



**IPMR de Nevers**  
**Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation**  
10 place du Général Pittié 58000 NEVERS  
☎ 09.81.79.27.57 – [www.ipmr-nevers.fr](http://www.ipmr-nevers.fr) – ✉ [secretariat@ipmr-nevers.fr](mailto:secretariat@ipmr-nevers.fr)



# DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

*Arrêté du 5 juillet 2010 modifié*

## Session 1 – Promotion 2021-2024

L'ergothérapie dans la prise en soin  
de l'agressivité des patients  
schizophrènes hospitalisés en Unité  
pour Malades Difficiles

**Étudiant : MAUX Annaëlle**

**Directeur de mémoire : ROBIN Estelle**

## **NOTE AUX LECTEURS**

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

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

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

## Remerciements

*Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mes trois années d'études et dans l'élaboration de ce mémoire :*

Tout d'abord, un grand merci à ma directrice de mémoire, Estelle Robin, pour m'avoir accompagnée, guidée et conseillée tout au long de ce travail. Son écoute, ses questionnements, son investissement et sa disponibilité ont aiguisé ma curiosité professionnelle.

Je tiens également à remercier tous les ergothérapeutes auprès de qui je me suis entretenue, pour le temps qu'ils m'ont accordé et dont les réponses ont permis de mener à bien ce travail.

Merci à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie pour leur accompagnement et encadrement durant ces trois années et plus particulièrement à Cécile Salort, co-directrice de ce travail.

Je remercie également Margaux Lerivray, aux côtés de qui j'ai fait mes premiers pas dans le domaine de la psychiatrie. La qualité de ses prises en soin et sa pratique réflexive ont été un moteur dans l'acquisition de mes compétences.

Merci à ma famille pour sa présence, sa confiance et son soutien moral, affectif et financier lors de ces trois années d'études.

Et enfin, un grand merci à toutes les personnes rencontrées en stage, patients et professionnels, qui ont contribué à la construction de mon identité de future ergothérapeute.

# Sommaire

Introduction.....	2
I. CADRE THEORIQUE.....	4
1. Les Unités pour Malades Difficiles, un lieu de soin en santé mentale .....	4
1.1 Définition et cadre législatif .....	4
1.2 Conditions d'admission et de sortie d'Unité pour Malades Difficiles .....	4
1.3 Prise en soin en Unité pour Malades Difficiles.....	7
1.4 Le profil des patients hospitalisés en UMD .....	9
2. La schizophrénie, une pathologie psychiatrique .....	10
2.1 Définition .....	10
2.2 Diagnostic, signes et symptômes .....	11
3. L'agressivité, une réponse à un débordement émotionnel ? .....	14
3.1 L'agressivité.....	14
3.2 Les émotions.....	16
3.3 Schizophrénie et émotions.....	17
3.4 L'angoisse .....	18
4. Ergothérapie .....	19
4.1 Origine et définition de la profession.....	19
4.2 L'ergothérapeute, un expert dans le domaine de l'activité .....	20
4.3 L'ergothérapie en santé mentale... ..	20
4.4 ...Pour accompagner les patients vers un processus de rétablissement.....	21
5. Synthèse du cadre théorique et question de recherche .....	22
5.1 Hypothèses.....	23
II. METHODOLOGIE DE RECHERCHE .....	23
1. Méthode et outil de recherche.....	23

1.1 Biais et limites de l’outil.....	24
1.2 Choix de la population.....	25
1.3 Guide d’entretien et entretien pré-test.....	25
1.4 Recherche d’interlocuteurs et déroulement des entretiens .....	26
III RESULTATS.....	27
1. Analyse longitudinale .....	27
1.1 Entretien 1 (E1).....	27
1.2 Entretien 2 (E2).....	30
1.3 Entretien 3 (E3).....	33
2. Analyse transversale .....	35
IV DISCUSSION.....	40
1. Interprétation des résultats .....	40
2. Validation des hypothèses et réponse à la question de recherche .....	44
3. Analyse de la méthode .....	46
3.1 Choix de la méthodologie et de l’outil de recherche .....	46
3.2 Choix de la population interrogée.....	46
4. Apports personnels et pour la profession .....	47
4.1 Apports personnels.....	47
4.2 Apports pour la profession.....	48
5. Perspectives .....	48
CONCLUSION .....	50
Bibliographie.....	51
ANNEXES.....	
<b>Résumé</b> .....	
<b>Abstract</b> .....	

### Glossaire :

UMD	Unité pour Malades Difficiles
AVQ	Activité de Vie Quotidienne
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPDTU	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
SPDRE	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat
SPPI	Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
ARS	Agence Régionale de Santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
BDA	Bouffée Délirante Aigüe
CIM	Classification Internationale des Maladies
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
WFOT	World Federation of Occupationnal Therapy
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

## Introduction

J'ai découvert le domaine de la santé mentale lors de ma deuxième année d'études en ergothérapie. Les cours de l'Unité d'Enseignement sur les dysfonctionnements cognitifs et psychiques m'ont donné envie d'approfondir le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie. Puis, j'ai effectué mon stage le semestre suivant dans un service hospitalier de psychiatrie générale. Il s'agit d'un service intra hospitalier ouvert. Les patients y sont hospitalisés pour des durées variables en fonction de leur profil et de leur pathologie. Au sein même de ce service, se trouve une unité fermée appelée module de soins intensifs. Cette unité comporte cinq chambres individuelles ainsi que deux chambres d'isolement. Les patients sont hospitalisés dans ce module, de manière temporaire, à cause de comportements inadaptés avec des risques d'auto ou d'hétéro agressivité. Ils sont souvent en phase aiguë de maladie avec nécessité d'un cadre plus contenant. Cette unité peut également servir de passerelle avant un transfert en Unité pour Malades Difficiles (UMD). Pour les différents patients en attente d'un transfert en UMD, les raisons de cette demande étaient similaires : les différents professionnels du service de psychiatrie générale se trouvaient dans une impasse thérapeutique et les soins proposés par le service aux patients ne leur étaient plus suffisants. De plus, ces derniers avaient à plusieurs reprises fait preuve d'agressivité envers les soignants ou autres patients. Je me suis rapidement questionnée sur les moyens plus spécifiques qu'avaient les UMD pour faire face à l'agressivité de ces patients.

Dans le service ouvert, une ergothérapeute intervient à temps plein et un autre à temps partiel. Ils proposent différentes activités de groupe ou individuelles. On retrouve notamment : des activités artistiques, d'expression, de projection, de travail des habiletés sociales, cognitives et des mises en situation sur différentes Activités de Vie Quotidienne (AVQ). Lors de ce stage j'ai pu prendre part à ces séances, créer et mettre en place mon propre programme d'activités qui portait sur la gestion des émotions. J'ai pu me rendre compte des difficultés qu'ont les patients atteints de psychoses à identifier et donc exprimer ce qu'ils ressentent, ce qui a des conséquences sur leurs relations sociales.

Contrairement au service ouvert, il y a peu d'activités proposées dans le module fermé, ce qui m'a interpellée.

Je me suis entretenue à ce sujet avec des patients sortis de ce module pour le service ouvert. Ils ont les mêmes réflexions : leurs journées sont très longues et ils souffrent du manque d'activités. Certains expliquent que cette privation occupationnelle a un impact négatif sur leur moral, ce qui entraîne de nombreuses ruminations et peut engendrer des angoisses. Ils se décrivent comme plus irritables lorsqu'ils sont dans ce module et disent souffrir d'ennui.

Mes différents questionnements concernant la mise en place d'activités pour les patients hospitalisés en service fermé de psychiatrie, ainsi que mon souhait d'orienter ma future pratique professionnelle dans ce domaine de soin, ont motivé l'orientation de ce travail d'initiation à la recherche.

Actuellement, on estime que les maladies psychiques touchent 20% de la population française (1). De plus, une personne sur huit dans le monde présentait un trouble mental en 2019, soit 970 millions de personnes. Ces chiffres ont augmenté de 26 à 28% pour les troubles anxieux et dépressifs en 2020 à la suite du confinement dû à la pandémie de Covid-19 (2). L'enfermement et le manque d'activité auraient-ils un impact sur la santé psychique des personnes ? Qu'en est-il de cet impact sur les personnes déjà fragilisées par une maladie psychiatrique ?

Suite à ces observations et mes premières recherches, je me pose la question suivante :  
**Quel est le rôle de l'ergothérapeute face à l'agressivité de patients hospitalisés en UMD ?**

Afin de conduire mon étude, j'ai organisé mon travail en plusieurs parties. Dans un premier temps, mon cadre théorique est présenté et met en exergue les concepts clés de mon mémoire. Ces derniers m'ont permis d'aboutir à une question de recherche. Dans un second temps, la méthode utilisée pour mener à bien cet écrit est explicitée. Enfin, les résultats obtenus font l'objet d'une analyse qui permet la clôture du mémoire par une discussion.



## I. CADRE THEORIQUE

### 1. Les Unités pour Malades Difficiles, un lieu de soin en santé mentale

#### 1.1 Définition et cadre législatif

Les UMD sont des services de psychiatrie spécialisés dont le fonctionnement est encadré par le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 (3) relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Celui-ci a été réactualisé par le décret du 1<sup>er</sup> février 2016 portant sur l'application de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques qui régit les UMD (4). Il s'agit de « structures à vocation interrégionales, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique » (4).

La première UMD a vu le jour en 1910 à Villejuif. L'objectif à travers la création de cette unité de 55 lits était d'accueillir des « aliénés criminels » et des « aliénés vicieux et perturbateurs » (4). A la suite de cette première unité, d'autres ont ouvert dans différentes régions de France jusqu'à atteindre le nombre de 10 unités avec un total d'environ 650 lits (5).

C'est l'arrêté du 14 octobre 1986 (6) qui indique les modalités d'admission et de sortie des UMD et qui spécifie les conditions de suivi de l'hospitalisation avec la mise en place de la commission de suivi médical.

#### 1.2 Conditions d'admission et de sortie d'Unité pour Malades Difficiles

##### 1.2.1 Modalités d'admission

L'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur précise le profil des patients hospitalisés en UMD. Ces derniers doivent « relever des dispositions des articles L. 343 à L. 349 du code de la santé publique relatifs aux placements d'office, et présenter, en outre, un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patients relevant du chapitre III du titre IV de ce même code. » (6)

Les patients sont accueillis en UMD en soins psychiatriques sans consentement, avec un état de santé nécessitant des « protocoles de soins intensifs », ainsi qu'une mise en place de « mesure de sécurité particulière » que l'on ne retrouve pas dans des services de psychiatrie de secteur (7).

D'après la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, il existe trois mesures de soins sous contrainte. Les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT)/ Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SPDTU), les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE) et les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPI) (8).

L'admission en UMD ne se fait pas en première intention. Les patients sont généralement hospitalisés dans ces services à la suite de nombreux échecs thérapeutiques au sein d'autres services de psychiatrie générale (8). Une étude de 2018 montre en effet que 73% des patients hospitalisés dans l'UMD de Cadillac en Gironde venaient d'un service de psychiatrie générale dans lequel ils étaient déjà hospitalisés en SPDRE (9). L'admission en UMD se faisant par arrêté préfectoral, les patients y sont forcément admis en SPDRE.

Pour que l'admission d'un patient en UMD ait lieu, son psychiatre doit en faire la demande. Pour cela il fait suivre au psychiatre de l'UMD le dossier du patient incluant un certificat médical et éventuellement des expertises. Si le psychiatre de l'UMD donne son accord (4) pour accueillir le patient, alors l'admission qui doit durer six mois au minimum (6) est prononcée par l'arrêté préfectoral du département d'origine du patient (9). Quinze jours maximum après avoir prononcé l'arrêté puis tous les six mois, ce qui correspond à la durée minimale de l'admission en UMD, le préfet se doit de saisir le Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Ce dernier met en place une procédure de contrôle administrative. Si les délais ne sont pas respectés, le JLD effectue la main levée de la mesure. Le JLD peut également être saisi par le patient (10).

### *1.2.2 Commission de suivi médical*

Selon le décret du 1<sup>er</sup> février 2016, pour chaque département dans lequel se trouve une UMD, une commission de suivi médical doit être créée (4). Cette commission est composée d'un médecin représentant l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas dans l'UMD. Ces quatre membres sont nommés par le directeur général de l'ARS. Ils sont en charge de décider ou non du maintien d'un patient au sein de l'UMD. Pour cela, la commission visite au moins une fois par semestre l'UMD et adresse un compte rendu de sa visite à la commission départementale des soins psychiatriques ou au préfet du département. La durée d'hospitalisation en UMD étant de six mois minimum (6), la commission réévalue tous les six mois l'état de santé de chaque patient. Suite aux différents examens réalisés, les décisions de sortie ou du maintien en UMD sont prises et la commission de suivi médical informe la commission départementale des soins psychiatriques de chaque décision (5).

En plus des visites obligatoires, la commission peut être saisie à tout moment par le patient lui-même, son entourage, les différents psychiatres responsables de sa prise en soin, le procureur de la République et les préfets de police ou du département (5).

