

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie

La place de l'*informel* dans la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne atteinte de schizophrénie

Vanessa Montroussier

Juin 2018

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation 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 50 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, soussignée Vanessa Montroussier, 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

Signature :

MONTROUSSIER Vanessa

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes m'ayant soutenu et guidé lors de la réalisation de ce mémoire.

A l'équipe d'ergothérapeutes ainsi que les équipes de médicaux et paramédicaux des structures de stage en psychiatrie, grâce à qui j'ai découvert et aimé le métier d'ergothérapeute en psychiatrie.

A Aurélie Fohr qui m'a aidée, conseillée et soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Aux ergothérapeutes qui ont accepté de partager leurs expériences et contribué à ma démarche de recherche.

A tous les patients que j'ai rencontrés sur mes lieux de stage et qui m'ont sensibilisée à l'importance de la relation entre un patient et un ergothérapeute. J'ai une pensée particulière pour celui qui m'a permis de définir ce sujet d'étude.

A mes camarades de promotion, pour leur solidarité et leur humour.

A mon mari pour son soutien, sa patience et sa présence, et à mon fils, mon cadeau de première année d'études, qui m'a donné la force d'accomplir ce travail.

Enfin, à mon père, qui a toujours approuvé mes choix et sans qui cette reconversion professionnelle n'aurait pas été possible.

Table des matières

Introduction	1
I. Démarche méthodologique	2
I.1. Situation d'appel et questions de départ	2
I.2. Pré-enquête	3
I.3. Problématique et hypothèse	4
I.3.1. Problématique	4
I.3.2. Hypothèse	4
I.4. Modèle conceptuel	5
II. Cadre conceptuel	6
II.1. La (Les) schizophrénie(s)	6
II.1.1. Sémiologie	7
II.1.2. Rapport à l'autre et au monde / répercussions sociales	9
II.2. L'ergothérapie en santé mentale	11
II.2.1. Définition	11
II.2.2. La posture professionnelle de l'ergothérapeute	12
II.3. L'informel	19
II.3.1. Le formel pour définir l'informel	19
II.3.2. Les contours de l'informel	20
II.3.3. Apports de la psychothérapie institutionnelle	21
III. Cadre de recherche	22
III.1. Méthodologie	22
III.1.1. Les objectifs de l'enquête	22
III.1.2. La population cible	23
III.1.3. L'outil d'investigation	25
III.2. Présentation et analyse de résultats	28
III.2.1. La méthode d'analyse des résultats	28
III.2.2. Résultats bruts	29
III.2.3. Analyse des résultats	39
III.3. Discussion	42
Conclusion	50
Bibliographie	52
Annexes	55

Introduction

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique complexe, multifformes, pouvant entraîner une perte d'autonomie Elle touche environ 0,7% de la population mondiale, dont 600 000 personnes en France (KREBS, 2014). L'Organisation Mondiale de la Santé la classe parmi les dix maladies les plus invalidantes chez les 15-44 ans, avec un risque de mortalité 2 à 2,5 fois plus élevé que l'ensemble de la population (OMS, 2016).

Une des principales caractéristiques de la schizophrénie se traduit par un rapport à l'autre et à soi-même perturbé pouvant affecter le lien social et rendre complexe le développement de la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et les patients atteints de schizophrénie.

Lors de mon stage en hôpital de jour psychiatrique accueillant des patients atteints de schizophrénie, j'ai rencontré des difficultés pour amorcer une relation thérapeutique avec un patient. C'est pendant les temps informels que nous avons pu entrer en contact et finalement réussi à tisser un lien. Cette situation m'a fait prendre conscience de l'importance de la relation thérapeutique dans l'accompagnement et me poser les questions suivantes : Ces temps informels, invisibles et non reconnus par l'institution, hors prescription et non côtés, peuvent-ils aider à la construction du lien ? Quelle est le rôle des échanges informels dans le développement de la relation ?

Aussi, suite à mes recherches, je me suis demandée si la posture professionnelle des ergothérapeutes était différente de celle en séance et ce qu'elle entraînait dans la relation.

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, mon attention s'est portée sur la posture de l'ergothérapeute et la relation thérapeutique avec des personnes atteintes de schizophrénie lors des échanges informels.

Ce sujet fait référence à la compétence 6 du référentiel de compétences en ergothérapie « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie », qui précise l'importance de développer un climat de confiance avec les patients en vue d'une alliance thérapeutique.

Je développerai en premier lieu la démarche méthodologique puis le cadre conceptuel avec les fondamentaux de la schizophrénie, le soin et l'ergothérapie en santé mentale et les concepts autour de l'informel. Je poursuivrai par le cadre de recherche de mon enquête et l'analyse des résultats. Pour terminer, je proposerai une partie discussion et confronterai la théorie à la pratique d'ergothérapeutes en lien avec mon hypothèse.

I. Démarche méthodologique

I.1. Situation d'appel et questions de départ

J'ai effectué mon 3ème stage d'études d'ergothérapie en psychiatrie, au sein d'un hôpital de jour (HdJ) accueillant des patients atteints de schizophrénie en phase subaiguë.

Dès la seconde semaine de stage, en accord avec l'ergothérapeute référente, j'ai choisi de suivre plus particulièrement un patient, Monsieur K. Avec son approbation, nous avons convenu que j'animerais des séances individuelles avec lui, sous réserve que ces séances soient des séances supplémentaires à celles déjà fixées. Nous avons donc décidé ensemble d'un jour et d'un horaire. Cette phase de préparation a été assez longue, une dizaine de jours, afin de ne pas brusquer M.K. et d'être sûres qu'il était d'accord et ne pas perturber le travail en cours.

Malgré cela, M.K. ne s'est présenté à la séance prévue avec moi qu'une seule fois, lors de ma dernière semaine de stage. S'il n'est pas venu aux séances, ce n'est pas pour autant qu'il ne s'est rien passé ; après coup, j'ai pu analyser ce qu'il s'était produit pendant cette période : Avant notre accord, M.K. était très fluctuant dans sa relation avec moi, il me reconnaissait rarement, ne se souvenait pas de mon prénom, ne me parlait pas, « ne me voyait pas ». Lorsque nous avons convenu de nous voir en séances individuelles, M.K. a commencé à changer de comportement envers moi, petit à petit, pendant les moments informels, sans pour autant se présenter aux séances prévues.

Pour commencer, il est toujours venu vers moi pour s'excuser d'avoir raté une séance, se justifier, donc me parler, et ainsi créer un contact.

Ensuite, il s'est rappelé mon prénom, il saisissait des opportunités pour discuter « mine de rien » dans le salon ou sur la terrasse de l'HdJ, m'invitait à déjeuner à sa table au déjeuner thérapeutique, etc...

Finalement, depuis qu'il ratait les séances avec moi, le lien s'était créé, comme s'il avait souhaité le tisser en dehors des séances. L'accroche avait donc été faite avant la séance, ce qui, je pense, a fait en sorte de la faciliter.

Lors de la séance à laquelle il est venu, il a, pour la première fois en séance d'ergothérapie, parlé de son enfance, de souvenirs en famille, de son identité, de sa place dans la fratrie... finalement, c'était la première séance que nous faisons réellement ensemble, mais le lien

ayant été construit par ailleurs, M.K et moi-même étions assez à l'aise, et c'est peut-être cela qui a laissé la place nécessaire à ce qu'il avait à déposer ce jour-là.

Cette situation m'a amené à me poser les questions suivantes :

Que s'est-il joué à l'extérieur des séances pendant ces moments informels ? Pourquoi le contact s'est-il créé hors séance d'ergothérapie ? Comment se crée le lien nécessaire à la thérapie ? Qu'est-ce que ces échanges hors séance ont apporté à ce qui se joue en séance ? comment définir ces moments informels, quelle place ont-ils dans la prise en charge ?

I.2. Pré-enquête

En réfléchissant à l'axe qu'allait prendre ma problématique, se posait la question de la nature des échanges informels. De quoi parle-t-on exactement ? Que se passe-t-il pendant les échanges informels ? quand et où se passent-ils ? Je souhaitais orienter mon sujet vers le lien entre échanges informels et alliance thérapeutique, cependant, il me semblait important d'interroger des ergothérapeutes pour savoir quelle définition ils donneraient à l'informel, quelle importance cela tient dans leur prise en charge et si, spontanément, ils feraient le lien entre échanges informels et relation thérapeutique. La pré-enquête a été réalisée grâce à un questionnaire court (Cf. Annexe I), envoyé par mail à un groupe d'ergothérapeutes en psychiatrie¹. De cette pré-enquête (13 réponses reçues) ressortent les points clés suivants :

Un temps informel est défini comme un **moment non-programmé, en dehors du cadre des séances d'ergothérapie**. Il peut se réaliser **n'importe où et à n'importe quel moment** (entre deux séances, pendant une pause cigarette, sur un trajet, dans un couloir, etc...).

Pour les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, les échanges informels permettent de **créer un lien de confiance, une relation thérapeutique, une accroche**, grâce à la **disponibilité**, le fait de se rencontrer en tant qu'« **individus** », **l'authenticité de la rencontre**, pendant laquelle il y a moins de pression pour le soignant et le soigné **libérant ainsi la parole**, permettant au patient **d'exprimer des besoins** non formulés par ailleurs.

¹ Groupe ergo-psy sur « yahoogroupes.fr ». Liste traitant de l'ergothérapie francophone en psychiatrie, créée en 2000, comprenant 1046 membres (janvier 2018). <https://fr.groups.yahoo.com/neo/groups/ergo-psy/info>

Certains ergothérapeutes émettent des réserves sur les échanges informels, car ils pourraient être une **tentative de transgression du cadre formel ou pas assez contenant** et ils seraient donc à minimiser dans certains cas.

Onze ergothérapeutes sur treize estiment que les échanges informels tiennent une place importante (voir très importante et/ou nécessaire) dans la **relation thérapeutique**.

Cette pré-enquête valide donc l'intérêt du sujet auquel je me suis intéressé.

I.3. Problématique et hypothèse

I.3.1. Problématique

Suite à mes réflexions, à mes lectures et aux retours des ergothérapeutes à la pré-enquête, je me suis définitivement orientée vers la question du lien entre les échanges informels et la relation thérapeutique. Je souhaite rechercher ce qui se joue au niveau de la relation pendant les échanges informels, pourquoi et comment les ergothérapeutes se servent de ces temps pour créer du lien.

Aussi ai-je posé la problématique suivante : ***En quoi les échanges informels jouent-ils un rôle dans la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et les patients atteints de schizophrénie ?***

I.3.2. Hypothèse

Je me suis intéressée aux pratiques des ergothérapeutes en matière de fabrication du lien nécessaire à l'alliance thérapeutique et ai cherché des représentations de l'informel.

En faisant du lien avec les concepts tirés de la littérature, j'ai posé l'hypothèse suivante :

Lors des échanges informels, l'ergothérapeute ajuste sa posture professionnelle pour développer une relation thérapeutique avec les patients atteints de schizophrénie.

Je pose donc l'hypothèse qu'il y a un ajustement de la posture professionnelle de l'ergothérapeute, c'est à dire de ses attitudes relationnelles et de l'aménagement des cadres, en contexte d'échanges informels, permettant de développer, à savoir amorcer et renforcer, la relation thérapeutique.

I.4. Modèle conceptuel

Dans le modèle psychodynamique, le processus thérapeutique s'appuie sur la relation de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et son thérapeute. L'activité sera privilégiée pour son aspect créatif permettant au patient d'exprimer de façon non-verbale les désirs, conflits, pulsions et défenses qu'il a à l'intérieur de lui-même. Le cadre thérapeutique est doit laisser au patient un espace potentiel d'expression et de créativité.

Le modèle considère la vie psychique de l'individu, s'intéresse aux causes et aux origines des troubles, et met l'accent sur les émotions et les relations (MOREL-BRACQ, 2017).

Il privilégie d'abord le sujet, par la recherche de compréhension du fonctionnement psychique, à travers une relation souvent complexe, mettant en jeu des mécanismes de projection, de défense, de transfert et contre-transfert. Ainsi, il est important de noter que « *le thérapeute doit être conscient de ses propres mécanismes de défense ou de transfert* » (ibid, p.208).

Le patient nous montre un comportement et des symptômes que nous pouvons apprendre à repérer, mais ce n'est pas toujours suffisant pour l'accompagner ; cela ne permet pas de comprendre les processus intrapsychiques qui ont conduit à ces symptômes et « *sans avoir une réelle compréhension du psychisme et de la construction identitaire du sujet, les symptômes demeurent des catégorisations et des classifications, qui ne nous aident pas dans une pratique qui devrait être centrée sur les capacités et les ressources de la personne, tant conscientes qu'inconscientes.* » (MUTIS, 2015²)

Ce modèle va nous aider à « *comprendre la construction identitaire de la personne, mais aussi et surtout, à comprendre le lien entre les conflits intra psychiques et ce qui se joue dans la médiation* » (ibid).

Dans ma situation d'appel, s'arrêter à l'observation du comportement du patient et à ses symptômes ne permettait pas de le comprendre ni de savoir comment analyser la relation. Ainsi, ce modèle, qui permet d'avoir une meilleure compréhension du sujet et qui est basé sur la relation thérapeutique entre le patient et son thérapeute, me semble le plus adapté à mon sujet d'étude.

² Rubrique Modèle en ergothérapie sur <http://www.ergopsy.com/interet-d-un-modele-psycho-dynamique-a755.html>

II. Cadre conceptuel

II.1. La (Les) schizophrénie(s)

Le terme « schizophrénie », apparaît pour la première fois en 1911, employé par un psychiatre zurichois, Eugen Bleuler, remplaçant le terme de « démence précoce » utilisé auparavant. Le terme de schizophrénie tire son étymologie du grec « schizo » (fractionnement) et « phrénie » (l'esprit). Par ce terme de schizophrénie, il veut illustrer la notion de fragmentation de l'esprit ; autrement dit, ce n'est pas « *qu'on est en morceaux, la personnalité ne se dédouble pas, elle a une grande difficulté à s'affirmer.* » (GRANGER et NAUDIN, 2015).

La schizophrénie est une forme de psychose, une pathologie psychiatrique caractérisée par la dissociation, défaut d'unité et de cohésion de la vie mentale du patient, considérée comme le trouble fondamental de la schizophrénie. La dissociation est un « *processus de dislocation mentale, rupture de l'unité psychique. Cela se manifeste à l'extérieur par la discordance (ambivalence, impénétrabilité, bizarrerie, détachement du réel).* » (MUTIS, 2015³).

La schizophrénie est diverse et complexe, prenant des formes différentes selon les personnes. En effet, « *cette hétérogénéité suggère qu'il existe non pas une forme de schizophrénie mais plusieurs, avec leurs caractéristiques cliniques et biologiques propres. Ces différentes formes nécessitent des prises en charge médicales particulières et personnalisées.* » (KREBS, 2014).

Le diagnostic de schizophrénie peut être difficile à poser, du fait de la diversité des symptômes et des tableaux cliniques. Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ouvrage de référence des troubles de la santé mentale, répertorie les critères diagnostiques de la schizophrénie (cf. Annexe II).

« *Dans toutes ses formes, la schizophrénie est une affection chronique* » (GUELFY & ROUILLON, 2012, p. 262) ce qui peut impliquer un suivi de longue durée. En raison de l'âge jeune auquel elle apparaît, « *elle entrave l'acquisition et le développement de l'autonomie personnelle* » (ibid), pouvant amener à une dépendance plus ou moins importante et grande une souffrance pour le malade et son entourage.

³ Rubrique Pathologies sur <http://www.ergopsy.com/rappels-pathologiques-schizophrenie-a354.html>

Elle se caractérise par « *une profonde altération du vécu* » (FRANCK et al., 2009, p.90), par des troubles entre « *le Moi et le monde extérieur* » (FREUD, 1984), ce qui peut avoir comme conséquence un rapport à soi et à l'autre complexe.

II.1.1. Sémiologie

Les auteurs classent les symptômes en trois grandes dimensions : psychotique, de désorganisation et négative (GUELFY & ROUILLON, 2012). Les symptômes peuvent varier d'un individu à l'autre et ne sont pas toujours présents en même temps mais « *chez la plupart des sujets coexistent des symptômes appartenant aux trois dimensions* » (ibid, p.257). Les symptômes dits positifs (regroupant les deux premières dimensions) sont ceux correspondant aux expériences intérieures ou comportements pathologiques ; les symptômes négatifs correspondent aux comportements défailants ou absents.

La dimension psychotique

- Les idées délirantes, résultent d'erreurs de jugement, de convictions fausses et absolues, parfois en complète opposition avec la réalité. Elles peuvent avoir plusieurs conséquences comme la dépersonnalisation (défaut de perception de soi-même) ou la déréalisation (déformation de l'environnement), persécution, syndrome d'influence, de grandeur ou encore mystiques ; Elles empruntent des mécanismes multiples, interprétatifs, hallucinatoires, intuitif et imaginatifs.
- Les hallucinations, peuvent être psychosensorielles (auditives, acousticoverbales, visuelles, tactiles, plus rarement gustatives, olfactives, cénesthésiques) et psychiques. Les personnes ressentant des hallucinations peuvent développer des stratégies d'évitement, comme par exemple porter un casque audio pour écouter de la musique assez forte pour essayer de couvrir des hallucinations auditives.

La dimension de désorganisation

Cette dimension comporte les troubles :

- De la pensée : perceptible au niveau du langage. Le cours de la pensée peut être altéré (barrages, interruption du discours, fading, coq à l'âne) ainsi que son contenu

(néologismes, paralogismes, pensée tangentielle) pouvant être marqué par un illogisme et un rationalisme morbide.

- De l'affectivité ou thymique : états émotionnels inadaptés à la situation (par exemple des rires immotivés). « *Il y a discordance entre la nature et l'intensité des émotions et ce qui les provoque* » (GUELFY & ROUILLON, 2012, p.258). A l'égard d'autrui, les sentiments sont exprimés avec excès, ambivalence ou pas du tout en cas d'anesthésie affective, d'indifférence.
- Du comportement ou moteur : perte d'initiative ou hyperactivité motrice, maniérisme, désintérêt pour l'environnement, stéréotypies, écholalies, désinhibition. La personne peut délaissier son apparence, sa présentation peut être négligée et/ou non adaptée (à la saison, au contexte...).

La dimension négative

Cette dimension regroupe les signes d'un appauvrissement psychique.

- Un émoussement affectif, l'expression et la réactivité émotionnelle sont réduites ou absentes, la personne paraît froide, détachée.
- L'anhédonie ou asocialité, c'est-à-dire la perte de plaisir et d'intérêt social. La personne ne prend plus de plaisir à participer à des activités habituellement agréables, elle ne cherche pas à tisser des liens avec les autres, entraînant une vie sociale pauvre et un isolement progressif.
- Un fonctionnement cognitif déficitaire, des capacités d'attention, de concentration, de mémoire, altérées. La personne montre peu ou pas de centres d'intérêt, son discours est laconique.
- Une réduction marquée de l'activité, un apragmatisme (le sujet a une perte de l'initiative motrice), une baisse de la motivation, de la mise en œuvre et du maintien d'une action (avolition). Cela a des répercussions sur ses activités de la vie quotidienne (néglige son hygiène par exemple).
- Un déni des troubles, près de 60% des malades ne se rendent pas compte de leur maladie, ce qui rend difficile leur traitement et suivi (GUELFY & ROUILLON, 2012).

A long terme, ces symptômes peuvent amener à la diminution de contacts sociaux et à l'isolement.

II.1.2. Rapport à l'autre et au monde / répercussions sociales

La relation au monde des personnes atteintes de schizophrénie et particulièrement la relation à l'autre se distord (RAJABLAT, 2003). Ils continueraient de percevoir le monde extérieur mais auraient perdu le sentiment de réalité (déréalisation). Cela les enfermerait dans une apparente indifférence aux autres (ibid).

Les défenses psychotiques pouvant apparaître chez les patients visent à décrire et spécifier un mode de fonctionnement qu'il est important d'essayer de décrypter pour pouvoir répondre de manière adaptée. « *Les mécanismes de défense sont, à un moment donné et dans un contexte donné, utilisés par le patient pour lutter contre l'angoisse associée à l'expression d'un désir, d'une représentation, d'un affect ou d'un conflit.* » (BERNEY et al., 2009).

On peut retrouver (MUTIS, 2015⁴) :

- **Le clivage** : l'objet (une situation, une personne, une équipe...) est séparé en 2 parties, bonne ou mauvaise, sans influence d'une partie sur l'autre. C'est la défense la plus opérante chez les patients atteints de schizophrénie.
- **Le déni de la réalité** : la personne nie tout ou une partie de la réalité d'une situation qui lui apporterait de l'angoisse.
- **L'idéalisation** : quand le bon objet devient parfait, idéal afin d'être préservé du mauvais objet. C'est une tentative de préserver le bon objet en amplifiant ses qualités. Par exemple, certains soignants peuvent être ainsi tour à tour idéalisés ou au contraire porteurs de projections de haine.
- **Le mépris de l'objet** : l'objet est déprécié, anéanti, pour ne pas avoir à souffrir de sa perte.
- **La projection** : permet de localiser à l'extérieur ce qui se situe à l'intérieur du sujet. Il attribue à une autre personne les affects dont il ne peut se protéger et qu'il refuse de reconnaître en lui-même.
- **L'introjection** : permet de localiser à l'intérieur ce qui se situe à l'extérieur. Permet au patient de s'attribuer des affects qui ne lui sont pas propres.

⁴ Rubrique Mécanismes de défenses psychotiques sur <http://www.ergopsy.com/mecanismes-de-defenses-psychotiques-i44.html>

- **L'identification projective** : Une partie du sujet tente de « s'introduire » dans l'autre pour le contrôler, tenter de lui nuire ou le soigner, chercher des satisfactions qu'il imagine se trouver dans l'autre.
- **La régression** : la perte des acquisitions antérieures avec un mode de relation à l'autre archaïque. Par exemple, un patient devient incontinent sans raison physiologique et va susciter un besoin de nursing (le mode de relation va être archaïque).

