteuse lors l'utilisation de l'ELADAD	
E1	Pouvait être évoqué mais ce n'était pas systématique
E2	Jamais
E3	Rarement voire jamais
E4	Peut-être évoqué mais pas nécessairement besoin de cet outil pour l'évoquer

Analyse :

L'ensemble des enquêtés relatent n'avoir que très peu voire jamais eu de la part des patients des retours concernant l'assiduité qu'ils portaient à la prise de leur traitement au moment de la passation de l'outil ELADEB.

E1 évoque qu'en effet, comme les usagers ont déjà un suivi dans d'autres structures de soins, par exemple en CMP ou avec des infirmiers libéraux, l'observance médicamenteuse n'est pas nécessairement évoquée lors de la passation du bilan puisqu'ils sont généralement déjà accompagnés dans des structures du secteur.

Néanmoins, la carte « traitement » pouvait permettre de soulever des difficultés autour du traitement, plus particulièrement sur les effets indésirables qu'ils pouvaient provoquer, comme la prise de poids par exemple (E1).

L'ensemble des ergothérapeutes indiquent que l'abord de la question autour de l'observance médicamenteuse est principalement discuté, lorsqu'elle l'est, lors des entretiens avec les usagers au cours des accompagnements. Cela peut arriver à la suite d'une interrogation d'un membre du binôme de référence sur l'état psychique du patient, sur les difficultés qu'il rencontre dans son quotidien, sur

le niveau d'angoisse dans lequel il se trouve, ou bien sur la présence ou non d'hallucinations... (E1 et E4).

E1 évoque notamment au détour d'un entretien avec un usager, que celui-ci ne prenait plus son traitement depuis presque un an sans que son psychiatre soit au courant : « *Il y a eu une personne, qui a un moment donné, qui a pu nous dire qu'en fait elle avait encore beaucoup d'hallucinations, que c'était revenu ... Et à force de creuser un peu en entretien, elle avait fini par dire qu'en fait, ça faisait plus d'un an qu'elle avait arrêté le traitement...* » (E1). Cette rupture face au traitement a été reprise lors de nombreux entretiens afin d'en comprendre les raisons et encourager l'usager à pouvoir en discuter avec son médecin.

E2 relate avoir davantage accès au suivi du traitement du patient lors de moments informels avec les usagers. Cela peut par exemple, avoir lieu lors de moments de transport pour aller chercher un usager afin qu'il puisse participer à un atelier au SAMSAH. Le patient évoque de lui-même des difficultés à suivre son traitement en raison des effets secondaires que celui-ci provoque (fatigue et ralentissement psychomoteur). L'enquêté ajoute « *je le préfère en moment informel, parce que pour moi il y a du concret. On vient parler d'une activité, on vient parler du coup des répercussions directement sur les activités et après dans le quotidien, sur la journée, comment ça se passe.* »

Utilisation des données après la passation du bilan ELADEB :	
E1	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des résultats grâce à un tableau Excel pour catégoriser les domaines où le patient rencontre des difficultés et où il a des besoins d'aides - Résultats énoncer lors de la synthèse et utiliser pour la rédaction du projet personnalisé du patient pour guider sur les objectifs d'accompagnement de la personne
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des résultats grâce à un tableau Excel pour catégoriser les domaines où le patient rencontre des difficultés et où il a des besoins d'aides - Rédaction d'une synthèse du bilan pour mettre en avant les objectifs d'accompagnement - - Présentation du bilan au patient pour confirmer la conformité de ses propos et de l'écrit
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de restitution au patient après avoir ciblé les objectifs d'accompagnement - Temps de restitution aux membres de l'équipe pour présenter les objectifs d'accompagnement - - Plus rarement, transmission du bilan aux autres acteurs en lien avec le patient (CMP, HDJ)
E4	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'une synthèse

Analyse :

L'outil d'auto-évaluation pour chaque enquêté permet d'élaborer les objectifs d'accompagnement des patients. Après un temps d'analyse, les ergothérapeutes rédigent une synthèse des informations transmises. Ces objectifs sont partagés à l'ensemble de l'équipe pour guider leurs interventions.

Pour l'un des enquêtés, un temps de restitution est aussi prévu avec le patient pour s'accorder sur l'exactitude des informations qu'il contient. (E2)

Dans certains cas, si l'utilisateur le souhaite, la synthèse peut être transmise aux autres structures de soins qui accompagnent l'utilisateur. (E3)

Actions de l'ergothérapeute après évocation de difficulté d'observance chez l'utilisateur	
E1	- Travail en lien avec les infirmières
E2	- Relais aux infirmières du SAMSAH pour questionner en entretien individuel l'utilisateur
E3	- Relais aux infirmières du SAMSAH pour questionner en entretien individuel l'utilisateur
E4	- Mise en place de moyens pour favoriser l'observance dans le quotidien de l'utilisateur

Analyse :

Plusieurs des ergothérapeutes rapportent que lorsque la question de l'observance médicamenteuse est abordée par l'utilisateur, ils vont laisser les infirmières reprendre ce sujet lors d'entretien avec elles.

Néanmoins, pour E4, des moyens pouvant faciliter ou améliorer l'observance médicamenteuse sont directement abordés avec le patient sans nécessairement passer par l'infirmière du SAMSAH.

3.6. Moyens mis en place pour favoriser l'observance médicamenteuse

Moyens mis en place pour favoriser l'observance médicamenteuse	
E1	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches mémoire affichées au domicile pour se rappeler de l'ordre de prises des traitements - Alarmes quotidiennes de rappel sur le téléphone pour signaler le moment de la prise du traitement - Accompagnement pour l'achat de piluliers en pharmacie ou parapharmacie : prendre connaissance des différents types de piluliers, le prix ...
E2	<ul style="list-style-type: none"> - Travail d'éducation thérapeutique en binôme avec l'infirmière
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Évocation de la mise en place de pilulier - Mise en place d'un programme d'ETP
E4	<ul style="list-style-type: none"> - Visite régulière en sortie d'hospitalisation à la suite d'un nouveau plan de traitement pour voir comment l'utilisateur appréhende ce traitement - Contact avec médecin psychiatre pour faire une synthèse - Organisation de passages d'infirmiers libéraux à domicile pour délivrer le traitement matin/midi/soir - Accompagnement de l'utilisateur en rendez-vous médical pour discuter avec le médecin prescripteur de l'observance médicamenteuse - Coordination entre médecin psychiatre-médecin traitant - Lien avec les infirmiers de chaque CMP des différents secteurs - Alliance avec les pharmacies des usagers pour la réalisation des piluliers

Analyse :

Les ergothérapeutes interrogés ont pu au cours de leur expériences dans des SAMSAH et lors de leurs accompagnements, mettre en place des moyens pour favoriser l'observance médicamenteuse chez les usagers. Bien que E1, E2 et E3 passent le relais à l'infirmier de la structure lorsqu'il est question de la prise des traitements des outils ont pu quand même être instaurés.

Pour E1, des aides techniques ont pu être établies (alarmes, achat de pilulier, fiches mémoires) pouvant être reprises par la suite avec le binôme infirmier.

La mise en place d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en collaboration avec l'infirmière était un sujet en cours d'élaboration pour E3. Ce programme avait comme visée

l'observance médicamenteuse. E3 décrit les actions de ce programme : « *Comment automatiser la prise du traitement, connaître les effets secondaires, comment faire en sorte que le patient puisse les prendre sans interventions extérieures* ». L'ergothérapeute et l'infirmière du SAMSAH se sont en effet rendu compte qu'il y avait un réel besoin de la part des usagers concernant ce sujet, qu'il représentait une véritable problématique. « *La population qu'on accompagne ce sont des jeunes adultes, donc ils viennent juste d'avoir leur diagnostic et donc pour eux la prise du traitement c'était encore flou. Vraiment très flou. De même que les effets secondaires, les bénéfices du traitement [...] On s'est dit que leur apporter des connaissances sur ce sujet ça les aiderait vraiment à comprendre les bénéfices du traitement et de ce fait, favoriser une prise continue du traitement pour éviter de stopper, ou d'arrêter le traitement, de le reprendre, d'arrêter, de reprendre etc.... comme c'était beaucoup le cas pour les personnes qu'on accompagne.* » (E3).

L'accompagnement du patient dans la prise quotidienne de son traitement était une mission particulièrement importante pour E4. En effet, de nombreux moyens pouvaient être mis en place par l'ergothérapeute afin que l'usager soit autonome et indépendant dans sa médication.

En raison de l'impact des troubles cognitifs que peut causer la schizophrénie, l'orientation dans le temps peut perturber la prise des traitements. Effectivement, E4 évoque pour l'un de ses usagers des difficultés à savoir quand prendre son traitement à la suite d'un retour d'hospitalisation et d'un changement de schéma thérapeutique. Malgré la mise en place d'un pilulier réalisé par la pharmacie de l'usager, E4 détaille « *elle avait pris la moitié de la plaquette alors qu'en fait au final ça devait être au mercredi qu'elle devait arrêter [...] il y avait des cachets qui manquaient dans certains jours alors qu'on était, on n'avait pas passé ce jour ci* ». Au regard de ces difficultés, l'ergothérapeute s'est mis en lien avec le médecin psychiatre en accord et conjointement avec l'usager pour instaurer le passage d'infirmiers libéraux le matin, le midi et le soir pour garantir la prise des traitements. Ensuite, selon l'amélioration de l'autonomie du patient vis-à-vis de la prise de ses comprimés, l'aide apportée par les infirmiers pourra être allégée.

Ce même ergothérapeute, évoque la possibilité d'engager la prise de contact entre le médecin prescripteur et l'usager afin de réétudier les traitements. « *Quand on voit par exemple que les médicaments ça ne marche pas, la personne elle fait n'importe quoi, on en discute, on invite la personne à consulter son médecin et après on est présent au rendez-vous avec le médecin, dans la mesure du possible. Quand on explique un petit peu la problématique, il va passer par exemple par l'injection. Ce sont des choses comme ça aussi qui peuvent se faire.* » (E4).

Également, lorsqu'un usager quitte une structure, tel que le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et est ensuite accompagné au sein du SAMSAH, le suivi vers l'autonomie de la prise des traitements peut être fait par l'ergothérapeute. E4 propose aux usagers de procéder à la mise en place d'un pilulier réalisé au début par la pharmacie puis petit à petit d'instaurer que l'utilisateur prenne en charge la préparation de son pilulier.

3.7. Lien avec les autres structures de soin et professionnels

Lien avec les autres structures de soin / professionnels qui accompagnent l'utilisateur	
E1	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatres - Infirmiers libéraux
E2	<ul style="list-style-type: none"> - CMP - Infirmiers libéraux - Pharmacies
E3	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux de Jour - CMP
E4	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin psychiatre - Médecin traitant - Infirmiers libéraux - Infirmiers des CMP de secteur - CMP

Analyse :

Nous pouvons constater que de nombreux liens sont établis par les ergothérapeutes, et plus globalement par les professionnels du SAMSAH entre les différentes structures gravitant autour de l'utilisateur. E2 décrit comme « indispensable de communiquer, de collaborer avec eux pour favoriser et permettre le meilleur accompagnement possible ».

Cette collaboration entre les structures permet aussi d'adapter les accompagnements et de mieux comprendre les difficultés que peuvent rencontrer les usagers, notamment au niveau de l'observance

médicamenteuse, E3 évoque « il y a ce lien qui est indispensable pour nous, et même dès qu'on a des doutes parfois sur la prise du traitement. On va avoir tendance à se mettre en lien directement avec le CMP, pour savoir comment la personne se sent, est ce que le traitement est bien pris, ou est-ce que la personne est en fin d'injection... ».

Conclusion partie expérimentale :

Grâce aux entretiens menés, nous avons pu nous rendre compte que l'évocation de l'observance médicamenteuse n'était pas systématiquement abordée lors de la passation de l'outil ELADEB. Ainsi, le premier objectif fixé dans cette partie a pu être partiellement rempli puisque les patients ne font pas nécessairement remonter des problématiques en lien avec leur traitement au moment de l'évaluation.