### *1.2.3 Modalités de sortie*

La commission de suivi médical décide de la sortie d'un patient lorsque les conditions de son maintien en UMD ne sont plus remplies (9). Le préfet du département dans lequel se situe l'UMD prononce la sortie du patient par arrêté préfectoral et en informe le préfet du département d'origine du patient. Une fois la sortie prononcée soit :

- « La levée de la mesure de soins sans consentement a lieu »

Soit,

- « Les soins sans consentement sont poursuivis dans l'établissement de santé où le patient se trouvait lors de la décision d'admission en unité pour malades difficiles, soit dans un autre établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 » (7)

C'est à l'établissement de santé à l'origine de la demande d'admission en UMD d'organiser le transfert du patient dans un délai de vingt jours ainsi que la poursuite des soins (par un retour dans l'établissement d'origine ou un transfert dans un autre service de psychiatrie.) (5, 9).

Alors que le patient est hospitalisé en UMD pour une durée de six mois minimum, quels soins lui seront proposés et par qui sera-t-il accompagné ?

### 1.3 Prise en soin en Unité pour Malades Difficiles

Pour permettre une prise en soin optimale des patients, les soignants des UMD travaillent en équipe pluridisciplinaire. Elle est constituée de professionnels du domaine paramédical, médical et social (11).

Comme explicité dans l'étude réalisée en 2018 sur l'UMD de Cadillac en Gironde (9), différents objectifs et moyens de traitement peuvent être proposés. Lors de l'admission dans cette UMD les principaux objectifs thérapeutiques sont : le traitement des pathologies, la diminution des symptômes et notamment de l'anosognosie (le déni des troubles), la prévention de la violence et des troubles du comportement ainsi que le travail des habiletés sociales (9). Afin d'atteindre ces différents objectifs, de nombreux moyens sont proposés au sein de cette UMD. Nous retrouvons tout d'abord les traitements médicamenteux, les plus délivrés étant les antipsychotiques et les thymorégulateurs (9). Pour les patients présentant des troubles très importants ou une chimiorésistance (leur pathologie est résistante aux médicaments) l'électroconvulsivothérapie est utilisée (9). Cette technique a pour objectif de diminuer les symptômes de la maladie et consiste à envoyer des stimulations électriques au cerveau sous anesthésie générale (12).

Différents professionnels qui travaillent en UMD sont formés pour la mise en place d'activités thérapeutiques :

- Des activités créatives et artistiques sont mises en place : poterie, vannerie, cuir, art-thérapie.

- Des activités permettant de reprendre conscience du corps : activités physiques, psychomotricité, salle Snoezelen.
- Les patients peuvent aussi participer à des activités ciblant une difficulté spécifique liée à leur pathologie : stimulation cognitive, gestion des émotions, de la colère et entraînement aux habiletés sociales (9).

De plus, des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sont proposés permettant aux patients de s'inscrire dans le processus de soin et d'en être acteur (9).

Les professionnels travaillant au sein d'UMD peuvent avoir recours à l'utilisation de l'isolement ou des contentions. Cependant, l'utilisation de ces mesures doit rester exceptionnelle (9) et prévenir d'un danger immédiat ou imminent (13).

La contention est définie comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (14).

Les chambres d'isolement sont « des pièces fermées conçues pour contenir les pulsions auto- ou hétéro destructrices de personnes souffrant de troubles mentaux hospitalisées en psychiatrie » (15). Ces mesures peuvent avoir de lourdes conséquences sur la personne qui les subit. C'est pourquoi ces pratiques sont soumises à des réglementations et recommandations qui visent à interroger les équipes soignantes quant à leur utilisation. Pour la prolongation de plus de 72h de l'isolement et de plus de 48h pour la contention, le directeur de l'établissement concerné doit en informer le juge des libertés et de la détention sous peine de main levée. Ce dernier est amené à contrôler la nécessité de ce prolongement en fonction des critères légaux et de le valider ou non, en fonction du danger qui doit être grave et imminent (16).

Ainsi, le cadre thérapeutique proposé par les UMD est bien plus contenant que celui d'un service de psychiatrie générale. Quel est le profil des patients qui nécessitent la mise en place de ce cadre et de ces soins ?

#### 1.4 Le profil des patients hospitalisés en UMD

Marion Guillot and all. se sont intéressés aux profils des patients hospitalisés dans l'UMD Henri Colin dans une étude menée en 2016 (17). Ces patients ont pour la plupart connu un climat familial violent, ont subi de la maltraitance durant leur enfance et ont eu tôt des troubles du comportement. Leur niveau socio-culturel est faible avec un arrêt précoce des études. La majorité de ces patients font face à un isolement relationnel important et ont des difficultés au niveau de l'insertion socio-professionnelle (17).

Les motifs de demande d'admission les plus fréquents pour ces patients sont : les troubles du comportement (menaces de mort, fugues, opposition au soin), les violences physiques, la dangerosité potentielle du patient (imprévisibilité, crainte de passage à l'acte hétéro ou auto agressif), la chimiorésistance (les traitements n'ont pas ou peu d'effets sur la pathologie), l'épuisement institutionnel ou l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (en cas de délit ou de crime, la personne est considérée comme non responsable de ses actes de par sa pathologie) (17).

Les UMD accueillent trois profils de patients. Les premiers viennent d'un service de psychiatrie de secteur et sont admis en UMD suite à la demande de ce service. La plupart du temps, cette demande est motivée par de nombreux échecs thérapeutiques et par des moyens de soins qui ne sont plus adaptés à la prise en charge de la personne.

Les seconds patients sont accueillis en UMD après avoir été déclarés pénalement irresponsables de leurs actes d'après l'article 122-1 du Code Pénal. Celui-ci stipule que si la personne n'était pas pleinement consciente de ses actes au moment des faits, elle bénéficie d'un non-lieu psychiatrique qui est proclamé à la suite de diverses expertises médicales (18).

Enfin, le dernier type de patients accueillis en UMD provient du secteur judiciaire et/ou pénitencier. Ils peuvent être des détenus ou en attente de jugement et présentent d'importants troubles psychiques (19). C'est l'article D398 du code de Procédure Pénale qui détaille ce mode d'admission. Ces patients continuent à purger leur peine en UMD suite à une décompensation psychotique et /ou une tentative de suicide notamment (20).

La plupart des patients hospitalisés en UMD sont atteints de psychoses. Notamment de schizophrénie avec une forte désinsertion sur le plan socio-affectif, de troubles délirants chroniques de type paranoïaque avec idées délirantes persistantes. Les autres diagnostics majoritairement rencontrés sont des troubles du comportement, des troubles de la personnalité grave de type état limite avec des conduites d'automutilation graves et répétées (17).

L'étude réalisée en 2018 dans l'UMD de Cadillac en Gironde (9) s'est intéressée aux diagnostics des personnes hospitalisées en UMD : 60% des patients étaient atteints de schizophrénie.

## 2. La schizophrénie, une pathologie psychiatrique

### 2.1 Définition

Selon l'INSERM, en 2014 elle touchait 0,7% de la population mondiale (21). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la schizophrénie est classée parmi les 10 maladies les plus invalidantes (22).

Il existe deux types de structures de la personnalité, la psychose et la névrose. La schizophrénie appartient à la catégorie des psychoses. Les nombreuses recherches scientifiques à propos des psychoses font ressortir différentes caractéristiques de cette structure de la personnalité. Parmi elles, nous retrouvons l'altération du contact avec la réalité, des troubles de l'identité et un faible insight (faible conscience des troubles) (23).

Selon l'étymologie, schizophrénie vient du grec schizo « séparé » et phrên « esprit » (24). Ce qui signifie « fissure, scission de l'esprit » (25). Cette pathologie a été évoquée pour la première fois en 1911 par Eugen Bleuler, psychiatre suisse, qui va contester la définition de l'époque « démence précoce, synonyme de folie » (26).

La schizophrénie apparaît durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, généralement entre 15 et 25 ans (25). Cette maladie peut apparaître de diverses manières, lentement et de façon insidieuse, avec des signes observables (retrait social, chute des performances scolaires ou professionnelles, consommation de toxiques, froideur affective, apparition d'intérêts obsédants sur des thèmes spécifiques...) (23). L'entrée dans la maladie peut se faire de façon plus brutale à la suite d'une Bouffée Délirante Aiguë (BDA) (21). La BDA résulte de « l'effondrement des mécanismes de protections psychiques » mis en place par la personne (27). Elle est caractérisée par l'apparition de délires portant sur différentes thématiques, d'hallucinations ainsi que d'une angoisse et une agitation importante.

Les causes amenant de façon certaine à la schizophrénie ne sont pas connues mais il existe des facteurs favorisants tels que la génétique (28). Un changement environnemental brusque et/ou la consommation de toxiques peuvent précipiter l'apparition de cette pathologie ou en accentuer les symptômes, si la maladie est déjà développée (29).

Autant les hommes que les femmes peuvent être atteints de schizophrénie. Cependant l'apparition de la pathologie a lieu 3 à 5 ans plus tôt chez les hommes (25).

Un début insidieux de la schizophrénie avec des symptômes non connus par la population générale va retarder la pose du diagnostic et donc sa prise en soin (22).

## 2.2 Diagnostic, signes et symptômes

Pour poser le diagnostic de schizophrénie nous devons nous intéresser aux signes et symptômes qui caractérisent cette pathologie. Un symptôme est défini comme les « manifestations spontanées d'une maladie/ d'un trouble qui sont perçues subjectivement par le patient puis constatées par un observateur » (30).

Quant aux signes, il s'agit de manifestations objectives et observables de la maladie. D'une pathologie et d'une personne à l'autre les symptômes diffèrent dans leur intensité et mode d'expression en fonction du caractère de la personne, de son entourage, de son environnement et de ses habitudes de vie (31).



La Classification Internationale des Maladies (CIM 11) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5) exposent les critères qui doivent être observés pour établir le diagnostic de la schizophrénie (22). Le DSM 5 est le manuel de référence spécialisé pour établir le diagnostic des différentes pathologies psychiatriques. La schizophrénie sera présentée ici grâce à cet outil spécifique.

Dans le DSM 5 on retrouve six critères distincts appelés A, B, C, D, E et F permettant de poser le diagnostic (32).

Le premier critère (A) concerne les manifestations de la schizophrénie et nécessite la présence de l'un de ces trois symptômes : idées délirantes, hallucinations ou discours/pensée désorganisé(e). Des comportements désorganisés/anormaux ou catatoniques et des symptômes négatifs peuvent s'y ajouter (32).

Les idées délirantes, en rapport avec différents thèmes (persécution, religieux, mégalomane, somatique) correspondent à « des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent ».

Les hallucinations peuvent être auditives (ce sont les plus fréquentes), visuelles, cénesthésiques, olfactives et gustatives. Elles sont perçues uniquement par la personne qui ne peut pas les contrôler.

Le discours incohérent parfois incompréhensible, fait d'interruptions et de reprises sans lien d'idées, de mots inventés est une manifestation de la pensée désorganisée de la personne.

Les personnes peuvent être constamment en mouvement ou au contraire statiques voire avec une réactivité à l'environnement très diminuée (correspondant à un comportement catatonique). Leurs gestes peuvent être impulsifs, faits de mouvements répétés, de grimaces, de sourires et rires sans lien avec la situation. Il s'agit de comportements désorganisés.

Enfin, les symptômes négatifs correspondent à un appauvrissement de la vie psychique du sujet et vont se manifester par une diminution de l'expression émotionnelle (diminution d'expressions faciales, de contacts visuels, et discours monotone) et/ou une aboulie (perte de motivation pour la réalisation des activités quotidiennes) et/ou une dépersonnalisation (c'est la perte du sentiment d'être soi-même, sensation que le corps est dissocié de la personne) (32).

Le critère B spécifie qu'autour de l'apparition d'un (ou des) trouble(s) identifié(s) dans le critère A le « fonctionnement » est altéré au sein des domaines du quotidien tels que le travail, les relations interpersonnelles et l'hygiène (32).

Le critère C explique qu'une durée minimale de six mois des symptômes du critère A, (même atténués) est nécessaire pour poser ce diagnostic, avec une période sans interruption d'au moins un mois (32).

Les critères suivants étayent le diagnostic différentiel. Le critère D précise l'importance d'exclure les troubles schizoaffectifs, dépressifs ou bipolaires avec manifestations psychotiques (32).

Le critère E complète ce dernier : l'apparition des symptômes ne doit pas être liée à la consommation de toxiques ou à une autre pathologie (32).

Le critère F précise qu'en cas d'antécédents de troubles de la communication ou du spectre de l'autisme durant l'enfance, le diagnostic de schizophrénie ne sera posé que si la personne présente des symptômes hallucinatoires et délirants importants associés à d'autres symptômes cités dans le critère A (32).

Les différentes manifestations cliniques de cette pathologie vont fortement perturber le quotidien de la personne. En phase aiguë de maladie, (c'est-à-dire la période durant laquelle les symptômes sont les plus graves et invalidants) (33) la présence de délire, d'hallucinations (parfois multi sensorielles) ou de troubles du comportement vont être observés (22). Ces symptômes vont influencer les relations avec autrui.

Alors que la relation à l'autre est perturbée, comment les personnes atteintes de schizophrénie vont-elles ressentir et exprimer leurs émotions ? Les passages à l'acte agressif responsables de la majorité des hospitalisations en UMD sont-ils liés aux déficits de l'expression émotionnelle détaillée dans le critère A du DSM 5 ? Les passages à l'acte sont-ils l'expression d'un débordement émotionnel ?