Le thérapeute devra donc ajuster ses interventions aux défenses du patient afin de ne pas le heurter et l'aider à développer un sentiment de confiance, pour pouvoir construire une alliance thérapeutique solide (COLLOT, 2011).

La schizophrénie peut engendrer une désocialisation importante. Les symptômes négatifs, dont les personnes peuvent souffrir, favorisent les situations de handicap sur le plan social et professionnel.

Dans son mode relationnel, le patient schizophrène serait donc souvent difficile d'approche, M. Sassolas nous apprend qu'il est réticent à nous rencontrer et que « *Rien ne semble aller de soi, pour ce patient, et surtout pas de rencontrer un thérapeute : au mieux sceptique, le plus souvent méfiant, en général trop passif à notre gré et sans grande demande, il reste à distance longtemps.* » (SASSOLAS, 2009), par peur d'investir cette relation et d'en souffrir.

En effet, un contact difficile est une marque distinctive des personnes schizophrènes, lié à des éléments multiples « *ressortissant à l'émoussement affectif, au retrait social, mais aussi à l'anxiété, à une méfiance ou à un sentiment de persécution éventuellement délirants, au maniérisme, à la bizarrerie de comportement... Quoi qu'il en soit, évitement du regard, réticence et rapport à l'interlocuteur créant un sentiment de malaise, sont très caractéristiques* » (GUELFY & ROUILLON, 2012, p.259). Le contact avec autrui, primordial à la vie sociale, peut donc être grandement affecté. Aussi, la schizophrénie touche les domaines de la pensée, dont la parole « *qui est le véhicule de la relation à autrui* » (ACHAINTRE, 1974, p.127-128). Du fait que la parole puisse être affectée, les interactions favorisant la confrontation entre l'individu (monde intérieur) et le réel (monde extérieur) sont touchées. Le lien social et le lien avec la réalité sont donc perturbés et peuvent entraîner « *une véritable fermeture à l'évènement, à ce qu'il se passe quelque chose* » (BOST, 2014, p.56).

Ces éléments amènent à penser que la relation à l'autre, dans le cas d'un suivi thérapeutique, est au cœur des soins.

Alors, comment l'ergothérapeute peut-il créer le lien nécessaire à l'accompagnement d'une personne schizophrène ?

II.2. L'ergothérapie en santé mentale

II.2.1. Définition

L'ergothérapie vient du grec « ergon » voulant dire « travail » auquel on a ajouté le terme de thérapie puisque l'ergothérapeute a pour but de soigner. Qu'entend-on par « travail » pour un patient en psychiatrie et pourquoi l'utilise-t-on ? Selon F. Tosquelles, c'est « *la peine que l'on prend pour exécuter une chose* » (TOSQUELLES, 2009, p.44), le travail est donc déconnecté d'un résultat attendu ; l'auteur affirme que dans le terme ergothérapie « *ce qui fait le poids dans l'ensemble du mot, c'est ce deuxième terme* » (ibid, p.34). En effet, ce n'est qu'en parlant d'effets thérapeutiques, d'activités ayant du sens et des objectifs thérapeutiques précis, de « *travail médicinal* » (ibid, p.35) visant à guérir, que l'on peut parler d'ergothérapie et non de distraction. Il ne faut pas perdre de vue que soigner en psychiatrie « *c'est porter attention et soin à la vie psychique d'un sujet, pour préserver et permettre que des modifications positives y voient le jour* » (SASSOLAS, 2009, p. 295).

« *L'utilisation d'une matière, d'une technique, et la production d'un objet concret ou non* » (MUTIS, 2015⁵) sont les moyens thérapeutiques principaux de l'ergothérapeute. Mais qu'est-ce que la médiation et à quoi sert l'occupation (ou l'activité) ? L. Bergès définit la médiation, dans sa forme, comme « *d'une grande simplicité. Deux personnes se rencontrent en un lieu donné, à un moment donné, et vont ensemble parler et agir* » (BERGES, 2016, p. 141) afin que l'un aide l'autre à moins souffrir.

Lorsque l'on parle d'occupation, nous pouvons parler d'occuper ou de s'occuper du patient « *dans le sens de s'occuper de son espace psychique* », « *les activités proposées (en ergothérapie) ne le sont à mon sens que comme des prétextes à la mise en place d'une relation à l'autre, avec tout ce que cela suppose de multiplicité d'approches, dans une dynamique transférentielle* ». (KLEIN, 2016).

⁵ Rubrique Activités ou Médiations ? <http://ergopsy.com/activites-ou-mediations-a772.html>

Pour I. Pibarot, l'activité est l'outil de l'ergothérapeute, son moyen thérapeutique. Elle n'a de valeur curative que si elle permet la relation. On peut même ajouter qu'« *il est parfois indispensable de passer par l'intermédiaire d'objets fabriqués, mais cela n'est pas toujours nécessaire et c'est même parfois contraignant* » (ACHAINTRE, 1974, p.127-128).

Il est également important de noter que l'ergothérapie en psychiatrie n'est pas isolée, elle s'inscrit dans un travail interdisciplinaire, indispensable aux soins des patients. En effet, une des conditions pour que le parcours thérapeutique soit bien vécu par le patient, est que le patient n'ait pas un seul interlocuteur thérapeutique (SASSOLAS, 2009). Aussi, c'est en échangeant entre soignants qu'il y aura une cohérence dans la prise en charge et un meilleur discernement de l'évolution du patient (DONAZ, 2016).

II.2.2. La posture professionnelle de l'ergothérapeute

La posture de l'ergothérapeute s'appuie sur ses attitudes relationnelles et le cadre mis en place. Le fait que les échanges informels puissent être inopinés et au sein d'autres lieux que la salle d'ergothérapie amène à se demander quel(s) cadre(s) aménager et en quoi cela modifierait l'attitude du soignant.

La relation thérapeutique et les attitudes relationnelles

M. Sassolas décrit deux prérequis pour une rencontre entre tous êtres humains : « *les stimulations psychiques, narcissiques et pulsionnelles* » ainsi que « *les affects liés à la dépendance et à la double crainte de l'emprise et de l'abandon* » et met en lumière le fait qu'ils font défaut aux personnes psychotiques. En conséquence, l'auteur conclut que « *c'est par prudence qu'ils sont si fuyants, si difficile de contact* » et que « *ce n'est pas de nous qu'ils se méfient, c'est d'eux* » (SASSOLAS, 2009, p.298-299). Cela traduit bien la difficulté de la rencontre entre soignant et patient, la complexité de l'instauration de la relation et la fragilité du lien.

Freud fut le premier à expliciter l'importance et l'impact de la relation entre le patient et son thérapeute. Il a posé de grands principes dans le domaine de la relation thérapeutique en psychanalyse, dont les notions de transfert et contre-transfert. En effet, il est important de retenir que le patient ne s'adresse pas à nous mais à notre fonction, à ce qu'il projette, à son fantasme c'est-à-dire la projection d'un état de perfection initiale et l'investissement de

l'autre comme prolongement narcissique. (SASSOLAS, 2009). Ce n'est qu'en comprenant cela que nous serons capables d'accueillir sa parole, mais également à la contenir quand nécessaire. Le contre-transfert nous apprend qu'analyser notre ressenti face au patient nous permet d'être en contact avec lui de manière adaptée, le respecter en tant que sujet et ne pas se laisser guider par nos émotions et représentations, positives ou négatives.

De son côté, C. Rogers affirme que la relation en tant que telle a une fonction curative (dans *Thérapie centrée sur le client*, 1951), il insiste sur la responsabilité de créer et maintenir une bonne alliance thérapeutique, incombant au thérapeute, et non pas au patient comme dans la perspective freudienne. Pour lui, les conditions relationnelles offertes par le thérapeute soignent, en particulier l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel. (COLLOT, 2011).

C. Rogers parle et décrit la relation d'aide, qui s'inscrit dans tous types de thérapies, pas uniquement en psychanalyse. La relation d'aide est fondée sur la confiance dans les capacités du patient. Elle suppose une véritable écoute non intrusive et une capacité à aider le patient à exprimer son ressenti. L'auteur précise que le risque majeur serait d'interpréter et de mal comprendre en projetant nos propres significations sur la situation (ROGERS, 2010). Il exprime ainsi la nécessité d'obtenir la confirmation, par la reformulation que l'information est bien comprise. L'écoute active, ou centrée sur la personne, se décline comme tel : Ecouter-se taire-manifester qu'on écoute-laisser l'autre s'exprimer totalement - Poser des questions - Reformuler - Obtenir la confirmation que l'on a compris (ibid).

Selon D.W. Winnicott, « *l'expression d'une pulsion créative ne peut advenir que là où se rencontre "confiance et fiabilité, là où s'instaure un espace potentiel entre la mère et le bébé, plus tard entre le patient et son thérapeute"* (WINNICOTT, 1975, p.132). Il en découle trois attitudes de qualité de présence du thérapeute :

- Le « Handling » (façon de mobiliser, de traiter) : on peut retenir la notion de « prendre soin ». On retrouve également ici l'importance du jeu en thérapie ; DW Winnicott précise qu'il peut être important de jouer avec le patient permettant « *de proposer des expériences variées d'identifications à autrui, thérapeute et autres patients et des interactions sociales fondamentales* » (MUTIS, 2015⁶).

⁶ Rubrique Relation thérapeutique sur <http://ergopsy.com/relation-objectale-chez-winnicott-a470.html>

- L'object-presenting (façon de présenter les objets) : pour permettre au patient de se saisir de ce qu'on lui propose, lui faire découvrir et jouer avec des matières pour y puiser des sources d'expérimentations. Cette présentation d'objets nécessite une mise en mots (ibid).
- Le « Holding » (façon de porter) : on peut noter la fonction parentale, c'est-à-dire les dimensions d'écoute, de contenance, des notions d'enveloppe, d'empathie inconditionnelle, de la loi, de l'interdit.

En lien avec d'autres auteurs, on retrouve :

- L'attention : D.W Winnicott fait le lien avec l'attention particulière de la mère à son enfant dans les premiers instants de sa vie, permettant d'offrir un espace psychique dans lequel l'enfant va pouvoir se développer, qu'il nomme « attention maternelle primaire ». « *L'attention du thérapeute se fait espace psychique, chargé de contenir les expériences en souffrance* » (VUJANOVIC, 2016, p.47), qui, mis en lien, feront un ensemble cohérent et ayant un sens.
- La capacité d'accueil repose, « *sur deux règles fondamentales pour le thérapeute : la position de « non savoir » et la position de receveur* » (VUJANOVIC, 2016, p.43). Le thérapeute doit pouvoir s'effacer et laisser place à l'expression du sujet, être sans attente particulières vis-à-vis du patient, seulement qu'il soit là (ibid).
- L'attitude non intrusive, la disponibilité : la perception idéalisée des thérapeutes est une perception nocive, source de dévalorisation, de clivage, de persécution (SASSOLAS, 2009). Ces sentiments peuvent être amplifiés dans une situation où le patient peut se sentir observé « *d'où la nécessité incessante de démentir par notre attitude non intrusive, notre disponibilité, notre patience, ces fantasmes fréquents de prise de possession de lui-même par son interlocuteur* » (SASSOLAS, 2016, p.60).
- Selon C. Bagnères, l'ergothérapeute accompagne le patient vers sa quête d'existence en particulier par « *sa capacité à être lui-même* » (BAGNERES, 2016, P. 156). Il joue un « un rôle de miroir ». (Ibid, P.154)

Les attitudes telles que définies ci-dessus favorisent la relation de confiance, préalable indispensable et vecteur privilégié au déploiement et à l'établissement de l'alliance thérapeutique. (FRIARD, 2009). Ce sont elles également qui permettent un processus thérapeutique, selon F. Klein : « *n'est-ce pas l'attention, la disponibilité, la capacité de rêverie du soignant qui sert, avant toute autre chose, de médiation et qui fonde la possibilité d'ouvrir un processus thérapeutique ? Le premier objet que le patient manipule, triture, c'est le soignant !* » (KLEIN, 2016, P. 26).

Le cadre

Le cadre est essentiel au soin et a différentes fonctions dans l'accompagnement et les soins des personnes atteintes de psychoses. PC Racamier le décrit comme tel : « *le soin est un entourage. Pour mieux dire il est un entourement. Il lui faut un espace, il faut un cadre* ». Il ajoute : « *le soin est un processus. Or, il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide dans l'abstrait : là encore il faut un cadre.* » (RACAMIER, 2001, p.21). Il faut qu'il soit garanti par l'ergothérapeute « *faute de quoi les personnes ne peuvent trouver la sécurité interne nécessaire* » (KLEIN, 2016)). I. Pibarot ajoute que « *la mise en place d'un environnement suffisamment bon, d'un espace des possibles, apparaît bien comme étant l'enjeu principal d'une pratique éducative ou thérapeutique.* » Cet espace est « un espace de relation », il correspond à la pratique ergothérapique. (PIBAROT, 2013, p.81).

Le cadre est garant de la relation. Il doit être vivant (RACAMIER, 2001), c'est-à-dire être souple, modulable, adaptable à chacun et au contexte, selon les expériences vécues avec le patient.

Il devra également être vécu par le patient « *avant tout comme fiable mais cependant lacunaire, insuffisant, incapable de combler aussitôt tous ses manques et de répondre à toutes ses attentes* » (SASSOLAS, 2009, p. 30) pour l'amener à ressentir ces manques au lieu de les dénier, et non pas de suppléer aux manques du patient.

Le cadre doit également être clair et posé avec ses limites de façon à ce qu'il puisse être utilisé et éventuellement transgressé (KLEIN, 2016). I. Pibarot ajoute que le cadre ergothérapique exige d'être maintenu de façon à ce que le sujet soit confronté à l'altérité du cadre (PIBAROT, 2013), ce qui est une manière de se confronter à la réalité. Cependant, l'attaque du cadre est toujours une attaque de la thérapie, il faut différencier l'attaque véritable (recherche de destruction totale du cadre, et par là démolition de l'organisme de soins, vécu comme insupportable car instrument de dépendance) et celle qui ne l'est pas (déroger aux horaires par exemple) sur laquelle les soignants pourront répondre et y remédier (RACAMIER, 2001).

Aussi, le cadre doit être identifié, commun et respecté par le patient et le thérapeute et c'est une donnée qui doit être claire, à tous moments. « *La règle de transparence fait intégralement partie du cadre. La préservation des secrets est une infraction à cette règle : elle est une infraction au cadre* ». (RACAMIER, 2001, p.40).

Les fonctions du cadre

La mise en place d'un cadre est la condition préalable au travail thérapeutique de par ses différentes fonctions.

- Structurant : Le cadre doit être garant de l'existence de la Loi. Le fait d'être structuré va permettre au patient d'intégrer les éléments organisationnels proposés pour soutenir ses propres capacités cognitives à organiser, mais aussi pour intégrer le principe de réalité, avec son cortège de limites, frontières et frustrations ce qui se situe du côté du surmoi (ensemble de règles morales normalement intériorisées) (MUTIS, 2015).
- Filtrage et sécurité : le cadre filtre les stimulations excessives provenant de l'extérieur et sécurise le patient par le soin (RACAMIER, 2001). Il est une sorte de barrière protectrice, une sécurité qui donne un appui interne.
- Contenance du psychisme : le cadre est un réceptacle de ce qui est déposé par le patient.
- Régulation ou pare-excitation : les fluctuations d'excitation sont modérées par le cadre, ayant pour objectif de maintenir un niveau d'excitation du moi suffisamment stable.
- Perspectives et repères : le cadre pose des repères, permettant aux patients de se situer tout au long de leur parcours, et ouvre des perspectives. Il permet d'aider les patients à se repérer puis à se retrouver dans le monde qui est le leur (Ibid).
- Fonction d'individuation : favorise la sensation d'être un sujet unique, le sujet dispose et décide. Selon DW Winnicott l'individuation permet à un être de se construire et de se différencier en tant que personne. Cette fonction rejoint directement la question de l'autonomie.
- Fonction transitionnelle : permet de lier et de séparer les mondes internes et externes. Selon Winnicott c'est l'aire de jeu, entre le dedans et le dehors. C'est dans cette aire transitionnelle qu'a lieu le processus de création. Un lieu où se vivent et s'expérimentent, se redécouvrent les liens entre l'intérieur et l'extérieur (MUTIS, 2015).

Les différents cadres

Lorsque l'on parle de cadre, il s'agit en fait de plusieurs cadres, chacun étant intriqués et en interaction les uns avec les autres : le cadre institutionnel, le cadre thérapeutique, le cadre interne du patient et celui du soignant.

Le cadre institutionnel est celui qu'offre la structure, le cadre législatif, qui définit les limites de travail tant pour le soignant que pour le patient. Ce cadre instaure les pratiques de travail à respecter. Il est constitué par les équipes soignantes, leur façon de travailler en équipe, l'orientation médicale, la prise en charge individuelle et/ou groupale mais aussi le règlement intérieur, les chartes de bonnes conduites, les éléments administratifs.

Le cadre thérapeutique est déterminé et mis en place par l'ergothérapeute, au début de la prise en charge, permettant d'établir les règles d'espace et de temps de travail.

Il est essentiel, car il joue un rôle de contenant mais aussi d'ouverture à d'autres possibilités comme le décrit Paul-Claude Racamier (RACAMIER, 2001), il ajoute que « *la garantie qu'offre véritablement l'ergothérapeute (...) est sa capacité à tenir un cadre symbolique pour le patient, et dans ce cadre l'accueillir comme étant sujet de son action.* » (ibid), ce qui montre l'importance primordiale du cadre, comme première condition de travail pour l'ergothérapeute.

En effet, le cadre thérapeutique représente une zone intermédiaire entre le monde externe et le monde interne, entre la réalité subjective (fantasme) et la réalité objective (exigences du réel). C'est un espace potentiel de création, dans lequel thérapeute et patient peuvent « *jouer* » et « *créer* » ensemble. *Ce jeu ou cette création commune constitue le processus thérapeutique.* » (KELEMEN, 1996).

I. Pibarot reprend les travaux de DW Winnicott pour décrire le cadre thérapeutique comme s'inspirant de la relation mère-enfant, qui nous conduit à nous demander comment être suffisamment "bon ou bonne thérapeute" et à formaliser des attitudes relationnelles.

Le cadre interne du patient représente la distinction entre l'espace interne et l'espace externe de la personne, le lien entre le dedans et le dehors de soi-même. Il est le support et le contenant du Moi. C'est l'espace psychique interne du patient. DW Winnicott précise que pour posséder un espace psychique, donc un espace différencié d'autrui, il faut avoir intégré les notions de Moi et de non-Moi, et développe la notion d'espace transitionnel permettant de relier les deux espaces. Or, les personnes psychotiques ont un sentiment d'indistinction entre le dedans et le dehors, les perceptions du Moi et du non-Moi sont bouleversées (LAUNOIS, 2016, p.74).

D. Anzieu a développé la théorie du Moi-peau et sa fonction contenante, permettant à la personne de se sentir différenciée d'autrui et de posséder une enveloppe psychique, permettant de relier les contenus psychiques et d'introspection, or, pour les personnes schizophrènes, « la fonction contenante du psychisme est déficiente » (ibid).

Un cadre interne mal structuré entraîne une fragilité interne et une déstructuration psychique ne permettant pas de faire face aux attaques comme les pulsions, les angoisses, l'agressivité (FOHR, 2014).

Le cadre interne des personnes atteintes de schizophrénie est perturbé et il faut prendre en compte les limites et les ressources internes de chacun dans le travail ergothérapeutique. « *L'ergothérapie va permettre des expérimentations d'un « bon dedans » (espace personnel, hôpital, salle d'ergothérapie, etc.) se fermant, s'ouvrant et se reliant avec un dehors intégrant le principe de réalité.* » (LAUNOIS, 2016, p.80), pour permettre une métaphore et redéfinir un « bon dedans » psychique. PC Racamier ajoute que « *c'est à partir du cadre que l'on remonte à l'intrapsychique* » (RACAMIER, 2001, p.65).

Le cadre interne du soignant représente notre espace psychique de soignant, un état de disponibilité intérieur permettant une réceptivité de l'autre (RAJABLAT, 2003). « *Il faut bien savoir : le cadre c'est avant tout dans l'esprit des opérants du soin qu'il réside.* » (RACAMIER, 2001, p.41), c'est dire son importance. C'est lui qui va permettre à l'ergothérapeute d'analyser ses émotions et de travailler avec ses ressentis ; de l'introspection permet de savoir ce que nous pouvons partager avec le patient, être dans une juste présence et avoir une distance thérapeutique adaptée. Bien se connaître permet d'éviter la collusion entre ce que les patients nous racontent et ce que nous ressentons (RAJABLAT, 2003).

Selon C. Rogers, il y a empathie lorsque le thérapeute tente de raisonner avec le même cadre de référence que son patient. Il faut donc tenter de décoder les réactions et sentiments du patient, tenter de penser et de ressentir au plus près de sa façon de percevoir la situation pour pouvoir y répondre de façon adaptée.

Il s'agit de laisser l'espace au patient pour s'exprimer, se raconter, naturellement et spontanément, « *la capacité de l'ergothérapeute à solliciter son propre espace transitionnel, sa propre créativité, permet au patient de jouer et d'ouvrir un espace imaginaire.* » (VUJANOVIC, 2016, p.47). Pour cela, notons l'importance fondamentale de l'écoute, qui

doit être « *la plus ouverte possible, dont l'enjeu est bien d'être dans une pleine considération des processus psychiques à l'œuvre chez nos patients, et de la capacité de mettre notre psyché à leur service* » (KLEIN, 2016, p.18).

II.3. L'informel

L'informel n'a pas de définition universelle. Par sa nature propre, il « *porte en lui l'idée même de ce qui échappe.* » (MAURIN, 2010 p.29). Aussi, « *Il peut paraître tout à fait paradoxal de tenter de formaliser ce qui, par nature, ne le serait pas.* » (ibid). Guy le Boterf pose la question de savoir si formaliser l'informel amènerait sa dilution : « *n'est-il pas illusoire de vouloir expliciter ce qui a justement pour caractéristique de fonctionner sans explication ?* » En essayant de les analyser, de les expliquer, ne risque-t-on pas de perdre ce qui en constitue la vérité ? (LE BOTERF cité par LANQUETIN & TCHUKRIEL, 2012)

En conséquence, j'ai choisi de dessiner les contours de l'informel pouvant avoir trait à mon sujet de recherche, en prenant en compte les définitions de la littérature et celles amenées par les ergothérapeutes lors de ma pré-enquête.