En outre, le second objectif qui faisait état de moyens mis en place par les ergothérapeutes au regard de difficultés évoquées durant la passation d'ELADEB a lui aussi pu être partiellement rempli puisque, les ergothérapeutes ont pu faire écho de moyens mis en œuvre pour favoriser et garantir une observance médicamenteuse mais cela ne faisait pas nécessairement suite à l'auto-évaluation.

DISCUSSION

A travers l'analyse des données, nous pouvons mettre en évidence que la question de l'observance médicamenteuse n'est pas abordée de la même manière dans les différents SAMSAH des ergothérapeutes enquêtés. Cela peut en effet, dépendre de la composition de l'équipe du SAMSAH, qui comme nous avons pu voir, n'est pas fixe et peut varier. De ce fait, les missions confiées à l'ergothérapeute peuvent être diversifiées comme pouvait le décrire Bouget, Lanoe, Jacob et Dulaurens (2011). Les ergothérapeutes ont pu mettre en évidence le rôle de référence dans les accompagnements comme une potentielle ouverture sur la problématique de l'observance. Au-delà d'intervenir en tant qu'ergothérapeute, le simple fait d'avoir créé une relation thérapeutique avec le patient peut amener à accéder à ce type de difficulté de la part du patient.

Aussi, nous remarquerons que l'outil ELADEB n'est pas l'unique outil à être utilisé lors des accompagnements et qu'il ne permet pas à lui seul d'aborder la question de l'observance médicamenteuse. Il apparaît cependant, que les résultats de l'enquête rejoignent l'étude de Bensasson, Vassal, Linaud et Mnif (2011) concernant l'impact des effets indésirables sur l'observance médicamenteuse. Les usagers font plus facilement écho de leurs difficultés face aux effets secondaires que provoquent les traitements que de la question du suivi scrupuleux de leur prescription.

Comme pouvait l'évoquer Day et Al (2005), les usagers peuvent être indifférents à leur traitement médicamenteux au regard d'un défaut d'insight provoquant une insensibilité de leur part quant à leur prescription médicale. Cela a notamment pu être évoqué par certains des ergothérapeutes interrogés. Ce n'est donc qu'au regard d'entretiens ou de moment informel que la problématique pouvait être mise en lumière.

Effectivement, les patients ne se saisissent pas nécessairement de l'outil ELADEB pour évoquer leur traitement mais plus lors des entretiens d'accompagnements.

Les études mentionnées précédemment faisait part de l'importance du travail d'alliance entre les équipes (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011), ce que les ergothérapeutes ont pu aussi mettre en avant lors de l'enquête. Ce travail d'alliance se retrouve notamment au travers des binômes pluriprofessionnelles établis au début de chaque accompagnement d'utilisateur. Grâce à cette transdisciplinarité, les difficultés autour de l'observance médicamenteuse peuvent être pensées et réfléchies de manière plus globale.

Néanmoins, nous remarquerons que les ergothérapeutes décrivent un travail de lien avec les infirmiers des SAMSAH important que nous ne retrouvons pas particulièrement dans la littérature.

APPORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

Ce travail d'initiation à la recherche a pu soulever plusieurs apports et rencontrer certaines limites.

En effet, le choix de l'outil méthodologique de l'entretien semi-directif, bien que guidé par une grille d'entretien, n'a pas toujours apporté des réponses suffisamment par l'ergothérapeute enquêté.

L'échantillon des ergothérapeutes interrogés, bien que caractéristique est non représentatif. Nous avons pu nous rendre compte que chaque structure avait sa propre manière de fonctionner. Il aurait donc été intéressant d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes travaillant dans des SAMSAH psychique pour, peut-être voir apparaître une similitude de prise en soin des usagers chez plusieurs d'entre eux. Ici l'enquête nous a plutôt montré que les quatre ergothérapeutes enquêtés ne réalisent pas nécessairement les mêmes actions lors de la période d'évaluation et au cours des accompagnements des usagers. Cependant, le temps qu'aurait nécessité cette enquête avec un plus grand nombre d'ergothérapeute interrogés n'était pas envisageable au regard du temps imparti pour sa réalisation.

Il convient aussi de dire que l'approche de l'ergothérapeute vis-à-vis de l'observance médicamenteuse reste assez subjective. Nous avons pu voir au travers de la partie expérimentale que certains ergothérapeutes préféraient transmettre cette problématique quand elle était rencontrée ou évoquée par des patients à leur collègue infirmiers, quand d'autres s'en saisissaient pour mettre en place des actions sans obligatoirement intégrer l'infirmier.

Aussi, le manque de bibliographie concernant l'implication de l'ergothérapeute dans la question de l'observance médicamenteuse a pu être une limite dans ce travail. La recherche concernant cette thématique a été un travail laborieux compte tenu du nombre limité d'articles.

Ce travail d'initiation à la recherche à toutefois mise en valeur plusieurs apports.

Le premier, étant sur le point personnel. J'ai pu, grâce à ce travail de recherche et l'intérêt particulier que je portais à ce sujet, apprendre, affiner et mieux organiser ma pensée. Tous ces éléments me seront utiles tout au long de ma pratique professionnelle. Aussi, ce mémoire a permis

d'opérer une transition professionnelle entre mon ancien travail de préparatrice en pharmacie et ma nouvelle vision en tant qu'ergothérapeute.

Les nombreuses recherches qui m'ont été nécessaires à l'élaboration de cet écrit m'ont aussi apportées pour mon enrichissement personnel, ont approfondies certaines de mes connaissances scientifiques et participer à développer ma future pratique de l'ergothérapie en psychiatrie.

Un autre apport que ce travail de recherche a pu mettre en exergue est la multitude de champs d'actions possibles que peut être amené à traiter un ergothérapeute au regard des activités de la vie quotidienne que chaque individu réalise tous les jours. En effet, bien que l'observance médicamenteuse puisse être un sujet au premier abord ne concernant que le champ disciplinaire du corps médical, plus particulièrement des infirmiers, l'ergothérapeute peut également participer et contribuer à favoriser et maintenir une observance médicamenteuse chez les patients.

CONCLUSION

Au travers de ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai pu effectuer de multiples investigations. La thématique est issue d'une réflexion personnelle, au regard d'une reconversion professionnelle de préparatrice en pharmacie et d'un stage en Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

En effet, l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes représente un enjeu sur leur qualité de vie. Une fluctuation, voire une absence de prise de traitement, peut mener le patient à des hospitalisations à répétition et, de ce fait, avoir un réel impact sur sa vie quotidienne. C'est ainsi que je me suis posé la question de savoir par quel(s) moyen(s) l'ergothérapeute peut favoriser l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés ?

Grâce à l'étude des différents concepts que comporte la psychiatrie, je me suis aperçue que le courant de pensée de la réhabilitation psychosociale comportait des outils pouvant être utilisés pour pouvoir guider les patients schizophrènes et permettre l'élaboration du fil conducteur de l'accompagnement de ces derniers. L'outil d'auto-évaluation ELADEB en fait notamment parti, et peut être utilisé par les ergothérapeutes. C'est de cette manière que l'hypothèse suivante a pu être élaborée : l'utilisation de l'outil ELADEB permet à l'ergothérapeute d'adapter ses moyens d'action pour favoriser l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes.

Dans le but de valider ou d'invalider cette hypothèse, j'ai réalisé une enquête ayant pour but de faire ressortir l'impact que peut avoir l'outil ELADEB dans l'évocation par le patient de questionnement autour de l'observance médicamenteuse et au regard de cela, les moyens mis en œuvre par l'ergothérapeute pour essayer d'y répondre. C'est pourquoi, j'ai entrepris de réaliser des entretiens semi-directifs menés avec des ergothérapeutes travaillant dans des SAMSAH psychiques. Quatre entretiens ont pu être réalisés auprès de cette population.

Au regard des résultats obtenus par l'enquête, l'hypothèse n'est que partiellement validée. En effet, l'outil ELADEB peut permettre d'évoquer l'observance médicamenteuse et profiter à la mise en place d'outils pour favoriser la prise du traitement. Toutefois, ce n'est pas principalement lors de la passation de l'auto-évaluation ELADEB que l'utilisateur va mettre en lumière ces difficultés. Les ergothérapeutes rapportent que ce sujet est plus facilement évoqué au cours de l'accompagnement durant les entretiens ou bien lors de moments informels.

L'alliance avec des partenaires locaux a pu être évoqué par un des ergothérapeutes interrogés. En effet, ce dernier était en lien avec des pharmacies dispensatrices des traitements. Le but de cette alliance est d'instaurer des outils pour aider les patients à gérer leur traitement et le rendre autonome sur la gestion d'un pilulier. Il serait de ce fait intéressant, d'approfondir sur ce travail d'alliance pouvant être mis en place entre les ergothérapeutes et les pharmacies dispensant les traitements aux patients.

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BDA : Bouffée Délirante Aigue

CMP : Centre Médico-Psychologique

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

DSM : Diagnostique et Statistiques des troubles Mentaux

ELADEB : Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés Et des Besoins

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HDJ : Hôpital de Jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPS : Réhabilitation Psycho-Sociale

RQTH : Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

SDDE : Soins sur Demande du Directeur de l'Établissement

SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'État

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

SDTU : Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPI : Soins en cas de Péril Imminent

TEM : Test des Errances multiples

BIBLIOGRAPHIE

- Agence Régionale de Santé. (2019, Mars 29). *Santé mentale : définition et enjeux*. Consulté le Avril 2022, sur Agence Régionale de Santé: <https://www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux#:~:text=Aujourd'hui%2C%20la%20sant%C3%A9%20mentale,milliards%20d'euros%20par%20an.>
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (2019). Consulté le Mai 2022, sur <https://www.atih.sante.fr/>: <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
- Albanese, C., Caterini, C., Roggi, M., Gallo, G., Bolognesi, S., Goracci, A., & Fagiolini, A. (2016, Octobre). Early warning symptoms of schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 26, pp. 503-504.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Anthony, W., & Liberman, R.-P. (1986, Janvier 1). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, pp. 542-559.
- Astier, A. (2015). *Observance des traitements médicamenteux en France*. Académie nationale de Pharmacie.
- Aubin, G., Gélinas, I., Stip, E., Chapparo, C., & Rainville, C. (2007). Les activités quotidiennes et la cognition chez les personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 32, pp. 201-208.
- Bensasson, G., Vassal, L., Linard, F., & Mnif, S. (2011, Octobre-Décembre). Le comportement d'observance des patients atteints de schizophrénie : impact du diagnostic et du traitement. Analyse phénoménologique de trois attitudes. *L'évolution psychiatrique*, 76(4), pp. 641-657.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.

- Bothol, M., Barrère, Y., & Speranza, M. (2004, Août). Psychoses à l'adolescence. *EMC-Pédiatrie*, 1, pp. 259-270.
- Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86, pp. 391-403.
- Bouget, M., Lanoe, H., Jacob, M., & Dulaurens, M. (2013). Qu'est-ce qu'un SAMSAH ? Entretiens avec trois ergothérapeutes travaillant au sein d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. *ErgOTHérapie*, pp. 49-54.
- Bouvet, C., Ettaher, N., & Diot, E. (2010). Insight, dépression, estime de soi et satisfaction de vie chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 75(3), pp. 471-483.
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009, Février). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35, pp. 80-89.
- Chauvin, S., Jounin, N. (2012). 7- L'observation directe. Dans S, Paugam, (dir), *L'enquête sociologique* (p. 143-165). France : Presses Universitaires de France
- Chevalier, F., Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. Dans F, Chevalier & L-M, Cloutier & N, Mitev (dir), *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 108-125). Caen, France : EMS Éditions.
- Chevalier, F., Stenger S. (2018). Chapitre 5. L'observation. Dans Chevalier, F., Cloutier, L-M., Mitev, N (dir), *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 94-107). Caen, France : EMS Éditions.
- Christaki, A., & Pheulpin, M.-C. (2019, Janvier). La notion de bouffée délirante aiguë. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177, pp. 71-78.
- Crocq, M-A. (2012). La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie. Dans J, Dalery, & T, d'Amato, & M, Saoud, (dir), *Pathologies schizophréniques* (p. 5-17). Lavoisier
- Coldefy, M. (2016). Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. *Revue française des affaires sociales*, pp. 21-30.