### 3. L'agressivité, une réponse à un débordement émotionnel ?

#### 3.1 L'agressivité

D'après l'OMS, les troubles mentaux sont caractérisés par « une altération majeure sur le plan clinique de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu » (34). Chez les personnes atteintes de pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie, on peut observer une très grande désorganisation du comportement : des comportements qui paraissent absurdes, inhabituels, inadaptés avec des réactions émotionnelles intenses ou inexistantes (29). Parmi ces troubles du comportement l'un des plus fréquents est l'agressivité (31).

Pour commencer, nous pouvons nous interroger sur les origines de l'agressivité. D'après plusieurs études, la génétique, les facteurs environnementaux et familiaux comme les carences affectives et relationnelles durant l'enfance (35) auraient un impact sur l'agressivité d'une personne. Ainsi les personnes grandissant dans un environnement violent auraient plus de risques de reproduire ces comportements par la suite (36). Ces mêmes études démontrent que l'agressivité serait un moyen employé pour répondre à la frustration (36).

Comme nous l'avons vu précédemment, les situations d'agressivité sont les principales raisons d'admission d'un patient en UMD (5). Il semble important de distinguer violence et agressivité tout en s'interrogeant sur les causes de celle-ci.

Le mot violence vient du latin « violenta » qui signifie « abus de force ». Selon l'OMS la violence est « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (37).

L'agressivité vient du latin « ad-gressere » qui signifie « aller vers ». L'agressivité est définie comme « un comportement agressif verbal, non verbal ou physique qui constitue une menace (pour soi-même, autrui ou la propriété d'autrui) ou un comportement physique qui cause effectivement des dommages (pour soi-même, autrui ou la propriété d'autrui) » (38). L'agressivité est un comportement primitif en lien avec l'instinct de survie. C'est pourquoi il arrive en réponse à une situation ou à un stimulus générant un stress pour l'individu (39). Lorsqu'elle est maîtrisée, l'agressivité est un comportement normal permettant à l'homme de s'affirmer ou de se défendre. Lorsqu'elle n'est plus canalisée elle peut prendre une forme pathologique notamment à cause de différents troubles comme dans les psychoses (40).

Alors que la violence est la destruction du lien avec l'objet et rompt toute forme d'échange, (39) l'agressivité maintient le lien et s'adresse à l'objet qu'elle attaque (41). Selon les termes anglais « aggressiveness » et « aggressivity », il existerait deux types d'agressivité. Le premier a une connotation plus positive, étant assimilée à une tentative d'adaptation à l'environnement pouvant être bénéfique dans le soin. Elle aiderait le patient à « se battre » contre la maladie. Le deuxième terme de connotation plus négative est défini comme « la projection d'une énergie destructrice » et est dans ce cas, un obstacle à l'accès au soin par le patient (42).

Lorsqu'une personne réagit de façon violente, elle n'est plus ni dans l'échange, ni dans la relation (39). Les symptômes inhérents aux pathologies psychiatriques, plus particulièrement dans les psychoses, comme les hallucinations et certains délires, (notamment la persécution) auxquels s'ajoute la consommation de substances psychoactives, vont avoir des conséquences sur la perception du patient et sur ses émotions. Cela peut provoquer la survenue brutale de comportements agressifs. En effet, ces patients, à cause de leur pathologie, rencontrent de grandes difficultés dans la communication : notamment pour se faire comprendre et comprendre l'autre. Cela va générer une frustration importante entraînant une montée de l'agressivité (43).

Le passage à l'acte violent est en général une réponse à une angoisse qui submerge le patient. L'expression verbale de ses émotions ou la formulation d'une demande d'aide étant trop compliquées, ce passage à l'acte est la solution trouvée (39).

Ce terme permet de souligner la violence de certaines actions. La personne va agir ou réagir d'une façon impulsive, sans prendre le temps de la réflexion (44). Ce passage à l'acte aurait pour objectif de protéger le sujet de son angoisse, trop envahissante (45).

L'agressivité peut être majorée en hospitalisation. En effet, le stress provoqué par cette dernière ainsi que la perte de la sensation d'avoir son propre espace personnel seraient les principales conséquences de la survenue d'actes agressifs de la part des patients (43).

Ainsi, l'agressivité est un trouble du comportement que l'on retrouve fréquemment chez les personnes atteintes de schizophrénie. Chez ces personnes, cette agressivité est due à différentes difficultés notamment liées à l'identification, l'expression et la gestion des émotions. Il semble alors important de définir ce qu'est une émotion et en observer le lien avec la schizophrénie.

### 3.2 Les émotions

Le mot émotion vient du latin « e movere » qui signifie mettre en mouvement (46). Il n'existe pas de définition universelle de l'émotion. Dans ce travail, nous distinguerons émotions et sentiments. La spécificité des émotions se trouve dans la rapidité et la spontanéité de leur manifestation. Elles sont liées à des processus physiologiques simples et s'accompagnent de différentes réactions observables (faciales, vocales ou gestuelles) (47) et similaires quels que soient l'origine ou le milieu social de l'individu (48). Il est communément décrit cinq émotions de base : la joie (émotion vive et agréable, sentiment de bien-être général), la colère (émotion violente, sentiment de fureur provoqué par ce qui irrite ou contrarie), la peur (appréhension qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace/danger réel ou imaginaire), la tristesse (réaction douloureuse à un mal identifié) et le dégoût (aversion, répugnance envers quelqu'un ou quelque chose) (49, 50).

Contrairement aux émotions, les sentiments vont s'installer de manière progressive, être durables et conscientisés (47). Identifier ses sentiments et les analyser nécessite des capacités intellectuelles et des aptitudes cognitives. Les sentiments sont reliés aux interactions sociales comme par exemple la culpabilité ou la honte (47). Ils sont personnels et subjectifs : chaque individu les ressent et les intègre de façon unique (48).

L'étymologie du mot émotion « e movere », permet de distinguer deux types de mouvements : à l'intérieur (46) et au dehors de soi (50). Pour que la personne puisse identifier et exprimer ses émotions, elle doit pouvoir identifier ses « mouvements internes » (46). Ceux-ci sont définis par Gardner en 1983 comme « l'intelligence intrapersonnelle ». La connaissance de soi, l'expérience de ses émotions, la capacité à les identifier permettent d'ajuster son comportement (51).

Quant aux mouvements au dehors de soi, (50). Gardner les définit comme « l'intelligence interpersonnelle ». Il s'agit de la capacité à repérer l'humeur d'une personne, son tempérament, ses intentions, ses désirs (51). Ainsi, dans la relation à l'autre, la prise en compte de ses émotions est fondamentale pour comprendre la façon dont l'autre perçoit le monde qui l'entoure et interagit avec (50).

Ces deux intelligences permettent de faire l'expérience de ses émotions, de les comprendre, les exprimer, d'imaginer et d'identifier celles d'autrui. Elles correspondent à la conscience émotionnelle qui est primordiale pour entrer en relation avec autrui (52).

La création de liens sociaux n'est pas la seule fonction des émotions. Selon des chercheurs en neurobiologie et en sciences humaines, l'émotion a un rôle important dans le processus de raisonnement (50) et dans la prise de décision (47). Notre manière d'agir face à une situation est régie par nos émotions. Elles nous permettent de nous adapter à notre environnement, d'agir (51) et d'inhiber certaines réactions (47).

Elles vont avoir un impact sur l'individu lui-même. En effet, elles jouent un rôle sur la manière dont la personne va percevoir le monde, sa mémoire, sa personnalité.

Dans certaines pathologies comme la schizophrénie, la perception et l'expression émotionnelle vont être perturbées. Ces difficultés liées aux émotions vont avoir un impact sur les relations humaines et la prise de décision des personnes qui en sont atteintes (32).

### 3.3 Schizophrénie et émotions

Quatre personnes schizophrènes sur cinq sont atteintes de troubles cognitifs. Ces troubles sont majoritairement liés à des défaillances des intelligences intrapersonnelle et interpersonnelle.

L'intégration et le traitement des informations provenant du monde extérieur ou de leurs propres ressentis est complexe. Parmi les troubles cognitifs, nous retrouvons des troubles de la cognition sociale. Ce sont ces derniers qui vont impacter la perception et la compréhension émotionnelle (53).

La perception des émotions est définie comme la capacité à déduire les émotions d'un individu en fonction du ton de sa voix et/ou de ses expressions faciales (54). Or, selon différentes recherches, les personnes atteintes de schizophrénie, présenteraient d'importantes difficultés à percevoir l'émotion liée à la communication verbale, non verbale ou para verbale (55).

Cette défaillance émotionnelle serait responsable de certains troubles du comportement tels que l'agressivité, la transgression des règles ou des normes sociales. En effet, ces personnes ne peuvent pas ressentir certains sentiments tels que la honte, l'embarras ou la conscience de soi. Les émotions et sentiments permettent de contrôler nos actions et d'inhiber certaines réponses inappropriées. Les personnes ne les ressentant pas ont un contrôle moindre sur leurs actions et répondent ainsi de manière inappropriée à une situation. Cette réponse ne vient pas de l'incompréhension de la situation mais des difficultés à ressentir et donc à réagir selon les normes sociales (47).

L'agressivité des patients atteints de schizophrénie serait-elle une réponse à un sentiment d'angoisse ne pouvant pas être intellectualisé et exprimé par des mots ?

### 3.4 L'angoisse

L'angoisse est une sensation de malaise psychique qui naît à la suite d'un sentiment de danger imminent. Ce sentiment est diffus et peut aller d'une simple crainte à la panique, expliquant les difficultés à la mettre en mots (56). Selon S. Freud, l'angoisse est avant tout ressentie par la personne (37).

On peut distinguer deux types d'angoisse. L'une, face à un danger réel surprenant le sujet et ses possibilités de défense, l'autre, alerte face à de nombreuses émotions que le sujet tente de maîtriser. Les auteurs s'accordent pour dire que l'angoisse est un signe d'alarme face à un danger, qu'il soit réel ou imaginaire.

Face à l'angoisse, différentes réactions sont possibles. Une réaction d'abandon fige la personne, elle ne peut plus réagir. La fuite est une autre réaction face à une situation angoissante.

Pour tenter de s'adapter à l'environnement et à la situation angoissante, certaines personnes vont agir en attaquant l'objet d'angoisse par des comportements agressifs (42).

L'ergothérapie permettrait-elle aux patients atteints de schizophrénie de mieux gérer leur angoisse ? Cela permettrait-il de diminuer le nombre de passages à l'acte agressif ?

## 4. Ergothérapie

### 4.1 Origine et définition de la profession

La profession d'ergothérapeute est née aux Etats-Unis dans les années 1900. Ce sont des infirmières de santé mentale qui ont été les premières à être formées à l'ergothérapie. A la même période en France, des activités ergothérapeutiques sont mises en place dans le milieu de la psychiatrie. La profession d'ergothérapeute a été reconnue et son champ de compétences s'est étendu à d'autres types de pathologies, handicaps et domaines d'interventions (58).

L'ergothérapeute est défini comme : "... un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. [...] Il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes (59). Le mot ergothérapie vient du Grec « ergon » qui traduit le lien entre l'agir et l'être (60).



## 4.2 L'ergothérapeute, un expert dans le domaine de l'activité

L'activité est un concept clé pour l'ergothérapeute dont la pratique tend à avoir une vision holistique du patient. D'après la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) « L'ergothérapie est une profession centrée sur la personne, soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être à travers les occupations. Le but central de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de prendre part à des occupations significatives et culturellement pertinentes en leur donnant le choix » (61). Avant de réaliser ses séances, l'ergothérapeute réalise des analyses d'activité qui lui permettent d'en dégager le potentiel thérapeutique. Il détermine et utilise des activités qui stimulent les fonctions atteintes du patient et/ou permettent de travailler les objectifs de la personne (62). Pour cela, il prend en compte la triade personne-environnement-occupation et l'impact de l'activité sur la personne (63).

L'activité humaine étant un concept clé qui donne du sens à l'existence, l'activité comme soin s'est développée en psychiatrie. Elle porte le nom d'activité thérapeutique.

Les activités proposées par l'ergothérapeute permettraient-elles aux patients d'agir sur leurs émotions et de ce fait de diminuer l'agressivité chez les patients ?

## 4.3 L'ergothérapie en santé mentale...

Lors de sa première rencontre avec le patient, l'ergothérapeute va évaluer les retentissements de la maladie sur sa vie. Pour cela, il peut utiliser différents bilans validés et normés et réaliser des entretiens afin de mieux connaître la personne. Ensuite, il définit des objectifs de prise en soin adaptés au patient (60). Pour atteindre ces objectifs, différents moyens seront mis en œuvre.

En santé mentale, l'ergothérapeute peut notamment passer par des activités thérapeutiques. Elles sont utilisées dans un premier temps comme un médiateur : la pratique d'une activité permet de faciliter la création d'une relation thérapeutique entre le patient et le soignant. Pour les personnes ayant des pathologies psychiatriques, la relation duelle peut s'avérer compliquée. La dimension tierce amenée par l'activité facilite la communication et l'entrée en relation avec le patient (64). De plus, elles permettent d'instaurer un cadre thérapeutique contenant pour celui-ci (64).