II.3.1. Le formel pour définir l'informel

Dans un premier temps, prenons la définition du terme formel, duquel l'informel est opposé. Ce terme apparaît au 13^{ème} siècle dans la langue française et renvoie à l'aspect extérieur ou structurel et qui s'attache à la forme. Selon le Dictionnaire Larousse, le formel est « *formulé avec précision, excluant toute incertitude, toute ambiguïté.* », le formel « *concerne la forme (structure plastique, exécution).* » Suite à ses recherches, Aurélie MAURIN définit le formel comme des espaces et des temps « *agencés par des règles, des normes, des fonctions, ils sont délimités par des dénominations, des attributions d'horaires, de lieux etc., ils sont le plus souvent stables et fiables, observables, inscrits dans une temporalité et une durée.* » (MAURIN, 2010, p.37).

Concernant le sujet de mon étude, cela peut être associé au cadre abordé plus avant. En effet, la vie en structure psychiatrique comprend des espaces et des temps, selon les activités qui scandent la journée : entretiens avec les différents professionnels de soin, toilette, repas, activités en groupe, séances individuelles, etc... il y a également les temps et les espaces de

temps libres, hors espaces et horaires de soins, à l'intérieur de l'institution. Ces espaces et ces temps sont prédéfinis par l'institution et peuvent avoir « *une fonction régulatrice, transformatrice et créatrice, mais encore une fonction contenante, à l'intérieur des organisations* » (MAURIN, 2010, p.84).

II.3.2. Les contours de l'informel

Le terme d'informel apparaît assez récemment, en 1951, il est décrit par Jean-Paul Paulhan qui l'utilise dans le domaine des arts plastiques. Il est alors défini comme la représentation de formes non reconnaissables et non classables, utilisé pour décrire l'art abstrait.

L'informel est qualifié par le Dictionnaire Larousse comme « *une réunion, une discussion, qui n'obéit pas à un ordre du jour précis, à des règles fixes, mais qui s'ordonne d'une manière spontanée* ».

« L'autre source étymologique de l'adjectif est l'anglicisme "informel" d'informal qui signifie officieux. » (FRIARD, 2009, p. 25). A. Maurin ajoute qu'au sens figuré, informel signifie « peu conforme aux normes en vigueur, ou en marge de celles-ci, à la manière du « off » des interviews » (MAURIN, 2010, p.32).

Aussi, il ne s'inscrit pas « dans les repérages quantitatifs des actes de soins programmés, lesquels correspondent souvent aux activités en lien avec le prescriptif. » (LANQUETIN & TCHUKRIEL, 2012, p.25). Les auteurs définissent l'informel par « tout ce qui n'est pas formalisé et n'entre pas dans un prescriptif. Le terme d'informel précise alors la nature d'activité hors prescription ou hors programmation à laquelle il prétend s'intéresser. » (ibid)

Notons également que les échanges informels ne sont pas reconnus par l'institution, ils ne sont pas transmis officiellement. « *Ces temps informels n'ont pas d'existence dans les organisations, ils ne bénéficient d'aucune reconnaissance en termes de ressources professionnelles dans les soins ou en termes de fonctionnement pour une équipe.* » (ibid).

Au niveau psychanalytique, DW Winnicott évoque « l'aire de l'informe » comme une condition nécessaire pour échapper à la soumission d'un « faux soi » et recouvrer une liberté de rêver « sans but ». Aussi, WR Bion apporte l'idée d'une « *capacité au négatif* » qui permet à une personne « *de demeurer au sein des incertitudes, des mystères, des doutes, sans s'acharner à chercher le fait et la raison* » (BION cité par DI ROCCO, 2009, p.30).

D'après les réponses des ergothérapeutes tirées de ma pré-enquête, un échange informel est défini comme un moment non-programmé, en dehors du cadre des séances d'ergothérapie. Il peut se réaliser n'importe où et à n'importe quel moment (entre deux séances, pendant une pause cigarette, sur un trajet, dans un couloir, etc...).

Pour résumer et selon l'ensemble de mes recherches, j'évoquerais l'informel comme concernant des espaces, des temps, des pratiques et des processus. Les échanges informels sont spontanés, non prescrits, sans objectifs définis ni règles précises, hors séances, à pratiques larges (individuel ou groupal, occasionnel ou régulier, ...), et dans la continuité du soin.

II.3.3. Apports de la psychothérapie institutionnelle

J'évoque ici le modèle de la psychothérapie institutionnelle car au sein de ce type de structures tous les temps sont analysés comme thérapeutiques. Les soignants et les patients ont l'opportunité d'échanger au sein de la structure, à l'occasion de lieux et de moments différents, sans pour autant qu'une activité soit prévue ou une séance prescrite.

Le modèle ménage « *ainsi les moments de « vacuité* », des temps gratuits (référence à D.W. WINNICOTT) des temps de travail thérapeutique, des activités d'entretien, de création, de loisirs (MEUNIER-SHOEN, 2014). Jean Oury, en parlant de psychothérapie institutionnelle, parle du temps passé avec un patient : « *Quand on prend en charge un psychotique ou un schizophrène, [...], si on le voit une fois, deux fois, même trois fois par semaine, je fais le compte, dans une semaine il y a sept jours. Sept jours moins une demi-heure, moins une heure, il reste quand même pas mal de temps !* » (OURY, 2000, p. 8). « *Ce qui compte, c'est l'ensemble* » (Ibid. p.9). Il met en lumière l'importance de l'ensemble d'acteurs soignants et de techniques, de moments, de lieux..., selon l'auteur il faut qu'il y ait des « *référentiabilités multiples* ». Il ajoute que notre travail de thérapeute c'est de « greffer de l'ouvert ». Les choix inconscients d'investissements doivent donc être relativement spontanés, livrés au « hasard objectif ». (OURY, 2007, p.118).

G. Bost parle également de multiplier les lieux et les moments de rencontre, et insiste sur le fait que la rencontre sera possible surtout lorsque ces moments sont inattendus (BOST, 2014).

« La psychothérapie institutionnelle offre un modèle de rencontres multifocales (...), des espaces d'expression possible, d'échanges et d'écoute (...) rencontres fortuites dans l'institution comme des regards croisés dans les couloirs, une poignée de main échangée (...) un jour, l'ergothérapeute viendra discuter de tout et de rien avec tout un chacun et s'approcher du patient si retransché dans sa tour d'ivoire. Peu à peu la glace peut givrer et fondre légèrement. C'est un procédé moins autoritaire que l'indication médicale et qui est tellement plus humain, davantage porteur d'espoir de relations vraies » (MENARD, 2016).

III. Cadre de recherche

III.1. Méthodologie

III.1.1. Les objectifs de l'enquête

Je rappelle ici mon hypothèse : ***Lors des échanges informels, l'ergothérapeute ajuste sa posture professionnelle pour développer une relation thérapeutique avec les patients atteints de schizophrénie.*** Cette hypothèse m'amène à chercher des réponses aux questionnements principaux suivants : Est ce que les échanges informels ont une influence sur la relation thérapeutique, et si tel est le cas, est-elle favorisante ? Est-ce que la posture professionnelle de l'ergothérapeute s'ajuste pendant les échanges informels, et si tel est le cas, comment ?

De cette hypothèse ressortent donc les objectifs du projet d'enquête suivants :

- Identifier la place des échanges informels dans l'accompagnement mis en place par l'ergothérapeute
- Etudier de quelle manière les échanges informels influencent la relation thérapeutique
- Etudier la posture de l'ergothérapeute pendant les échanges informels
- Déterminer si l'ajustement de la posture professionnelle pendant les échanges informels favorise le développement de la relation thérapeutique

III.1.2. La population cible

Constitution de l'échantillon

La population cible a été définie selon mes questionnements et objectifs, orientés sur l'aspect relationnel entre le patient schizophrène et l'ergothérapeute.

Afin de cadrer l'étude, j'ai défini des critères de choix de la population à interviewer décrits ci-après.

Les facteurs d'inclusion :

- Homme ou femme ergothérapeute diplômé d'Etat (DE)
- Ergothérapeutes travaillant en Ile de France
- Ergothérapeutes travaillant dans le secteur psychiatrique
- Ergothérapeutes accompagnant des patients atteints de schizophrénie
- Ergothérapeutes travaillant dans une structure depuis plus d'un an

Les facteurs d'exclusion :

- Ergothérapeutes travaillant en institutions ne permettant pas les échanges informels (patients en chambres d'isolement, certaines unités d'intra hospitalier...)

Les personnes interviewées doivent d'abord être ergothérapeutes diplômés puisqu'ils apporteront leur expérience à une hypothèse de mémoire en ergothérapie et que le sujet est centré sur le suivi ergothérapeutique en lui-même. Il est préférable que les personnes travaillent en Ile de France car je souhaite effectuer des entretiens face à face (et non par téléphone) pour essayer d'instaurer les meilleures conditions au recueil d'informations ; en effet « *L'accès à un dialogue authentique nécessite, voir exige, pour le chercheur d'être à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'Autre, de son histoire, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter (...)* La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité (qualité - authenticité, pertinence) du matériel collecté. » (IMBERT, 2010). Ainsi, je pense avoir plus de facilité à instaurer ce climat de confiance pendant une rencontre plutôt qu'à distance.

L'étude nécessite que les ergothérapeutes travaillent dans le domaine psychiatrique et suivent des patients atteints de schizophrénie, puisque je m'intéresse à ce secteur et à cette

population en particulier. Avoir au moins un an de pratique professionnelle en psychiatrie dans la même structure me paraît nécessaire pour acquérir un minimum d'expérience pour pouvoir apporter une expérience significative à ma question de recherche ; les données recherchées relèvent d'un travail sur une durée conséquente, sachant que l'on parle de relation thérapeutique, pouvant être longue et difficile à créer, avec d'éventuelles ruptures, avec des patients atteints de schizophrénie, qui ont un rapport au temps perturbé.

Il n'est pas souhaitable que les ergothérapeutes travaillent en unité où l'institution ne laisse pas de possibilités d'avoir des échanges informels.

Pour constituer un échantillon représentatif, je souhaitais contacter des ergothérapeutes travaillant dans des types de structures variés, entraînant des méthodes de travail et des perceptions éventuellement différentes, afin d'obtenir des réponses nuancées. Par exemple, recenser dans mon échantillon des ergothérapeutes travaillant en structures telles qu'intra-hospitalières et ambulatoires ; Je souhaitais également interviewer au moins un ergothérapeute travaillant au sein de plusieurs structures, par exemple à mi-temps en intra-hospitalier et à mi-temps en structure ambulatoire, pour recueillir l'expérience d'une personne pouvant comparer elle-même différentes modalités de travail.

La méthode de recrutement des participants

La méthode de recrutement a été ciblée pour répondre à l'ensemble de ces critères. Le choix des personnes interrogées, pour obtenir un échantillon représentatif, s'est apparentée plutôt à une méthode empirique, sélectionnée sur le terrain. J'ai choisi de commencer par contacter les ergothérapeutes que j'ai pu rencontrer ou dont j'ai eu les coordonnées par contacts, selon les critères définis.

Lors de ce premier contact, j'ai communiqué le thème général de mon étude sans insister sur la démarche et la finalité de ma recherche afin d'éviter tout biais dans les réponses, et je les ai informés de la durée moyenne de l'entretien, des modalités d'enregistrement et d'anonymat⁷.

⁷ Consigne de demande d'interview : « Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à la place des échanges informels dans l'accompagnement ergothérapeutique des patients atteints de schizophrénie. Afin d'apporter des réponses à mon hypothèse de recherche, je souhaiterais m'entretenir avec des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie avec des patients atteints de schizophrénie. L'entretien durera 30 à 45mn, il sera anonyme et enregistré afin que je puisse analyser les données ».

L'ensemble des ergothérapeutes contactés ont répondu positivement à ma demande d'interview, j'ai ainsi constitué un échantillon de 5 ergothérapeutes.

Afin de garantir l'anonymat des personnes interviewées, je nommerai les ergothérapeutes par les prénoms suivant :

- Adèle (A), exerce dans un hôpital de jour au sein d'un service de psychiatrie adulte accueillant exclusivement des personnes atteintes de schizophrénie. Elle y travaille depuis 11 ans.
- Bastien (B) exerce en intra-hospitalier accueillant des patients adultes, dont des patients atteints de schizophrénie. Il y exerce depuis 17 ans.
- Caroline (C), exerce dans un CATTP⁸ et une UHTP⁹, suit des patients adultes dont des personnes atteintes de schizophrénie. Elle y travaille depuis 12 ans.
- Diane (D), exerce dans un hôpital de jour et en intra-hospitalier, suit des patients adultes dont des patients atteints de schizophrénie. Elle y travaille depuis 2 ans.
- Elias (E), exerce dans un hôpital de jour accueillant des patients adultes majoritairement atteints de schizophrénie. Il y travaille depuis 3 ans.

III.1.3. L'outil d'investigation

Choix de l'outil

Au regard de ma thématique, l'outil d'enquête le plus approprié était, selon moi, la réalisation d'entretiens auprès d'ergothérapeutes car il permet de recueillir des données qualitatives, en lien avec l'expérience des ergothérapeutes dans l'accompagnement d'un patient schizophrène.

Les entretiens ont été semi-directifs permettant d'obtenir une trame de réponses commune pour chacun des enquêtés facilitant l'analyse comparative mais également de laisser la possibilité de s'exprimer librement et ainsi de développer les sujets qui leur semblaient les plus pertinents. En effet, c'est « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (IMBERT, 2010) où chaque entretien révèle ainsi un vécu singulier en privilégiant la

⁸ Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

⁹ Unité d'Hospitalisation Temps Plein

description des processus plutôt que l'explication des causes. Ainsi, le discours suit des thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé, il y a des points de repères pour l'interviewer, les informations recueillies sont de bonne qualité car la parole est libre et orientée vers le but poursuivi (IMBERT, 2010).

Préparation et réalisation du guide d'entretien

La préparation d'un guide d'entretien (cf. annexe III) permet de guider les personnes interviewées sur les thèmes de mon étude, en les laissant s'exprimer le plus librement possible, à travers une trame comprenant des questions découlant des thématiques.

Pour le construire, j'ai d'abord défini les thèmes qui ressortent de mes objectifs d'étude :

- A. La relation thérapeutique
- B. La place des échanges informels dans le suivi de l'ergothérapeute avec les patients atteints de schizophrénie
- C. La posture professionnelle de l'ergothérapeute pendant les échanges informels

Pendant les entretiens, ces thèmes sont abordés à travers des questions dites principales car ce sont elles qui constituent le fil rouge de l'entretien mais ne sont pas réductrices, c'est-à-dire qu'elles laissent à l'interlocuteur une liberté de parole pouvant élargir la discussion à des thématiques adjacentes et venir enrichir l'étude.

La formulation des questions est ouverte et chaque question correspond à un objectif de compréhension précis. Elles sont neutres et sans jugement de valeur et permettent de recueillir des réponses exploitables.

Pour débiter l'entretien, j'ai élaboré une consigne claire pour préciser que l'entretien sera libre et ouvert et que c'est le participant, son point de vue, sa situation ou son histoire qui m'intéresse (PIERRET, 2009) ainsi que les modalités de l'entretien (anonymat, enregistrés avec leur accord).

Un pré-test a été réalisé auprès d'une personne non sélectionnée pour l'enquête. Il s'agissait de valider les questions définies mais également d'apprendre à utiliser le guide car l'entretien n'est pas un interrogatoire au cours duquel on pose une série de questions mais un espace dans lequel on laisse la personne libre de s'exprimer et de développer ses propres arguments. C'est une sorte d'improvisation préparée qui demande des ajustements (BLANCHET, GOTMAN, 2010). De ce pré-test, j'ai modifié l'ordre des questions, modifié deux questions, en ai ajouté une, prévu des questions alternatives selon le déroulement de l'entretien. Cela

m'a également permis de me préparer à l'entretien, en adoptant une posture d'écoute attentive et soutenue de l'autre et lui poser des questions sans inférer, c'est-à-dire en évitant d'apporter des éléments de réponse.

Les questions ont ainsi été élaborées :

Présentation de l'ergothérapeute et de la structure

1. Depuis combien de temps exercez-vous en santé mentale ? dans votre structure actuelle ?
2. Quelle est l'orientation de travail de la structure ?

Je souhaite ici recueillir les informations relatives à l'expérience de l'ergothérapeute et à la structure. A mon sens, le nombre d'années d'expérience de l'ergothérapeute peut faire varier les réponses et être intéressantes à comparer. Il me semble également intéressant d'évaluer en quoi le type et l'orientation des structures peut avoir un impact ou non sur la place possible des échanges informels dans le suivi ergothérapeutique.

THEME A : La relation thérapeutique

Questions :

3. Qu'est ce qui est le plus important, pour vous, dans l'accompagnement d'un patient atteint de schizophrénie ?
4. Selon vous, quels sont les freins à la construction d'une alliance thérapeutique avec les patients atteints de schizophrénie ?
5. Comment qualifieriez-vous la relation que vous avez avec les patients pendant les échanges informels ?

Les deux premières questions ciblent les éléments clés relatifs à la relation entre le patient et l'ergothérapeute. Elles ne précisent pas de manière volontaire s'il s'agit d'un contexte d'accompagnement formel ou informel. Cela me permet de savoir si l'approche de l'ergothérapeute diffère dans le cadre des échanges informels par rapport à un accompagnement en séance. Avec la première question, je souhaite savoir la place que donne les ergothérapeutes à la relation thérapeutique. Avec la seconde question, je cherche à savoir si l'ergothérapeute a des difficultés dans la construction du lien, les moyens mis en œuvre pour les dépasser et comment les échanges informels peuvent y contribuer. La dernière question est relative à la nature de la relation thérapeute/patient pendant les échanges informels, l'influence des échanges informel sur la relation thérapeutique.

THEME B : La place des échanges informels dans le suivi de l'ergothérapeute avec les patients atteints de schizophrénie

6. Comment définiriez-vous les échanges informels ?
7. Dans quelles circonstances utilisez-vous les échanges informels dans votre suivi des patients atteints de schizophrénie ?
8. Comment analysez-vous, après coup, les échanges informels avec un patient ?

La première question vise à définir l'informel étant donné qu'il n'y a pas de définition universelle ; cela me permettra de savoir si la définition que les personnes interviewées se rapproche de la mienne, et traiter les données en fonction. Les deux questions suivantes sont axées sur la place des échanges informels par l'ergothérapeute. La première est axée sur les raisons et la manière d'utiliser les échanges informels, les risques éventuels pour le patient et/ou l'ergothérapeute. La seconde vise l'évaluation des échanges informels, l'influence potentielle sur l'accompagnement et sur la relation.

THEME C : La posture professionnelle de l'ergothérapeute

9. A quoi faites-vous particulièrement attention pendant les échanges informels ?
10. Comment définiriez-vous votre positionnement pendant les échanges informels ?

Ces questions sont relatives au cadre mis en place et aux attitudes relationnelles adoptées par l'ergothérapeute pendant les échanges informels, leur adaptation au contexte et au patient, aux risques éventuels pour le suivi du patient.

III.2. Présentation et analyse de résultats

III.2.1. La méthode d'analyse des résultats

L'enregistrement et la retranscription des entretiens (cf. Annexe IV) m'ont permis de recueillir avec précision le contenu de l'enquête. L'analyse de résultats des entretiens est qualitative. C'est une analyse de contenu dont les informations recueillies sont traitées par thématiques, c'est-à-dire par repérage de « *noyaux de sens* » qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (BARDIN, 2013, 137). J'ai réalisé une grille thématique (cf. Annexe V), constituée des trois thèmes principaux qui se déclinent en sous thèmes, me permettant de classer les résultats bruts et faciliter l'analyse.

J'exposerai dans un premier temps les résultats bruts, classés par idées principales, puis je développerai l'analyse des résultats et la discussion.

III.2.2. Résultats bruts

Présentation des ergothérapeutes interviewés

Les ergothérapeutes interviewés ont de 2 à 17 années d'expérience professionnelle en santé mentale. 2 hôpitaux de jours ont une orientation de travail psychodynamique ; les 5 autres structures ont une orientation de travail « indéterminée ». L'ensemble des ergothérapeutes travaillent selon une orientation psychodynamique.

THEME PRINCIPAL A : La relation thérapeutique

Sous thème 1 : La place de la relation dans l'accompagnement des patients

Verbatim
« (...) le plus important c'est déjà d'essayer d'entrer en relation » (A)
« Le sentiment de continuité qu'on peut lui faire éprouver relativement à nous- mêmes c'est à dire que le cœur des choses étant bien évidemment une relation thérapeutique.» (B)
« Ce qui me vient comme ça c'est le lien » (C)
« (...) mettre en place une relation de confiance... oui c'est ça le plus important » (D)
« (...) l'important c'est la continuité, ce lien comme ça qui ne lâche pas » (E).
Résultats bruts : <ul style="list-style-type: none">- L'ensemble des ergothérapeutes interviewés mettent la relation thérapeutique au cœur de leur accompagnement.- 1 ergothérapeute sur 5 insiste sur l'importance de la continuité du lien.

Sous thème 2 : les freins à la relation thérapeutique

Verbatim
« (...) l'impossibilité de s'adapter aux patients » (A)
« (...) une demande qui vient de ce grand autre médical qui leur est transmise et il se retrouve face à nous (...) c'est hyper angoissant pour eux » (A)
« une trop grande instabilité (...) ils vont pas venir, il faut les rattraper, ils échappent... à toute forme d'emprise » (B).