- Constantin-Kuntz, M., Pons, E., Artaud, B., Zoute, C., & Tran, J. (2014). Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie. *Cliniques*, pp. 88-105.
- Corruble, E., & Hardy, P. (2003). Observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, pp. 1-6.
- Da Silva, K. (2007). L'ergothérapie : au cœur de la réadaptation. Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 205-221). France : SOLAL
- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., Healy, D., Rae, P., & Power, C. (2005). Attitudes Toward Antipsychotic Medication. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 717-724. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.717>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84, pp. 907-912.
- Durand, B. (2019). Psychiatrie et santé mentale. *Perspectives psy*, 58, pp. 7-10.
- Gandré, C., & Guillemain, H. (2021, Novembre 30). Santé mentale : une histoire d'économie. *Quand la psychiatrie sort de l'asile*. (T. De Rocquigny, Intervieweur)
- Germain, C., & Petitjean, F. (2004). Schizophrénies débutantes : formes à début insidieux, prodromes. Mise en place de consultations de dépistage précoce. *Annales médico-psychologiques*, 162, pp. 483-487.
- Granger, B., & Naudin, J. (2019). *La Schizophrénie*. Le Cavalier Bleu.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Fiche mémo Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures*.
- Hochmann, J. (2017). *Histoire de la psychiatrie*. Presses Universitaires de France.

Imbert, G. (2010, Septembre). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 23-34.

Inserm. (2020, Mars 5). *Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Consulté le février 2022, sur Inserm: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>

Klein, F. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. Erès.

Litinetskaia, M. (2013, Août). Déni, négation et dénégation : aspects psychopathologiques et cas cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171, pp. 485-489.

Londres, A. (1925). *Chez les fous*. La Bibliothèque électronique du Québec.

Massé, G. (2007). L'hospitalisation sous contrainte. *Les Tribunes de la santé*, pp. 65-77.

Mattei, P.-O. (2008, Octobre). Ergothérapie et psychiatrie. *La Lettre du Psychiatre*, pp. 134-138.

Millet, B., Vanelle, J.-M., & Benyaya, J. (2014). *Prescrire les psychotropes*. Elsevier Masson.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Paris: De Boeck Supérieur.

Observance. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/observance/55422>

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*.

Organisation Mondiale de la Santé. (2018, Mars). *Santé mentale : renforcer notre action*. Consulté le Avril 2022, sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organisation Mondiale de la Santé. (2019, octobre 4). *Organisation Mondiale de la Santé*. Consulté le Mai 2022, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Pagès, V. (2017). Handicaps et psychopathologies. pp. 83-87.

Paitraud, D. (2013, Janvier 18). *Vidal*. Consulté le Mars 2022, sur Vidal: <https://www.vidal.fr/>

Person, Y. (2007). Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action. Dans H. Hernandez (dir) *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (p. 169-175.) France : SOLAL

Petitjean, F., & Marie-Cardine, M. (2003). « Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques. (pp. 329-347). Montrouge : John Libbey Eurotext ; Paris : Fédération française de psychiatrie.

Pibarot, I. (2007). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (p. 13-22). France : SOLAL

Pomini, V., Reymond, C., Golay, P., Fernandez, S., & Grasset, F. (2011). *ELADEB version révisée*.

Psycom Santé Mentale Info. (2020, Juillet 8). *Hôpital de jour*. Consulté le Avril 2022, sur Psycom: <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/hopital-de-jour-hj/>

Psycom Santé Mentale Info. (2020, Juillet 8). *Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel*. Consulté le Avril 2022, sur Psycom: <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-daccueil-therapeutique-a-temps-partiel-cattp/>

Psycom Santé Mentale Info. (2020, Juillet 8). *Centre médico-psychologique*. Consulté le Avril 2022, sur Psycom : <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-medico-psychologique-cmp/>

Psycom Santé Mentale Info. (2020, Juillet 9). *Etablissement et service d'aide par le travail*. Consulté le Avril 2022, sur Psycom: <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/etablissement-et-service-daide-par-le-travail-esat/>

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies : evidence for action*. World Health Organization.

Tamminga, C. (2020). *Schizophrénie*. Récupéré sur Le manuel MSD:
[https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-
psi-chiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-
apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie?query=Schizophr%C3%A9nie](https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psi-chiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie?query=Schizophr%C3%A9nie)

Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

Vienney, A. (2012). Un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Dans G. Zribi (dir) *Vieillessement des personnes handicapées mentales* (p. 133-142). Presses de l'EHESP

Vidal. (2018, Août 31). *Bien utiliser les médicaments antipsychotiques*. Consulté le Mai 2022, sur Vidal:
[https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychozes/bien-utiliser-
medicaments-antipsychotiques.html](https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychozes/bien-utiliser-medicaments-antipsychotiques.html)

Von Bueltzingsloewen, I. (2020). Introduction. Soigner sans enfermer : le rêve contrarié d'une psychiatrie « sans asile », de la fin du XIXe siècle à nos jours. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, pp. 17-23.

ANNEXES

ANNEXE I : Grille d'entretien	I
ANNEXE II : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 1	III
ANNEXE III : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 4	XVIII

ANNEXE I : Grille d'entretien

Partie	Sous objectifs	Questions	Relances / sous questions
Partie 1 : Généralités	Présentation de la personne interrogée	1. Pour commencer cet entretien pouvez-vous vous présenter ?	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'exercice - Coursus professionnel et scolaire - Lieu d'exercice professionnel / année(s) dans la structure - Parcours professionnel
Partie 2 : Description d'un accompagnement au sein de la structure	Présentation d'un SAMSAH	2. Pourriez-vous me décrire ce qu'est un SAMSAH ? 3. A quel moment de l'entretien pourriez-vous être amené à évoquer la question de l'observance médicamenteuse avec les patients ? 4. Utilisez-vous / avez-vous utilisé des bilans des bilans au sein du SAMSAH ?	<ul style="list-style-type: none"> - Spécificité de l'établissement ? - Existe-t-il des conditions d'admission ? - Le patient est-il systématiquement reçu/ suivi par l'ergothérapeute ? - Abordez-vous la question de l'observance médicamenteuse avec les patients ?
Partie 3 : Passation du bilan ELADEB	Description d'une passation du bilan ELADEB par un ergothérapeute	5. Pourriez-vous me décrire comment se déroule un bilan ELADEB avec un patient ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les différentes étapes lors d'une passation de bilan ELADEB ? - Combien de temps dure un bilan ELADEB ? - Que faites-vous pendant que le patient trie les cartes ?
Partie 4 : Analyse des données recueillies pendant le bilan	Traitement des données recueillies lors du bilan	6. Pouvez-vous m'expliquer vos actions une fois le bilan terminé ?	<ul style="list-style-type: none"> - Comment vous organisez vous ? - Comment procédez-vous pour rédiger le bilan ?

			<ul style="list-style-type: none"> - A quelle fréquence pourriez-vous dire que les patients rencontrent des difficultés d'observance de leur traitement ?
<p>Partie 5 : Mise en place d'actions afin de favoriser l'observance médicamenteuse</p>	<p>Identifier les moyens d'actions pouvant être mis en place pour favoriser l'observance médicamenteuse chez des patients schizophrènes</p>	<p>7. Que pourriez-vous mettre en place / qu'avez-vous déjà mis en place afin d'améliorer l'observance médicamenteuse chez des patients schizophrènes ?</p> <p>8. Concernant l'observance médicamenteuse chez ses patients avez-vous des choses à ajouter et que nous n'avons pas abordé ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière impliquez-vous les équipes dans un projet d'amélioration de l'observance médicamenteuse chez les patients ? - D'après vous, qu'est ce qui pourrait-être mis en place afin de garantir une observance médicamenteuse optimale pour le patient ? - Pensez-vous qu'un travail d'alliance entre les équipes pluridisciplinaires et les acteurs locaux pourrait aider à améliorer l'observance du traitement chez les patients schizophrènes ?

ANNEXE II : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 1

Date : 18 avril 2022

Durée : 52 minutes

Moi : Est-ce que vous pourriez-vous présenter s'il vous plait ?

Enquêtée 1 : Oui, je suis diplômée de 2004 donc ça fait bientôt 18 ans que je travaille. J'ai travaillé pendant 12 ans dans un pôle de psychiatrie adulte en intra-hospitalier et beaucoup en hôpital de jour, CATTP, que j'ai quitté ensuite pour travailler dans un SAMSAH, donc un Service d'Accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Dans le médico-social et non plus à l'hôpital pour des personnes qui sont stabilisées et euh.. là je suis.. là je viens de reprendre un poste sur de l'intra hospitalier adulte secteur public.

Moi : Vous avez parlé du SAMSAH, est ce que vous pourriez me décrire le SAMSAH dans lequel vous avez travaillé pendant quelques années, c'est ça ?

E1 : Oui pendant 5 ans, 5 ans et demi presque. Donc le SAMSAH, c'est une structure médico-sociale qui accompagne des personnes qui sont, ... qui ont une reconnaissance *cherche ses mots* Porteuse de handicap psychique par la MDPH, parce qu'il faut avoir une orientation de la MDPH pour être accompagné en SAMSAH... Voilà, c'est une condition administrative pour l'accompagnement et la deuxième condition pour être accompagné est que la personne doit être demandeuse de l'accompagnement. Alors une demande qui peut se travailler, qui se travaille avec la personne. Des fois ça peut être impulsé ou soit par la famille ou par le médecin, ou le curateur, ou une assistance sociale de ville. Pour initier un suivi, mais c'est si la personne le veut, enfin voilà elle doit écrire une lettre et doit pouvoir un peu signifier en quoi elle aurait besoin d'être accompagnée dans son quotidien, ...

A partir de là, il y a une période d'admission qui se fait et une période d'évaluation qui dure à peu près 3 mois où il y a un binôme de référent qui est nommé. Traditionnellement, c'est un éducateur et un infirmier qui font les premières évaluations dans le quotidien avec la personne. Donc beaucoup d'entretiens, éventuellement des visites à domicile ou des accompagnements sur l'extérieur. Période pendant laquelle, en tant qu'ergothérapeute, je faisais une intervention avec ELADEB. Donc un outil d'auto-évaluation pour que la personne puisse identifier, nommer, et exprimer ses difficultés actuelles dans son quotidien et des besoins d'aides qu'elle a.

Voilà à l'issue des trois mois, il y a une synthèse qui est faite avec l'ensemble des éléments, histoire de la personne etc. Qui valide ou pas la pertinence de l'accompagnement et qui ... et si elle se fait valider débouche sur un projet personnalisé qui est co-construit d'abord avec la personne ... pour établir ses objectifs à elle, ce dont elle a besoin, ce dont elle a envie et quels sont les moyens que l'on peut mettre en place ensemble et voilà ... qu'elle signe ensuite avec eux et le responsable de service...

Au SAMSAH l'équipe elle est pluri professionnelle, il y a, ... elle est même transdisciplinaire. Il y a essentiellement des infirmiers et des éducateurs. Il y a un poste d'ergothérapeute, un poste de conseils social et familial. Donc ça, c'est l'ensemble des référents. Il y a aussi un poste de psychologue, de psychiatre, assistante sociale, responsable de service et secrétaire.

Moi : D'accord, vous avez évoqué les conditions d'admission pour le patient, je voulais revenir sur cette période d'évaluation. A quoi sert-elle ?