Les activités servent aussi de levier entre la personne et les difficultés auxquelles elle fait face à cause de sa pathologie. Elles peuvent par exemple, permettre l'intégration du principe de réalité, exprimer ses émotions et ses sentiments, favoriser la reconstruction narcissique (62).

Les activités mises en place par l'ergothérapeute comprennent des médiations thérapeutiques (activités artistiques, artisanales ou sportives) qui ont des composantes projectives, structurantes, ludiques, expressives. Elles peuvent aussi être des mises en situation en lien avec les AVQ. L'ergothérapeute va adapter ses interventions et ses propositions d'activités aux objectifs du patient, son quotidien et son projet de soin (60).

En UMD, les ateliers d'ergothérapie sont des outils de soins privilégiés. Alors que les patients apprennent et retiennent de nouvelles techniques tout en se confrontant à la matière, les rapports sociaux sont facilités et les patients se sentent valorisés (64).

L'ergothérapeute Florence Klein dans son article « *Ergothérapeute pour quoi faire ?* », insiste sur la singularité de chaque prise en soin et donne du sens à l'activité thérapeutique qui visera à : restaurer la relation à l'autre et rompre avec l'isolement, à faire face à l'angoisse et trouver des stratégies pour la canaliser et à aider les personnes psychotiques à gérer leurs conflits internes pouvant s'exprimer sous forme d'agressivité (65).

Ces activités à visée thérapeutique ont pour objectif de restaurer l'activité psychique du patient, dans l'espoir de l'introduire dans un processus de rétablissement.

#### 4.4 ...Pour accompagner les patients vers un processus de rétablissement

Il existe quatre dimensions du rétablissement (Annexe I) [66]. La rémission symptomatique ou clinique correspond à la diminution/disparition des symptômes. La rémission fonctionnelle va être liée à l'adaptation du patient à son quotidien malgré la persistance de certains symptômes de la schizophrénie (67). Celui-ci est corrélé au rétablissement social qui correspond à l'autonomie du patient dans ses AVQ (66). Enfin, le rétablissement personnel semble être le plus important. Il correspond au regard que porte le patient sur sa propre situation, (68) qui le satisfait (66).

Dans le cas de la schizophrénie, le rétablissement ne correspond pas à la disparition complète des symptômes. Il est plutôt lié à la valorisation des compétences de la personne (66).

Cependant, seul un patient schizophrène sur sept connaîtra un rétablissement selon les critères définis ci-dessus (69) du fait des symptômes difficiles à traiter tels que les symptômes négatifs, les répercussions sur les fonctions cognitives et le faible insight (66).

Afin d'amener la personne dans ce processus de rétablissement, il est nécessaire d'allier traitements médicamenteux et mesures non pharmacologiques (66).

Les capacités d'un patient à mieux exprimer ses émotions seraient-elles un facteur de rétablissement ? Cette capacité à exprimer ses émotions diminuerait-elle le nombre de passages à l'acte agressif et ainsi permettrait une meilleure relation à l'autre ?

## 5. Synthèse du cadre théorique et question de recherche

Lors de mon dernier stage, j'ai été confrontée à des patients hospitalisés en unité fermée de psychiatrie présentant un état d'angoisse presque quotidien. Parmi eux, certains étaient dans cette unité fermée dans l'attente d'un transfert en UMD.

Nous avons vu que les UMD admettent des patients dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, en général en lien avec des passages à l'acte auto ou hétéro agressif. Cette agressivité semble plus fréquente chez les patients atteints de schizophrénie, notamment à cause des symptômes de leur pathologie. En effet, l'agressivité vient d'une expression inadaptée des émotions généralement liée à une situation angoissante à laquelle le patient ne parvient pas à réagir par les mots. Le passage à l'acte est la seule stratégie qu'il trouve pour exprimer son angoisse.

En santé mentale, l'ergothérapeute intervient par le biais d'activités thérapeutiques aux objectifs divers et variés. A travers ces activités, il souhaite amener le patient vers un processus de rétablissement.

De ces observations, ma question de recherche sera la suivante :

**Comment la prise en soin par l'ergothérapeute de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie en UMD va -t-elle permettre de diminuer les passages à l'acte agressif ?**

## 5.1 Hypothèses

De cette question de recherche, nous pouvons voir apparaître les hypothèses :

- 1- Les UMD dans lesquelles un ergothérapeute intervient de façon régulière sont moins sujettes à faire face à des passages à l'acte agressif par des patients atteints de schizophrénie.
- 2- Des activités liées à l'expression des émotions permettent de diminuer les passages à l'acte agressif des patients atteints de schizophrénie.
- 3- Le cadre adaptable et la relation thérapeutique créés en ergothérapie permettent de limiter les passages à l'acte agressif.

## II. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

### 1. Méthode et outil de recherche

L'intérêt de l'étude est de comprendre si l'action de l'ergothérapeute a un impact sur l'agressivité des patients hospitalisés en UMD. Pour cela il est intéressant et pertinent de recueillir des données directement auprès d'ergothérapeutes exerçant en UMD. Ce travail de recherche est basé sur un modèle hypothético-déductif. A travers les données apportées par ces ergothérapeutes, les différentes hypothèses émises pourront être certifiées ou contestées, ce qui amènera une réflexion et une analyse autour de différentes pratiques professionnelles.

Il existe très peu d'articles prenant en compte les différents termes de ce travail (agressivité, ergothérapie, schizophrénie, passages à l'acte et UMD), rendant un travail de recherche par une revue de la littérature complexe. Les concepts d'émotion et d'agressivité, concepts clés de ce travail ne sont ni quantifiables, ni palpables. C'est pourquoi un travail de recherche qualitatif permettant d'analyser la pratique professionnelle d'ergothérapeute est pertinent.

Effectivement, il donne lieu à une analyse de la pratique professionnelle de certains ergothérapeutes. Les entretiens, outils de recherche qui seront utilisés, permettront de recueillir directement des informations auprès d'ergothérapeutes. L'utilisation d'entretiens est d'autant plus pertinente que leur réalisation nécessite une écoute active, attentive, une posture bienveillante. Ce sont des habiletés développées et primordiales dans l'exercice de la profession d'ergothérapeute (70). L'entretien permet à la personne interrogée de s'exprimer et de développer librement ses propos (71). Les entretiens semi-directifs seront utilisés. Ils permettent à l'enquêteur de guider l'entretien en suivant une ligne conductrice afin d'obtenir des informations, tout en laissant de la place aux commentaires et idées de la personne interrogée, rendant l'échange plus riche (72). En outre, ma question visant à analyser la pratique des ergothérapeutes, l'utilisation d'entretiens semble plus pertinente que celle des questionnaires, qui eux ne laissent pas de place à la subjectivité de l'interlocuteur. Grâce aux entretiens, chaque professionnel pourra développer son point de vue et enrichir ses réponses en s'appuyant sur ses expériences et sa pratique professionnelle.

### 1.1 Biais et limites de l'outil

Il existe différents biais et limites à la mise en place d'entretiens. Nous retrouvons dans un premier temps l'environnement. Effectivement, si l'endroit dans lequel la personne répondant aux questions est bruyant, impersonnel, stressant, les réponses des interlocuteurs pourraient être biaisées. Les modalités de l'entretien (en présentiel, visioconférence ou appel téléphonique) peuvent interférer sur la qualité des réponses apportées. Le choix des personnes interrogées va également constituer un biais dans la réalisation d'entretiens. En effet, si la personne interrogée connaît l'enquêteur, si elle a déjà répondu à plusieurs entretiens portant sur le même thème, la qualité, la pertinence et l'impartialité de ses réponses vont différer. De plus, l'utilisation d'entretiens semi-directifs laisse la personne interrogée relativement libre dans les réponses qu'elle apporte. Sa subjectivité représente ainsi une limite.

## 1.2 Choix de la population

Pour que les entretiens soient les plus pertinents possible, l'élaboration de critères d'inclusion et d'exclusion est essentielle pour déterminer un « profil type » d'ergothérapeutes à contacter afin de limiter les biais évoqués ci-dessus. Un premier entretien pré-test sera réalisé afin d'ajuster mes questions. Ensuite, plusieurs entretiens seront réalisés.

### Critères d'inclusion :

- Ergothérapeute diplômé d'état et,
- Travaillant ou ayant travaillé en France en UMD pendant au moins trois ans et,
- Ayant pris en charge des patients atteints de schizophrénie et,
- Prenant en compte l'agressivité du patient dans sa Prise En Soins.

### Critères d'exclusion :

- Etudiants en ergothérapie et,
- Ergothérapeute n'ayant pas d'expérience professionnelle en UMD et,
- Ergothérapeute n'exerçant pas en France.

## 1.3 Guide d'entretien et entretien pré-test

### *1.3.1 Elaboration de la grille d'entretien*

J'ai élaboré ma grille d'entretien (Annexe II) comprenant 7 questions ouvertes auxquelles ont été ajoutées des questions de relance. Ces dernières ont pour but de réactiver la réflexion des interviewés, afin d'obtenir de potentielles nouvelles informations ou de compléter celles déjà données. La première question permet à l'ergothérapeute interrogé de se présenter. Les autres questions ont été construites à partir d'éléments issus du cadre théorique de ce travail. A travers cet entretien, les ergothérapeutes sont questionnés sur l'agressivité et les causes de celle-ci, sur l'importance des émotions, leurs pratiques professionnelles et leurs interventions. Au fur et à mesure de l'échange, les questions s'affinent pour tendre vers la question de recherche. Une dernière question d'ouverture leur est posée sur un sujet qui m'interpelle : l'isolement et les contentions.

### 1.3.2 Plus-value d'un entretien pré-test

Afin d'évaluer la pertinence de la grille d'entretien construite, j'ai effectué un premier entretien auprès d'une ergothérapeute diplômée depuis 2011, travaillant au sein de la même UMD depuis 12 ans. Cet entretien pré-test s'est déroulé par appel téléphonique et a duré 23 minutes.

Ce premier entretien a confirmé la pertinence des questions élaborées. L'ergothérapeute a très facilement saisi le sens des questions et m'a apporté des informations venant compléter et confirmer les recherches que j'avais pu faire dans le cadre théorique de ce travail. Il n'y a pas eu de modifications de la grille d'entretien, cependant, j'ai constaté que certaines de mes questions de relance étaient trop larges, elles ne permettaient pas au professionnel d'approfondir ses propos. Je les ai donc davantage précisées.

La présence de contact visuel avec la personne interrogée lors de cet entretien en appel téléphonique m'a manqué. Pour faciliter la communication avec l'ergothérapeute, voir ses expressions du visage, son langage non verbal, s'est imposée la nécessité d'effectuer les entretiens suivants en visioconférence.

### 1.4 Recherche d'interlocuteurs et déroulement des entretiens

Le 4 janvier 2024, j'ai envoyé un mail (Annexe III) aux secrétariats des dix UMD de France pour leur faire part de mon souhait d'interviewer des ergothérapeutes dans le cadre de ce travail.

Du fait de la distance entre mon domicile et les différentes UMD, les entretiens se sont déroulés en visioconférence. J'ai programmé les entretiens des professionnels ayant répondu favorablement à ma demande. J'ai recueilli le témoignage de trois ergothérapeutes travaillant dans trois UMD différentes en France.

Un message de confirmation de la date et de l'heure préalablement posées était envoyé en amont de chaque entretien. Les ergothérapeutes interviewés ont été informés de l'enregistrement de l'entretien grâce à un dictaphone. Ils ont fait part de leur consentement et signé un formulaire en attestant.

Les entretiens ont débuté par l'explication du thème de ma recherche. Puis, un temps de présentation des interviewés a été alloué afin de cerner le profil de chaque ergothérapeute ainsi que leurs parcours professionnels. Aucune limite de temps n'a été décidée pour la réalisation des entretiens qui ont duré de 25 à 53 minutes. Afin de rendre le processus d'analyse identique, les questions ont été posées de la même manière et dans le même ordre à chacun des ergothérapeutes.

Afin de préserver l'anonymat les UMD ne seront pas mentionnées et les ergothérapeutes interrogés seront appelés E1, E2 et E3.

### III RESULTATS

Les trois entretiens sont analysés après leur retranscription intégrale. Tout d'abord de façon longitudinale (Annexe IV) afin de relever les informations et thèmes clés pour chacune des personnes interrogées et pour chacune des questions posées. Ces informations et thèmes retenus seront dans un second temps, comparés entre eux pour chacune des questions : il s'agit de l'analyse transversale (Annexe V).

#### 1. Analyse longitudinale

##### 1.1 Entretien 1 (E1)

Ce premier entretien d'une durée de 53 minutes s'est déroulé le 18 janvier 2024 en visioconférence. L'ergothérapeute interrogée, appelée E1, travaille depuis 2002, soit 21 ans, au sein de la même UMD.

A travers cet entretien, E1 souligne différents éléments à l'origine des passages à l'acte agressif des patients atteints de schizophrénie hospitalisés en UMD. Ceux-ci peuvent être liés aux difficultés d'acceptation de leur pathologie. Beaucoup d'entre eux vivent des difficultés d'observance de leur traitement, ce qui entraîne une recrudescence des symptômes de la maladie. E1 ajoute que la prise de toxiques va accentuer les symptômes délirants du patient et modifier sa perception de la réalité et ainsi avoir un impact négatif sur ce qu'il ressent : « (ils) ne font pas la part des choses entre les hallucinations et la réalité ».