« (...) l'usure, c'est la fatigue [de l'ergothérapeute] (...) à un moment donné on devient psychologiquement sourd » (B)
« La discontinuité, le manque de confiance dans le temps (...) la non disponibilité [de la part du soignant] » (C)
« Parfois l'institution, oui, je pense que ça peut être un frein aussi à la relation (...) nous mettre en difficulté pour mettre en place une relation de confiance avec le patient. » (D)
« (...) y'a des moments où je suis moins disponible, mais...peut-être pendant les groupes, quand il y a beaucoup de patients qui sont en demande » (D)
"Les freins alors ça peut être la persécution du patient, ça peut être le délire, la dissociation, le fait que le patient soit dispersé, qu'il ait du mal à se concentrer » (D)
« (...) la structure qui est trop grande pour certains patients (...) pas assez contenant » (E).
« (...) tout ce qui touche au repli de ces patients » (E)
« (...) l'angoisse évidemment étant quelque chose d'omniprésent » (E)
Résultats bruts :
- 3 ergothérapeutes sur 5 pensent que l'institution peut être un frein à la relation. Par exemple, l'institution peut rendre difficile l'adaptation des modalités d'accompagnement, être perçue comme angoissante car trop exigeante pour le patient ou ne pas être assez contenant.
- 3 ergothérapeutes sur 5 relatent que les symptômes du patient sont des difficultés à la construction du lien dans le sens où il peut ne pas être disponible aux soins. Ils représentent des difficultés dans la construction du lien.
- 1 ergothérapeute sur 5 évoque les attitudes relationnelles et l'état émotionnel de l'ergothérapeute comme pouvant freiner la relation, comme le manque de disponibilité, l'usure ou la fatigue.

Sous thème 3 : La nature de la relation pendant les échanges informels

Verbatim
« (...) une relation de confiance plus d'égal à égal » (A)
« (...) « du lien humain avant d'être la relation soignant-soigné » (A)
« (...) une réduction d'un rapport asymétrique » (B)
« (...) une relation d'humain à humain » (C)
« (...) c'est un moment où ils paraissent moins patient, plus, enfin, ce qui me venait comme ça c'était de les considérer vraiment comme des personnes » (C)
« C'est plus une relation, comment dire, c'est plus équilibré comme relation » (D)
« (...) c'est un temps qui est un peu privilégié, une attention particulière » (E)
« (...) une relation plus équilibrée, de personne à personne » (E)

Résultats bruts :

- L'ensemble des ergothérapeutes interviews pense que la relation soignant-patient est plus équilibrée pendant les échanges informels.
- 1 ergothérapeutes sur 5 émet l'idée que la relation est privilégiée pendant un échange informel.

THEME PRINCIPAL B : La place des échanges informels dans l'accompagnement

Sous thème 1 : Contenu des échanges informels

Verbatim
« (...) dans le couloir on peut parler de plein de choses » (A) « (...) les temps informels permettent que ça se dise autrement » (A) « (...) souvent ils vont parler de leur vie quotidienne » (A) « (...) parler de choses qui sont plus personnelles » (A)
« (...) la personne vient provoquer, et très souvent sous le sceau du secret. (...) il est important de la rappeler de la convoquer [la confidentialité] » (B) « (...) quelque chose que je n'aurais peut-être pas entendu ou vu autrement et qui apporte un peu de l'eau à mon moulin » (B) « (...) un rapport à l'autre à ce point différent, et bien, que justement il nous donne à voir de lui quelque chose qu'on ne connaît pas de lui et réciproquement » (B)
« (...) pendant les temps informels, on se dit beaucoup plus de choses quoi » (C) « (...) plus personnels, et non pas intimes » (C) « (...) ils peuvent être au courant de plein de choses de notre vie dont ils ne sont pas au courant habituellement » (C)
« (...) c'est juste une discussion » (D) « (...) on peut parler peut-être d'autre chose que des soins, ça ouvre un peu plus la discussion » (D) « (...) le patient peut nous parler de choses dont il ne nous parlerait pas en séance » (D)
« (...) la parole circule » (E) « (...) peut être un petit peu plus dans le partage » (E) « (...) il y a un vrai discours aussi de mon côté, il y a un vrai échange et pour qu'il y ait un vrai échange il faut qu'il y ait un petit peu de choses de mon côté qui soient données (...) des choses personnelles mais qui touchent pas à mon histoire ou à mon intimité à ma famille » (E)
Résultats bruts : <ul style="list-style-type: none">- L'ensemble des ergothérapeutes interviewés ont des échanges informels avec leurs patients atteints de schizophrénie.- L'ensemble des ergothérapeutes sont d'accord pour dire que :

- Les échanges informels sont assimilés à une discussion plus ouverte que pendant les échanges formels.
 - Le discours est riche et souvent différent de celui que l'on a pendant les échanges formels. Il y a possibilité de discuter d'autre chose que ce qui se dit en séances, de dire les choses différemment.
 - Le patient peut livrer des informations nouvelles, que les ergothérapeutes n'avaient pas ou ne pourraient pas avoir pendant les échanges formels.
 - Les sujets abordés concernent le plus souvent la vie quotidienne et ne concernent pas directement les soins.
 - Le rapport à l'autre est différent, les rapports sont plus personnels, sans être de l'ordre de l'intime ou du familial.
- 2 ergothérapeutes sur 5 évoquent le fait que les propos ne peuvent pas être confidentiels car ils peuvent être entendues par d'autres personnes à proximité.

Sous thème 2 : Les effets sur l'accompagnement

Verbatim – Effets sur la relation
« (...) l'entretien informel permet une première rencontre, un des premiers temps de relation » (A)
« pour que le patient se sente suffisamment rassuré pour pouvoir s'inscrire dans une relation » (A)
« (...) avant tout, c'est... ça participe énormément la relation, ce qu'on appelle la relation de confiance » (A)
« C'est tout le soin relationnel » (A)
« (...) il y a une telle nécessité, une telle difficulté à créer une relation digne de ce nom que chaque instant, chaque situation est un argument pour aller à la relation » (B)
« (...) la permanence de la relation » (B)
« (...) je pense que les temps informels enlèvent à la discontinuité de notre relation thérapeutique sa discontinuité. » (B)
« (...) participent de l'installation de cette relation longue » (B)
« (...) approfondie, un peu mieux installée » (B)
« (...) on s'assoit à côté, on discute un peu, tout ça je pense que ça commence à contribuer à faire du lien » (C)
« C'est l'idée de faire du lien quel que soit le moyen quoi, même à la machine à café » (C)
« (...) y'a quelque chose dans la relation qui est, plus sur le plan humain ou dans quelque chose de plus fort, de plus proche, qui peut tenir il me semble, comme si ça renforçait notre relation. » (C)
« (...) qu'elle puisse avoir confiance en nous » (C)
« (...) souvent il y a un lien je trouve beaucoup plus fort » (C)
« (...) ça alimente autrement la relation » (C)

<p>« (...) la relation va se mettre en place plus facilement » (D)</p> <p>« (...) ça montre aussi que le lien il est toujours présent malgré...même si on se voit pas forcément en séance d'ergothérapie. » (D)</p>
<p>« (...) il y a la relation de confiance, elle peut vachement s'instaurer dans cette proximité » (E)</p> <p>« (...) c'est très intéressant pour... ouais...pour la relation pour le lien aux patients et ça ne, et ça ne met pas du tout en péril la distance thérapeutique » (E)</p> <p>« (...) le lien il se renforce » (E)</p>
<p>Résultats bruts :</p> <p>L'ensemble des ergothérapeutes interviewés relatent que les échanges informels facilitent et favorisent la relation. L'informel contribue à construire une relation de confiance, à amorcer, renforcer la relation, et participe à la continuité du lien.</p>

<p>Verbatim – Autres effets sur l'accompagnement</p>
<p>« (...) dans l'informel, proposer un premier rendez- vous, après pour aller vers quelque chose de plus formalisé, mais du coup sans que ce soit trop angoissant pour que le patient puisse lui-même avoir une demande et une envie d'y venir » (A)</p> <p>« (...) sont nécessaires pour permettre au patient d'accepter sa prise en charge » (A)</p> <p>« (...) permet aussi de faire passer beaucoup de choses après dans d'autres temps » (A)</p> <p>« (...) connaître le patient et savoir vers où on veut aller avec lui et affiner cliniquement sa position avec le patient » (A)</p>
<p>« (...) puisque vous êtes là venez donc visiter la salle, venez donc nous voir, voir un peu comment ça se passe » (B)</p> <p>« (...) il [l'informel] a la puissance de créer du possible, c'est ça qui est intéressant. C'est l'accident qui fait que quelque chose d'autre puisse advenir derrière. » (B)</p> <p>« (...) c'est très ergo ça. Parce que c'est l'idée que la vie surgit dans la parole, dans l'inattendu, dans une conduite, sur une feuille de papier, la créativité est un surgissement, c'est un jaillissement » (B)</p> <p>« (...) en fait je pense que j'en fait tout le temps usage...mais il n'y a pas vous voyez, c'est pas forcément un projet, c'est pas forcément de l'intention » (B)</p>
<p>« (...) ils participent aussi à amener la personne à venir en ergothérapie » (C)</p> <p>« (...) parfois c'est en serrant la main d'un patient 10 fois pendant des mois, qu'il vient en séance » (C)</p> <p>« (...) essayer de mieux comprendre ce qui peut se jouer avec cette personne là, ce qu'elle met en jeu dans cette dynamique » (C).</p> <p>« Les patients ont besoin d'avoir du vivant, ils manquent de pulsions de vie, les échanges informels, c'est en quelque sorte une spontanéité sur écoute » (C)</p> <p>« Ça met les patients dans des positions d'être humains, d'être vivants, ils sont tellement isolés » (C).</p>
<p>« (...) le patient il peut aussi se positionner un peu plus comme acteur de ses soins, dans ces cas-là. Puisque c'est lui qui vient directement. » (D),</p>
<p>« (...) d'avoir une réaccroche avec moi donc quand même avec l'institution » (E) « (...) Il y a plein de choses sur lesquelles on peut reprendre les patients » (E)</p>

Résultats bruts :

Les échanges informels ont d'autres effets sur l'accompagnement, ils contribuent à :

- Amener le patient à accepter les soins
- Faire le lien avec le travail effectué en séance
- Affiner l'évaluation du patient
- Faire « surgir du vivant »

Verbatim - Risques

« il y a des patients pour lesquels c'est totalement intrusif (...) persécutant » (A)

« (...) pour certains il faut les aider à mettre des bords, à border leur pensée, à pouvoir s'arrêter et que si on est trop disponible à ça, ça ne les aide pas. » (A)

« (...) d'être trop disponible ça ne leur permet pas d'avoir leurs ressources à eux et d'essayer de se débrouiller avec ce qu'ils sont » (A)

« (...) il faut pouvoir que les soignants soient là dans des temps informels mais pas tout le temps, parce que sinon on peut devenir rapidement une espèce de Big Brother où ils ont aucun espace où le soignant n'est pas, et leur laisser des espaces où ils peuvent aussi eux peut-être mentir, peut-être nous cacher des choses, c'est aussi important, c'est aussi indispensable même à la relation de confiance » (A)

« (...) à l'extrême on peut avoir toujours le risque d'un passage à l'acte dans un lieu informel » (B)

« (...) ça peut casser l'image que l'autre a de nous, mais ça peut se récupérer a priori » (B)

« Tant que c'est des temps dans l'institution ou bien dans le cadre du séjour, il n'y a pas de risques je pense » (C).

« (...) qu'il nous dise pas des choses qui seront pas adaptées dans une relation soignant-soigné. Mais en général c'est toujours possible de recadrer après les choses. Donc c'est un risque, mais c'est un risque qui est pas rigide et qui peut se rattraper. C'est un risque à prendre peut-être pour entrer en relation avec les patients. » (D)

« (...) mais l'excès [d'échanges informels] je pense que c'est pas bon non plus parce que l'excès justement ça fait place à la familiarité » (E),

Résultats bruts :

Les échanges informels peuvent également comporter des risques avec certains patients :

- Amener à des rapports entre soignants et patient non adaptés
- Entraver l'accompagnement avec certains patients
- Déclencher un passage à l'acte

Verbatim – Quand provoquer les échanges informels
« (...) des patients qui ne participent à rien, qui n'ont pas de prise en charge, qui n'ont pas de groupe, les seuls temps qu'on peut espérer avoir, ça va être ça, ça va être sur ces temps informels » (A)
« (...) je me dis c'est le moment, j'arrive jamais à l'attraper... Vous avez tout le temps des patients qui vous échappent » (B).
« Quand c'est difficile, quand les patients refusent de venir en séance, quand ils sont fermés » (D)
Résultats bruts :
L'ensemble des ergothérapeutes interviewés peuvent faire le choix de provoquer des échanges informels lorsque le patient est réfractaire aux soins.

THEME PRINCIPAL C : La posture professionnelle de l'ergothérapeute pendant les temps informels

Verbatim
« (...) l'attitude thérapeutique que je vais avoir, etc... ça reste la même et c'est ce qui fait fonction, c'est à dire que je rencontre le patient dans le couloir, pendant qu'il va manger, au café ou n'importe... j'ai mon attitude thérapeutique de soignante qui, elle, fait que ça tient." (A)
« C'est indispensable d'ajuster sa posture professionnelle [pendant les échanges informels] » (A)
« (...) il me semble quand même que la position elle est un peu différente » (C)
« (...) le positionnement il reste à peu près le même » (D)
« (...) je suis ergothérapeute mais j'ai pas tout à fait le même positionnement dans un entretien, dans une activité et dans ces temps-là évidemment. » (E)
« (...) il y a un truc autour du positionnement soignants qui bouge un peu » (E)
« (...) c'est très distinct ouais, ça veut pas dire que je ne suis plus [Elias] et genre je change pas du tout au tout, mais vraiment » (E)
« (...) la posture, elle bouge un peu quoi, elle s'ajuste ...ouais... aussi au cadre, à l'ambiance, au cadre du temps de l'échange » (E)
Résultats bruts :
L'ensemble des ergothérapeutes interviewés pensent que leur positionnement est différent pendant les échanges informels.

Sous thème 1 : Le cadre

Verbatim – Souplesse
« (...) le cadre est quelque part plus flou, beaucoup plus flou, puisque c'est pas dans un lieu prédéfini, c'est pas dans un temps défini et l'échange n'est pas attendu » (A)
« (...) retrouver quelque chose d'un peu plus souple de plus spontané » (A)

« (...) la durée n'est pas préétablie, le lieu non plus, et ni les participants à cet échange » (A)
« (...) pouvoir adapter les modalités de rencontre avec les patients » (A)
« (...) l'informel on y va, on en sort facilement, on n'est pas obligé d'y rester » (A)
« (...) quand on est dans les couloirs on peut toujours partir, quand on est dans la séance on peut bien sûr, on peut partir mais c'est quand même pas la même étape » (A)
« (...) il [le cadre] est moins codifié, parce qu'il n'est pas justement un lieu destiné à un objet, comme une salle d'ergothérapie, on va peut-être transgresser un peu plus » (B)
« (...) c'est intéressant qu'on puisse se rencontrer dans des cadres différents » (C)
« (...) ils sont pas dans un cadre donné, réfléchi préalablement » (C)
« Par exemple un patient que je vais croiser de manière informelle dans les couloirs qui va venir vers moi lui-même discuter » (D)
« le patient peut peut-être plus partir si il veut pas rester et si il veut pas discuter » (D)
« (...) si le patient il a envie d'arrêter ben il arrête » (E)
Verbatim - Espaces
« (...) peuvent avoir lieu sur la terrasse dans l'entrée, les moments où il n'y a pas encore le groupe et où on est en train de se demander ce qu'on va faire, le temps autour du café, du petit déj, tous les temps non prévus » (A)
« Essentiellement la machine à café, les escaliers qui mènent aux chambres, ça peut être dans le jardin » (B)
« (...) il peut y avoir des temps informels aussi dans la salle d'ergothérapie. » (B)
« c'est un jeu qui rencontre un peu plus sa légèreté dans cet instant-là » (B)
« comédie humaine dont nous sommes des acteurs (...) de petits sketches, en fait des petites saynètes, c'est des choses qu'on pourrait jouer d'ailleurs » (B).
« (...) c'est dans les lieux de passage quoi, voilà, les couloirs, et puis il y a un espace devant l'infirmerie (...) les halls d'entrée » (C)
« (...) dans les séjours thérapeutiques » (C)
« C'est des endroits où on n'est pas dans un lieu précis de soin » (D)
« (...) dans toutes les structures il y a des échanges informels dans les couloirs, dans la cour » (D)
« (...) ils se passent hors cadre d'activités thérapeutiques (...) qui n'est pas de l'ordre de l'entretien dans un bureau » (E)
« (...) autour d'un café, à la bibliothèque » (E)
Verbatim - Temps
« (...) tous les temps qui sont en dehors des temps de séance prévus ou des temps de groupes prévus » (A)
« (...) on s'y attarde pas trop. (...) ça évite de donner trop de consistance aussi à certains sujets » (A)
« (...) un instant, on a l'idée comme une relative brièveté » (B)
« (...) les temps informels sont impromptus, non prévus, ni par lui ni par moi » (B)
« (...) c'est des moments inattendus » (C)
« (...) ne fait pas partie d'un cadre prévu sur un horaire donné avec des thérapeutes donnés... il y a pas forcément une continuité semaine après semaine » (E)

Verbatim - Objectifs
« (...) il y a quand même une différence qui est que dans le cadre de la séance on se voit pour et avec un objectif différent, on se voit, il y a forcément en ergothérapie toute la question de la médiation de l'objet » (A)
« (...) le cadre est pas le même donc on va pas avoir les mêmes possibles, on n'a pas les mêmes objectifs » (A)
« (...) il n'y a pas la médiation qui est présente en tout cas concrète ou physiquement. On en parle mais y'a pas d'activité » (D)
Verbatim – Cadre institutionnel
« (...) ce qui va faire fonction de cadre c'est le cadre de l'institution » (A)
« (...) mine de rien c'est un poids [le cadre institutionnel], mais en même temps on se rend compte quand on est à l'extérieur [en séjours thérapeutiques] que ben il est bien pratique aussi » (C)
« le cadre institutionnel est moins présent. » (D)
« (...) on est quand même dans le cadre des soins puisque le patient sait que ...voilà...on est thérapeute et lui reste patient » (D)
« Le cadre institutionnel, c'est super important, oui. Quand ils rentrent ici, ils savent où est-ce qu'ils rentrent quoi. Ils rentrent pas n'importe où (...) quoiqu'il arrive il est là et, forcément je crois, dans la tête des patients » (E)
Verbatim – Cadre interne du soignant
« (...) une froideur plus importante, d'une distance plus importante [en séance] » (A)
« (...) le cadre est, fondamentalement, il est interne » (B)
« (...) quelque chose qui est solide en face qui tient. » (B)
« C'est la proximité des corps qui ne pose pas à mes yeux problème mais qui pose question (...) on sera un petit peu plus près » (B)
« (...) j'ai une préoccupation plus, comment dire, de préserver mon espace intérieur peut être... qui, quand on est dans un cadre, finalement comme le cadre est déjà posé, il y a quelque chose entre guillemets qui nous protège (...) il y a quand même ce cadre institutionnel qui rentre en ligne de compte mais y'a pas le cadre de la rencontre spécifique. » (C)
« (...) je pense que je suis pas sur le positionnement soignant dès le départ quoi, heu... peut être plus sur une position d'humain à humain justement (...) moins dans ma posture de soignant » (C)
« parfois ils peuvent nous poser des questions sur notre vie privée, et on sent qu'il y a quelque chose au niveau de la distance thérapeutique qui est différente . On peut être plus proche aussi physiquement, on peut être assis à côté alors qu'en séance en général on se positionne peut-être autrement. » (D)
« (...) une position d'être garant d'un cadre (...) quelque chose de solide (...) cette place- là elle est aussi très importante dans la dans la relation thérapeutique parce que le patient sait qu'il peut s'appuyer sur nous » (E)
« (...) je suis toujours soignant ergothérapeute et identifié en tant que tel sauf que du coup le fait de donner aussi des choses de mes avis fait que en fait ici on a le souci, un grand souci aussi de ne pas être dans une position haute de soignant » (E)
« (...) tenir comme ça quand même cette distance thérapeutique même si on est sur un temps informel et même si on est en train de boire un café et de se parler de la pluie et le beau temps ou de ce qu'on aime faire, c'est vraiment pas simple. » (E)

Résultats bruts :

- L'ensemble des ergothérapeutes relatent que le cadre des échanges informels est plus souple, différent du cadre formel. Il n'est pas réfléchi préalablement. Ces échanges permettent d'adapter les modalités de rencontre au patient, de proposer un cadre différent. Le patient peut prendre l'initiative de l'échange. Le cadre peut être transgressé plus facilement. Le seuil du cadre est très différent de celui du cadre formel car beaucoup plus souple : Les patients comme les soignants peuvent plus facilement quitter un échanges informels qu'une séance d'ergothérapie.
- Les espaces d'échanges informels sont tous ceux de la structure, y compris la salle d'ergothérapie dans laquelle il peut y avoir des échanges informels car non programmés. Ils sont en revanche hors cadre d'activités ergothérapeutiques. Un ergothérapeute relate également son expérience en séjours thérapeutiques. L'espace informel est considéré comme un autre espace de jeu.
- Les temps informels sont définis comme assez brefs. Ils se situent hors séance, hors horaires prévus, sans continuité prévue dans le temps. Ils sont, la plupart du temps, imprévus.
- Les échanges informels peuvent se pratiquer à deux ou à plusieurs (avec plusieurs patients et/ou plusieurs soignants).
- Les objectifs sont différents ou non prédéfinis. Il n'y a pas de médiation concrète.
- Pendant les échanges informels, les ergothérapeutes s'appuient sur le cadre institutionnel, même s'il est ressenti par les patients comme moins rigide, moins présent.
- Le cadre interne de l'ergothérapeute est ressenti comme primordial pendant les échanges informels. C'est celui qui fait fonction en l'absence du cadre de la séance, celui qui protège l'espace psychique du soignant et qui rassure le patient. La distance thérapeutique pendant les échanges informels est différente. Physiquement, la proximité peut être plus grande. Aussi, les ergothérapeutes donnent plus d'eux-mêmes pendant les échanges informels, parlent de choses plus personnelles, donnent leur avis. Ils essaient d'avoir un positionnement d'égal à égal avec les patients, d'être moins en position haute de soignant.