E1 : C'est d'abord une prise de connaissance, c'est-à-dire, le ... les ... premières, l'ébauche de l'alliance thérapeutiques soignantes. De pouvoir, enfin, nous, enfin l'équipe en tout cas se présenter, présenter les moyens qui sont à sa disposition pour accompagner la personne et puis du coup, ça permet aussi à la personne de petit à petit elle aussi, de se présenter, pouvoir identifier un peu où elle en est de son parcours de vie, de son parcours de soin, où est ce qu'elle en est et ce vers quoi elle aimerait aller... C'est essentiellement, enfin... C'est une période d'évaluation, d'identification sur les besoins puis je crois quand même surtout la mise en place de la relation de confiance.

Il y a aussi toute une partie administrative à laquelle je n'étais pas du tout confrontée. Mais sur l'ouverture des droits notamment avec la MDPH, voir si la personne reçoit l'allocation adulte handicapé, quels sont ses droits ; voilà ... passé tout ce volet social qui était assez important aussi. Mais en tout cas en tant que référent et moi en tant que soignant c'était vraiment prendre connaissance et établir les premières..., enfin la relation de confiance.

Moi : Est-ce que le patient est systématiquement reçu par l'ergothérapeute ?

E1 : Oui, sauf situation exceptionnelle, mais je crois que ça a dû m'arriver une fois ou deux en cinq ans et généralement sur des cas de figure où, comment c'était... où même les référents avaient du mal à, ... à voir la personne qui n'était pas vraiment demandeuse donc assez fuyante par rapport au suivi mais sinon oui en général je les ai tous vu autour de la passation de l'ELADEB.

Moi : Vous m'avez parlé du bilan, est ce que vous pourriez me décrire comment ça se déroule la passation du bilan ELADEB ?

E1 : Oui, alors ... je ne sais pas si ... alors parce que moi je n'ai pas eu la formation officielle on va dire pour faire ELADEB. Quand je suis arrivée dans le service, il était déjà existant. C'est l'ergothérapeute que j'ai remplacé qui, elle, avait fait la formation à l'ANFE qui du coup avait introduit l'outil au SAMSAH et que donc j'ai pris la suite en me ... enfin j'ai lu les articles sur ELADEB, le manuel d'utilisation etc. et c'est un outil qui est assez facile d'utilisation. Après je n'ai pas ... je ne l'ai pas utilisé de façon très rigoureuse... très rigoureuse. Voilà, moi je m'en suis vraiment servi comme un outil de médiation finalement, pour permettre à la personne de pouvoir s'exprimer. D'aider à structurer un petit peu les choses, parce que ... je reviendrai peut-être après dessus.

Pour la passation, pour dire un peu, il y avait une introduction qui était faite, pas par moi mais par les référents en général. C'est-à-dire quand il y a une présentation du SAMSAH et des référents, était dit qu'à un moment donné il y aurait une rencontre avec l'ergothérapeute autour de cet outil d'auto-évaluation et souvent je venais me présenter à la personne, des fois, juste pour la prise de rdv pour cet entretien et donc commencer un peu à rassurer les gens. Parce que en fait même si c'est une auto-évaluation, le mot « évaluation » en général est toujours un peu effrayant pour les patients et il y en a beaucoup qui viennent signifier que, ... Enfin le sentiment d'être jugé, ou du coup d'avoir des bonnes... enfin de pouvoir donner les bonnes réponses etc. Donc il y a souvent un temps en amont de la rencontre de dédramatisation de cet outil où moi j'insistais beaucoup pour dire que la parole était libre, qu'elle appartenait au patient, qu'il n'y avait aucune ni bonne ni mauvaise réponse, aucune réponse attendue et que même s'il voulait ne pas répondre il avait le droit...

Voilà, et puis ensuite d'expliquer un peu le déroulement de la passation. Donc présenter les cartes, le tri des cartes... il faut que je rentre dans détail ?

Moi : Oui on peut rentrer dans le détail si vous voulez.

E1 : Après là c'était à évoluer un peu en fonction des capacités de la personne, des capacités de compréhension, capacités cognitives aussi de mémoire, concentration. Parce que c'est arrivé, rarement, mais il a fallu quand même parfois modifier un peu la passation parce que...

Donc il y a deux parties dans la passation de l'ELADEB : Il y a la première partie qui sert à identifier, discuter autour des difficultés rencontrées dans le quotidien, de recueillir un peu ses informations là ;

et une deuxième partie qui est autour de l'expression des besoins de la personne dans son quotidien. Donc déjà, il y a ses deux parties qui sont distinctes.

Dans chaque partie, il y a deux tris de cartes : un premier pour identifier si oui ou non il y a des difficultés ou des besoins et sur les cartes identifiées comme « oui » un second tri pour hiérarchiser soit le degré d'importance du problème soit le degré de priorité du besoin.

Il y a des personnes pour qui c'était très aidant de pouvoir faire ce tri parce qu'on sentait bien que pour certains que ça aidait à démêler la confusion qu'il pouvait y avoir... de distinguer un peu les domaines.

Parce qu'il y a 21 cartes dans l'ELADEB. Moi j'utilisais les 21, il y en a une qui est optionnelle, qui est la carte autour de la sexualité. Qu'on peut mettre ou pas. Moi j'ai toujours estimé que, comme ce sont des adultes c'est un thème qui existe et du coup je l'ai toujours proposé. Même si, c'était assez, ... enfin ça pouvait arriver que les personnes ... ne voulait pas aborder le sujet mais voilà... donc moi je m'étais les 21 cartes. Voilà donc une fois que les 21 cartes étaient triées après on les reprenait une par une, enfin celles qui étaient identifiées comme ou problématiques ou nécessitant de l'aide, de les reprendre pour pouvoir discuter un petit peu. Essayer de comprendre le point de vue de la personne et voir ce qu'elle pouvait en dire.

Très souvent il fallait un peu, ... enfin je ne sais pas si c'est reposer le cadre mais prendre un peu le temps. Parce que souvent dans la première partie des difficultés les gens tout de suite ont tendance à dire, en tout cas certaine personne, à dire plutôt ce dont elles ont besoins plutôt que de dire ce qui est difficile mais c'est important d'avoir ce premier temps pour pouvoir juste énoncer les choses. Je pense ça participe un peu à l'élaboration globale. Donc là des fois, bon ... après la parole était assez libre donc ... c'était en fonction des personnes. Il y en a pour qui, par contre le tri était trop compliqué, soit des patients qui étaient un peu trop désorganisé, qui faisait des sous catégories, des.... Parce que donc le premier tri c'est « oui » « non », alors il y avait très souvent une colonne « peut-être » ou « je ne sais pas » « entre deux », voilà, alors ça moi j'ai toujours été plutôt souple avec ça en acceptant et en disant que par exemple s'il y avait des cartes qui étaient mises en « je ne sais pas » et bien on les reprenait après pour quand même pouvoir en discuter, de savoir ce qui était peut-être difficile à identifier ou à nommer.

A la fin, donc une fois l'entretien terminé... Donc ça pouvait prendre des fois un, deux, voire trois rendez-vous. En moyenne d'une heure, une heure trente. Moi j'aimais bien prendre le temps pour la passation. Dans le dispositif d'ELADEB, il y a une cotation à la fin, alors ça moi je n'ai jamais fait. Il y a une grille de cotation que je n'ai pas, que je ne faisais pas, moi elle ne me parlait pas. Par contre, il y a une espèce de diagramme sur Excel qui permettait de visualiser assez rapidement les domaines

énoncés et leur importance, et du coup de mettre en corrélation ou pas les difficultés énoncées et les demandes d'aides et de voir, que des fois c'était bien concordant et puis alors des fois pas du tout. Que là où il y avait le plus de difficultés il n'y avait pas de demande d'aide et des domaines qui n'avaient pas été abordés, il y avait des demandes majeures en aide. Enfin bon, je caricature un petit peu, mais des fois ça pouvait être... voilà ... pas toujours raccord.

Je reprenais ça ensuite dans l'analyse pour essayer de comprendre, peut être des fois les difficultés sont difficiles à énoncer, ou n'étaient pas dites. Ou est-ce que c'étaient des éléments des fois, un peu de... discordances ou de difficultés d'appréciation des troubles... Après c'est à mettre en parallèle avec l'ensemble du discours aussi. Des fois c'était significatif et des fois pas tellement. Pour essayer de faire un peu une analyse un peu des éléments cliniques, comment la personne se situe.

C'est arrivé pour quelques personnes qui le demandaient que je leur fasse une restitution. Dans un temps après, parce qu'il y a des personnes... parce que je demandais toujours si je pouvais prendre des notes pendant l'entretien. C'est arrivé une seule fois, en cinq ans, qu'une personne me dise « non ». Sinon en générale tous les gens acceptent. Mais il y en a qui était plus ou moins méfiant donc sur la prise de note, moi j'essayais, de pouvoir... d'être dans une ambiance de confiance donc du coup je pouvais noter librement. S'il pouvait y avoir un peu de suspicion, ou des gens qui pouvait regarder un peu ce que je notais, j'essayais de pas forcément tout noter. En tout cas, surtout d'essayer d'être le plus fidèle possible aux propos de la personne et finalement, de noter beaucoup de citations de ce qu'elle pouvait dire. Ça aussi du coup, pour dans le compte rendu, finalement, ... d'être au plus juste, et au plus près du discours de la personne et pas être dans de l'interprétation.

Et donc il y en a qui m'ont déjà demandé à quoi ça servait et qu'est-ce que j'allais en faire. Qu'est-ce que j'allais analyser etc. Donc du coup je reprenais que c'était pour aider à construire le projet personnalisé. Il y a eu des personnes que j'ai revues juste pour refaire le point, faire un peu un résumé, de ce qui avait été dit, de ce qui avait été énoncé comme besoin et qui est repris dans le projet personnalisé. Enfin ça après c'était repris avec les référents. Qu'il n'y a pas de confusion, ou pas d'éléments persécutifs pour les gens qui étaient un peu sensitif ou persécuté tout court.

Moi : Je voudrais revenir sur les référents, est ce qu'on la vraiment défini, est ce que vous pourriez m'en dire un peu plus sur les référents ?

E1 : Oui, après je reviens, je sais ce que je voulais dire par rapport aux cartes. Donc sur les référents, redire le fonctionnement, l'équipe ?

Moi : Oui, qu'est-ce que sont exactement les référents, quels rôles ils peuvent avoir ?

E1 : En fait, l'équipe de référents. En fait il y a 11 référents au SAMSAH, enfin, dans ce SAMSAH. Il y a cinq infirmiers, quatre éducateurs, un ergothérapeute et une conseillère en économie sociale et familiale. Donc, il y a un binôme de référents qui est nommé à l'admission du patient. Le binôme classiquement c'était un éducateur et un infirmier.

Pour faire les trois premiers mois d'évaluation donc l'entrée en relation, présenter le dispositif, amorcer la relation de confiance etc. Pendant cette phase d'évaluation, l'ergothérapeute et la CESF avaient chacune une évaluation spécifique. Donc ELADEV pour moi, et la CESF une évaluation sociale qui portait essentiellement sur les papiers administratifs, les droits de la personne, son logement, ses frais, son budget, enfin etc. A l'issue des trois mois, il y a une synthèse qui est faite avec l'ensemble des éléments, ... aussi du coup la psychologue et le psychiatre qui faisaient des entretiens réguliers qui pouvaient emmener des éléments cliniques, diagnostic et de réflexions. Donc tout ça à la fin était mis en discussion et en fonction des situations il y a un troisième référent qui peut être nommé selon la situation. Si pertinence et nécessité de l'ergothérapeute. Si c'était une situation avec des difficultés plus axées dans le milieu social, ...Par exemple sur tout ce qui était sur les tâches administratives, les relations avec le curateur, ça pouvait être plus la CESF. Si c'était une situation, par exemple avec énormément d'accompagnement médicaux que ce soit somatique ou psychique, si c'était somatique c'était plus une infirmière qui allait se mettre en troisième référent. Puis des fois, ça pouvait rester sur un binôme de référent. Mais souvent ça passe à trois.