Ces patients ont tendance à avoir un insight faible et ne se rendent pas compte de la gravité de leurs actes : « *il y en a qui minimisent les faits* ». Les croyances religieuses et l'origine culturelle peuvent également avoir un impact sur la perception que le patient a de ses symptômes : « *du fait de leurs croyances religieuses, ils n'arrivent pas à faire la différence entre une hallucination visuelle et le djinn* ». La plupart viennent d'un milieu familial défavorable : « *c'est des patients, parfois, qui sont issus d'un milieu de vie très perturbateur* » avec des carences éducatives. Beaucoup ont subi de la violence durant leur enfance et reproduisent les schémas qu'ils connaissent : « *ils vont reproduire ce qu'ils ont reçu comme éducation* ».

Parmi les symptômes de la schizophrénie susceptibles d'entraîner des passages à l'acte agressif, E1 pointe les difficultés de gestion des émotions. Celles-ci sont étroitement liées à différents facteurs : le regard des autres, l'acceptation de la maladie, les symptômes positifs et négatifs propres à la schizophrénie : « *entend des voix en permanence* », « *le repli autistique* ». Ainsi, le passage à l'acte est une réponse du patient qui fait face à des émotions intenses : « *Quand il y a un débordement émotionnel au bout d'un moment c'est la seule issue qu'ils voient au niveau de la facilité* », « *ils répondent au niveau de leur instinct primitif* ». Pour E1, les passages à l'acte agressif font suite à différentes émotions, notamment la colère ou l'angoisse mais aussi à la frustration imposée par la vie en collectivité : « *ça doit être difficile de cohabiter tous ensemble parce qu'ils sont quand même jusqu'à 18 patients* ».

Pour E1 il est primordial d'aider le patient à s'ancrer dans la réalité avant d'entamer un travail émotionnel. Dans la prise en soin des émotions, E1 souligne l'importance de reprendre avec les patients les événements dans lesquels un débordement émotionnel a entraîné un ou des passages à l'acte agressif. Ensuite, il sera possible de travailler avec eux sur la mise en place de stratégies autres que la violence afin d'exprimer leurs émotions : « *apprendre que cette violence n'est pas obligatoire pour régler les comptes* ». Cela peut se faire à travers des groupes de parole où les patients expriment leurs ressentis et l'impact émotionnel provoqué par les symptômes de la maladie.

E1 souligne que la posture à adopter en tant que professionnel est primordiale, surtout lorsque le patient est agressif. Ceci se fait tant au travers du travail en équipe que de la connaissance de soi : il est nécessaire de connaître ses propres limites pour accompagner au mieux les patients. Il est indispensable de créer une relation thérapeutique avec les patients : « *tout ce qui est relationnel* », « *la relation de confiance* », pour leur accompagnement dans la gestion de leurs émotions. Cela peut se faire au travers d'entretiens formels ou informels ou d'activités. Le thérapeute se doit d'adopter une posture bienveillante et d'être à l'écoute des ressentis du patient. Dans la prise en soin de l'agressivité, E1 explique qu'il est primordial que les patients verbalisent ce qu'ils ressentent pour les aider à prendre conscience de leurs actes : « *on discute beaucoup avec les patients* », « *comme ça on sait s'ils minimisent les faits ou pas* », « *j'essaie de l'amener tout doucement vers ce qu'il s'est réellement passé* ». Elle accompagne la personne dans sa réflexion quant à une situation vécue et revient avec elle sur ses actes.

Afin de diminuer les passages à l'acte agressif, E1 utilise l'activité « *respiration* » qu'elle trouve pertinente : lorsque les patients commencent à se sentir débordés par leurs éprouvés émotionnels ils peuvent la mettre en place de façon autonome : « *je travaille beaucoup sur la respiration parce que c'est quelque chose que les patients peuvent reproduire n'importe quand, n'importe où* ». Elle accompagne cette activité en jouant du handpan qui favorise l'apaisement des patients.

La commission de suivi médical décide du maintien ou de la sortie du patient de l'UMD. A l'approche de cette commission, E1 note une diminution de l'agressivité des patients : « *il y a quand même la commission qui fait beaucoup* ». Pour les patients en attente de la commission de suivi médical, E1 travaille avec eux autour des raisons de leur hospitalisation, de leur compréhension et de l'acceptation de leur pathologie, afin de préparer au mieux leur sortie si elle est proclamée : « *comprendre pourquoi vous êtes ici... qu'elle est votre pathologie... de l'accepter* ».

Selon E1 face à des passages à l'acte agressif, l'isolement et les contentions sont utilisés pour protéger les patients, leur éviter de se faire du mal ou de blesser autrui. Elle explique que les patients qui viennent en ergothérapie sont moins susceptibles de faire face à ces méthodes puisqu'ils sont généralement moins agressifs. En effet, les ateliers d'ergothérapie ont différents bienfaits : ils favorisent la réinsertion sociale à grâce des activités de groupe et le contact avec les différents professionnels. Ils permettent aux patients de pratiquer une activité favorisant le maintien du rythme nyctéméral et ainsi diminuent les troubles du sommeil. Le fait que les patients sortent du pavillon pour se rendre en ergothérapie leur permet d'avoir la sensation de ne plus être en UMD. Cela peut être perçu comme un pas vers le monde extérieur « *ils viennent toute la journée c'est comme s'ils allaient au travail et du coup ils ont l'impression d'être comme tout le monde* ». Finalement, les ateliers d'ergothérapie peuvent être comparés à des lieux de réinsertion tant sociale que professionnelle. Ils rythment le quotidien des patients et leur permet de conserver un équilibre occupationnel.

## 1.2 Entretien 2 (E2)

Ce deuxième entretien d'une durée de 25 minutes s'est déroulé le 10 février 2024 en visioconférence. L'ergothérapeute interrogé appelé E2 travaille depuis 2015 en santé mentale. Il a travaillé pendant un an à 80% dans un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et à 20% dans un service intra hospitalier de psychiatrie, avant d'intégrer il y a huit ans une UMD.

E2 différencie le concept de violence de celui d'agressivité. Pour lui, l'agressivité arrive en amont de la violence, c'est une réaction moins forte déclenchée par des facteurs extérieurs : « *l'agressivité est liée à des situations* », « *c'est une réaction à un environnement, à quelque chose d'extérieur* ». Dans le cas des patients hospitalisés en UMD, E2 emploie le terme de passage à l'acte violent, représentant certains motifs d'admission en UMD : « *on va parler plutôt de passage à l'acte violent pour un homicide* ». Cependant, pour E2 la schizophrénie ne signifie pas forcément passage à l'acte violent, même s'il précise que dans le cas des UMD, c'est en général par ces passages à l'acte que l'admission du patient est motivée « *c'est le critère de dangerosité qui est intimement lié avec l'agressivité et la violence* ».

Concernant l'origine de l'agressivité, élément annonciateur d'un passage à l'acte violent, E2 identifie certains symptômes : les troubles du comportement (lorsque le patient n'arrive plus à gérer sa frustration ou lorsqu'il se sent impuissant), les hallucinations et les idées délirantes : « *on va parler des troubles du comportement* », « *elle va être liée par exemple à une mauvaise gestion de la frustration* », « *un sentiment parfois d'impuissance, de ne pas y arriver* », « *ils peuvent se sentir persécutés par ta présence, par tes propos, et mal les interpréter* ».

Selon E2, les personnes atteintes de schizophrénie rencontrent des difficultés pour accéder aux émotions ; elles peinent à identifier leurs propres émotions et à reconnaître celles d'autrui. Lorsque les symptômes négatifs sont présents chez les patients, ils « *vont être très émoussés donc ressentir finalement peu de choses* ». Ces personnes vont avoir de grandes difficultés à exprimer leurs émotions et ont en général besoin d'un étayage. L'observation des expressions du visage, comme le sourire, le rire, le regard noir ou fixe donne des informations essentielles quant à l'état émotionnel du patient. Le professionnel peut alors adapter sa posture.

Pour E2, il n'y a pas forcément de lien entre le passage à l'acte agressif et les difficultés d'expression des émotions. E2, met en avant deux grands profils de patients accueillis en UMD. Le premier correspond à ceux issus de la filière médico-judiciaire dont la majorité a commis des passages à l'acte homicide. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une problématique de gestion des émotions mais plutôt de la présence de symptômes positifs : « *c'est souvent lié à la symptomatologie délirante* », « *un patient qui se sent menacé, ou persécuté, qui délire complètement et qui va passer à l'acte sur son entourage* ». Le passage à l'acte est un moyen pour le patient de se protéger d'une menace. Le deuxième profil de patients, venant de services de psychiatrie de secteur, présentent pour la plupart une problématique d'agressivité. D'après E2, les passages à l'acte agressif seraient plutôt liés au cadre des services de psychiatrie généraux, insuffisamment contenant et rassurant pour ces patients.

E2 met en avant qu'il n'est pas souvent confronté à des situations d'agressivité en ergothérapie. Il souligne que l'ergothérapeute est souvent « *le bon objet* » pour ces patients qui ont tendance à cliver les relations. Le travail de l'agressivité se fait plutôt autour des raisons de l'hospitalisation du patient en UMD. L'ergothérapeute centre sa prise en soin sur la reconnaissance de la maladie et les conduites à tenir pour diminuer son impact dans le quotidien : « *le patient quand il ressort d'UMD, il a compris quelle était sa maladie [...] qu'il aura besoin de traitement à vie, [...] que le cannabis il ne va plus falloir y toucher* ». Bien qu'E2 ne mette pas en place d'activités sur le thème des émotions, il souligne que ses anciennes collègues ergothérapeutes avaient créé une activité sur ce thème. Actuellement certains de ses collègues développent un groupe de travail autour des émotions qui s'insère dans le domaine de la remédiation cognitive. E2 met également en place différentes médiations avec un objectif commun pour chacune d'elles : permettre au patient atteint de schizophrénie d'entrer en relation : « *l'idée pour le patient psychotique c'est de rencontrer l'autre* ». Il souligne que pour que la prise en soin d'un patient en UMD soit optimale, il est impératif de créer une alliance thérapeutique, permettant l'adhésion aux soins du patient.

Pour E2, le travail sur la gestion des émotions des patients atteints de schizophrénie n'impacte pas la diminution de l'agressivité. Selon lui, elle est surtout liée à trois éléments que sont la contenance du cadre, les limites fixées par ce cadre et enfin le traitement médicamenteux. Ainsi, la contenance du cadre est apportée aux patients par l'architecture de la structure mais également par l'attitude des professionnels : ils sont suffisamment nombreux, et à l'écoute des patients.

D'après E2, l'utilisation de l'isolement et des contentions est nécessaire dans le cadre de l'UMD. Il les décrit comme des moyens thérapeutiques permettant de faire redescendre la tension lorsqu'un patient montre une agressivité sous-jacente et permettent de protéger les autres patients : « *il est nécessaire que le patient soit mis à l'écart des autres* ». Pour lui, ces outils ne sont pas utilisés dans le même objectif en UMD que dans les services de psychiatrie de secteur. D'après lui, en UMD ils servent de sanctions afin de rappeler le cadre aux patients et de faire respecter des règles « *s'il y a passage à l'acte, entre guillemets, il y a sanction* », « *c'est une manière de travailler le rapport à la loi* ».

### 1.3 Entretien 3 (E3)

Ce troisième entretien d'une durée de 29 minutes et 7 secondes s'est déroulé le lundi 19 février 2024 en visioconférence. L'ergothérapeute appelée E3 travaille depuis plus de quatre ans au sein de la même UMD. Elle a une expérience professionnelle d'un an au sein d'une autre UMD.

Selon E3, les passages à l'acte viennent traduire la rupture de la pensée. Lorsque la réalité devient trop angoissante et menaçante pour le patient, le corps va agir. Les idées délirantes, notamment le délire de persécution, pourraient être en lien avec les passages à l'acte agressif. Le but premier du délire est de protéger le patient de la réalité qui semble trop dangereuse pour lui : « *le délire, il est protecteur à la base. Même s'il fait du bruit, il est beaucoup moins dangereux que la réalité apparente* ». Le passage à l'acte permet de se protéger d'une angoisse, il est lié à l'instinct de survie du patient qui se sent trop envahi, menacé : « *le patient passe à l'acte parce que c'est sa seule manière de survivre* ».

Pour E3 les patients sont généralement débordés par leurs éprouvés émotionnels et vont se retrouver en difficulté pour identifier leurs émotions (tristesse, colère, angoisse). E3 pointe pour ces patients les carences durant l'enfance qui rendent leur construction psychique « *archaïque* », de ce fait pas assez développée pour comprendre les émotions. Le manque de représentation et de symbolisme les entrave dans l'expression de la cause de leurs émotions, ils se retrouvent en difficulté pour rattacher le nom d'une émotion à son aspect psychique : « *difficulté à habiter son corps, à les ressentir* ». Lorsque l'émotion, notamment l'angoisse ne peut pas être mise en mots, c'est le corps qui va agir. L'émotion rejaillit par l'expression corporelle de façon « *bruyante* » sur l'autre : les émotions se manifestent par des pleurs, des cris, du désespoir.