Sous-thème 2 : les attitudes relationnelles

Verbatim – Souplesse
« (...) je vais peut-être être beaucoup plus directive [en séance] » (A)
« (...) on peut pas avoir la même posture bienveillante et même tout l'étayage qu'on peut avoir en séance » (A)
« (...) beaucoup plus de souplesse, avec un l'air de rien, comme si on parlait de rien, comme c'est pas formalisé on peut dire les choses » (A)
« (...) c'est un instant où on fait relâche, alors pas complètement, on n'enlève pas complètement son costume mais il y a quelque chose qui s'apaise qui se détend » (B)
« on dirige peut-être moins la discussion » (D)
Verbatim - Disponibilité
« (...) une disponibilité qui n'est pas la même que quand on est en groupe » (A)
« (...) peut être que je m'autorise plus... si je suis pas dispo à pas être avec » (C)
Résultats bruts :
<ul style="list-style-type: none">- Les ergothérapeutes dirigent moins la discussion pendant les échanges informels, apportent moins d'étayage. Il y a une souplesse plus importante de la part des ergothérapeutes, un lâcher-prise par rapport au positionnement en séance.- La disponibilité est différente lors des échanges informels. Les ergothérapeutes s'autorisent à être moins disponibles, parfois s'autorisent à ne pas se rendre disponible et à refuser un échange avec le patient, ce qu'il ne ferait pas en séance. Au contraire, les ergothérapeutes peuvent se rendre tout à fait disponible à un échange impromptu.

III.2.3. Analyse des résultats

L'analyse des résultats est réalisée selon les objectifs de l'étude.

La place des échanges informels dans l'accompagnement mis en place par l'ergothérapeute

Les résultats montrent que l'ensemble des ergothérapeutes interviewés ont des échanges informels avec leurs patients, et qu'ils ont une place importante dans leur accompagnement. Cela ne diffère pas, ni selon le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes, ni en fonction de leur âge, ni du type de structures dans laquelle ils exercent, ou de la phase dans laquelle se trouve le patient. Ils font usage des échanges informels de manière fréquente, voire très fréquente « (...) en fait je pense que j'en fait tout le temps usage » (B). Les

ergothérapeutes ne définissent pas d'objectifs préalablement aux échanges informels mais font ressortir plusieurs effets positifs sur l'accompagnement comme créer des liens entre patients, entre soignants et patients et entre soignants ; amener le patient à accepter les soins, voire être acteur de ses soins ; faire du lien avec le travail en séance ; faire « jaillir du vivant ».

Les échanges informels peuvent également comporter des risques, mais selon les ergothérapeutes interviewés, ils valent la peine d'être pris pour entrer en relation « *C'est un risque à prendre peut-être pour entrer en relation avec les patients* » (D). S'ils sont pratiqués en excès, ils pourraient amener à des rapports familiaux entre soignants et patients donc non adaptés aux soins. Un ergothérapeute relate également le risque de déclencher un passage à l'acte, c'est une hypothèse qu'il fait sans l'avoir jamais expérimenté. Selon les ergothérapeutes interviewés, les risques sont limités et les conséquences sont rattrapables, tant que les échanges se passent dans le cadre institutionnel.

L'influence des échanges informels sur la relation thérapeutique

Les résultats montrent que les échanges informels amènent une relation qualifiée comme plus équilibrée entre le patient et l'ergothérapeute, « *d'individu à individu* » (A) ou « *d'humain à humain* », permettrait de créer une relation de confiance et ainsi favoriser l'alliance thérapeutique, tant que la relation ne tombe pas dans une familiarité amenant à des rapports sociaux et non de soins. Ce risque serait présent si les échanges informels étaient pratiqués en excès « (...) *mais l'excès [d'échanges informels] je pense que c'est pas bon non plus parce que l'excès justement ça fait place à la familiarité* » (E).

Les ergothérapeutes relatent que les échanges informels favorisent l'amorce et le renforcement de la relation thérapeutique. En effet, ils peuvent permettre une accroche avec un patient fuyant, approfondir et installer la relation sur la durée. Ils participent également à la continuité du lien, élément essentiel à l'accompagnement selon les ergothérapeutes interviewés « (...) *l'important c'est la continuité, ce lien comme ça qui ne lâche pas* » (E), car ils permettent une « (...) *permanence de la relation* » (B), « (...) *je pense que les temps informels enlèvent à la discontinuité de notre relation thérapeutique sa discontinuité.* » (B).

Les échanges informels permettent également de dépasser certains freins à la relation liés à l'institution ou aux symptômes du patient, comme ouvrir la possibilité d'adapter les modalités de rencontre ou réussir à rencontrer et tisser du lien avec un patient réfractaire aux

soins. Dans ce cas, il est possible que les ergothérapeutes provoquent l'échange informel pour aller à la rencontre d'un patient qu'il ne réussirait pas à voir autrement. Le but étant de construire une relation et l'amener ainsi à se rendre en séance.

L'ajustement de la posture de l'ergothérapeute pendant les échanges informels

Le cadre n'est pas réfléchi préalablement, c'est-à-dire que le moment, la durée, le lieu, le nombre de participants ne sont pas connus, les objectifs non prédéfinis, sauf si l'échange est provoqué par l'ergothérapeute, en général pour aller au contact d'un patient réfractaire aux soins. Pouvoir être en présence de plusieurs patients et/ou plusieurs soignants amène parfois à travailler de manière informelle avec ses collègues.

Les ergothérapeutes s'appuient sur le cadre institutionnel, c'est lui qui va jouer son rôle en tout premier lieu, puisque les échanges se passent dans l'institution. Toutefois, ce cadre est ressenti comme moins présent par les patients. Les ergothérapeutes sont très attentifs à leur cadre interne de soignant pendant les échanges informels. Ils y portent une attention particulière pour se protéger eux-mêmes et pour sécuriser le patient.

Tout cela amène le cadre des échanges informels à être considéré comme plus souple. Il engendre ainsi une liberté commune au patient et à l'ergothérapeute : liberté de parole, de mouvements, d'attitudes.

Pendant les échanges informels, les ergothérapeutes expriment dans un premier temps que leur positionnement est le même, ou sensiblement le même, que pendant les échanges formels, c'est-à-dire une posture de soignant « *mon attitude thérapeutique de soignant qui, elle, fait que ça tient* » (A), « (...) *le positionnement il reste à peu près le même* » (D) ; cependant, au cours de l'entretien, nous découvrons qu'il y a un ajustement de posture, qualifiée d'« *indispensable* » (A) pour s'adapter au moment présent, au(x) patient(s), au cadre.

Les ergothérapeutes adaptent leur distance thérapeutique pendant les échanges informels, la proximité est plus importante, physiquement patients et ergothérapeutes peuvent être plus proche. Les ergothérapeutes interviewés estiment que la distance thérapeutique n'est néanmoins pas mise en péril même si elle est un point de vigilance.

Parce qu'ils sont également moins focalisés sur les objectifs de soins « *Il y a pas l'enjeu des soins. Dans ces temps informels il y a moins cet enjeu-là des attentes des soignants, de*

répondre au projet qu'on a pour eux » (D), ils ont une attitude plus souple, par exemple ils étayent ou dirigent moins l'échange. Ces attitudes participent directement à la nature des échanges et à une liberté de parole plus grande que pendant les échanges formels et à la nature de la relation plus équilibrée entre le patient et le soignant comme évoqué précédemment. L'ergothérapeute n'est plus uniquement le soignant, il est aussi un être humain, qui dévoile un peu plus de lui-même que pendant les séances. En termes de disponibilité, l'ergothérapeute se laisse plus de liberté, c'est-à-dire qu'il peut se permettre de refuser l'échange s'il ne se sent pas disponible ; à l'inverse, il peut se rendre totalement disponible à un moment qu'il n'attendait pas.

Le contenu des réponses montre que chaque élément de l'échange informel influe sur les autres. Chacun interagit avec l'autre : le cadre, les attitudes relationnelles, le discours et la relation.

III.3. Discussion

Tout d'abord, cette enquête est instructive dans le sens où elle permet de constater que l'ensemble des ergothérapeutes interviewés a des échanges informels avec les patients atteints de schizophrénie, quelque soit la structure dans laquelle ils travaillent et tant que l'organisation institutionnelle le permet. J'ai évoqué dans la partie théorique l'informel comme non reconnu au sein de l'institution, puisque se situant hors travail prescriptif, hors programmation. Il y a donc un pan invisible de l'accompagnement de l'ergothérapeute, non reconnu comme travail par l'institution, qui est pourtant bien réalisé.

Nous avons vu dans la partie théorique que la schizophrénie pouvait amener les patients à être fermés au monde, à la relation, et qu'il pouvait être difficile d'entrer en contact avec eux, le patient peut rester à distance des soignants. Aussi je me suis demandé si les échanges informels n'étaient pas des opportunités pour créer la rencontre, fabriquer du lien, développer la relation. A l'issue de la partie conceptuelle, j'ai pu élaborer une hypothèse : ***Lors des échanges informels, l'ergothérapeute ajuste sa posture professionnelle pour développer une relation thérapeutique avec les patients atteints de schizophrénie.*** Cette hypothèse va être ici confrontée aux résultats obtenus à travers l'analyse des résultats

recueillis pendant les entretiens. La mise en relation de ces deux parties me permet de discuter la pertinence de mon hypothèse au regard de ma problématique.

Une posture professionnelle adaptée facilitant le contact

Pendant les échanges informels, nous pourrions penser que le cadre est absent ou moins prégnant. Cependant, pour que le processus soit thérapeutique, pour qu'il y ait du lien entre les moments informels et les séances d'ergothérapie, pour qu'il y ait une continuité du soin, le cadre doit être identifié, commun et respecté par le patient et le thérapeute et c'est une donnée qui doit être claire, à tous moments. Il ressort de l'étude que le cadre des échanges informels n'est pas informel, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les espaces et les temps sont prédéfinis par l'institution. Le cadre institutionnel reste clair et transparent pour le patient et pour l'ergothérapeute, avec ses règles, ses lois, ses interdits. Les cadres internes du soignant et du patient sont bien présents, permettant que ces échanges se situent dans cadre de soins.

Cependant, les échanges informels permettent de proposer un cadre différent, de l'adapter aux patients. Différent dans le sens que la durée de l'échange est souvent brève et la rencontre impromptue. Il est aussi plus souple, il n'est pas réfléchi au préalable, les modalités d'entrée et de sortie sont aisées, il n'y a pas de médiation concrète et l'échange peut être à deux ou à plusieurs. Il est donc perçu comme modulable, adaptable, ce qui le rend vivant, condition essentielle au soin comme l'évoque PC Racamier. F. Klein ajoute que « *lorsque le cadre classique présente ses limites, quand la parole se montre pauvre ou impossible, il devient essentiel d'inventer de nouvelles modalités de rencontre avec les patients* ». (KLEIN, 2016, p.16).

Je pense que l'on peut rapprocher les échanges informels de la « la multiplicité des lieux de rencontre » tel que l'évoque G. Bost, comme « *outil essentiel pour la clinique des psychoses* » (BOST, 2014, p.59). Il ajoute qu'il doit pouvoir exister de multiples espaces de rencontre au sein du « *filet institutionnel* » (ibid). On peut l'associer également aux « structures intermédiaires » dont parle F. Klein, comme permettant un investissement du patient, privilégiant ce qui rapproche le patient et le soignant. Elle ajoute qu'il est important de trouver des aménagements qui estompent la spécificité de la situation thérapeutique, arrondissent les angles, sans dénier la spécificité soignant (KLEIN, 2016).

Une relation plus équilibrée, un discours plus personnel, des propos qui n'abordent pas systématiquement les soins, une proximité plus grande, sont des éléments de rapprochement

qui permettent que la situation thérapeutique soit perçue comme moins contraignante, moins oppressante. C'est ce que rapporte un ergothérapeute de l'étude en parlant de l'angoisse que peut engendrer le soin, et encore plus quand il sent que l'on attend quelque chose de lui.

Un ergothérapeute parle des espaces informels comme espaces de jeux, « (...) *comme un rappel à cette espèce de comédie humaine dont nous sommes des acteurs (...) de petits sketches, en fait des petites saynètes* » (B). Cet espace de jeu, cette capacité à « *Accueillir l'informel, trouver une capacité à jouer, à inventer une modalité d'échange avec le patient, est au cœur de la rencontre clinique* » (DI ROCCO, 2009, p. 30). DW Winnicott évoque l'aire de jeu comme fonction transitionnelle, où peut avoir lieu le processus de création (MUTIS, 2015).

Le fait que les échanges informels se passent dans un cadre moins rigide amène les ergothérapeutes à être vigilants à leur cadre interne de soignant. Il est essentiel car « *c'est bien alors la qualité d'« être » du soignant, c'est-à-dire sa « qualité de présence », qui constitue le principe actif de son action thérapeutique et cela, même dans les contacts impromptus que le quotidien secrète en permanence* » (MERKLING, 2009, p.33). Dans les temps informels, il est donc tout aussi nécessaire que l'ergothérapeute ait une disponibilité physique et psychique, ce que relatent bien les ergothérapeutes interviewés.

Au cours de la pré-enquête, les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire émettaient des réserves sur le fait que les échanges informels pourraient être une tentative de transgression du cadre. Les résultats de l'étude montrent, qu'en effet, la transgression du cadre peut être plus aisée dans le cadre des échanges informels, sans cependant être risquée pour les soins. Comme évoqué dans la partie théorique, il peut être intéressant pour les patients de se frotter au cadre, de le transgresser, pour confronter le patient à son altérité, à la réalité, tant que l'attaque du cadre n'est pas « *véritable* » (RACAMIER, 2001).

Du fait que le cadre soit différent, les attitudes de l'ergothérapeute s'adaptent automatiquement à l'instant, à la durée, au lieu, au nombre de participants. Elles s'ajustent également en fonction du patient, de son état, de son discours. Les résultats de l'étude montrent qu'elles sont plus souples, l'ergothérapeute est moins centré sur le travail thérapeutique et répond aux questions de façon plus naturelle, il n'est pas centré sur l'objectif et se laisse donc plus de liberté dans la discussion, il s'autorise à parler de choses plus personnelles.

Si l'on reprend les trois formes d'écoute décrites par Bioy et Maquet, l'écoute informelle reprend l'écoute de ce qui est dit en relation et l'écoute flottante (c'est-à-dire prêter attention à tout ce que dit le patient, sans attacher d'importance particulière à un détail plutôt qu'un autre) mais « *l'écoute de soi va s'organiser différemment* » (BIOY & BOURGEOIS, 2009, p.54). En effet, l'écoute de soi sera différente, elle doit tendre « *à la construction d'une relation adaptée (...) se représentant comme s'il s'agissait d'un temps plus personnel* » (ibid, p.55), impliquant de « lâcher prise » par rapport à une position stricte (en lien avec une évaluation ou des objectifs thérapeutiques).

C'est dans cette manière d'écouter l'autre, hors évaluation et sans objectifs thérapeutiques prédéfinis, mais aussi d'autoriser une parole différente, que la relation a un pouvoir de « *soin relationnel* » (ibid, p.54). Cette écoute peut être donc être considérée comme non intrusive, participant selon C. Rogers, à aider le patient à exprimer son ressenti et favorise la relation de confiance (ROGERS, 2010).

La capacité d'accueil est naturellement mise en action car l'ergothérapeute n'a pas d'objectifs prédéfini, il n'attend rien du patient, il se positionne en « non savant », favorisant ainsi l'expression (VUJANOVIC, 2016).

L'attitude non intrusive est facilitée par les échanges informels. Du fait de ne pas « diriger » une séance, l'ergothérapeute est perçu en position moins haute de soignant, le patient n'a pas l'impression d'être observé comme en séance « (...) *quelque chose est beaucoup plus naturel et moins dans cette posture du soignant qui observe le patient* » (A). Cela réduit la perception idéalisée qu'a le patient du soignant et donc son sentiment de persécution (SASSOLAS, 2009), entraînant moins de méfiance et un contact plus facile.

Pendant les échanges informels, la proximité est plus grande entre les ergothérapeutes et les patients, la distance thérapeutique est adaptée mais toujours bien présente, « *La juste distance ne s'improvise pas. Le soignant doit en effet s'inscrire entre une attitude ouverte et sympathique, mais aussi spontanée et attentive* » (BIOY & BOURGEOIS, 2009, p.55).

Cet ajustement d'attitudes n'est pas réfléchi par les ergothérapeutes, ils ne réfléchissent pas, au premier abord, à leur positionnement pendant ces échanges informels, n'expliquent pas comment ils ajustent leur posture, ce qui change dans leur manière d'être. Comme je l'ai abordé dans la partie théorique, l'informel est, par essence, non formalisé ni formalisable. Si l'informel n'est pas formalisé au sein de la structure, il ne l'est pas non plus dans l'esprit des soignants. Sans aller jusqu'à définir une posture adéquate pendant les échanges informels,

les résultats apportent des éléments d'information sur les possibilités offertes par ces échanges.

En adaptant le cadre et en ajustant ses attitudes, les échanges informels sont une occasion d'entrer en relation, de créer du lien, " *finalement, face à un soignant qui n'adoptera pas la même attitude que dans un cadre d'intervention plus normé, le patient trouve une voie d'autonomie, d'affirmation, dans un temps où s'appivoise le lien social à l'autre*" (ibid, p.53). Le fait de pouvoir entrer et sortir d'un échange informel facilement, sans explication et sans conséquences, que la position du soignant soit perçue comme moins haute, qu'il n'y ait pas d'enjeux de soins, qu'il n'y ait pas de médiation concrète et que rien ne soit attendu du patient à priori, amèneraient les patients à percevoir la rencontre comme moins angossante, les rendraient moins méfiants et faciliterait le contact.

Une relation thérapeutique favorisée

L'échange informel favorise la création d'un climat de confiance, il est « *une manière d'écouter cette humanité, hors évaluation et sans visée thérapeutique, mais aussi dans la façon d'autoriser une parole différente que la relation a un pouvoir de « soin relationnel »* » (MERKLING, 2009, p.35). Selon V. Di Rocco, les échanges informels peuvent être une occasion de « rencontrer » le patient, une aide à l'alliance thérapeutique, en effet, « *avec certains « incasables », rétifs aux cadres de soins classiques, il faut accepter de se frotter à l'informe »* (DI ROCCO, 2009, p.31). Les échanges informels permettent également que ce soit le patient qui vienne au contact de l'ergothérapeute de sa propre initiative et fait donc de lui un acteur de ses soins.

Cette étude nous donne des informations sur la nature des échanges informels. Ils sont décrits comme des instants souvent brefs, parfois c'est seulement une salutation, un serrage de main, un bonjour. Les ergothérapeutes parlent également de scènes de la vie quotidienne, des scènes ordinaires comme prendre une boisson à la machine à café, une pause cigarette etc... « *(...) en fait ces temps informels c'est la vie »* (A), l'informel renvoie donc à des activités banales de vie quotidienne, à l'inattendu, à ce que des choses se passent spontanément. Cette étude montre que le lien peut être amorcé ou renforcé par ces temps, comme l'abordent LANQUETIN et TCHUKRIEL lorsqu'ils évoquent que « *La qualité du lien nécessaire à la construction de l'alliance thérapeutique est liée aux activités les plus banales, qui sont les leviers les plus accessibles pour nouer cette relation »* (Citation de Raymond PANCHAUD

et Michel MIAZZA, par LANQUETIN et TCHUKRIEL, 2012). Mais ce n'est pas parce que ces échanges sont courts et paraissent banals qu'ils sont plus faciles. Ce sont des soins venant se placer dans les interstices des moments formels, « *Les petits soins du quotidien sont souvent invisibles. Ils paraissent aller de soi. Et pourtant, ce sont les soins les plus complexes* » (DIGONNET, 2004, p.120). D'où la complexité de formuler ce qu'il s'y passe de manière exhaustive et le positionnement adopté par les ergothérapeutes. L'échange informel se trouve à la frontière de la relation sociale et de la relation de soin, les propos ne traitant pas du soin, mais la relation reste et doit rester une relation de soin, d'où la difficulté d'ajustement de sa posture, en tant que soignant.

Etant donné que les éléments essentiels de l'accompagnement relatés par les ergothérapeutes interviewés sont la relation et la continuité du lien, cela montre l'importance des échanges informels dans la relation thérapeutique et par extension dans l'accompagnement.

Informel et ergothérapie en psychiatrie

Le temps informel peut être perçu comme un moment plus naturel du fait de sa spontanéité, du fait qu'il s'inscrive dans le mouvement, qui en fait un échange plus humain, plus vivant, plus enclin à s'ouvrir à l'autre. Comme l'expriment des ergothérapeutes interviewés dans cette étude, l'accompagnement en ergothérapie consiste à faire en sorte qu'il se passe quelque chose de l'élan vital, faire surgir de la création, dans l'accompagnement, et les échanges informels en sont un moyen. L'informel « *a la puissance de créer du possible, c'est ça qui est intéressant. C'est l'accident qui fait que quelque chose d'autre puisse advenir derrière.* » (B). Notre travail de thérapeute, c'est de « *greffer de l'ouvert* » (OURY, 2007, p.118). Les choix inconscients d'investissements doivent donc être relativement spontanés, livrés au « *hasard objectif* ». (ibid). « *Un événement se ne produit pas dans le monde mais il ouvre le monde. Or, dans la psychose, il y a fermeture à l'événement, impossibilité d'ouvrir le monde et de s'ouvrir au monde. Ce qui compte alors, ce n'est pas de gommer les symptômes mais de rendre les gens les plus vivants possible afin qu'ils puissent continuer à vivre à travers des découvertes inattendues, espérées, dérangeantes, perturbantes mais humaines.* » (DONAZ, 2016, p. 142).

L'informel a à voir avec « *l'effervescence absolue* », « *la vitalité primordiale* », or, il y a du spontané, de l'informel, de l'a-structurel dans le quotidien » (MAURIN, 2010, p.76). En évoquant le quotidien et l'ergothérapie, G. Bost cite : « *La spécificité de l'ergothérapie tient*

dans la possibilité d'inscrire sa thérapeutique à l'intérieur d'espaces individuels et collectifs à tous les instants de la vie institutionnelle » (BOST, 2014, p.63). C'est à dire celle de la rencontre, de l'être et du faire ensemble. L'ergothérapie se situe à tous les niveaux de la vie quotidienne, qu'elle soit à domicile ou en institution. « C'est en partageant les tâches, les moments de parole, et en facilitant l'émergence d'un espace de créativité que l'ergothérapie devient le tissu même de l'institution » (ibid).