Moi : Après passé les trois mois d'évaluation, ces référents avaient des missions, des choses à effectuer avec les patients ?

E1 : Oui, la première c'est l'élaboration du projet personnalisé. Donc qui est un document officiel, qui est demandé, ça fait partie de la procédure du suivi. Qui reprenait les éléments de la période d'évaluation et qui posait, qui pose, les objectifs d'accompagnement pour la personne. Donc c'est vraiment co-construit avec la personne, l'idée c'est que ce soit elle qui puisse dire quels sont ses souhaits et ses objectifs. Ce vers quoi elle veut qu'on l'accompagne et par quels moyens on peut le faire.

Par exemple, pour une personne qui énonçait une difficulté à se repérer dans les transports et donc à pouvoir se rendre dans certains endroits ; voilà... si c'était un de ses objectifs, pouvait être discuté la pertinence de faire des accompagnements écologiques et donc une fois que ça c'était posé sur le

papier, c'est une sorte de contrat un peu qui est passé avec la personne : le projet personnalisé. Après c'était toute la mise en œuvre et donc l'organisation des rendez-vous, de se dire à quel endroit est-ce qu'elle aimerait aller, faire le repérage, faire les trajets et puis le faire en situation et le refaire plusieurs fois si nécessaire. C'est toute la mise en œuvre.

Classiquement c'était un accompagnement hebdomadaire. Que ce soit pour un entretien à domicile, une visite à domicile pour une action ou une sortie soit d'extérieur. Voilà un accompagnement médical, ou social pour des démarches après c'est très très varié en fonction des besoins des personnes.

Moi : Vous vouliez revenir sur les cartes ?

E1 : Oui par rapport au sujet du coup sur l'observance des traitements médicamenteux. Ça m'est revenu que la question du traitement... dans les cartes il y a une carte « santé psychique » et une carte « traitement ». La carte « santé psychique » elle était assez souvent mise de côté. Il n'y avait pas de problème. Ou alors en tout cas c'était une carte qui était souvent ... de façon générale un peu difficile à aborder. Je n'ai pas de choses très concrètes qui me reviennent... Il y a des personnes qui s'en saisissaient pour, pour parler beaucoup mais c'était assez difficile et du coup sur les traitements ce n'était pas ... j'ai l'impression que c'était une carte qui n'était pas forcément beaucoup abordée. Je crois que ce sont des sujets qui sont un peu difficiles à discuter. Il y a des patients qui, pour qui c'était vraiment à voir avec le médecin.

Moi : Pour vous, c'est à ce moment-là que les patients éventuellement évoquait des questions sur l'observance médicamenteuse ou à d'autres moments ?

E1 : C'est possible à ce moment-là. Alors est ce qu'il parlait vraiment de « l'observance » ... alors les effets secondaires, c'était abordé. La prise de poids notamment je me souviens... après sur l'observance... ce qu'il se passe comme pour le coup au SAMSAH quasiment tous les patients... en tous cas les patients schizophrènes étaient déjà suivis sur le CMP, ils avaient parfois des infirmiers libéraux mis en place pour l'observance du traitement. Je pense que ce n'était pas forcément un sujet qui était problématique parce que déjà assez bien réglé, assez bien accompagné par le secteur. Ce sont des patients plutôt, en général, stabilisés, même s'ils n'étaient pas en accord avec le traitement ...

En tout cas, ce n'est pas forcément au moment d'ELADEB que c'est venu...

Il y a eu des situations où clairement le traitement était un sujet discuté, là, dans les entretiens, je n'ai pas d'exemple qui me revienne au moment de la passation d'ELADEB.

Moi : Vous parliez lors des entretiens, que cette problématique éventuellement ressortir, est ce que vous pourriez détailler plus ?

E1 : Euh ... Oui...

Moi : Dans quelles conditions ça pouvait être évoqué par exemple ?

E1 : J'essaie de me remettre des souvenirs en tête ... Par exemple il y a eu une situation où, en fait souvent ça partait de l'état ... de ... comment la personne pouvait se sentir, donc parler un peu de son état psychique. Que ce soit de l'angoisse, des hallucinations... il y a une personne qui pouvait nous dire par moment qu'elle ne dormait pas bien, qu'elle était angoissée, qu'elle avait des recrus d'essence d'hallucinations et de là, très souvent, comme les entretiens se faisait en binôme avec un infirmiers ou des fois avec un éducateur, de pouvoir questionner : est ce que la prise de traitement se faisait facilement ou pas en ce moment. Est-ce que le traitement était adapté ? Est-ce que la personne en parlait avec son médecin ?

Donc il y a eu une personne, qui à un moment donné, qui a pu nous dire qu'en fait elle avait encore beaucoup d'hallucinations, que c'était revenu ... Et à force de creuser un peu en entretien, elle avait fini par dire qu'en fait, ça faisait plus d'un an qu'elle avait arrêté le traitement... Oui c'est ça... ça faisait une année, et qu'elle n'en avait pas parlé à son psychiatre parce qu'elle avait pas confiance. Dans le fait, enfin il y avait une question de traitement, elle disait que quand elle avait été hospitalisée, il y avait un traitement qui lui allait bien, mais donc ils l'avaient mis sous un autre traitement qui ne lui convenait pas du tout. Qu'elle en avait parlé avec son médecin et qu'il n'avait pas... elle ne s'était pas sentie écoutée par rapport à ce traitement-là. Elle disait donc « ça ne sert à rien de lui dire parce qu'il ne voudra pas me changer », donc elle avait arrêté d'elle-même. Nous on l'avait encouragé suite à ces discussions, à pouvoir en reparler avec son médecin. Ce qui c'était, ce qu'elle avait pu faire finalement. Je crois qu'on l'avait même soutenu pour qu'elle prenne un rendez-vous un peu en urgence pour en reparler avec lui. Finalement le médecin, était assez à l'écoute et lui avait donné un traitement qui lui convenait un peu mieux.

Il y a eu une autre patiente, c'est un peu un cas de figure un peu différent. Patiente qui du coup a eu un changement de secteur, elle était toujours sur le même secteur du SAMSAH donc on a continué à l'accompagner mais elle est passée d'un CMP à un autre. Du coup entre les deux elle n'a pas... elle a arrêté son suivi et pour le traitement ... c'était une patiente schizophrène ... qui était très malade. Mais

le seul traitement qu'elle acceptait Mais le déni des troubles était massif ... qui ne reconnaissait que les troubles cognitifs qu'elle avait des suites d'un AVC, qui avait plus de dix ans, mais qui était très bien récupéré mais elle rationalisait tout au travers de ça. La seule chose qu'elle pouvait reconnaître, c'est être angoissé par moment, donc elle prenait un anxiolytique mais qui était prescrit par son médecin généraliste et tous les traitements, enfin les autres traitements antipsychotiques etc. là c'était... Elle ne voulait pas en entendre parler. Elle ne voulait plus entendre parler des psychiatres et de la psychiatrie. Parce qu'elle avait eu des hospitalisations assez traumatisantes ... parce que violentes... du fait de son ... déni des troubles et de son opposition et de réaction en face peut être ... un peu trop frontal aussi ... ça été très compliqué ... Elle par contre ... pour le coup, c'était surtout ma collègue infirmière qui discutait de ça. On a beaucoup, beaucoup, beaucoup parlé de traitement avec elle pour essayer de la... de la convaincre ... oui dans un sens d'essayer de la convaincre que ça pouvait avoir des effets bénéfiques pour elle. Mais du coup c'était aussi, pour parler un peu de ses troubles, ses difficultés dans le quotidien. Essayer d'amener à reconnaître qu'il y avait un état de souffrance qui était pas vivable en fait Ça elle pouvait le reconnaître, pas toujours, mais elle pouvait. Sauf qu'elle venait très vite rationaliser sur le harcèlement social qu'elle vivait... sur les séquelles de l'AVC... un tas d'autres choses qui n'était pas psychiatrique donc, il n'y avait pas besoin de traitement. Elle était très très persécutée.

L'idée aussi c'était d'être en lien, bon en l'occurrence cette dame si on l'avait accompagné au CMP, sur le nouveau CMP on avait réussi à l'aider ... à ce qu'elle prenne un rendez-vous avec un psychiatre sauf que dès le premier entretien, dès que le médecin à parler de traitement, elle est devenue extrêmement sthénique, elle est montée en tension interne de façon très très forte. Après c'était fini elle n'a plus jamais voulu entendre parler du CMP.

Mais sinon, en règle générale on était plutôt en lien avec les psychiatres donc dès qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas trop sur le traitement : soit sur des moments d'angoisses un petit peu plus intense, plus importante. On se dit que peut être que là il y a un « si besoin » pourrait être utile ou de prise anarchique de traitement ... parce qu'il y avait une patiente comme ça qui avait, qui faisait de toute façon ce qu'elle voulait avec le traitement. Elle le prenait un peu comme elle voulait. On essayait de discuter avec le médecin, d'être en lien pour que ça se passe au mieux.

Moi : Comment vous le saviez qu'elle faisait un peu ce qu'elle voulait avec son traitement ? Elle vous l'avait clairement dit ... ?

E1 : Oui, oui, elle ne s'en cachait pas du tout *ris* ; ça ne lui posait pas du tout de souci. Sur les doses etc. alors pour le coup les médecins, son médecin, le savait. Je crois, pas que ce soit de l'éducation thérapeutique mais en tout cas, beaucoup d'éducation entre la prise du traitement... je sais qu'il y a eu une infirmière du SAMSAH qui avait un moment donné, essayé, aussi mais en fait la dame ... était très obtus. En fait, elle était dans ses arrangements avec son traitement ... et le prenait n'importe comment ... c'est à dire que par exemple ... c'est une dame qui fait le ramadan ... et qui pendant le ramadan inversait complètement la prise du traitement, transposait le jour à la nuit... modifiait un peu les doses ... etc. après il y a des choses sur lesquelles on a pas forcément prise.

Je sais, peut-être un peu plus mes collègues infirmiers, faisait aussi pas mal d'information sur les risques. De prendre les traitements de façon un peu de façon anarchique ... après ... une fois la personne avertie après elle reste libre ... de faire un peu ... enfin comme ... il n'y a pas moyen de la contraindre autrement. Ce n'est pas quelqu'un qui part ailleurs, nécessitait un passage infirmier. Parce qu'il y a des patients qui ont des passages infirmiers libéraux. Les traitements sont dans un coffre. Le coffre est fermé à clé ou avec un code et ce sont les infirmiers qui donnent. Je sais qu'il y a des mises en place de prise de traitement qui sont très organisées et rigoureuses, pour elle, en tout cas, le médecin n'a jamais jugé nécessaire. Parce que malgré tout tant bien que mal ça n'allait pas trop mal.

Moi : Et vous en tant qu'ergothérapeute vous avez été amené à mettre en place des choses afin d'améliorer cette prise de traitement ? des aides techniques ou des choses ?

E1 : Alors oui, alors il y a eu une patiente, alors elle ce n'était pas... le problème premier c'était pas la compliance c'était plus les troubles cognitifs après peut être que dernière le trouble cognitif se cachait un problème de compliance, et c'était peut-être plus facile pour elle de dire qu'elle avait oublié que donc elle ne voulait pas. On avait fait des fiches mémoire un peu, qui étaient affichées chez elle. Pour se rappeler les ordres de prise de traitement. Qui avait l'air de fonctionner pas trop mal. Qu'est-ce qu'on a fait d'autre ?...

Il y a eu un, des rappels sur téléphone aussi. Ça... ça avait été réfléchi pour un patient pour avoir, oui un rappel quotidien, au moment de la prise du traitement. C'était peut-être une de ces difficultés dans cette pratique au SAMSAH, parce qu'en fait, ... en fait les entretiens n'étaient pas purement d'ergothérapie et toujours avec un collègue, et bien souvent avec un collègue infirmier, c'était un peu ... je peux pas dire une action que j'ai menée moi en tant qu'ergothérapeute. Parce que c'était toujours avec un infirmier ou alors avec un éducateur.