D'après E3, les émotions sont déclenchées par une situation dans laquelle une tierce personne est généralement engagée. Or, les personnes atteintes de schizophrénie sont en difficulté dans la relation à l'autre. Elles peinent à comprendre les éléments qui entrent en jeu dans la relation : « *c'est au thérapeute de venir retraduire et de mettre en affect ce qui est en train de s'éprouver* » et ont généralement peur d'aller à la rencontre de l'autre : « *l'altérité est hyper menaçante pour ces personnes, l'autre est dangereux* », « *c'est des personnes, généralement, qui sont extrêmement terrorisées dans la relation et par la relation* ».

E3 rappelle la différence entre l'UMD et l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) : l'UMD c'est la clinique de folie alors que l'UHSA c'est la clinique du passage à l'acte. En UMD, les symptômes des patients sont difficiles à se représenter, la création d'une relation thérapeutique est alors rendue compliquée : « *être en contact du patient qui va vous dire : mon corps se transforme. J'ai des serpents à l'intérieur de moi. Mes bras c'est plus mes bras. Toute cette folie ambiante c'est difficile de s'identifier à ça. Et c'est ça qui rend la relation difficile* ». En UMD le passage à l'acte est parfois le seul moyen trouvé par le patient pour exprimer la souffrance intense liée à ses différents symptômes (hallucinations cénesthésiques notamment).

E3 rencontre les patients en séances individuelles ou en séances de groupe. Elle utilise des médiations artistiques (peinture, collage, argile écriture), dans le but d'amener une dimension tierce à la relation. De plus, les médias artistiques permettent aux patients de se représenter, de symboliser ce qu'ils n'arrivent pas à mettre en mots « *on passe pas par les mots, on va venir passer par le faire, par la création* ». A travers ces processus, l'ergothérapeute apporte un étayage au patient et l'accompagne dans son processus de raisonnement « *on vient essayer de mobiliser les choses que le patient amène, essayer de le traduire, de l'accompagner dans le processus de pensée* ». E3 travaille avec les patients sur les habiletés sociales. Pour cela, elle utilise le jeu « compétence » qui permet aux patients d'aborder différents thèmes (émotions, relations interpersonnelles) au travers de mises en situation. Ainsi, la prise en soin passe par la rencontre avec l'autre. Le « *miroir de l'autre* » permet au patient d'élaborer sur ce qu'il traverse. L'objectif final est d'apaiser et d'accompagner le patient afin de l'amener vers un état plus serein.

E3 explique qu'il n'y a pas de prise en soin spécifique des émotions : elles sont sollicitées lors de nombreuses situations de soin. Le « *portage psychique* » permet de réduire l'agressivité ce qui passe par la disponibilité, l'écoute et l'accueil des différents éléments que le patient peut apporter, même s'ils se traduisent de manière peu adaptée : « *être disponible et accueillir ce que le patient est en train de vivre et de ressentir, même si c'est de manière complètement folle, même si cela paraît délirant* ».

Cette capacité d'écoute ainsi que l'empathie du professionnel vont permettre au patient de se sentir en confiance dans la relation. Pour cela, le thérapeute doit être en capacité de maîtriser et connaître ses propres émotions. Il doit se questionner sur ce que le patient ressent, et pourquoi cela se traduit ainsi. Il l'aide à mettre ses émotions en mots, en validant ses ressentis, ce qui permet de désamorcer une situation angoissante : « *c'est normal si je ressens ça* ». Cette posture professionnelle va apporter une forme de contenance au patient, qui se sent alors rassuré, diminuant alors son agressivité.

Au sujet des contentions et de l'isolement, E3 repose le cadre juridique : il existe des lois qui régissent l'utilisation de ces moyens et leur utilisation doit être justifiée et justifiable. Elle explique que la contention peut être utilisée lorsque l'agitation psychomotrice d'un patient devient trop importante si bien que les soignants ne parviennent plus à le contenir psychiquement. Le recours aux contentions a lieu le temps de faire redescendre cette agitation. La contention peut être vécue très violemment et son utilisation doit être accompagnée : il faut expliquer au patient les raisons de son utilisation, le rassurer. E3 évoque les limites du soignant : pour elle le recours à la contention a souvent lieu lorsque le soignant « *n'est pas en capacité de pouvoir porter le patient* », lorsque la souffrance psychique du patient devient trop dure à supporter pour le soignant. Elle conclut en expliquant que c'est la relation thérapeutique qui est le véritable levier du soin.

Pour terminer l'entretien, E3 souligne qu'en tant que soignant, nous nous devons d'être disponible pour les patients. Prendre soin de l'autre passe par un savoir être qui se développe grâce à l'écoute de nos propres affects et de ceux du patient. La création d'une relation thérapeutique se fait grâce à ce que l'on va avoir de commun avec le patient, nous permettant ainsi de nous rencontrer.

## 2. Analyse transversale

L'analyse transversale permet de croiser les données pertinentes de chacun des entretiens et de les comparer entre elles. Cette analyse permet d'identifier les convergences et divergences de pratique entre les trois ergothérapeutes interrogés.



## **Question 2 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et passage à l'acte agressif ?**

Les ergothérapeutes E2 et E3 définissent le passage à l'acte agressif. E2 différencie les concepts d'agressivité et de violence en notant que cette dernière découle de l'agressivité et s'exprime de manière plus intense. E3 définit le passage à l'acte agressif comme une rupture avec la pensée : face à une situation où l'angoisse est importante, le passage à l'acte agressif est considéré par le patient comme sa seule manière de survivre.

Les trois ergothérapeutes mettent en avant différents symptômes de la schizophrénie entraînant des passages à l'acte agressif. Il s'agit des symptômes positifs de la maladie. E2 et E3 font le lien avec les idées délirantes, notamment de persécution. E2 les met en lien avec des interprétations de propos erronées tandis que E3 explique que le délire se met en place dans un premier temps pour protéger la personne de la réalité qu'elle trouve menaçante. E2 souligne les troubles du comportement survenant dans des situations où la personne se sent impuissante. E1 et E2 s'accordent sur le fait que les passages à l'acte agressif des patients atteints de schizophrénie sont liés à des difficultés de gestion des frustrations. E1 et E3 évoquent toutes les deux que les débordements émotionnels peuvent être à l'origine de passages à l'acte agressif.

Pour E1, la consommation de toxiques, les carences éducatives, les difficultés d'observance du traitement et d'acceptation de la pathologie sont des facteurs qui favorisent la survenue de passages à l'acte agressif.

## **Question 3 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et émotions ?**

Les trois ergothérapeutes sont unanimes pour dire que les personnes atteintes de schizophrénie rencontrent des difficultés pour gérer leurs émotions. E2 souligne des difficultés dans la reconnaissance et la verbalisation de leurs propres émotions mais aussi pour identifier celles de l'autre. Selon E3, les personnes atteintes de schizophrénie feraient face à un trop plein d'émotions avec un excès de réflexivité vis-à-vis d'autrui. Pour elle, ces personnes étant vulnérables dans leur processus de construction, les émotions se montrent envahissantes. Il s'agit d'éléments qui leur sont étrangers, et ils se trouvent en incapacité de les identifier. D'après E1 les interactions sociales (notamment le regard de l'autre) sont complexes pour ses patients et engendrent des difficultés pour gérer leurs émotions.

Ils utilisent parfois la violence pour régler leurs problèmes ou difficultés. E1 indique que la culture et les croyances religieuses ont un impact sur l'insight du patient.

Pour E2 et E3 les personnes atteintes de schizophrénie peinent à mettre des mots sur leurs émotions. Celles-ci se manifestent par des sourires, des rires, des regards noirs, fixes, des pleurs et des cris : c'est le corps qui va agir.

#### **Question 4 : Selon vous, y a t'il un lien entre passage à l'acte agressif et difficultés d'expression des émotions ?**

E2 et E3 rappellent le profil des patients hospitalisés en UMD. E2 expose les deux filières de patients : ceux issus de la filière médico-judiciaire qui arrivent en UMD en général à la suite de passage à l'acte homicide et ceux venant de services de psychiatrie générale présentant une problématique d'agressivité. E3 fait référence à la clinique de la folie et évoque le passage à l'acte comme la manifestation la plus saine du patient. Face à l'abolition complète de leurs capacités de discernement, les patients accueillis en UMD ont été irresponsabilisés pénalement de leurs actes. E1 souligne que certains patients étaient sous l'emprise de toxiques au moment de l'acte agressif.

Selon les trois ergothérapeutes, les passages à l'acte agressif sont utilisés comme des moyens de protection pour les patients. Pour E1, ils sont liés à l'instinct primitif et pour E3 il s'agit de leur seule solution trouvée pour exprimer leur souffrance.

Pour E2 c'est la symptomatologie délirante qui engendre plus les passages à l'acte agressif que les difficultés d'expression des émotions de ces patients. Cependant pour E1 les passages à l'acte agressif font suite à un débordement émotionnel.

Les trois ergothérapeutes s'accordent pour dire que les passages à l'acte agressif font généralement suite à de l'angoisse, de la colère, de la frustration et à un sentiment de menace, de vulnérabilité. Pour E3 l'angoisse apparaît dans une situation où le patient est confronté à l'autre. Or, ces derniers sont terrorisés par la relation. De plus E2 et E3 évoquent la complexité pour créer une relation en UMD à cause des symptômes positifs de la maladie.

### **Question 5 : Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité ?**

Les trois ergothérapeutes utilisent des activités thérapeutiques dans leurs prises en soin. E1 mentionne la respiration, médiation qu'elle trouve pertinente puisqu'elle peut être utilisée par le patient en autonomie dès qu'il en ressent le besoin. E2 et E3 se servent des médiations artistiques (argile, écriture, collage, peinture), manuelles, d'expression corporelle et de sociabilisation. Concernant les habiletés sociales, E2 et E3 utilisent des jeux thérapeutiques, le « Dixiludo » et « Compétence ». E3 explique que l'utilisation de médiations permet de triangulariser la relation, facilitant la création du lien avec le patient.

Pour E1 et E3, l'ergothérapeute doit aider le patient à exprimer ses ressentis et ses éprouvés, E1 parle de « *mettre des mots* » dessus. E3, s'attarde sur les médiations qui permettent aux patients de s'exprimer verbalement ou non « *permettre au patient de symboliser différents éléments et d'accéder à son monde interne* ».

E1 et E2 se positionnent pour aider le patient à identifier les événements agressifs qui l'ont conduit en UMD. Ils travaillent autour de la connaissance de la maladie et des conduites à tenir (observance du traitement, arrêt des consommations de toxiques) avec pour objectif que le patient prenne conscience de la réalité.

Les trois ergothérapeutes sont unanimes : il est primordial de créer une relation thérapeutique avec le patient. L'ergothérapeute doit rassurer le patient, faire preuve d'écoute active et le rassurer tout au long de sa prise en soin en ergothérapie.

### **Question 6 : Suite à une prise en soin des émotions, constatez-vous une diminution de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?**

D'après E2 et E3 ce n'est pas la prise en soin des émotions qui permet de diminuer l'agressivité des patients atteints de schizophrénie mais plutôt un cadre sécurisant et contenant qui permet au patient de se sentir accompagné et soutenu.

E3 développe la posture professionnelle, dans une dimension d'accompagnement que le thérapeute doit adopter afin de réduire l'agressivité. Elle passe par sa disponibilité, son empathie, son écoute active et l'étayage qu'il apporte au patient pour que ce dernier puisse mettre des mots sur ce qu'il ressent.

E1 met en avant l'enjeu de la commission de suivi médical qui décide du maintien ou non d'un patient en UMD : celui-ci va se contenir dans l'espoir que sa sortie soit proclamée.

E1 et E2 soulignent qu'il est primordial que le patient comprenne sa pathologie, les raisons pour lesquelles il est arrivé en UMD et qu'il ait une meilleure observance du traitement afin d'éviter les passages à l'acte agressif.

**Question 7 : Face à des passages à l'acte agressif, l'utilisation de l'isolement ou de contention est-elle indispensable ?**

Les trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'isolement et les contentions peuvent se montrer utiles le temps que la tension redescende. Pour E1 et E2 ces mesures visent à protéger le patient et les autres.

E1 souligne que les patients pris en soin en ergothérapie sont moins enclins à faire face à l'utilisation de ces mesures. Les patients qui se rendent dans les ateliers d'ergothérapie sont généralement moins agressifs, notamment grâce aux bienfaits que procure l'ergothérapie. Les ateliers d'ergothérapie favorisent la réinsertion sociale, le contact avec les différents professionnels, le maintien du rythme nyctéméral par la pratique d'activités.

E2 et E3 sont en désaccord sur l'utilisation des contentions. E3 aborde la loi contention qui stipule que ces dernières doivent être utilisées en dernier recours de façon justifiée et justifiable. L'utilisation de ces mesures qui peut être violemment vécue par le patient doit être accompagnée, expliquée et le soignant doit rester disponible afin de le rassurer. E3 fait le lien entre la contenance du cadre et la contention : pour elle, ces mesures sont mises en place lorsque le soignant n'est plus en capacité de « porter » le patient.

Pour E2, en UMD, l'isolement et les contentions sont utilisés comme des sanctions qui permettent de travailler avec les patients le respect du cadre et des règles.