Enfin, en parlant d'échanges informels, ne parlons-nous pas simplement du quotidien au sein de la structure de soins ? En 1988, C. Le Breton and all notaient « *Entreprendre des psychothérapies individuelles ou de groupe au sein d'une institution, sans prendre en compte le réel du quotidien, c'est risquer l'échec et des réactions anti thérapeutiques tant au niveau du patient que de l'équipe soignante* ». (LE BRETON et al., 1998, p.39). L'informel sert donc le formel, et vice-versa. Ils sont complémentaires, intriqués, comme le précisent les ergothérapeutes de cette étude, l'un ne pourrait pas exister sans l'autre.

Validation de l'hypothèse :

Ainsi dans le cadre de cette étude et au vu des résultats développés dans l'analyse et la discussion, l'hypothèse : « Lors des échanges informels, l'ergothérapeute ajuste sa posture professionnelle pour développer une relation thérapeutique avec les patients atteints de schizophrénie. » est validée.

Intérêts et limites de l'étude

L'intérêt de cette étude est d'apporter des éléments de réponse sur :

- Les contours d'un sujet très peu abordé de façon générale et dans le domaine de l'ergothérapie en psychiatrie, l'informel étant un concept difficilement définissable, non visible et non reconnu par l'institution, hors prescription et sans transmission officielle.
- Les effets des échanges informels sur la relation thérapeutique, ce qui implique de savoir comment les ergothérapeutes peuvent en faire usage.
- L'ajustement des attitudes de l'ergothérapeute pendant les échanges informels.
- Des pistes de réflexion relatives aux apports des échanges informels sur l'accompagnement de façon plus large.

Des limites sont également associées à cette étude :

- Le sujet est très peu abordé dans la littérature, même s'il intéresse beaucoup les ergothérapeutes avec qui j'ai eu l'occasion d'en discuter.
- La méthode d'analyse qualitative pose des problèmes au niveau de la pertinence des indices retenus puisqu'elle sélectionne ces indices sans traiter exhaustivement tout le contenu. Il y a des risques de laisser des éléments importants ou de prendre en compte des éléments non significatifs (BARDIN, 2013, 137).

Analyse réflexive

Je fais ici un aparté et propose un lien avec ma propre pratique de cette étude.

Des choses très intéressantes se sont dites en « off » des entretiens, que l'on peut considérer comme échanges informels comme le suggère A. Maurin. C'est quand il n'y a plus de questions formelles, c'est-à-dire en lien direct avec le sujet de l'enquête et que l'enregistrement s'arrête, que la parole se libère et que, parfois, les choses les plus importantes se disent.

Pendant l'analyse des résultats, j'ai moi-même été prise dans le « flou » de l'informel, cette incertitude quant à pouvoir formaliser des données qui ne devraient ou ne pourraient pas l'être. Ce sujet passionnant, pour moi comme pour les ergothérapeutes interviewés, a permis de recueillir énormément d'informations qu'il a été très difficile de traiter, de regrouper, de classer, pour en retirer les éléments les plus pertinents pour l'étude.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche s'est intéressé à la pratique ergothérapeutique auprès de patients adultes atteints de schizophrénie, en hospitalisation complète et en ambulatoire. Le protocole a inclus cinq ergothérapeutes travaillant en psychiatrie et qui accompagnent des patients atteints de schizophrénie.

J'ai posé l'hypothèse que l'ergothérapeute, en ajustant sa posture professionnelle pendant les échanges informels, favorise sa relation thérapeutique avec les patients.

Les résultats qui ont émergés de cette étude qualitative montre que l'ensemble des ergothérapeutes interviewés ont des échanges informels avec leurs patients atteints de schizophrénie, que ce soit en intra ou en extra hospitalier. Pendant ces échanges, le cadre est plus souple, il est un autre espace de jeu que propose l'institution et dont disposent les patients et les ergothérapeutes. Les attitudes relationnelles des ergothérapeutes s'ajustent en fonction du contexte et du patient, elles sont moins axées sur le travail thérapeutique et engendre plus de liberté de parole. Cela permettrait au patient de réduire son angoisse, d'être moins méfiant envers l'ergothérapeute et d'être plus enclin à la rencontre. Pour cette raison, les ergothérapeutes peuvent provoquer les échanges informels pour réussir à entrer en contact des patients réfractaires au soins. L'étude montre que les propos échangés lors des échanges informels sont plus personnels et que la proximité est plus grande entre les protagonistes, qui peuvent être deux comme plusieurs. Tous ces éléments engendrent le développement d'une relation de confiance ayant un impact positif sur la relation thérapeutique et la continuité du lien.

Cela n'est possible que dans le cas où l'informel s'intrique avec le formel, l'un ne peut pas exister sans l'autre. Des échanges informels pratiqués en excès, par une présence et une proximité trop importante, pourraient engendrer des rapports autres que soignant-soigné et entraver la qualité du soin.

Cette étude montre les apports de l'informel à la relation thérapeutique mais donne également des pistes concernant l'accompagnement des patients de manière plus large, comme permettre d'affiner l'évaluation du patient, faire du lien avec les séances, amener le patient à accepter les soins voire à en être acteur, créer des liens entre les patients. Sans formaliser l'informel, qui perdrait ainsi son essence et donc ses atouts, je pense que ces

premières données mériteraient d'être approfondies pour enseigner ce que peut apporter l'informel aux patients et à la pratique ergothérapeutique.

Il serait également intéressant d'aborder l'aspect de resocialisation du patient, qui est un des objectifs importants de l'accompagnement (BIOY & BOURGEOIS, 2009). On peut se demander si les échanges informels, du fait qu'ils soient à la frontière d'une relation de soins et relation sociale, seraient « *une façon de se familiariser avec un type de contact qu'ils auront à renouer à l'extérieur* » (BIOY & BOURGEOIS, 2009, p.54).

Bibliographie

- Achaintre, A. (1974). *L'ergothérapie en question*. Lyon Medical.
- AFP-ACP. (s.d.). Consulté le janvier 10, 2018, sur Association Française de Psychothérapie dans l'Approche Centrée sur la Personne: www.afpacp.fr/doc.php?dc=doc084.pdf
- Bagnères, C. (2016). La relation avec l'objet. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- Bergès, L. (2016). Traces de l'éphémère. Dans F. Klein, *Clinique et médiation*. L'Harmattan.
- Berney, S., & al. (2009). « L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies (Vol. 29)*, pp. 133-144.
- Bioy, A., & Bourgeois, F. (2009). L'écoute informelle, facteur de resocialisation. *Revue Santé Mentale n°136*.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*. Armand Colin.
- Bost, G. (2014). A la rencontre de l'inattendu. Dans F. Klein, *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. Eres.
- Bourgeois, F., & Bioy, A. (2009). L'écoute informelle, facteur de resocialisation. *Revue santé mentale n°136*.
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique : Fondements, Mise en oeuvre*. Dunod.
- Constant, A.-S., & Levy, A. (2012). *Réussir mémoires et thèses 4ème édition*. Gualiano Lextenso éditions.
- Digonnet, E., Friard, D., Leryrelou, A., & Rajablat, M. (2004). *Schizophrénie et soins infirmiers*. Masson.
- DiRocco, A. (2009). Accueillir l'informe... *Revue Santé Mentale n°136*.
- Donaz, M. (2016). Entre créativité et soin psychique : être ou ne pas être ergothérapeute? Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck.
- DSM IV. (s.d.). Consulté le novembre 20, 2017, sur <http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/dsmivr/schizophrénie-f20/#c615>
- Fohr, A. (2016). "Etre dedans"? Dans F. Klein, *Clinique et médiation*. L'Harmattan.
- Franck, N., Hervé, C., & Rozenberg, J. (2009). *Psychose, langage et action : Approches neuro-cognitives*. De Boeck.
- Freud, S. (1984). *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF.
- Friard, D. (2009). Un entretien qui ne ressemble pas à un entretien. *Revue Santé Mentale*, p. 22 à 27.
- Granger, B., & Naudin, J. (2015). *La Schizophrénie idées reçues sur une maladie de l'existence*. Le cavalier bleu édition.
- Guelfi, J.-D., & Frédéric Rouillon. (2012). *Manuel de psychiatrie, 2ème édition*. Elsevier Masson.

- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. (A. d. (ARSI), Éd.) *Recherche en soins infirmiers n°102*.
- Kelemen, E. (1996). Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens. *Journal d'ergothérapie*.
- Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire? Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck.
- Klein, F. (2016). Regards croisés sur les médiations thérapeutiques. Dans *Clinique et médiation*. l'Harmattan.
- Krebs, M.-O. (2014). Consulté le octobre 12, 2017, sur inserm.fr: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- Lanquetin, J., & Tchukriel, S. (2012). *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. Groupe de Recherches en Soins Infirmiers.
- Launois, M. (2016). Espace intérieur et espace extérieur. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation 2ème édition*. de Boeck.
- Le Breton, C. (1998). Réflexion sur la spécificité du soin infirmier en psychiatrie. *Soins psychiatrie n°90*, p. 37 à 40.
- Maurin, A. (2010). *Thèse : Les couloirs de l'adolescence*. Université Paris 8.
- Menard, M. (2016). La fabrique du cadre. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck.
- Merkling, J. (2009). "L'être" en psychiatrie. *Revue Santé Mentale n°136*.
- Meunier-Schoen, P. (2014). De mémoire d'ergothérapeute : l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, une démarche engagée de l'ergothérapeute. Dans F. Klein, *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. Eres.
- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports. (2010). *Annexe II : Référentiel de compétences. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Récupéré sur <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (2e édition)*. De Boeck Supérieur.
- Mutis, M. (2015). Consulté le octobre 20, 2017, sur ergopsy: <http://www.ergopsy.com/>
- OMS. (2016, avril). Consulté le octobre 20, 2017, sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/fr/>
- Oury, J. (2000). Point de vue. *Vie Sociale et Traitements n°65*, p. 8 à 13.
- Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *Vie Sociale et Traitements n°95*, p. 110 à 125.
- Pibarot, I. (2013). *Une ergologie*. de Boeck & Solal.
- Pierret, J. (2009, Mars 16). Place et usage de l'entretien en profondeur en sociologie . HAL Archives ouvertes.
- Racamier, P.-C. (2001). *L'esprit des soins, Le cadre*. Les éditions du collège.

- Rajablat, M. (2003). *La toilette Voyage au coeur du soin*, 2ème édition. Masson.
- Rogers, C. (2010). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF.
- Rogers, C. (2013). *Liberté d'apprendre 4ème édition*. Dunod.
- Sassolas, M. (2009). *La psychose à rebrousse poil*. Eres.
- Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnement. (2015). *Revue santé mentale n°202*.
- Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Eres.
- Vujanovic, M. (2016). Rencontre singulière sur le périphérique. Dans F. Klein, *Clinique et médiation* : . L'Harmattan.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Annexes

ANNEXE I – Pré-enquête.....	1
ANNEXE II – Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM IV.....	2
ANNEXE III – Guide d’entretien.....	3
ANNEXE IV – Retranscription de l’entretien avec Diane.....	4
ANNEXE V – Grille d’analyse thématique.....	8

ANNEXE I - Pré-enquête

Mémoire en ergothérapie "les échanges informels en psychiatrie"

Présentation : Etudiante en 3ème année, je réalise un mémoire sur les échanges lors des échanges informels avec des patients atteints de schizophrénie. Par cette pré-enquête, je souhaiterais recueillir votre avis sur la nature des échanges informels et la place qu'ils tiennent dans votre accompagnement ergothérapeutique. Merci.

Questionnaire :

- Lieu d'exercice :
- Type de fonctionnement de la structure :
- Population accueillie :
- Nombre d'année d'expérience :

- Pour vous, qu'est-ce qu'un temps informel ?
- A quel moment et à quel endroit se réalise-t-il ?
- Selon vous, qu'est ce qui se joue pendant les échanges informels ?
- Selon vous, quelle place tient l'informel dans la relation thérapeutique ?

ANNEXE II – Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM IV

A. Symptômes caractéristiques : deux ou plus des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs, p.ex., émoussement affectif, alogie ou perte de la volonté

N.B. : Un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations plusieurs voix conversent entre elles.

B. Disfonctionnement social / des activités : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C. Durée : Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur : Un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. Exclusion d'une affection médicale générale / due à une substance : La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F. Relation avec un trouble envahissant du développement : en cas d'antécédents de trouble autistique ou d'un trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Source : <http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/dsmivr/schizophrénie-f20/#c615> (consulté le 26/10/2017).

ANNEXE III – Guide d’entretien

Consigne initiale :

Le thème de ma recherche est la place des échanges informels dans l’accompagnement ergothérapeutique des patients atteints de schizophrénie. Cet entretien est totalement libre et ouvert, je cherche à avoir votre point de vue, vos ressentis, vos avis sur les situations que vous vivez avec vos patients. Toutes les informations que vous pourrez me fournir sont intéressantes pour l’étude. L’entretien est anonyme et durera environ 30 à 45mn. Il est enregistré pour être retranscrit et les informations recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire, êtes-vous d’accord ?

Etes-vous prêt(e) à commencer l’entretien ?

1. Dans quel(s) type(s) de structure exercez-vous ?
2. Depuis combien de temps ?
3. Quelle est l’orientation de travail de la structure ?
4. Qu’est ce qui est le plus important, pour vous, dans l’accompagnement d’un patient schizophrène ?
5. Selon vous, quels sont les freins à la construction d’une alliance thérapeutique avec les patients atteints de schizophrénie ?
6. Comment définiriez-vous les échanges informels ?
7. Dans quelles circonstances utilisez-vous les échanges informels dans votre suivi des patients atteints de schizophrénie ?
8. A quoi faites-vous particulièrement attention pendant les échanges informels ?
9. Comment définiriez-vous votre positionnement pendant les échanges informels ?
10. Comment qualifieriez-vous la relation que vous avez avec les patients pendant les échanges informels ?
11. Comment analysez-vous, après coup, les échanges informels avec un patient ?

Avez-vous des choses à ajouter ?

Je vous remercie d’avoir partagé votre expérience et de m’avoir accordé ce temps. N’hésitez pas à me contacter suite à cet entretien si vous souhaitez partager des informations auxquelles vous n’avez pas pensées.

ANNEXE IV – Retranscription de l'entretien avec Diane

Le 6 avril 2018 – A l'hôpital de jour.

Vanessa Montroussier (VM) : Alors dans quel type de structure travaillez-vous, même si je le sais ?

Diane (D) : Alors je travaille dans 3 lieux différents, je suis sur le même pôle, mais je travaille dans un CMP, dans un hôpital de jour, et en intra-hospitalier.

VM : Vous pouvez me dire les pourcentages du travail ?

D : Donc ça fait 50% d'intra, une demie journée par semaine au CMP donc ça fait 10% je crois et 40% en hôpital de jour.

VM : Depuis combien de temps vous êtes dans cette structure ?

D : Depuis 3 ans.

VM : Vous avez toujours fait les 3 ?

D : Oui

VM : D'accord. Et depuis quand vous exercez en santé mentale ?

D : Depuis 3 ans et demi, un peu plus.

VM : Est-ce que vous savez me dire les orientations de travail des 3 structures, enfin des 3 structures même si c'est le même pôle mais peut-être c'est différent ?

D : Alors en hôpital de jour on a plutôt une orientation psychodynamique. Après dans les autres structures moi j'ai mon orientation... mais plutôt psychodynamique, mais il n'y a pas d'orientation précise c'est assez flou.

VM : Est-ce qu'il y en a plusieurs ou bien c'est indéterminé plutôt ?

D : C'est plutôt indéterminé.

VM : D'accord. Qu'est-ce qui est, selon vous, le plus important dans l'accompagnement d'un patient schizophrène ?

D : Euh... De mettre en place une relation de confiance... oui c'est ça le plus important...

VM : Justement sur cette relation, sur l'alliance thérapeutique, quels sont selon vous les freins à la construction d'une alliance thérapeutique ou les difficultés que vous avez pu rencontrer ?

D : Les freins alors ça peut être la persécution du patient, ça peut être le délire, euh...qui peut entraîner une persécution du patient par nous, ça peut être...Redites moi la question?

VM : Quels sont les freins à la construction ou les difficultés que vous avez pu rencontrer ? Vous pouvez prendre des exemples...

D : La dissociation aussi, le fait que le patient soit dispersé, qu'il ait du mal à se concentrer, donc qu'il ait du mal à rentrer en relation avec nous. Et aussi parfois l'institution ça peut être un frein, quand on a beaucoup d'attente envers un patient, quand on veut qu'il ait des projets... Je pense que parfois ça peut être à la fois créer une alliance et en même temps ça peut être un frein à la relation. Je sais pas si c'est très clair ce que...

VM : Est-ce que vous pourriez me détailler un peu ? Vous voulez dire le cadre institutionnel ou l'institution ?

D : Parfois l'institution oui je pense que ça peut être un frein aussi à la relation. Parce que forcément on est dans une relation qui est pas symétrique et donc ça peut aussi parfois, comment dire, nous mettre en difficulté pour mettre en place une relation de confiance avec le patient.

VM : Vous avez un exemple ?

D : Par exemple un patient que je vais croiser de manière informelle dans les couloirs qui va venir vers moi lui-même discuter et qui va me demander de venir en séance, là ça va être plus facile, la relation va se mettre en place plus facilement que si c'est moi qui vais...parce qu'il y a un médecin qui fait une prescription, qui va aller directement vers lui un peu, peut-être un peu trop rapidement, et peut-être que ça va un petit peu attaquer le patient...voilà.

VM : Donc dans l'organisation de votre travail, enfin des soins quoi

D : En fait peut-être qu'on veut aller des fois trop vite par rapport où en sont les patients.

VM : D'accord. Donc ça ça peut être un frein. Et est-ce qu'il y a des choses qui peuvent venir de vous, qui peuvent aussi être des freins ?

D : (réflexion) ... Oui. Forcément y'a des moments où je suis moins disponible, mais...peut-être pendant les groupes, quand il y a beaucoup de patients qui sont en demande. Là ça peut être un frein aussi parce qu'on va être moins présente pour un patient et du coup il peut peut-être, dans les groupes ouverts par exemple, si on est moins présent il va peut-être partir du groupe, alors qu'il serait resté si on avait pu être là un peu plus individuellement avec lui.

VM : D'accord. Comment vous définiriez les échanges informels ? Peut-être que vous pouvez faire la différence entre les structures peut-être...si ce n'est pas pareil

D : Ben à l'hôpital, dans toutes les structures il y a des échanges informels dans les couloirs, dans la cour. Donc soit à l'hôpital, soit à l'hôpital de jour, mais aussi au CMP... C'est des endroits où on n'est pas dans un lieu précis de soin, mais on l'est quand même dans le cadre des soins puisque le patient sait que ...voilà...on est thérapeute et lui reste patient. Ça peut être dans les couloirs aussi, où est-ce que ça peut être...Parfois quand on

va accompagner un patient à l'extérieur ... c'est des trucs formels, dans les transports en commun ou dans la rue. Quand on croise aussi le patient dans la rue ou aux alentours de l'hôpital, de l'hôpital de jour ou du CMP... Mais aussi ça peut être des...il peut y avoir des temps informels aussi dans la salle d'ergothérapie. Parfois quand les patients viennent voir si je suis dans la salle, me dire bonjour, on a une autre discussion que quand il y a eu un rendez-vous qui a été posé...

VM : D'accord. Donc en fait des temps informels vous en avez autant à l'HDJ que en intra? Enfin de la même nature ?

D : Je pense que c'est plus courant à l'hôpital de jour, parce que aussi on mange avec les patients. Après je sais pas si le temps du repas... si c'est un temps informel mais pour moi ça fait aussi partie des soins...

VM : Il est plus institutionnalisé celui-là... ?

D : Oui. C'est plus évident à l'hôpital de jour parce qu'on travaille tous avec ces temps informels. On en parle, on réfléchit à comment on se positionne pendant ces temps-là.. Que au CMP c'est un peu plus rare parce que les patients viennent que pour un rendez-vous...Donc.. Et à l'hôpital...ça arrive, mais en général on a moins de temps de voir les patients, de discuter avec eux pendant ces temps informels...

VM : D'accord. Et quand vous dites que vous réfléchissez, enfin que vous en parlez en équipe comment vous positionner pendant ces temps informels, comment, qu'est-ce que vous dites par exemple?

D : Par exemple quand les patients nous posent des questions un peu indiscretes ou quand on discute de choses...euh...Parfois les patients ils nous parlent peut-être plus facilement de leur délire dans ces moments-là. Puisqu'il n'y a pas le cadre, le cadre institutionnel est moins présent. Et du coup on réfléchit à ce qui s'est passé, à comment on s'est positionné, comment on a répondu aux patients ... Est-ce que c'est déjà arrivé qu'il parle de ça à nos collègues? Comment ils se positionnent dans ces cas-là...

VM : Et vous disiez que, par exemple, quand un patient venait vous voir dans la salle d'ergo... voilà... vous allez avoir la même discussion avec lui pendant ce temps -là que pendant une séance d'ergo... Qu'est-ce qui change ...entre les deux ?

D : Déjà c'est le patient qui vient lui-même me chercher. Bon quand on a des rendez-vous c'est quelque chose qu'on a décidé ensemble. Après, en général, c'est qu'ils ont des demandes pour les séances à venir, ou des attentes...On parle de ça, et il n'y a pas la médiation qui est présente en tout cas concrète ou physiquement. On en parle mais y'a pas d'activité...précise en tous cas enfin, c'est juste une discussion.... Oui...et je pense que dans ces cas-là le patient il peut aussi se positionner un peu plus comme acteur de ses soins, dans ces cas-là. Puisque c'est lui qui vient directement.

VM : Là c'est dans le cas où il vient vous voir dans la salle d'ergo ?

D : Oui.

VM : Mais dans le cas où vous le rencontrez dans un couloir, ou à la pause clope, là c'est pas lui qui vient, c'est juste vous vous rencontrez.... La discussion est-ce qu'elle est différente d'un temps formel ?