J'essaie de me souvenir quand je travaillais à l'hôpital... où même là je n'ai pas beaucoup de recul mais en fait la question du traitement est très souvent abordée en atelier d'ergothérapie. Souvent par le biais des effets secondaires. Qu'il y a toujours, un travail, un renvoi, qui est fait sur le médecin de pouvoir en parler, de trouver soit un traitement qui convient mieux ou ... si ce qu'on pouvait faire c'est discuter les horaires par contre. Je me souviens de prise de traitement ... parce que par exemple il y a des patients qui pouvaient dire qu'ils prenaient leur traitement hypnotique, enfin pour dormir soit très tôt à 19h donc du coup ils s'endormaient ... enfin bref, du coup c'était perturbé. Soit, ils s'endormaient tôt mais ils se réveillaient en début de nuit. Ou alors ils ne dormaient pas tout de suite, enfin du coup ça ne marchait pas. Donc ça on a pu discuter des horaires comme ça des prises de traitement. Mais sur l'hôpital, je ne me souviens pas d'avoir eu d'actions directes sur le traitement. Mais aussi, en tout cas, quand je travaillais en hôpital de jour c'étaient directement les infirmiers qui faisaient ça. S'il y avait un souci par rapport au traitement je faisais tout de suite le lien avec les collègues infirmiers, notamment quand il y avait des patients qui venaient. Et à la limite eux ils n'en parlaient pas trop. Ceux qui venaient prendre leur traitement à l'hôpital de jour, c'était vu directement avec l'infirmier. Ah si, au SAMSAH ce que j'ai fait aussi, par contre, ça été d'accompagner pour acheter des piluliers. En pharmacie ou en parapharmacie. De voir les différents types de piluliers qui pouvaient exister, le prix... pour que les personnes puissent s'en acheter.

Moi : Ça m'emmène à la question suivante, est ce que vous pensez qu'un travail d'alliance entre les équipes pluridisciplinaires et les acteurs locaux ça pourrait aider à améliorer l'observance du traitement ?

E1 : les acteurs locaux c'est qui ?

Moi : Par exemple les pharmacies ?

E1 : ... *réfléchie* ... est ce que tu peux me redire la question ?

Moi : Est-ce qu'un travail d'alliance entre les équipes pluridisciplinaires et les acteurs, est ce que ça pourrait aider, favoriser l'observance ?

E1 : Alors entre les équipes soignantes : oui. Avec les infirmiers libéraux quand il y a eu : oui. Avec les pharmacies, j'essaie de me souvenir. Je n'ai pas ... je crois qu'on l'a jamais fait. Mais effectivement je

pense que ça pourrait être intéressant. Souvent les patients vont dans les mêmes pharmacies et les pharmaciens les connaissent bien je pense. Ceux qui viennent régulièrement... Maintenant est ce que... là je sais ... là ça me pose la question de « dans quelle mesure on est trop interventionniste ou pas... »

...

En tout cas entre les équipes de soin qu'il y ait une alliance là c'est sûr. Maintenant intervenir auprès de la pharmacie est ce que ça ne devient pas un peu intrusif... je sais pas ... est-ce que c'est du rôle du pharmacien ... parce qu'il est dans un rôle d'information par rapport aux traitements. Est-ce qu'il peut y avoir un rôle de surveillance... est ce que ce serait un peu ça l'idée ... ?

Moi : Oui de surveillance ou ... aider... avec le patient bien sûr, aider à organiser des moyens pour l'observance soit plus efficiente et de meilleures qualité ...

Vous évoquiez le pilulier par exemple ...

E1 : Ce qui m'est venu là, comme élément de réponse. Je crois qu'en fait ce qui fonctionne le plus c'est « où est la relation de confiance » et je me dis peut-être que si un patient il n'est pas très en confiance avec je sais pas, son psychiatre ou ses infirmiers référents, mais s'il a une bonne alliance ou relation, parce que c'est une relation qui est nécessairement différente qu'avec la pharmacie ou avec les personnes qu'ils reçoivent effectivement ça peut-être réfléchi. De ... est-ce que c'est avec elle que peut se travailler là ... j'allais dire l'alliance thérapeutique autour de la prise du traitement. Maintenant ça demande un travail de partenariat sans doute contraint. Qui oui... oui, serait là en y pensant, sans doute intéressant mais aussi très complexe. J'imagine pour un médecin par exemple, ou une équipe de CMP, c'est-à-dire, être en relation avec une multitude de pharmacies. Donc c'est peut-être un travail de réseau énorme à faire. Bon... après qui pourrait être intéressant.

Ça me fait penser à une situation, ce n'était pas sur un traitement psy mais c'était pour des compléments alimentaires pour des cheveux. C'était une patiente qui... c'était un sujet extrêmement important pour elle. Elle voulait toujours que ses cheveux poussent plus et mieux et donc, elle prenait tout un tas de truc à la pharmacie pour les cheveux. Et je sais qu'elle pouvait nous dire que la pharmacienne lui conseillait certains produits ou pas. Elle pouvait aussi temporiser. Pour le coup c'était une dame qui pouvait être très très connue de la pharmacie. Après sur d'autres type de traitement ... je sais pas. Mais effectivement si le patient pouvait énoncer qu'il a confiance dans les personnes qui le reçoivent à la pharmacie ça peut-être une piste intéressante à creuser. De la même façon, que certains patients, n'ont pas confiance dans le médecin psychiatre et d'ailleurs n'en ont pas, mais avoir confiance dans leur médecin généraliste. Que le généraliste va pouvoir prescrire des traitements psychiatriques

que le patient va accepter... qu'il accepterait pas d'un psychiatre. Donc effectivement peut-être... sauf que le pharmacien ne peut pas prescrire les traitements ...

Oui ça demanderait vraiment tout un réseau de partenariat assez complexe mais j'imagine assez intéressant.

Moi : Est-ce que vous auriez d'autre chose concernant l'observance médicamenteuse, est ce que vous auriez des choses à ajouter que l'on n'aurait pas abordé ?

E1 : Tout d'un coup ce qui me revient c'est que dans les entretiens ou même en séance, en atelier d'ergothérapie de pouvoir discuter des ... des fois des effets secondaires, aussi parfois quand il y a des ruptures de traitement. De vraiment pouvoir discuter avec la personne, en quoi ça impact son quotidien. De faire un peu une évaluation « bénéfice, risques ». Qu'est-ce qu'elle gagne ou qu'est-ce qu'elle perd en prenant ou pas un traitement par rapport à son quotidien. D'évaluer, par rapport aux angoisses, à la capacité de faire les choses. Par exemple, il y a une patiente, alors elle, elle refusait de prendre un traitement psychiatrique parce qu'elle avait, par ailleurs, un traitement pour une autre pathologie une poly arthrite rhumatoïde et elle disait que prendre trop de traitement ça lui faisait trop d'effet secondaires et qu'elle arrivait plus à faire la part des choses, et à un moment donné elle a quand même accepté de prendre un traitement ... enfin d'essayer un traitement psychiatrique. Parce que c'est quelqu'un qui avait énormément de difficultés à sortir de chez elle. Elle a essayé un traitement quelques temps mais qui avait trop d'effets secondaires donc elle a arrêté d'elle-même. Mais elle pouvait dire, et on en a beaucoup discuté que, ... que malgré tout, avec ce traitement, elle pouvait sortir plus facilement de chez elle. Il y avait quelque chose presque « géographique » du passage de la porte où ... alors c'était de l' « ABILIFY »... Donc je sais pas si c'était un effet réel de l'ABILIFY ou un effet un peu ... enfin ... psychologique où avec elle sortait plus facilement de chez elle. Peut-être qu'elle était moins angoissée, moins persécutée tout simplement. Ça lui faisait des effets secondaires et que ça c'était pas supportable. Du coup il y avait une discussion où était le bénéfice et les inconvénients, et elle a fait son choix elle, de ne pas en prendre. Mais c'était un peu en connaissance de cause. Pour le coup c'était quelqu'un qui avait une assez bonne connaissance d'elle-même et qui évaluait les choses, mais on avait pu en discuter par mal.

Parce que moi j'ai jamais considéré, comment dire, ... en tant qu'ergothérapeute que je devais convaincre les gens de prendre leur traitement... je sais pas comment dire... c'est vraiment sur la question de l'autonomie de les aider à prendre conscience de ce que peut leur apporter un traitement par rapport à un état de souffrance dans lequel ils sont ... par rapport aux répercussions de la maladie

dans le quotidien. De voir est ce qu'un traitement ne serait pas plus bénéfique. Moi j'ai plutôt idée que les traitements vont être plutôt bénéfique donc il y a quand même l'idée de... d'optimiser la prise de traitement mais pas ... en tout cas, j'ai pu voir des infirmiers ou même des médecins, mais plus des infirmiers en hôpitaux de jour, étant beaucoup plus... étant presque intrusifs voire décisifs sur la prise de traitement obligatoire « c'est comme ça », « il y a pas le choix », entendre des discours un peu comme ça. Voilà où moi, je ne me sens pas dans mon rôle ni à ma place de dire ça. Mais de dire qu'en fait, que s'il y a un état de souffrance peut-être qu'un traitement peut aider... et que si un traitement n'est pas adapté ou entraîne trop d'effet désagréable et bien ça vaut le coup d'aller en parler pour réévaluer ...

Moi : vous disiez que parfois les traitements pouvaient être bénéfiques... pour revenir à l'exemple de la patiente qui ne pouvait pas franchir le seuil de sa porte. Le fait, que le traitement pris avec une bonne observance ça pourrait être bénéfique sur quoi par exemple selon vous ? est ce qu'il pourrait y avoir des répercussions sur les AVQ selon vous ?

E1 : Oui je pense, surtout, c'est un peu la question des effets secondaires... mais a priori les traitements ont moins d'effets secondaires. Oui c'est-à-dire... rien que pour parler de l'angoisse, les angoisses massives c'est extrêmement invalidant dans le quotidien. Quelqu'un qui est pris de crise d'angoisse... ne peut plus faire grand-chose, c'est très envahissant c'est très douloureux psychologiquement donc ça je pense qu'effectivement un traitement, ... il peut y avoir d'autres techniques non médicamenteuses de ... de respiration, de pleine conscience, de tout un tas de choses qui sont possible... quoi que ça dépend du niveau d'angoisse. Parfois il y a des traitements qui sont un peu inévitables. Sur des éléments de persécutions aussi. Si les traitements peuvent apaiser un peu ... les traitements antipsychotiques, mais en fait, d'avoir un état psychique apaisé en gros. Ou sur des états plus... si les personnes sont trop agitées... elles ne sont pas très efficaces dans leur Enfin ça fait une activité qui est très inefficace donc c'est pas mal de pouvoir apaiser ou quelqu'un qui est très déprimé, un traitement qui va pouvoir aider à réguler l'humeur ne peut être que bénéfique. Pour tout ce qui est vie quotidienne. Mais pour le coup, clairement pas ... c'est nécessaire mais pas suffisant. Je pense qu'il faut que ça s'accompagne d'énormément d'autres thérapies, d'autres types d'accompagnements. Et après, ça dépend des symptômes et tout d'un coup je pensais ... des patients psychotiques enfin, schizophrènes, qui vont être très pragmatiques... j'ai l'impression... alors je ne suis pas du tout experte où j'ai l'impression que les traitements ont assez peu d'effets sur les ces éléments comme ça d'apragmatisme où tous les,

toutes la sphère négative des symptômes est ... donc là c'est beaucoup plus l'accompagnant, les activités, la mise en mouvement qui vont être utile... je crois... aidante...

Moi : En tout cas j'ai posé toutes mes questions... je n'ai rien d'autre à ajouter de mon côté.