**Question 8 : Avez-vous des choses à rajouter ?**

Pour E3 la relation thérapeutique est le point clé de notre pratique professionnelle. Pour être soignant, il faut avant tout être à l'écoute, disponible et congruent. Ces habiletés permettent d'entrer en relation avec le patient. C'est par cette rencontre que la prise en soin est possible.

## IV DISCUSSION

### 1. Interprétation des résultats

Suite à l'analyse des différents entretiens, les résultats sont comparés aux éléments de mon cadre théorique. Pour ceux n'y apparaissant pas, de nouvelles recherches sont réalisées.

- Définition et origine de l'agressivité

A travers cette étude, la distinction entre les concepts de violence et d'agressivité ainsi que leurs définitions sont mis en lumière. La violence est définie comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque forcément d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (37). L'agressivité correspond à « un comportement agressif verbal, non verbal ou physique qui constitue une menace ou un comportement physique qui cause effectivement des dommages » (38). La différence entre ces deux concepts se trouve au niveau de l'intention dans laquelle ils sont employés. En effet, l'utilisation de la violence vise à attaquer le lien entre soi et autrui, portant atteinte à l'intégrité de l'autre. L'agressivité est employée pour restaurer ce lien, l'objectif est de provoquer l'autre, de le faire réagir afin d'entrer en relation avec lui. Ainsi, la personne va s'exprimer par « *l'agir* » plutôt que par des mots (73).

Le concept de passage à l'acte agressif reprend ces deux notions auxquelles s'ajoute une dimension émotionnelle. Les passages à l'acte agressif sont liés à l'instinct de survie de la personne qui se sent menacée et ressent une angoisse importante. A travers eux, la personne cherche à se protéger (74).

- Des symptômes de la schizophrénie liés aux passages à l'acte agressif

Les ergothérapeutes interrogés expliquent que les passages à l'acte agressif peuvent être liés aux symptômes de la schizophrénie. Parmi eux, nous retrouvons les symptômes positifs, notamment les hallucinations et les idées délirantes (43). Les hallucinations auditives touchent entre 50 et 80% des personnes atteintes de schizophrénie. Une étude menée dans le centre hospitalier universitaire de Monastir a démontré que ces hallucinations entraînent une gêne fonctionnelle à l'origine de troubles du comportement. De plus, pour 40% des patients de l'étude, ces hallucinations sont une source de peur et d'angoisse (75).

Outre la présence des symptômes positifs (idées délirantes et hallucinations), la relation à autrui peut être source d'angoisse pour les personnes atteintes de schizophrénie (76). Le passage à l'acte agressif est le seul moyen trouvé par le patient pour exprimer sa souffrance engendrée par ces différents symptômes.

- Schizophrénie et émotions

A travers cette étude, nous avons observé que les symptômes positifs de la schizophrénie peuvent être source d'angoisse et de souffrance. Le sentiment d'angoisse fait suite à une sensation de danger imminent. Afin de s'en protéger, certaines personnes vont agir en attaquant l'objet d'angoisse (42), d'autant plus qu'elles peinent à mettre des mots sur ce qu'elles ressentent. En effet, beaucoup de patients hospitalisés en UMD ont eu des carences éducatives et affectives durant leur enfance. Cela rend leur construction psychique archaïque et engendre des difficultés à verbaliser leur ressenti. L'angoisse et la souffrance liées aux symptômes vont alors s'exprimer par le corps.

Le traitement des émotions est décomposé en trois niveaux. Nous retrouvons en premier lieu l'expression : les personnes atteintes de schizophrénie ont des réactions faciales peu marquées face à des stimuli émotionnels. Le deuxième niveau correspond à l'intensité du ressenti des émotions. Avec la présence de symptômes négatifs, les personnes ont un émoussement affectif important impliquant une diminution des éprouvés émotionnels. La reconnaissance émotionnelle est le dernier niveau. Les patients atteints de schizophrénie sont en difficulté pour reconnaître leurs propres émotions mais également celles des autres (55, 77).

Ces difficultés sont majorées par l'absence de conscience de leurs troubles (78).

- L'insight

Le terme insight se définit comme la conscience d'avoir un trouble mental. 50 à 80% des personnes atteintes de schizophrénie vont présenter des troubles de l'insight. Différents niveaux de conscience apparaissent dans ce terme : la conscience d'être malade, la conscience de ses symptômes et la conscience des conséquences (79).

Dans ce travail, deux ergothérapeutes soulignent l'importance de travailler avec les patients autour de la conscience de leurs troubles. Ces patients ont un insight faible, ce qui a des répercussions sur leur qualité de vie. Les troubles de l'insight sont souvent à l'origine d'une mauvaise observance du traitement, de nombreuses ré-hospitalisations, de difficultés dans les habiletés sociales et de passages à l'acte agressif (80). Ainsi, les troubles de l'insight peuvent conduire à l'hospitalisation d'un patient en UMD. Lorsque le patient arrête subitement son traitement et consomme des toxiques, les symptômes de la maladie sont majorés, entraînant un risque important de passages à l'acte agressif. Travailler avec le patient autour de la connaissance de sa maladie et de la prise de conscience de la réalité est nécessaire.

- *Les rôles et la posture de l'ergothérapeute*

Cette étude a mis en évidence l'importance de la création d'une relation thérapeutique avec le patient. L'établissement d'une relation de confiance entre le thérapeute et le patient est nécessaire pour que ce dernier soit impliqué dans les soins (81). La création de cette relation passe par la posture du professionnel. Son empathie, son écoute active, congruente et authentique sont des éléments rassurants pour le patient (82). C'est en ce sens que le cadre proposé lors des séances d'ergothérapie doit être contenant et sécurisant. Il permet à l'ergothérapeute de travailler avec le patient autour de la conscience de ses troubles et de la connaissance de sa maladie, avec comme objectif de l'aider à s'ancrer dans la réalité. Cela passe notamment par la reprise des événements agressifs : l'ergothérapeute aide le patient à identifier les raisons de son arrivée en UMD. Concernant la prise en soin des émotions, l'ergothérapeute utilise différents moyens (notamment des médiations) pour permettre au patient d'exprimer ses éprouvés et verbaliser ce qu'il ressent. Les émotions ayant une importance dans les relations humaines, les ateliers d'ergothérapie permettent de travailler autour des habiletés sociales qui sont stimulées à travers des activités de groupes.

- Les moyens utilisés par l'ergothérapeute

L'ergothérapeute travaille avec le patient autour des émotions et des habiletés sociales. Dans ses prises en soin, il utilise différentes médiations qui ont plusieurs fonctions. Ces médiations permettent dans un premier temps de triangulariser la relation, facilitant sa création (64). Les ergothérapeutes utilisent des médiations artistiques et manuelles (argile, collage, peinture, écriture) qui aident le patient à exprimer ses émotions et sentiments (64). Pour travailler autour de la gestion de ses émotions et diminuer les passages à l'acte agressif, les ergothérapeutes peuvent utiliser des médiations corporelles telles que la respiration. Cette activité aide le patient à prendre conscience de son corps et favorise l'apaisement. De plus, il s'agit d'une activité que le patient peut reproduire en autonomie dans son quotidien.

Afin de permettre aux patients de développer leurs habiletés sociales, des jeux thérapeutiques comme le « Dixiludo » ou le jeu « Compétence » peuvent être proposés.

- Cadre thérapeutique et contentions

Dans cette étude, les ergothérapeutes interrogés mettent en lien l'utilisation des contentions physiques avec la notion de cadre. L'un d'eux explique que les contentions sont utilisées en UMD afin de rappeler le cadre aux patients. Une autre verbalise que pour elle, les contentions sont souvent utilisées lorsque l'expression de la souffrance du patient devient insoutenable pour le soignant. L'utilisation de ces mesures est régie par la loi du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation du système de santé. Cette loi stipule que les contentions doivent être employées en dernier recours pour prévenir d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient lui-même ou autrui. Elles sont mises en place sur décision du psychiatre pour une durée temporaire (83).

Le cadre thérapeutique se définit comme « l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant » (84). Le cadre thérapeutique a plusieurs fonctions. Celle d'un espace dans lequel le patient et le soignant se rencontrent, permettant l'établissement de la relation thérapeutique. Ce cadre doit offrir au patient le sentiment d'être dans un lieu sécurisé qui le rend libre d'exprimer et de transformer ses émotions, ses angoisses ainsi que ses souffrances (85). Le cadre thérapeutique a également une fonction contenante : il aide au repérage et au portage de la souffrance psychique du patient liée à l'angoisse, aux émotions et aux idées délirantes (86).



L'installation d'un cadre thérapeutique vient du soignant qui pose des objectifs de prise en soin. Ainsi, la contenance de ce cadre ne passe pas que par l'architecture de l'établissement, des dispositifs physiques et des règles établies. La posture professionnelle qui se veut, bienveillante, rassurante et dans une juste distance participe pleinement à l'établissement d'un cadre contenant.

## 2. Validation des hypothèses et réponse à la question de recherche

L'analyse des réponses aux entretiens mise en relation avec des données issues de la littérature scientifique permet de mettre en avant des éléments de réponse à ma question de recherche et de confirmer ou infirmer mes différentes hypothèses.

Ma question de recherche était : Comment la prise en soin par l'ergothérapeute de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie en UMD va-t-elle permettre de diminuer les passages à l'acte agressif ?

Première hypothèse : *Les UMD dans lesquelles un ergothérapeute intervient de façon régulière sont moins sujettes à faire face à des passages à l'acte agressif par des patients atteints de schizophrénie.*

Suite à ce travail, cette hypothèse semble partiellement validée. En effet, dans ses prises en soin, l'ergothérapeute travaille autour des passages à l'acte agressif des patients. Il l'aide à identifier les raisons de ses passages à l'acte et tente de mettre en place avec lui des stratégies pour s'exprimer autrement que par le corps. De plus, le travail en pluridisciplinarité, la mise à distance des consommations de toxiques et la reprise du traitement diminuent les passages à l'acte agressif.

Deuxième hypothèse : *Des activités liées à l'expression des émotions permettent de diminuer les passages à l'acte agressif des patients atteints de schizophrénie.*

Dans cette étude, nous avons observé que l'angoisse et les émotions sont souvent à l'origine de passages à l'acte agressif. Dans la prise en soin des émotions, l'ergothérapeute aide le patient à exprimer ses ressentis. Il utilise différentes médiations et apporte un étayage au patient qui lui permet de verbaliser ses éprouvés.

Cette hypothèse semble partiellement validée. Il semble nécessaire de commencer par travailler avec le patient sur la prise de conscience de sa pathologie et de ses difficultés avant d'entamer une prise en soin centrée sur les émotions.

Troisième hypothèse : *Le cadre adaptable et la relation thérapeutique créés en ergothérapie permettent de limiter les passages à l'acte agressif.*

Avec les réponses apportées par les ergothérapeutes ainsi que les recherches dans la littérature scientifique, cette hypothèse semble validée. La création de la relation thérapeutique, toujours singulière, est le pilier des prises en soin proposées par l'ergothérapeute. Le cadre des séances dans lequel le patient se sent en sécurité, écouté et respecté lui permet de travailler avec le soignant autour des émotions et de l'agressivité. Ainsi, la rencontre et la confiance qui s'établissent entre le patient et le soignant sont les véritables leviers du soin.

Pour répondre à la question de recherche, il semblerait que la prise en soin de l'agressivité par les ergothérapeutes ait un impact positif sur les passages à l'acte agressif des patients atteints de schizophrénie. Pour cela, la création d'une relation thérapeutique dans laquelle le patient se sent écouté, en confiance et entendu est essentielle. L'ergothérapeute travaille autour des symptômes, notamment de l'insight pour aider le patient à prendre conscience de ses actes. Dans le travail autour des émotions qui peuvent être à l'origine de passages à l'acte agressif, l'ergothérapeute aide le patient à comprendre ses éprouvés et à les exprimer : soit par la verbalisation, soit par le biais de méditations.

Pour faire suite à l'analyse théorique de ce travail, une seconde analyse dite réflexive est réalisée. Elle comprend la critique de la méthodologie et de l'outil utilisés, les apports personnels et pour la profession et enfin, une question d'ouverture.

### 3. Analyse de la méthode

#### 3.1 Choix de la méthodologie et de l'outil de recherche

Lors de l'élaboration de ce travail, j'ai utilisé une méthode qualitative avec comme outil l'entretien semi-directif. Cette méthode a permis aux ergothérapeutes de développer leurs réponses autour de concepts non palpables comme les émotions et l'agressivité. Ils ont exprimé leurs avis en lien avec leur expérience et leur identité professionnelle en UMD, ce qui est un réel enrichissement.

La possibilité de réaliser un entretien pré-test a permis de réajuster ma façon d'aborder les entretiens suivants tant dans leur forme (visioconférence plutôt qu'appel téléphonique) que sur le fond (précision des questions de relance). Par la suite, la réalisation de trois entretiens a permis d'avoir des avis se recoupant sur certains points, divergeant sur d'autres et d'étayer les différentes réponses apportées. Interroger davantage d'ergothérapeutes issus d'UMD différentes aurait apporté une pluralité de regards et sans doute de nouvelles pistes de réflexion. La grille d'entretien était composée uniquement de questions ouvertes afin que les ergothérapeutes interrogés puissent développer au mieux leurs propos sans empreinte de ma subjectivité. Ils ont apporté des éléments peu ou non développés dans le cadre théorique (croyances religieuses, culture, contenance du cadre, insight...). Certaines de mes questions étant trop larges, l'utilisation de questions de relance a parfois été nécessaire.