D : Oui elle peut être différente parce que...on peut parler peut-être d'autre chose que des soins, ça ouvre un peu plus la discussion. On est moins ...comment dire, on dirige peut-être moins la discussion vers ce qui se passe dans la séance, vers la médiation. On peut parler de choses qui se sont passées soit dans l'institution soit dans l'actualité. Soit le patient peut nous parler de choses dont il ne nous parlerait pas en séance.

VM : Et pourquoi à votre avis il parlerait de choses dont il ne parlerait pas en séance ?

D : Peut-être qu'il y a moins d'enjeux aussi, ça c'est clair. Il y a pas l'enjeu des soins. Souvent les patients nous on le voit que parfois ils disent des choses parce qu'ils pensent que c'est ce qu'on attend d'eux. Et quand dans ces temps informels il y a moins cet enjeu-là des attentes des soignants, de répondre au projet qu'on a pour eux, tout ça.

VM : D'accord.

D : C'est plus une relation, comment dire, c'est plus équilibré comme relation.... Parfois aussi ça peut être compliqué ces temps informels parce que parfois ils peuvent nous poser des questions sur notre vie privée, et on sent qu'il y a quelque chose au niveau de la distance thérapeutique qui est différente. On peut être plus proche aussi physiquement, on peut être assis à côté alors qu'en séance en général on se positionne peut-être autrement.

VM : Et là-dessus, ça change votre attitude pendant ces moments-là? Est-ce que tu l'ajustes d'une certaine façon, est-ce que tu te positionnes d'une certaine façon par rapport aux temps formels ?

D : Je pense que le positionnement il reste à peu près le même. Je vais réfléchir à comment je me positionne dans la relation, est-ce que suis trop près physiquement, à est-ce qu'il faut que je me décale un petit peu... Est-ce que ce dont on était en train de parler c'est quelque chose dont on peut parler avec un soignant, enfin avec un patient... Non je pense que y'a... c'est à peu près la même relation, en tous cas en hôpital de jour. A l'hôpital c'est peut-être encore différent.

VM : Et quand vous dites que ça s'équilibre plus, ça veut dire que lui c'est plus sa perception à lui de toi pendant ces temps informels qui change ? Ou c'est votre positionnement ?

D : Je pense que c'est un peu les deux.

VM : Est-ce que vous allez parler des mêmes choses ?

D : Oui. Je pense qu'on peut...on peut parler de choses autres que pendant les séances d'ergothérapie ou pendant les groupes, parce qu'on a le temps d'en parler, on n'est pas là pour quelque chose de particulier, on a pas de but particulier. Je pense que ça ouvre la discussion et du coup forcément ça change la perception que le patient a de moi et que j'ai de lui, parce qu'on s'autorise à parler de choses dont on ne parlerait pas. Donc c'est un peu les deux en fait. Je suis pas sûre que ce soit vraiment mon positionnement, parce que mon positionnement il reste le même. C'est juste que c'est pas le même...je sais pas comment dire... on n'est pas là...c'est pas les mêmes raisons qui font qu'on est à cet endroit-là au même moment. Je pense que c'est plutôt ça... C'est pas très clair...

VM : Si. C'est l'instant en fait qui fait que ... ?

D : C'est le lieu aussi je pense. Le lieu, le moment, ce qu'on fait...

VM : Ok. A quoi faites-vous particulièrement attention pendant ces temps-là ?

D : Je pense que je vais, si je peux et si je vois qu'il y a une possibilité de relation, de quelque chose enfin d'un échange, je vais essayer d'être en lien avec lui, si j'ai le temps, voilà si je peux et ...Redis la question ?

VM : A quoi faites-vous particulièrement attention ?

D : Et bien après je vais faire attention, y'a comment le patient se positionne, est-ce que il cherche lui à venir vers moi, est-ce qu'il est pas trop proche, est-ce que....voilà

VM : D'accord.

D : Et puis qu'est-ce que j'observe aussi au niveau clinique. Est-ce que j'ai l'impression qu'il est....qu'il est halluciné, est-ce qu'il est délirant, ...

VM : Est-ce que ça vous arrive de planifier ou d'organiser ou d'utiliser des temps informels avec certains patients ?

D : (hésitation)...Oui surtout à l'hôpital en fait. Quand c'est difficile, quand les patients refusent de venir en séance, quand ils sont fermés, quand euh... je vais discuter un peu avec eux, je vais m'installer un peu dans le salon, voir ce qui se passe.

Par exemple il y a une patiente en ce moment à l'hôpital que je voyais souvent regarder par la fenêtre et je suis allée au départ discuter avec elle de ce qui se passait à l'extérieur...Et c'est comme ça petit à petit on se donnait des rendez-vous pour discuter au bord de la fenêtre, voilà en regardant à l'extérieur, et petit à petit après elle a pu venir en séance, on a pu prendre des rendez-vous.

VM : D'accord.

D : Et je pense que si je l'avais, si j'étais allée directement lui dire "y'a le psychiatre qui a demandé à ce qu'on se voit, il y a une prescription d'ergothérapie", je pense que elle serait jamais venue. Pas directement quoi.

VM : D'accord. J'ai une question, depuis tout à l'heure... Oui, c'était sur le cadre, parce qu'on parlait des moments informels c'est dans l'institution en général, sauf quand on sort mais l'institution est quand même là, mais pour vous, ça change quoi par rapport au cadre que de la salle d'ergothérapie ?

D : Ca change parce qu'il peut y avoir des gens qui viennent, qui passent, s'ils passent et qu'on est assis dans le couloir avec un patient à discuter, il peut y avoir des gens qui entendent ce qu'on dit, on n'est pas dans un endroit fermé enfin avec une situation particulière comme la salle d'ergothérapie par exemple. Ca change aussi parce qu'on n'est pas là pour une raison particulière, pour une séance ou pour aller au repas ou quelque chose en particulier. Et donc le patient peut peut-être plus partir si il veut pas rester et si il veut pas discuter. Alors qu'en séance 'est plus rare qu'un patient demande à partir en cours de séance. Ou alors il viendrait pas.

VM : Est-ce que vous pensez que ça joue justement sur la perception qu'a le patient de vous pendant ces moments-là, le fait qu'il n'y ait pas de cadre thérapeutique parce que finalement il y a juste le cadre institutionnel, votre cadre de soignant...

D : Oui je pense que ça joue parce qu'il peut voir que je m'intéresse à lui, pas uniquement pendant les séances, aussi en dehors et aussi pour peut-être d'autres choses que pour parler des soins. Enfin ça montre aussi que le lien il est toujours présent malgré...même si on se voit pas forcément en séance d'ergothérapie.

VM : D'accord. Est-ce que par rapport à ça vous voyez des risques dans les échanges informels ? Pour vous ou pour le patient ? Pour l'institution ?

D : Des risques euh... je dirais pas forcément des risques...Ben il faut être attentif à ce que le patient nous pose pas des questions trop personnelles, ou qu'il nous dise pas des choses qui seront pas adaptées dans une relation soignant-soigné. Mais en général c'est toujours possible de recadrer après les choses. Donc c'est un risque, mais c'est un risque qui est pas rigide et qui peut se rattraper. C'est un risque à prendre peut-être pour entrer en relation avec les patients. Mais après qu'est-ce que ça peut être le risque? Ca peut être aussi si on va discuter...parfois ça m'arrive de discuter à l'hôpital avec des patients que je connais pas du tout, dont j'ai pas encore entendu parler parce qu'on a pas encore eu de staff, parce qu'on a pas encore les nouveaux patients. Et donc parfois on peut répondre un peu à côté et donc il faut faire attention, à voir avec les collègues quand on connaît pas le patient. A vérifier par exemple si il peut avoir des cigarettes, si il peut avoir des choses.... Ou qu'est-ce qu'on lui répond quand il nous demande si il peut téléphoner, des choses comme ça. Il faut vérifier le cadre en équipe.

VM : Mais par exemple on parlait du cadre tout à l'heure, le fait qu'il soit lui dans un cadre peut-être moins contenant qu'en séance, est-ce que pour lui ça peut poser problème ?

D : Ca peut mais ça peut aussi être dans le cadre des séances ou dans le cadre des groupes . Par exemple un patient qui est très dissocié, qui est délirant, si, en temps informel il peut très bien être persécuté mais aussi même peut-être encore plus si on lui demande de venir en séance. Parce qu'à ce moment-là on attendra quelque chose de lui et il aura l'impression qu'on attend quelque chose de lui et que Dans les temps informels si vraiment....Souvent les patients, si la relation est...on se rend compte que ils partent en fait quand ils se sentent trop persécutés. Souvent ils restent pas avec nous.

VM : C'est ce que vous disiez, c'est plus facile de sortir et de rentrer dans ces moments-là, plus facilement qu'en séance. D'accord. Comment vous pourriez qualifier la relation avec un patient dans ces temps-là?

D : On est toujours dans une relation thérapeutique. Comment qualifier...? (réflexion) Ben je pense que ça peut renforcer la relation thérapeutique. Et ça permet aussi peut-être en séance d'ouvrir sur d'autres choses dont on aurait peut-être pas pensé pendant les séances parce que on va peut être parler d'autre chose et donc ça va ouvrir sur d'autres idées qu'on pourrait faire en séance. Et oui je pense que ça renforce la relation et puis parfois dans les temps informels il peut y avoir plusieurs patients et donc entre eux aussi ils vont discuter, et ils vont discuter d'autre chose. Nous on va peut-être pas poser les mêmes questions que un patient avec un autre patient. Et donc ça va peut-être ouvrir aussi, ils vont peut-être parler aussi plus facilement de leurs difficultés entre eux .Leurs difficultés à venir, leurs difficultés avec la psychiatrie, personnelles aussi...Donc ça permet de mieux connaître aussi le patient.

VM : D'accord...Et qu'est-ce que vous faites, ça c'est la dernière question, qu'est-ce que vous faites des informations que vous recueillez pendant ces temps-là ?

D : Qu'est-ce que j'en fais...(réflexion). Alors si il s'est passé des choses importantes et que c'est important d'en parler en équipe, j'en parle en équipe. Parfois il m'est même arrivé de noter ,par exemple avec cette patiente avec qui je ne m'entendsje vais noter ce qui se passait, les échanges qu'on avait... Après on n'a pas toujours le temps. S'il fallait qu'on note tous les moments informels on verrait plus les patients mais on les verrait la moitié du temps. Mais quand il se passe des choses importantes on les transmet et alors après ça va m'aider à réfléchir aussi à ce que je vais faire en séance avec le patient, à comment on va mettre en place des choses, tout le processus thérapeutique.

VM : D'accord.

D : Ca va m'aider pour le diagnostic d'ergothérapie....

VM : Euh je crois que c'est tout... vous avez des choses à ajouter sur ce sujet des temps informels ?

D : Non. J'ai arrêté de fumer alors j'ai beaucoup moins de temps informels....Donc voilà (rires)

VM : Merci beaucoup pour cet entretien

D : De rien, j'espère que ça vous aidera ! j'aimerais bien recevoir votre mémoire quand il sera fini.

VM : Oui bien sûr, je vous l'enverrai.

D : Merci, bon courage !

ANNEXE V – Grille d’analyse thématique

THEME PRINCIPAL 1 : La relation thérapeutique	
Place de la relation dans l’accompagnement des patients	<p>« (...) le plus important c’est déjà d’essayer d’entrer en relation » (A)</p> <p>« Le sentiment de continuité qu’on peut lui faire éprouver relativement à nous- mêmes c’est à dire que le cœur des choses étant bien évidemment une relation thérapeutique. » (B)</p> <p>« Ce qui me vient comme ça c’est le lien » (C)</p> <p>« (...) mettre en place une relation de confiance... oui c’est ça le plus important » (D)</p> <p>« (...) l’important c’est la continuité, ce lien comme ça qui ne lâche pas » (E)</p>
Freins à la relation thérapeutique	<p>« (...) l’impossibilité de s’adapter aux patients » (A)</p> <p>« (...) une demande qui vient de ce grand autre médical qui leur est transmise et il se retrouve face à nous (...) c’est hyper angoissant pour eux » (A)</p> <p>« (...) une trop grande instabilité (...) ils vont pas venir, il faut les rattraper, ils échappent... à toute forme d’emprise » (B)</p> <p>« (...) l’usure, c’est la fatigue [de l’ergothérapeute] (...) à un moment donné on devient psychologiquement sourd » (B)</p> <p>« La discontinuité, le manque de confiance dans le temps (...) la non disponibilité [de la part du soignant] » (C)</p> <p>« Parfois l’institution, oui, je pense que ça peut être un frein aussi à la relation. Parce que forcément on est dans une relation qui est pas symétrique et donc ça peut aussi parfois, comment dire, nous mettre en difficulté pour mettre en place une relation de confiance avec le patient. » (D)</p> <p>« Les freins alors ça peut être la persécution du patient, ça peut être le délire, la dissociation, le fait que le patient soit dispersé, qu’il ait du mal à se concentrer » (D)</p> <p>« (...) parfois l’institution ça peut être un frein, quand on a beaucoup d’attente envers un patient, quand on veut qu’il ait des projets » (D)</p> <p>« (...) y’a des moments où je suis moins disponible, mais...peut-être pendant les groupes, quand il y a beaucoup de patients qui sont en demande » (D)</p> <p>« (...) tout ce qui touche au repli de ces patients » (E)</p> <p>« (...) l’angoisse évidemment étant quelque chose d’omniprésent » (E)</p> <p>« Les freins ici ce serait la taille de la structure qui est trop grande pour certains patients (...) pas assez contenant (...) parce qu’il y a voilà, y’a trop de monde où le monde est aussi comme ça angoissant, les regards toutes ces choses- là (...) le nombre d’espaces en fait parce qu’on peut s’y perdre » (E)</p>
Nature de la relation pendant les échanges informels	<p>« (...) une relation de confiance plus d’égal à égal » (A)</p> <p>« (...) ça déjoue un petit peu cette hiérarchie des rôles entre soignants et soignés » (A)</p> <p>« Plus d’individu à individu » (A)</p> <p>« (...) une relation avec moins de méfiance et moins persécutrice pour lui, y compris avec une médiation parce qu’alors déjà quand on doute de ce que l’autre veut et de ce qu’il va falloir faire, et si en plus faut créer quelque chose là ça devient compliqué » (A)</p> <p>« (...) c’est du lien humain avant d’être la relation soignant-soigné » (A)</p> <p>« (...) une réduction d’un rapport asymétrique dans la relation thérapeutique. » (B)</p> <p>« (...) il me semble que c’est plus une relation d’humain à humain » (C)</p> <p>« (...) c’est un moment où ils paraissent moins patient, plus, enfin, ce qui me venait comme ça c’était de les considérer vraiment comme des personnes » (C)</p> <p>« C’est plus une relation, comment dire, c’est plus équilibré comme relation » (D)</p> <p>« (...) c’est un temps qui est un peu privilégié, une attention particulière » (E)</p> <p>« (...) une relation plus équilibrée, de personne à personne » (E)</p>
THEME PRINCIPAL 2 : La place des échanges informels dans l’accompagnement	
Contenu des échanges informels	<p>« (...) que c’est un lien entre le privé et le public aussi c’est- à - dire que c’est des choses qui se disent, qui peuvent appartenir à la sphère privée mais qui sont... qui peuvent se dire en présence d’autres » (A)</p> <p>« (...) on est comme deux personnes qui se rencontrent et qui parlent de ça, et du coup les choses se disent, beaucoup plus » (A)</p> <p>« (...) ils peuvent parler de choses qui sont plus personnelles, parce que des fois c’est plus simple de parler du personnel même en présence d’autres, ça évite de donner trop de consistance aussi à certains sujets » (A)</p> <p>« (...) si les mêmes sujets abordés dans des temps informels ça va plus glisser parce qu’on ne peut pas y donner la même importance, parce qu’il y en a d’autres, parce que ça s’arrête » (A)</p> <p>« (...) souvent ils vont parler de leur vie quotidienne » (A)</p> <p>« (...) permet au patient de se dire autrement que dans sa posture de soigné mais c’est à dire il est là, il peut se dire lui en tant qu’être humain avec toutes ces questions, tous ces doutes et du coup beaucoup beaucoup de choses se disent dans ces moments- là. " (A)</p> <p>« (...) par contre dans le couloir on peut parler de plein de choses » (A)</p>

	<p>« (...) des informations sur leur fonctionnement, sur leur vie quotidienne, sur leur fonctionnement psychique, sur leurs angoisses » (A)</p> <p>« (...) en fait ces temps informels en fait c'est la vie » (A)</p> <p>« (...) un rapport à l'autre à ce point différent, et bien, que justement il nous donne à voir de lui quelque chose qu'on ne connaît pas de lui et réciproquement » (B)</p> <p>« (...) c'est souvent des quiproquos, ce sont souvent des moments un petit peu amusés où on se bouscule dans quelqu'un dans le couloir, pof, voilà on va on va rire l'un l'autre par l'action de se bousculer » (B)</p> <p>« (...) quelque chose que je n'aurais peut-être pas entendu ou vu autrement et qui apporte un peu de l'eau à mon moulin » (B)</p> <p>« (...) il me donne à voir quelque chose de lui que j'imaginai pas » (B)</p> <p>« (...) on discute sur un autre plan en fait, ils sont en train de me poser des questions plus personnelles sans être de l'intime (...) je pense que c'est important qu'on puisse être à même de donner des éléments de nous, personnes, parce qu'on leur en demande aussi » (C)</p> <p>« (...) des rapports plus personnels, et non pas intimes » (C)</p> <p>« (...) ils peuvent être au courant de plein de choses de notre vie dont ils ne sont pas au courant habituellement » (C)</p> <p>« (...) y'a peut être d'autres choses qui circulent et pourquoi pas, parce que de leur part aussi ils nous dévoilent d'autres choses donc un petit peu donnant donnant » (C)</p> <p>« (...) ça peut être vraiment un contenu différent en fait » (C)</p> <p>« (...) pendant les temps informels, on se dit beaucoup plus de choses quoi » (C)</p> <p>« (...) c'est juste une discussion » (D)</p> <p>« Parfois les patients ils nous parlent peut-être plus facilement de leur délire dans ces moments-là » (D)</p> <p>« Parfois quand les patients viennent voir si je suis dans la salle, me dire bonjour, on a une autre discussion que quand il y a eu un rendez-vous qui a été posé » (D)</p> <p>« (...) on peut parler peut-être d'autre chose que des soins, ça ouvre un peu plus la discussion. » (D)</p> <p>« (...) le patient peut nous parler de choses dont il ne nous parlerait pas en séance » (D)</p> <p>« (...) on s'autorise à parler de choses dont on ne parlerait pas. » (D)</p> <p>« (...) la parole circule » (E)</p> <p>« (...) les questions qu'ils pourraient peut-être se permettre de me poser ailleurs, donc sur des temps plus informels, ils me les posent pas en activité ou peut-être ça se présente même pas. » (E)</p> <p>« (...) peut être un petit peu plus dans le partage » (E)</p> <p>« (...) je lui renvoie sans cesse la parole quelque part [pendant les temps formels], alors que sur ces temps informels il y a un vrai discours aussi de mon côté, il y a un vrai échange et pour qu'il y ait un vrai échange il faut qu'il y ait un petit peu de choses de mon côté qui soient données (...) des choses personnelles mais qui touchent pas à mon histoire ou à mon intimité à ma famille » (E)</p>
Effets sur l'accompagnement	<p>« (...) retrouver quelque chose d'un peu plus souple de plus spontané et que le patient se sente suffisamment rassuré pour pouvoir s'inscrire dans une relation » (A)</p> <p>« (...) permet aussi de faire passer beaucoup de choses après dans d'autres temps » (A)</p> <p>« (...) ça peut permettre voilà, l'air de rien dans les temps informels de se dire bonjour, heu... de se côtoyer et de pouvoir proposer dans un de ces temps- là, quand on sent que ça peut être le moment, que le patient n'est pas trop mal en face, de rien que de lui proposer de venir voir le lieu, le lieu de l'atelier d'ergothérapie déjà d'une première entrée comme ça et pour pouvoir dans l'implicite, enfin dans l'informel, proposer un premier rendez- vous après pour aller vers quelque chose de plus formalisé, mais du coup sans que ce soit trop angoissant pour que le patient puisse lui-même avoir une demande et une envie d'y venir » (A)</p> <p>« (...) ça permet de reparler de ce qui a pu se jouer pendant le groupe, avec moins de crispation, moins d'enjeux » (A)</p> <p>« (...) ça permet aussi d'avoir un petit peu un après coup pour les patients (...) on reréfléchit à ce qui s'est joué etc... et de pouvoir y retourner avec eux, en ayant eu ce temps de réflexion nécessaire qui permet de reprendre autrement les choses » (A)</p> <p>« (...) utiliser tous ces temps là pour permettre aux patients de rester là, d'être là, d'être en lien, de peut-être dire quelque chose ou ne rien dire aussi, mais être à côté pour essayer...heu ... de faire retomber un petit peu les appréhensions, l'angoisse etc... » (A)</p> <p>« (...) des patients qui ne participent à rien, qui n'ont pas de prise en charge, qui n'ont pas de groupe, les seuls temps qu'on peut espérer avoir, ça va être ça, ça va être sur ces temps informels, pour essayer de tisser des ébauches de liens qui peuvent peut-être donner envie, pour eux, d'une rencontre un peu plus importante » (A)</p> <p>« (...) Il y a des patients avec lesquels il n'y a que ça. Et rien d'autre n'est possible, c'est-à-dire les patients qu'on ne peut, que personne n'arrive à voir en séance individuelle » (A)</p>

« Alors petit à petit l'objectif pour ces patients-là [ceux qu'on n'arrive pas à voir en séance] c'est justement de leur permettre de réussir à pouvoir se poser dans un bureau, dans un truc un petit peu plus contenant etc... pour qu'il puisse dire des choses, sans être dans la fuite ou la crainte de la rencontre parce que l'entretien informel permet une première rencontre, un des premiers temps de relation » (A)

« (...) connaître le patient et savoir vers où on veut aller avec lui et affiner cliniquement sa position avec le patient » (A)