E1 : J'essaie de réfléchir si de mon côté il y a quelque chose à ajouter ou pas. Je sais que moi la question du traitement, moi quand je travaillais à l'hôpital, elle était beaucoup moins dans ma tête on va dire... c'était un sujet de préoccupation que les patients amenaient beaucoup à l'atelier... ou dans les séances d'ergothérapie, mais encore une fois, je renvoyais beaucoup aux médecins et aux infirmiers mais avec l'expérience en SAMSAH où on s'est retrouvé, où je me suis retrouvée, à plus dans le quotidien avec les personnes donc de plus discuter de leur quotidien, des répercussions d'un peu tout, mais en l'occurrence de leur état de santé psychique et du coup aussi des traitements. Enfin, oui c'était un sujet assez important, et du coup je pense, ça a un peu changé ma perspective. Je pense que ça serait plus facile maintenant de pouvoir proposer des choses par rapport aux traitements, en tout cas, d'avoir dans l'idée d'y participer ... en tout cas de participer à ce que la prise du traitement puisse bien se passer. Je pense que c'est beaucoup une question de confiance, de prendre le temps de pouvoir en parler et d'écouter les patients parce qu'on parle que traitements psychiatriques mais il y a aussi tous les traitements somatiques, traitements au long cours sont aussi très douloureux et compliqué à prendre qu'on soit psychotiques ou pas d'ailleurs et que je crois qu'il y a besoin d'un accompagnement ... proche et qu'une simple prescription ne suffit pas de toute façon.

ANNEXE III : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 4

Date : 19 mai 2022

Durée : 31 minutes

Moi : Est-ce que vous pouvez vous présenter s'il vous plait ?

E4 : Je travaille au SAMSAH depuis septembre 2020, c'est mon premier poste. J'ai été diplômée en juin 2020 à l'IFE de Bordeaux voilà globalement. C'est ma première expérience.

Moi : Est-ce que vous pourriez me décrire le SAMSAH dans lequel vous travaillez ?

E4 : C'est un SAMSAH spécialisé en handicap psychique. Donc ça c'est la particularité du SAMSAH. Globalement, sur le fonctionnement de notre SAMSAH on est 10 professionnels.

Est-ce que vous voulez que je vous donne les professionnels qu'il y a ?

Moi : Oui je veux bien

E4 : On a 3 ergothérapeutes, on est les plus nombreuses. Il y a une assistante sociale ; un aide médico psychologique, une monitrice éducatrice, un médiateur de santé pair ; 2 infirmiers dont un infirmier coordinateur. Il est compris dans les 2 infirmiers que je viens de dire.

Il y a une cadre de santé, un psychiatre, une secrétaire, et un neuropsychologue

Moi : D'accord. Pourquoi vous avez 3 ergothérapeutes dans votre service ?

E4 : Parce que, ... la philosophie du SAMSAH ... en fait ... le médecin qui est chef ... qui le médecin du SAMSAH il est vachement dans cette philosophie de la vie quotidienne, de l'ergothérapie... Notre psychologue aussi donc du coup tout le travail se fait à domicile pour lui. Il a vachement cette vision de l'ergothérapie qui est hyper importante pour lui. Donc en fait ça vient vraiment du médecin qui porte le SAMSAH.

Moi : D'accord...

E4 : Après dans le fonctionnement de l'équipe : on fonctionne par référence. C'est-à-dire qu'on fonctionne en transdisciplinarité. Donc en fait, on ne part pas du principe... que ... un métier un égal à des compétences et forcément un champ d'activité précis. Mais plutôt que on accompagnement toutes les personnes vers un même projet, vers les mêmes projets qu'elle souhaite. On fait globalement les mêmes missions.

Évidemment nos compétences jouent dans la vision que l'on peut apporter etc. mais moi par exemple en tant qu'ergo je peux accompagner des personnes vers des démarches administratives sans pour autant rentrer dans la prise en charge de l'assistante sociale. On fonctionne vraiment par référence. Donc on est 2 professionnels à accompagner une même personne. Il n'y a pas tous les professionnels qui voient la personne.

Moi : Comment sont désignés les binômes de références ?

E4 : Comment sont sélectionnés les binômes ... alors les binômes de références ... suivant un petit peu la présentation de la personne, quels sont un petit peu son profil et ses problématiques. Donc si évidemment il y a une grosse problématique de justement plein de démarches en lien avec des démarches sociales ... on va plutôt avoir tendance à mettre forcément l'assistante sociale dedans, en référence. Pareil s'il y a des soucis sûrs par exemple ... une personne qui vient du foyer ou toute la vie quotidienne a été ... mise en place et aidée par les professionnels autour et que là il faut vraiment travailler les habilités de la vie quotidienne, ce que l'on peut ... les activités de la vie quotidienne on va plus avoir tendance à mettre un ergo. Quand il faut évaluer ça. Mais après c'est vraiment suivant les professionnels qui se portent volontaire, suivant la disponibilité des professionnels et aussi du secteur.

Parce que nous du coup on intervient sur 3 secteurs de psychiatrie : le secteur 6 de Royan ; le secteur 7 de Jonzac et le secteur 5 de Saintes donc a vraiment un large ... une large géographie d'intervention. Forcément si on a des gens de Saintes et aussi de la Tremblade tout en haut de la Charentes et des gens au tout sud de la Charentes maritimes ce n'est pas trop pertinent. On va plus avoir tendance à se focaliser sur ... prendre que les gens du sud ... on se répartit un petit peu comme ça par secteur.

Moi : Et le service peut accueillir combien d'usagers ?

E4 : Nous le financement, on a 45 places officielles ouvertes au SAMSAH et du coup on peut mettre une à deux personnes par places. Donc en fait on a des places jusqu'à 90 usagers. Et là actuellement la fil active on accompagne une soixante d'usagers. Voilà on a encore des places. On n'a pas de file d'attente forcément.

Moi : Est ce qu'il existe des conditions d'admission pour les patients ?

E4 : Oui alors les conditions d'admissions principalement : c'est l'orientation MDPH, l'orientation vers un service d'accompagnement médico-social adultes handicapés donc SAMSAH, ça les personnes elles doivent être, elles doivent avoir cette orientation de la MDPH pour que l'on puisse les suivre. Ensuite, on demande

quand même qu'elles soient dans une démarche de changement s'il n'y a pas de projet clairement établi et clairement énoncé par la personne au moins qu'elle soit dans une démarche de changement. Parce que sinon ça ne va pas marcher. Voilà ... ensuite du coup qu'elle soit du registre du handicap psychique.... Pour qu'elle soit accompagnée dans notre SAMSAH 20-60 ans du coup parce que ça c'est dépendant de la MDPH. On accompagne des gens qu'entre 20 et 60 ans à part exception quand c'est 19 ans ou 61. ... voilà ... est ce qu'il y a d'autres conditions ... après la plus importante c'est l'orientation MDPH et le handicap psychique en fait. Il faut un domicile fixe aussi ... parce que vu que nous on intervient à domicile on demande que la personne elle est une adresse fixe.

Moi : D'accord, vous vous déplacez à chaque fois chez les personnes ?

E4 : Oui c'est ça.

Moi : Après les modalités d'admissions, que se passe-t-il pour le patient une fois qu'il est inscrit dans le SAMSAH ?

E4 : Alors ... je vais faire un peu comment ça se passe l'admission dans le SAMSAH. Donc en fait, la personne une fois qu'elle a l'orientation MDPH, l'orientation vraiment de la MDPH qui dit qu'elle a le droit d'être accompagné par un SAMSAH, elle peut nous appeler ou c'est un partenaire, un aidant qui nous appelle : la famille ou la curatrice, les mandataires judiciaires qui nous appellent pour nous dire « cette personne à une orientation est ce qu'elle peut être suivi dans notre SAMSAH ? » dans ce cas-là nous on fait une fiche de contact et on va ... 2 collègues vont aller au domicile de la personne, ou dans un endroit neutres, pas de l'hôpital quoi. Un endroit, ... ça peut-être une salle de la mairie, une salle de CCAS, des choses comme ça mais le plus souvent c'est à domicile quand même... parce que les personnes, elles ne nous ferment pas ça et c'est très intéressant d'aller au domicile aussi. C'est leur milieu, c'est leur environnement. Donc on se déplace et là, en binôme on présente un peu le SAMSAH, notre service, comment ça se passe, à quoi on sert, nos missions ... ect. et on recueille un petit peu des infos de la personne. Son contexte social, les papiers administratifs qu'il y a besoin ... son contexte, sa pathologie... son parcours de soin, son parcours de vie... voilà. On fait un petit compte rendu et après si la personne, elle, elle a envie d'être accompagné par le SAMSAH parce que ce qu'on lui a présenté ça correspond assez à ses attentes et bien on l'invite à participer à une synthèse. On appelle ça une synthèse d'admission en fait au SAMSAH donc dans nos locaux, où il y a la cadre de service et le médecin de présent pour pouvoir savoir si on peut la prendre en période d'évaluation. Voilà ... donc sur quoi ça va être déterminée si on veut la prendre ? en fait c'est sur ce qu'elle nous dira, si elle a envie de s'engager dans ... être très en RDV, avoir deux personnes qui viennent à domicile la voir, voilà des choses comme ça. Globalement c'est ça qu'on demande. Si elle est prête à s'engager dans

cette période d'évaluation on lance la période d'évaluation. Et là du coup cette période-là elle dure 4 mois en général. Pas plus de 4 mois, où il y a les deux référents dont je parlais tout à l'heure qui vont commencer à faire connaissance avec la personne. Faire connaissance avec elle, et un petit peu évaluer les capacités, les forces, aussi les faiblesses. Ses restrictions de participation, tout ça. Pour évaluer leur handicaps, si c'est du handicap psychique ou pas. Ensuite on se réunit tous : donc la cadre de santé, le médecin psychiatre, les 2 référents et la personne, une deuxième fois donc à 4 mois, après cette période d'évaluation pour faire le point ensemble et voir si... si on continue l'accompagnement, s'il y a des objectifs d'invention en fonction des projets de la personne, si le handicap, c'est bien du handicap psychique ou s'il faut que l'on mette en place plutôt des relais et que ça ne relève pas de notre compétence. Voilà ... parfois ça, ça arrive. Donc en fait à l'issue de ces 4 mois de période d'évaluation : soit on continue l'accompagnement SAMSAH et là ça continue. Soit on en passe des relais : on renvoi au SAVS par exemple, à des assistances sociales de secteur, au CMP, voilà des choses comme ça.

Moi : Vous évoquiez que vous faisiez des évaluations, qu'est-ce que vous réalisez comme évaluation ?

E4 : Ça c'est vraiment dépendant des professionnels. ... Je pense que c'est en tant qu'ergo que ça vous intéresse ?

Moi : Oui plus spécifiquement, après on pourra évoquer rapidement ce que peuvent faire les autres professionnels, mais c'est l'ergothérapie qui m'intéresse le plus.

E4 : Ok, alors, les évaluations, on ... s'appuie pas forcément sur des ... moi comme mes autres collègues on ne s'appuie pas forcément sur des bilans, outils, d'évaluation à proprement parler. On fait beaucoup plus d'entretiens à domicile, de mise en situation écologique donc, mise en situation courses, mise en situation ... je ne sais pas... Préparation de repas des choses comme... pour vraiment observer comment la personne se débrouille en vie quotidienne. Nous on utilise beaucoup ça. Après on peut aussi utiliser l'ELADEB. Et le TEM. Le TEM on a quand même pas mal l'habitude de l'utiliser. En bilan à proprement parler, c'est vraiment ces deux-là que l'on utilise beaucoup. Après moi je me repose parfois sur un petit peu la MCRO mais c'est comme un guide d'entretien quoi ... sinon ce sont vraiment des entretiens à domicile

Moi : Je reviendrais sur ELADEB, mais je voudrais d'abord vous demander : quand un patient n'a pas forcément de référent ergothérapeute sera-t-il quand même reçu une fois par l'ergothérapeute ?