« (...) notamment tout ce qui est de l'ordre de l'évaluation du patient » (A)

« (...) dans les temps informels on apprend énormément sur eux, comment ils se positionnent, sur ce dont ils veulent nous parler » (A)

« Ils sont nécessaires pour permettre au patient d'accepter sa prise en charge » (A)

« (...) avant tout c'est ça participe énormément la relation, ce qu'on appelle la relation de confiance » (A)

« La majorité de la connaissance et du lien qu'on a avec le patient on l'a pas [sans temps informels] » (A)

« (...) il y a des patients pour lesquels c'est totalement intrusif (...) persécutant » (A)

« (...) pour certains il faut les aider à mettre des bords, à border leur pensée, à pouvoir s'arrêter et que si on est trop disponible à ça ça ne les aide pas. » (A)

« (...) d'être trop disponible ça ne leur permet pas d'avoir leurs ressources à eux et d'essayer de se débrouiller avec ce qu'ils sont » (A)

« (...) il faut pouvoir que les soignants soient là dans des temps informels mais pas tout le temps, parce que sinon on peut devenir rapidement une espèce de Big Brother où ils ont aucun espace où le soignant n'est pas, et leur laisser des espaces où ils peuvent aussi eux peut-être mentir, peut-être nous cacher des choses, c'est aussi important, c'est aussi indispensable même à la relation de confiance » (A)

« (...) c'est tout le soin relationnel quoi, c'est la base du soin » (A)

« (...) une relation un peu plus approfondie un peu mieux installée » (B)

« (...) c'est la permanence de la relation » (B)

« (...) je me dis c'est le moment j'arrive jamais à l'attraper... Vous avez tout le temps des patients qui vous échappent. (...) A un moment donné c'est finalement faire confiance au réel et à justement à son imprévisibilité et à en faire un usage » (B)

« (...) j'attrape plein de gens qui sont en train de prendre un café en fait : Bah puisque vous êtes là venez donc visiter la salle, venez donc nous voir, voir un peu comment ça se passe » (B)

« (...) en fait je pense que j'en fait tout le temps usage...mais il n'y a pas vous voyez, c'est pas forcément un projet, c'est pas forcément de l'intention » (B)

« (...) ça va apporter quelque chose d'un petit peu plus frais un peu plus spontané que ce qu'on vit au quotidien ou justement relativement à la question d'une norme, d'un contrôle, d'un pragmatisme » (B)

« (...) nourrir la connaissance que je peux avoir de l'autre et éventuellement de nourrir le travail que j'essaie de conduire avec cette personne » (B)

« (...) ça enjolive un peu les choses. Ça les rend possibles aussi, ça les arrondis, ça montre encore une fois de l'autre quelque chose qu'on ignorait de lui et ça marche dans les deux sens. » (B)

« Pour un temps je suis sans doute moins soignant que je ne le suis par ailleurs, pour un temps l'autre est sans doute moins patient et malade qu'elle ne l'est par ailleurs. » (B)

« (...) ça peut casser l'image que l'autre a de nous, mais ça peut se récupérer a priori » (B)

« (...) il y a une telle nécessité, une telle difficulté à créer une relation digne de ce nom que chaque instant, chaque situation est un argument pour aller à la relation, voilà c'est ça en fait. » (B)

« (...) il [l'informel] a la puissance de créer du possible, c'est ça qui est intéressant. C'est l'accident qui fait que quelque chose d'autre puisse advenir derrière. » (B)

« (...) à l'extrême on peut avoir toujours le risque d'un passage à l'acte dans un lieu informel » (B)

« (...) c'est très ergo ça. Parce que c'est l'idée mais la vie surgit dans la parole, dans l'inattendu, dans une conduite, sur une feuille de papier, la créativité est un surgissement, c'est un jaillissement » (B)

« (...) je pense que les temps informels enlèvent à la discontinuité de notre relation thérapeutique sa discontinuité. » (B)

« (...) je pense que les temps informels en institution ont, sans doute, participé de l'installation de cette relation longue » (B)

« (...) ils participent aussi à amener la personne à venir en ergothérapie » (C)

« (...) c'était le moment où je savais que je pouvais le chopper (...) pour éventuellement remettre un petit peu de lien et remettre un petit peu de cadre » (C)

« (...) ça peut éventuellement être une facette autre qui peut être utilisée pour essayer de mieux comprendre ce qui peut se jouer avec cette personne là, ce qu'elle met en jeu dans cette dynamique » (C)

« C'est l'idée de faire du lien quel que soit le moyen quoi, même à la machine à café » (C)

« (...) on s'assoit à côté, on discute un peu, tout ça je pense que ça commence à contribuer à faire du lien » (C)

	<p>« (...) y'a quelque chose dans la relation qui est, plus sur le plan humain ou dans quelque chose de plus fort, de plus proche, qui peut tenir il me semble, comme si ça renforçait notre relation. » (C)</p> <p>« (...) permettent à ce que la personne puisse se mobiliser et puis qu'elle puisse avoir confiance en nous et puis elle nous a vu plusieurs fois, bon, on commence à faire partie de son paysage je crois, on n'est plus dans l'inconnu » (C)</p> <p>« (...) souvent il y a un lien je trouve beaucoup plus fort, d'avoir partagé quelque chose du quotidien » (C)</p> <p>« Tant que c'est des temps dans l'institution ou bien dans le cadre du séjour, il n'y a pas de risques je pense » (C)</p> <p>« (...) ça alimente autrement la relation et ça alimente autrement ce qu'on peut connaître de la personne aussi » (C)</p> <p>« Ça met les patients dans des positions d'êtres humains, d'êtres vivants, ils sont tellement isolés » (C)</p> <p>« (...) parfois c'est en serrant la main d'un patient 10 fois pendant des mois, qu'il vient en séance » (C)</p> <p>« Les patients ont besoin d'avoir du vivant, ils manquent de pulsions de vie, les échanges informels, c'est en quelque sorte une spontanéité sur écoute » (C)</p> <p>« Quand c'est difficile, quand les patients refusent de venir en séance, quand ils sont fermés » (D)</p> <p>« (...) le patient il peut aussi se positionner un peu plus comme acteur de ses soins, dans ces cas-là. Puisque c'est lui qui vient directement. » (D)</p> <p>« (...) la relation va se mettre en place plus facilement » (D)</p> <p>« (...) il peut voir que je m'intéresse à lui, pas uniquement pendant les séances, aussi en dehors et aussi pour peut-être d'autres choses que pour parler des soins. » (D)</p> <p>« (...) ça change la perception que le patient a de moi et que j'ai de lui » (D)</p> <p>« (...) ça montre aussi que le lien il est toujours présent malgré...même si on se voit pas forcément en séance d'ergothérapie. » (D)</p> <p>« (...) Il y a plein de choses sur lesquelles on peut reprendre les patients » (E)</p> <p>« (...) je me suis en tout cas servi comme ça de temps informel pour discuter, certes d'autre chose, mais quand même pour discuter. Et pour lui rappeler en partant que, si elle a besoin, je suis disponible. » (E)</p> <p>« (...) on se sert des activités aussi pour que ça bascule sur des choses plus informelles mais aussi du travail » (E)</p> <p>« (...) d'avoir une réaccroche avec moi donc quand même avec l'institution » (E)</p> <p>« (...) c'est très intéressant pour... ouais...pour la relation pour le lien aux patients et ça ne, et ça ne met pas du tout en péril la distance thérapeutique » (E)</p> <p>mais l'excès je pense que c'est pas bon non plus parce que l'excès justement ça fait place à la familiarité » (E)</p> <p>« (...) les patients arrivent après à se mettre en lien ensemble sans les thérapeutes » (E)</p> <p>« (...) le lien il se renforce » (E)</p> <p>« (...) il y a la relation de confiance, elle peut vachement s'instaurer dans cette proximité » (E)</p>
<p>THEME PRINCIPAL 3 : La posture professionnelle de l'ergothérapeute pendant les temps informels</p>	
<p>Le cadre</p>	<p>« (...) pouvoir adapter les modalités de rencontre avec les patients en fonction de ce qu'ils peuvent, c'est à dire du moment de leur vie, du moment leur pathologie, de qu'ils sont en train d'éprouver mais aussi des thèmes qui vont les toucher ou pas les toucher, leur possibilité d'être dans la question du lien à l'autre ou pas » (A)</p> <p>« (...) des fois ça permet d'évoquer les choses sans que ce soit trop anxiogène du coup parce qu'on s'y attarde pas trop. » (A)</p> <p>« (...) c'est tous les temps qui sont en dehors des temps de séance prévus ou des temps de groupes prévus » (A)</p> <p>« (...) peuvent avoir lieu sur la terrasse dans l'entrée, les moments où il n'y a pas encore le groupe et où on est en train de se demander ce qu'on va faire, le temps autour du café, du petit déj, tous les temps non prévus » (A)</p> <p>« (...) le cadre est quelque part plus flou, beaucoup plus flou, puisque c'est pas dans un lieu prédéfini, c'est pas dans un temps défini et l'échange n'est pas attendu » (A)</p> <p>« (...) l'informel on y va, on en sort facilement, on n'est pas obligé d'y rester » (A)</p> <p>« (...) ce qui va faire fonction de cadre c'est le cadre de l'institution » (A)</p> <p>« (...) la durée n'est pas préétablie, le lieu non plus, et ni les participants à cet échange » (A)</p> <p>« (...) il y a quand même une différence qui est que dans le cadre de la séance on se voit pour et avec un objectif différent, on se voit, il y a forcément en ergothérapie toute la question de la médiation de l'objet » (A)</p> <p>« (...) le cadre est pas le même donc on va pas avoir les mêmes possibles, on n'a pas les mêmes objectifs » (A)</p> <p>« (...) quand on est dans les couloirs on peut toujours partir, quand on est dans la séance on peut bien sûr, on peut partir mais c'est quand même pas la même étape » (A)</p>

« (...) la notion de bienveillance, d'écoute, de non jugement, toutes ces notions- là, c'est fondamentalement les mêmes parce que ça c'est une posture de soignants de soignants en psychiatrie » (A)

« (...) c'est un jeu qui rencontre un peu plus sa légèreté dans cet instant-là » (B)

« (...) il peut y avoir des temps informels aussi dans la salle d'ergothérapie. » (B)

« Essentiellement la machine à café, les escaliers qui mènent aux chambres, ...ça peut être dans le jardin » (B)

« (...) les personnes qui jaillissent ici dans l'espace [d'ergothérapie] » (B)

« (...) un instant, on a l'idée comme une relative brièveté » (B)

« (...) le cadre est, fondamentalement, il est interne » (B)

« C'est soi-même, être engagé dans une position d'authenticité de responsabilité et de disponibilité. Faire éprouver à l'autre l'idée d'une continuité autrement dit que la personne à notre rencontre éprouve un sentiment de sécurité relativement à ce qu'on pourrait appeler une fiabilité. Il y a quelque chose qui est solide en face qui tient. » (B)

« (...) il [le cadre] est moins codifié, parce qu'il n'est pas justement un lieu destiné à un objet, comme une salle d'ergothérapie, on va peut-être transgresser un peu plus » (B)

« (...) comme un rappel à cette espèce de comédie humaine dont nous sommes des acteurs (...) de petits sketches, en fait des petites saynètes, c'est des choses qu'on pourrait jouer d'ailleurs » (B)

« (...) la personne vient provoquer, et très souvent sous le sceau du secret (...) lorsque la parole quitte le côté comédie humaine, dès que la personne commence à aborder ce pourquoi il est là, j'arrête. Justement, c'est à dire que je renvoie à : c'est pas le lieu, c'est pas le moment. (...) il est important de la rappeler de la convoquer [la confidentialité] » (B)

« (...) il me semble que c'est intéressant qu'on puisse se rencontrer dans des cadres différents » (C)

« (...) c'est dans les lieux de passage quoi, voilà, les couloirs, et puis il y a un espace devant l'infirmier, plusieurs couloirs y convergent, y'a pas mal de patients qui restent assis là, ou y'a un hall d'entrée, voilà, les halls d'entrée, les couloirs » (C)

« (...) dans les séjours thérapeutiques » (C)

« (...) ils sont pas dans un cadre donné, réfléchi préalablement » (C)

« (...) on peut partager avec l'autre sans se mettre en fragilité, sans être dans une exhibition en protégeant quand même son espace intérieur » (C)

« (...) j'ai une préoccupation plus, comment dire, de préserver mon espace intérieur peut être... qui, quand on est dans un cadre, finalement comme le cadre est déjà posé, il y a quelque chose entre guillemets qui nous protège ou qui détermine les places, enfin voilà. Alors peut être que dans les espaces informels je suis un peu plus vigilante à ça, puisqu'il n'y a pas ce cadre là (...) on est quand même dans l'institution, il y a quand même ce cadre institutionnel qui rentre en ligne de compte mais y'a pas le cadre de la rencontre spécifique. » (C)

« (...) mine de rien c'est un poids [le cadre institutionnel], mais en même temps on se rend compte quand on est à l'extérieur [en séjours thérapeutiques] que ben il est bien pratique aussi » (C)

« (...) il n'y a pas la médiation qui est présente en tout cas concrète ou physiquement. On en parle mais y'a pas d'activité » (D)

« Par exemple un patient que je vais croiser de manière informelle dans les couloirs qui va venir vers moi lui-même discuter » (D)

« C'est des endroits où on n'est pas dans un lieu précis de soin » (D)

« (...) dans toutes les structures il y a des échanges informels dans les couloirs, dans la cour » (D)

« c'est pas les mêmes raisons qui font qu'on est à cet endroit-là au même moment. » (D)

« le patient peut peut-être plus partir si il veut pas rester et si il veut pas discuter » (D)

« (...) on est quand même dans le cadre des soins puisque le patient sait que ...voilà...on est thérapeute et lui reste patient » (D)

« on n'a pas de but particulier » (D)

« Il y a pas l'enjeu des soins. Dans ces temps informels il y a moins cet enjeu-là des attentes des soignants, de répondre au projet qu'on a pour eux » (D)

« le cadre institutionnel est moins présent. » (D)

« parfois ils peuvent nous poser des questions sur notre vie privée, et on sent qu'il y a quelque chose au niveau de la distance thérapeutique qui est différente . On peut être plus proche aussi physiquement, on peut être assis à côté alors qu'en séance en général on se positionne peut-être autrement. » (D)

« (...) autour d'un café, à la bibliothèque » (E)

« (...) ils se passent hors cadre d'activités thérapeutiques (...) qui n'est pas de l'ordre de l'entretien dans un bureau » (E)

« (...) une position d'être garant d'un cadre (...) quelque chose de solide (...) cette place- là elle est aussi très importante dans la dans la relation thérapeutique parce que le patient sait qu'il peut s'appuyer sur nous » (E)

	<p>« (...) ne fait pas partie d'un cadre prévu sur un horaire donné avec des thérapeutes donnés... il y a pas forcément une continuité semaine après semaine » (E)</p> <p>« (...) si le patient il a envie d'arrêter ben il arrête » (E)</p> <p>« (...) il peut y avoir aussi des activités sur les temps informels et des activités informelles. Faire un jeu de société au Club c'est une activité informelle » (E)</p> <p>« Le cadre institutionnel, c'est super important, oui. Quand ils rentrent ici, ils savent où est-ce qu'ils rentrent quoi. Ils rentrent pas n'importe où (...) quoi qu'il arrive il est là et, forcément je crois, dans la tête des patients » (E)</p> <p>« (...) tenir comme ça quand même cette distance thérapeutique même si on est sur un temps informel et même si on est en train de boire un café et de se parler de la pluie et le beau temps ou de ce qu'on aime faire, c'est vraiment pas simple. » (E) [en parlant des stagiaires]</p> <p>« (...) je suis toujours soignant ergothérapeute et identifié en tant que tel sauf que du coup le fait de donner aussi des choses de mes avis fait que en fait ici on a le souci, un grand souci aussi de ne pas être dans une position haute de soignant » (E)</p>
Les attitudes relationnelles	<p>« (...) l'attitude thérapeutique que je vais avoir, etc... ça reste la même et c'est ce qui fait fonction, c'est à dire que je rencontre le patient dans le couloir, pendant qu'il va manger, au café ou n'importe... j'ai mon attitude thérapeutique de soignante qui, elle, fait que ça tient." (A)</p> <p>« C'est indispensable d'ajuster sa posture professionnelle [pendant les échanges informels] » (A)</p> <p>« (...) je reste moi et le patient reste lui et la rencontre reste une rencontre de deux individus au-delà d'un soignant et d'un soigné » (A)</p> <p>« (...) je vais peut-être être beaucoup plus directive [en séance] » (A)</p> <p>« (...) on peut pas avoir la même posture bienveillante et même tout l'étayage qu'on peut avoir en séance » (A)</p> <p>« (...) beaucoup plus de souplesse, avec un l'air de rien, comme si on parlait de rien, comme c'est pas formalisé on peut dire les choses » (A)</p> <p>« (...) une froideur plus importante, d'une distance plus importante [en séance] » (A)</p> <p>« (...) je suis moins dans cette position du sujet supposé savoir quand on est à l'extérieur que quand on se retrouve dans la salle d'ergothérapie. Donc ma posture va être aussi différente » (A)</p> <p>« (...) une disponibilité qui n'est pas la même que quand on est en groupe » (A)</p> <p>« (...) quelque chose est beaucoup plus naturel et moins dans cette posture du soignant qui observe le patient » (A)</p> <p>« C'est la proximité des corps qui ne pose pas à mes yeux problème mais qui pose question (...) on sera un petit peu plus près » (B)</p> <p>« (...) c'est un instant où on fait relâche, alors pas complètement, on n'enlève pas complètement son costume mais il y a quelque chose qui s'apaise qui se détend » (B)</p> <p>« (...) il me semble quand même que la position elle est un peu différente » (C)</p> <p>« (...) peut être que je m'autorise plus... si je suis pas dispo à pas être avec » (C)</p> <p>« (...) si c'est plus moi qui suis acteur dans cette rencontre là il me semble que je garde une position proche que celle du cadre médiatisé, par contre quand c'est une rencontre par hasard, hum..., je pense que je suis pas sur le positionnement soignant dès le départ quoi, heu... peut être plus sur une position d'humain à humain justement (...) moins dans ma posture de soignant » (C)</p> <p>« on dirige peut-être moins la discussion » (D)</p> <p>« le positionnement il reste à peu près le même. Je vais réfléchir à comment je me positionne dans la relation, est-ce que suis trop près physiquement, à est-ce qu'il faut que je me décale un petit peu. » (D)</p> <p>« (...) la posture, elle bouge un peu quoi, elle s'ajuste ...ouais... aussi au cadre, à l'ambiance, au cadre du temps de l'échange » (E)</p> <p>« (...) je suis ergothérapeute mais j'ai pas tout à fait le même positionnement dans un entretien, dans une activité et dans ces temps-là évidemment. » (E)</p> <p>« (...) il y a un truc autour du positionnement soignants qui bouge un peu » (E)</p> <p>« (...) c'est très distinct ouais, ça veut pas dire que je ne suis plus [Elias] et genre je change pas du tout au tout, mais vraiment... et en fait je suis sollicité aussi différemment et je pense que ce n'est pas pour rien parce que justement ils voient comme je suis sur ce temps-là » (E)</p>

Résumé

Introduction : La schizophrénie est une pathologie psychiatrique complexe, multiformes, pouvant entraîner une forte dépendance. Elle touche environ 0,7% de la population mondiale, dont 600 000 personnes en France. Une des principales caractéristiques se traduit par un lien social perturbé pouvant affecter le développement de la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et les patients et ainsi entraver l'accompagnement.

Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer l'influence des échanges informels sur la relation thérapeutique et d'analyser la posture professionnelle des ergothérapeutes pendant ces échanges.

Méthode : Cinq ergothérapeutes travaillant en psychiatrie au sein de structures ambulatoires et intra hospitalières et accompagnant des patients atteints de schizophrénie ont été interviewés. Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré selon les thèmes à aborder : la relation thérapeutique, la place des échanges informels dans l'accompagnement ergothérapeutique et la posture professionnelle de l'ergothérapeute.

Résultats : L'ensemble des ergothérapeutes interviewés ont des échanges informels avec leurs patients atteints de schizophrénie. Lors de ces échanges, le cadre et les attitudes relationnelles de l'ergothérapeute sont plus souples et la relation est définie comme plus équilibrée entre soignant et soigné. Des propos plus personnels sont échangés et une relation de confiance est favorisée, entraînant un impact positif sur la relation thérapeutique et la continuité du lien.

Conclusion : Cette étude montre les apports de l'informel à la relation thérapeutique avec les patients atteints de schizophrénie et apporte des pistes de réflexion concernant l'informel et l'accompagnement ergothérapeutique de manière plus large.

[Mots clés : informel, schizophrénie, relation thérapeutique, posture professionnelle, ergothérapie]

Abstract

Background: Schizophrenia is a psychiatric disease which is complex, with multiple effects and can cause a strong dependence. It affects 0.7% of the world population including 600 000 people in France. One of the main characteristic of schizophrenia is disrupted social behavior, which could restrict or impede the construction of the therapeutic relationship between the occupational therapist (OT) and the patient with schizophrenia, and therefore hinder the care.

Objectives: The goal of this research is to assess the influence of informal exchanges on the therapeutic relationship and analyze the OT's professional posture during these exchanges.

Method: Five OTs who work in psychiatry with patients with schizophrenia, in both outpatient and inpatient hospitals, were interviewed. A semi directive interview guide was prepared about the therapeutic relationship, the role of informal exchanges in occupational therapy care and the professional posture of OTs.

Results: All OTs interviewed have informal exchanges with the patients with schizophrenia. During the informal exchanges, the framework and OT's attitudes are more flexible, the topics of discussion are more personal, and the relationship is defined as more balanced between OT and patient. It helps develop a relationship of trust which improves the therapeutic relationship and its continuity.

Conclusion: This investigation show how informal exchanges can be used by OTs to develop their therapeutic relation with patients with schizophrenia. It also allowed us to discover that informal exchanges can contribute to other aspects of OT care.

[Keywords: informal, schizophrenia, therapeutic relationship, professional posture, occupational therapy]