E4 : Non ...Je ne l'ai pas dit mais il faut avoir en tête que nous ne sommes pas un service de soin. Ça c'est hyper important. Nous ne sommes pas un service de soin, on n'est pas l'hôpital. On est vraiment du médico-

social, vraiment nos missions, aux SAMSAH seront l'accompagnement de projet. Principalement, c'est... sinon quand ils ont besoin de soins à proprement parlé on va les orienter vers les CMP, vers l'hôpital de jour, des choses comme ça. Alors ça veut dire pas dire qu'on ne les accompagne pas en parallèle, mais voilà on va se tourner vers des collègues qui font les soins et nous, par exemple les infirmiers du SAMSAH ils ne donnent pas le pilulier. Pas du tout, on n'est pas là-dedans. On accompagne vraiment les projets de la personne, dans les loisirs, le travail, dans la prise d'un logement des choses comme ça.

Moi : Je voudrais revenir sur ELADEB, est ce que vous pourriez me décrire comment vous procédez pour faire passer ce bilan ?

E4 : Globalement je suis la trame de l'ELADEB. J'explique un petit peu avant de procéder à l'évaluation avant d'emmener l'ELADEB. J'ai fait quelques entretiens avec la personne. Je me suis dit que ça, ça serait peut-être pas mal d'utiliser ELADEB, ça apporterait vraiment quelque chose en plus. Donc je dis à la personne ce projet là que globalement ça va être : « j'ai un outil si vous voulez qui permettrait de clarifier un peu les projets, permettrait de prioriser ce que vous avez envie de faire de votre vie et ça nous aiderait à voir un peu plus clair sur mon accompagnement que je peux faire avec vous. Aussi préparer la synthèse d'évaluation, donc du coup si vous voulez on peut procéder à cette évaluation. J'explique qu'il y aura des cartes, des petites cartes avec des petites images pour vraiment balayer tous les domaines de la vie quotidienne. Vraiment que ce soit exhaustif. Parce que parfois ils ne pensent pas à tous les domaines, voilà spontanément comme ça. J'explique un petit peu comme ça et après je ramène l'outil et je procède à l'ELADEB comme la procédure classique.

Moi : Est-ce que c'est à ce moment-là qu'éventuellement des patients peuvent faire remonter des difficultés d'observance médicamenteuse ?

E4 : Ça peut être évoqué à ce moment-là mais généralement ... il n'y a pas forcément besoin de cet outil là pour l'évoquer. Ils peuvent l'évoquer dans un entretien classique vraiment où justement on balaie, on parle un petit peu du traitement, de la stabilité psychique, les difficultés ... c'est quand on aborde les difficultés psychiques... les fragilités les choses comme ça que, il va nous dire que oui il prend ce traitement là – ah oui d'accord vous prenez ce traitement là et du coup ça se passe bien ? Est-ce que votre ordonnance vous arrivez à la suivre ? Est-ce que vous avez de l'aide ? – et c'est là que l'on va avoir des infos plus qu'avec ELADEB.

Moi : Ça serait plus pendant des entretiens ?

E4 : Oui

Moi : Est-ce que quand le patient vous évoque parfois des difficultés est ce que vous avez déjà mis des choses en place ?

E4 : Oui, oui on a déjà mis des choses en places. Vous attendez des exemples particuliers, concret ?

Moi : Oui s'il vous plait

E4 : D'accord, ok. Alors oui par exemple j'ai en tête du coup spontanément une dame qui a eu ... qui est là, est hospitalisée actuellement elle a eu des phases comme ça d'hospitalisations, de retour à domicile ré-hospitalisation des choses comme ça et en fait justement il y a eu le traitement un peu petit modifié pour voir un peu les effets à domicile. Et nous avec des passages à domicile assez fréquent pour voir un petit peu comment elle appréhende ses nouveaux traitements, comment ça se manifeste dans sa vie quotidienne. Si c'est vivable ou pas ... et en fait, cette dame elle allait chercher son pilulier tout fait à la pharmacie une fois par semaine, c'est comme ça qu'elle fonctionnait et en fait là on a vite vu qu'elle ne s'orientait pas du tout dans le temps. Par exemple, normalement c'était tous les lundis matin et puis là elle y allait le jeudi, et puis en fait les pharmaciennes s'apercevaient qu'elle avait pris la moitié de sa plaquette alors qu'en fait au final ça devait être au mercredi qu'elle devait arrêter ... enfin des choses comme ça quoi ... des choses qui nous disent que en fait il y avait des cachets qui manquaient dans certains jours alors qu'on était, on n'avait pas passé ce jour ci. Des choses comme ça. Donc là on s'est dit « Oh là là, vous devez avoir des difficultés etc. » donc là ce que l'on a fait, c'est que l'on a contacté le médecin psychiatre, pour lui parler de ça, faire une synthèse avec la dame et convenir qu'il y aurait une infirmière qui passerait à domicile matin midi et soir. Puis après on allégera les passages quand ça ira mieux. Mais voilà pour l'instant c'est ça que l'on a mis en place pour elle. Une infirmière à domicile matin, midi et soir par exemple.

Moi : Est-ce que vous pensez à d'autres ...

E4 : Oui !

Moi : Dites-moi ...

E4 : Il y a eu d'autres, par exemple ... quand on voit par exemple que les médicaments ça ne marche pas, la personne elle fait n'importe quoi, on en discute, on invite la personne à consulter son médecin et après on est présent au rendez-vous avec le médecin, dans la mesure du possible. Quand on explique un petit peu

la problématique, il va passer par exemple par l'injection. Ce sont des choses comme ça aussi qui peuvent se faire.

Après il y a des choses dans l'autre sens, parce que quand même je suis pessimiste, donc là je vais mettre un peu d'optimiste. Il y a aussi l'allègement des mesures, par exemple, quelqu'un qui sort du foyer d'accueil médicalisé, nous on a un FAM en fait à côté qui travaille aussi en partenariat avec nous et donc du coup on a des résidents qui sortent parfois sur l'appartement autonome et là le SAMSAH accompagne dans cette prise d'autonomie dans l'appartement. Dans ces cas-là ça peut-être une dame qui faisait son pilulier avec les infirmières du FAM, elle le faisait avec les infirmières et là on va dire « bon maintenant vous n'avez plus allez au FAM parce que ça n'a aucun sens, vous allez aller à la pharmacie pour faire avec la pharmacienne le pilulier et puis ensuite on l'accompagne dans un mois admettons « bon maintenant vous êtes assez rodée, vous le faites à domicile. » Voilà, en fait ce sont des choses comme ça qui se mettent en place.

Moi : Vous êtes donc beaucoup en travail d'alliance avec les pharmacies ?

E4 : Oui, oui !

Moi : Est ce qu'il y a d'autres professionnels avec qui vous êtes en lien concernant l'observance ?

E4 : Il y a les médecins psychiatres du coup. On est aussi pas mal, avec les médecins traitants. Par exemple, vous savez il y a des médecins traitants qui prescrivent des antidépresseurs ou des traitements qui sont vachement addictifs et du coup quand ils voient le psychiatre ici il dit « ah non non » le psychiatre dit « je ne prescris pas ça, il faut que vous arrêtiez de prendre ce traitement là parce que ça vous rend dépendant tout ça... il faudrait que vous arrêtiez de voir votre médecin traitant pour qu'il vous prescrive ça parce que ça va vraiment vous apporter des effets néfastes sur l'addiction etc. » donc du coup dans ces cas-là, on peut demander au médecin psychiatre de faire un courrier au médecin traitant. Donc là quand même on est lien. On facilite la coordination vous voyez. On est facilitateur de ça. Donc avec les médecins traitants on a une petite collaboration aussi.

Avec les infirmières libérales, comme je vous parlais avec la première dame. Voilà...

Après je ne vois pas trop ... Si avec les infirmiers du secteur, on est en lien avec tous les CMP de chaque secteur. Secteur 7, secteur 6, tous les secteurs avec lesquels ont travail. On travaille avec les CMP évidemment.

Moi : Est-ce que vous auriez des choses à ajouter concernant l'observance médicamenteuse chez les patients que l'on n'aurait pas abordée ?

E4 : Non je n'ai pas de chose. Je pense justement à quelque chose ... concernant ... vous me demandiez tout au début les ... conditions d'admissions ... évidemment il faut que la personne elle habite dans notre secteur d'activité. Je n'ai pas précisé et ça c'est une condition assez importante. Qu'elle soit domiciliée dans le secteur, sinon on ne peut pas intervenir.

Moi : **J'ai une dernière question qui me vient en tête : comment s'organisent les entretiens avec les usagers ?**

E4 : Généralement, le binôme il intervient au tout début, le tout premier entretien à domicile il vient en binôme pour se présenter pour faire un petit peu le point, l'objectif de l'évaluation des choses ça et après ... un y va, l'autre y va la semaine d'après ... ça dépend la personne quand elle choisit, à quelle temporalité elle veut qu'on intervienne et puis aussi selon les projets qui évoluent. On n'y va pas forcément à deux. On est beaucoup seul. Mais par exemple pour les petits couacs ou des choses comme ça on peut être amené à intervenir à deux. Ou les mises en situation par exemple. C'est très intéressant d'avoir les deux visions de professionnels, donc on y a deux généralement.

ABSTRACT

Le maintien d'une observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes peut entraver leur activité de la vie quotidienne et mener parfois à des ré hospitalisations. De ce fait, aider à instaurer ou maintenir une observance médicamenteuse peut permettre de maintenir le patient à son domicile.

A la suite d'une hospitalisation, les patients peuvent être accompagnés dans des services médico-social où notamment des ergothérapeutes peuvent exercer au sein d'une équipe interdisciplinaire. Cette équipe peut utiliser le modèle de la réhabilitation psychosociale pour mener à bien sa prise en soin du patient et plus particulièrement lors de l'évaluation avec l'outil ELADEB.

Des recherches bibliographiques ont permis de comprendre les conséquences de la symptomatologie et l'impact que peut avoir la maladie dans la vie quotidienne des patients. Puis dans un second temps, grâce à une approche expérimentale au travers d'entretiens semi-directifs, les ergothérapeutes ont pu faire écho d'une réelle problématique à prendre en compte et sur laquelle il faut s'appuyer en lien avec les infirmiers qui gravitent autour du patient.

Cette étude appuie les conclusions précédentes qui mettent en lumière l'importance de l'observance médicamenteuse chez des patients schizophrènes vivant à leur domicile. L'ergothérapeute à l'aide de son évaluation initiale peut relever des difficultés d'observance chez le patient et envisager de mettre en place des moyens pour y remédier mais ce temps n'est pas le seul pouvant faire apparaître ces difficultés : les moments informels et les questionnements au cours de la prise en charge peuvent faire émerger ces problématiques.

Mots clés :

Observance-médicamenteuse – Schizophrénie – Ergothérapeute - Équipe interdisciplinaire – maintien à domicile

Medication compliance in schizophrenic patients can interfere with their activity of daily living and sometimes lead to re-hospitalization. Considering this, helping to establish or maintain medication compliance can allow the patient to stay at home.

Following hospitalization, patients can be accompanied by medical and social services where occupational therapists can work as part of an interdisciplinary team. This medical team can use the

psychosocial rehabilitation model to carry out their care of the patient and more particularly during the evaluation with the ELADEB tool.

Bibliographic research allows for an understanding of the consequences of the symptomatology and the impact that the disorder can have on the daily life of the patients. Then, thanks to an experimental approach through semi-directive interviews, the occupational therapists highlighted a real problem to be taken into account and on which it is necessary to work hand-in-hand with the nurses who gravitate around the patient.

This study supports the previous findings which accentuate the importance of medication compliance in schizophrenic patients living at home. The occupational therapist's initial assessment may reveal compliance difficulties in the patient and suggest ways of remedying them, but this is not the only time when these difficulties may arise : informal moments and questions raised during the care of the patient may give rise to these problems.

**Key words : Medication compliance – Schizophrenia - Occupational Therapist - Interdisciplinary team
- Home maintenance**