#### 3.2 Choix de la population interrogée

Dans les critères d'inclusion, j'avais précisé que les ergothérapeutes interrogés devaient « *travailler ou avoir travaillé au moins trois ans en UMD* ». Tous les ergothérapeutes ayant répondu à mes entretiens ont une expérience supérieure à cinq ans en UMD et y exercent encore. Cela leur a permis de préciser et illustrer leurs propos avec des éléments cliniques. Ils ont donné des exemples concrets de leur pratique actuelle en UMD. De ce fait, je pense qu'il aurait été pertinent de modifier le critère d'inclusion établi au début de ce travail par le suivant : « *ergothérapeute travaillant en UMD depuis au moins trois ans* ». Je me questionne sur les pratiques actuelles des ergothérapeutes qui évoluent au regard des recommandations, interroger des ergothérapeutes exerçant encore en UMD me semble le plus pertinent.

Lors de mes entretiens, j'ai interrogé uniquement des ergothérapeutes, ce qui a permis de mettre en avant leur pratique dans la prise en soin de l'agressivité et des émotions en UMD. Il s'agissait de l'objectif de ce travail. Le regard de l'équipe pluridisciplinaire pourrait compléter ce mémoire : l'infirmier pouvant apporter son expertise sur le vécu émotionnel et les passages à l'acte agressif des patients dans le service. Le psychologue pourrait mettre en lumière les différents mécanismes psychiques et les éléments internes en jeu dans les émotions et les passages à l'acte agressif. Enfin, l'entretien de personnes rétablies ou stabilisées ayant été hospitalisées en UMD apporterait leur vécu sur l'expression de la maladie et son impact.

#### 4. Apports personnels et pour la profession

##### 4.1 Apports personnels

La réalisation de ce travail a été un réel enrichissement personnel. J'ai en effet développé des connaissances autour de la recherche scientifique, documentaire et de l'utilisation de sites fiables.

A travers ce travail, j'ai découvert le champ d'intervention de l'ergothérapeute en UMD grâce aux quatre entretiens réalisés. Suite à l'un d'entre eux, j'ai effectué un stage d'observation au sein d'une de ces structures. Cela m'a permis de vivre une expérience concrète sur le terrain pour mieux appréhender la pratique de l'ergothérapeute dans ces unités.

Aussi, j'ai eu l'opportunité de faire ma troisième année d'études en alternance dans un pôle de santé mentale. La prise en soin des patients nécessite une réflexivité, un questionnement constant qui passent par les échanges avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire mais aussi par la veille professionnelle. L'écriture de ce mémoire y a grandement contribué. Toutes ces expériences, en stages ou à l'institut de formation confirment mon souhait d'orientation professionnelle dans le domaine de la psychiatrie.

Ce mémoire de fin d'études représente l'aboutissement de mes trois années de formation d'ergothérapeute et contribue à la construction de mon identité professionnelle. La posture, la relation thérapeutique et l'analyse de sa pratique sont pour moi les composantes principales de la profession d'ergothérapeute.

## 4.2 Apports pour la profession

En tant qu'ergothérapeute, nous devons effectuer une veille professionnelle. Ce travail de recherche permet d'approfondir les apports enseignés lors de notre formation sur le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale, et plus précisément dans la prise en soin de l'agressivité et des émotions des personnes atteintes de schizophrénie hospitalisées en UMD.

Ce mémoire d'initiation à la recherche contribuera à :

- Mettre l'accent sur la spécificité du rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité et des émotions.
- Vulgariser autour d'un sujet novateur afin d'apporter des réponses et de nouvelles données aux ergothérapeutes travaillant en santé mentale et s'interrogeant particulièrement sur cette facette de notre profession.
- Proposer des pistes de réflexion autour de la prise en soin des patients atteints de schizophrénie hospitalisés en UMD.

## 5. Perspectives

Au cours de l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche, je me suis questionnée autour des thèmes de l'isolement thérapeutique et des contentions. L'objectif de ma dernière question d'entretien était d'obtenir des informations de la part des ergothérapeutes à ce sujet, qui pourrait être à l'origine d'un travail de recherche.

Les ergothérapeutes ayant répondu à mes entretiens n'étaient pas unanimes concernant les contentions. Pour l'un des ergothérapeutes les contentions peuvent être utilisées comme des moyens de sanction afin de rappeler le cadre aux patients. Pour une autre ergothérapeute, elles doivent être employées uniquement le temps que l'agitation psychomotrice d'un patient redescende. Elle ajoute que parfois, les contentions sont employées par les soignants lorsqu'ils ne sont plus en capacité de porter le patient, renvoyant à la notion du holding développée par Winnicott (87).

Malgré leur désaccord sur la façon dont les contentions doivent être employées, ces deux ergothérapeutes se rejoignent sur un point : ils mettent en lien le cadre et les contentions. La création d'un cadre thérapeutique sécurisant dans lequel le patient peut partager ce qu'il traverse en se sentant écouté et soutenu est pour moi essentiel dans l'exercice de la profession d'ergothérapeute en psychiatrie.

De mon point de vue, la notion de contenance n'est pas amenée uniquement par l'architecture de la structure ou des moyens physiques (tels que les contentions) mais elle provient aussi de la posture du professionnel.

Ces éléments m'amènent à la question de recherche suivante et qui pourrait faire l'objet d'un nouveau mémoire :

**« En quoi une prise en soin ergothérapique permet de diminuer l'utilisation de contentions ? »**

## CONCLUSION

Les UMD sont des structures de soins psychiatriques à vocation interrégionale. Elles accueillent des patients en soins sous contrainte pour six mois minimum sur décision préfectorale. Souvent, l'admission d'une personne en UMD fait suite à des passages à l'acte agressif. La schizophrénie est le trouble le plus répandu chez les sujets accueillis. Il s'agit d'une pathologie psychiatrique touchant environ 0,7% de la population mondiale. Les symptômes de la schizophrénie ont un impact considérable sur les compétences psychosociales, ce qui engendre notamment une altération du fonctionnement émotionnel. La perception, la compréhension, l'utilisation et la gestion des émotions ne sont pas utilisées à bon escient par ces personnes.

Afin de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin des émotions et de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie hospitalisés en UMD une méthodologie de recherche qualitative a été employée. Trois ergothérapeutes ont répondu à des entretiens semi-directifs. Ces derniers mettent en avant l'importance de créer une relation thérapeutique avec chacun des patients : c'est grâce à la confiance mutuelle, l'écoute active et la bienveillance du soignant que l'engagement dans le soin est possible pour le patient. Les ergothérapeutes travaillent autour de l'insight du patient. L'objectif est qu'il puisse mieux comprendre sa pathologie et les raisons pour lesquelles il est hospitalisé en UMD. Pour aider les patients dans la gestion de leurs émotions, des médiations sont utilisées : elles leur permettent de verbaliser ce qu'ils ressentent ou de s'exprimer d'une autre façon que par des mots et surtout d'entrer en relation avec l'autre. Cette prise en soin inscrite au sein de l'équipe pluridisciplinaire associée à l'observance du traitement permet de diminuer les passages à l'acte agressif.

L'écriture de ce travail m'a permis de faire évoluer mes connaissances sur la prise en soin des émotions et de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie. L'élaboration de ce mémoire de fin d'études a renforcé mon souhait d'orienter ma pratique professionnelle dans le domaine de la psychiatrie.

## Bibliographie

### Références bibliographiques utilisées dans la partie théorique :

- 1 - UNAFAM [En ligne] Troubles et handicaps psychiques – Les principaux troubles ; [cité le 30 aout 2023] Disponible : <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/troubles-psychiques/les-principaux-troubles>
- 2 - Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. La prévention en santé mentale – Ministère de la Santé et de la Prévention ; [cité le 30 sep 2023]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/la-prevention-en-sante-mentale>
- 3 - Légifrance [En ligne]. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. - Légifrance ; [cité le 5 nov 2023]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006065611>
- 4 - (Légifrance [En ligne]. Décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Légifrance ; 22 [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970564>
- 5 - Deguillaume A. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : étude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin [en ligne]. 99 f. Thèse d'exercice : Médecine : Bordeaux : 2017 [consulté le 20 octobre 2023]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676733/document>
- 6 - Légifrance [En ligne]. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles - Légifrance ; [cité le 3 mai 2023]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072816/>
- 7 - (Légifrance [En ligne]. Article R3222-1 - Code de la santé publique - Légifrance ; [cité le 5 nov 2023]. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031972128](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972128)).
- 8 - (Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Fiche 6 : les soins psychiatriques – Ministère de la Santé et de la Prévention ; [cité le 1 nov 2023]. Disponible :



<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-6-les-soins-psychiatriques>).

9 - (Le Bihan P, Floris E, Teterel J, Tassou P, Fabre P, Bréchat B, Bénézech M. L'unité pour malades difficiles de Cadillac en Gironde : données d'activité, pathologies et approches thérapeutiques. *Ann Medico Psychol Rev Psychiatr* [En ligne]. Nov 2019 [cité le 29 oct 2023];177(9):916-20. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.013>

10 - France. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge texte 1. *JORF n°0155 du 6 juillet 2011*, p.11705

11 - Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne [En ligne]. Psychiatrie médico-légale - Unité pour Malades difficiles | EPSM ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.epsm-marne.fr/nos-offres-de-soins/psychiatrie-medico-legale/unite-pour-malades-difficiles-umd>

12 - Inserm [En ligne]. Dépression : par quel mécanisme agit l'électroconvulsivothérapie ? · Inserm, La science pour la santé ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/actualite/depression-par-quel-mecanisme-agit-electroconvulsivotherapie/#:~:text=L'electroconvulsivothérapie%20correspond%20à%20une%20montre%20une%20très%20bonne%20efficacité.>

13 - Haute Autorité de Santé [En ligne]. Isolement et contention en psychiatrie générale ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale)

14 - Haute Autorité de Santé - Professionnels [En ligne]. [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

15 - Ascodocpsy [En ligne]. L'isolement en psychiatrie • Ascodocpsy ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/dossiers-documentaires/lisolement-en-psychiatrie/>.

16 - Fédération française de psychiatrie [En ligne]. Soins sans consentement, isolement et contention ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://fedepsychiatrie.fr/missions/soins-sans-consentement/>.

17 - Guillot M, Azoulay M, Raymond S, Lachaux B. Profil d'admission des patients hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin en 2016. *LEvolution Psychiatr* [En ligne]. Sep 2019 [cité le 1 oct 2023];84(3):397-408. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.10.002>

- 18 - Légifrance [En ligne]. Article 122-1 - Code pénal - Légifrance ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000029370748](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029370748)
- 19 - O'Connell M, Farnworth L. Occupational Therapy in Forensic Psychiatry : A Review of the Literature and a Call for a United and International Response. Br J Occup Ther [En ligne]. Mai 2007 [cité le 26 déc 2023];70(5):184-91. Disponible : <https://doi.org/10.1177/030802260707000502>
- 20 - Légifrance [En ligne]. LOI no 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1) - Légifrance ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000349384>
- 21 - Krebs M. Schizophrénie [en ligne]. INSERM ; 2014 [consulté le 13 nov 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- 22 - Llorca P.M. La schizophrénie. Encyclopédie Orphanet [en ligne]. 2004 janv [consulté le 5 nov 2023]. Disponible : <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- 23 - Pedinielli J. Gimenez G. Les psychoses de l'adulte. 2e éd. Ed Armand Colin ;2009. 70-95 p. (128 La collection universitaire de poche
- 24 - Orphanet [En ligne]. [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- 25 - Haouzir S. Bernoussi A. Les schizophrénies. 3ème éd. Ed Armand Colin ; 2014. (128 La collection universitaire de poche
- 26 - Patouillard R. La schizophrénie : cent ans encore ? Rev Lacanienne [En ligne]. 2011 [cité le 26 déc 2023];10(2):105. Disponible : <https://doi.org/10.3917/lrl.112.0105>
- 27 - VIDAL [En ligne]. Les causes des bouffées délirantes - VIDAL ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/bouffee-delirante/causes.html>
- 28 - Inserm [En ligne]. Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
- 29 - World Health Organization (WHO) [En ligne]. Principaux repères sur la schizophrénie ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- 30 - SYMPTÔME : Définition de SYMPTÔME. (s. d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [Cité le 16 mai]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/definition/symptôme>

- 31 - CERN [En ligne]. Reconnaître les signes d'un problème de santé mentale ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://home.cern/fr/news/news/cern/reconnise-signs-mental-health-Problem>
- 32 - Guelfi JD, Crocq MA. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015. 1114 p.
- 33 - Société québécoise de la schizophrénie [En ligne]. Phases ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/phases>
- 34 - World Health Organization (WHO) [En ligne]. Troubles mentaux ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- 35 - psychologue [En ligne]. Agressivité - Psychologue.net ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.psychologue.net/agressivite>
- 36 - Psychomédia [En ligne]. Origine et évolution de l'agressivité : nouvelle publication ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <http://www.psychomedia.qc.ca/agressivite/2005-08-01/origine-et-evolution-de-l-agressivite-nouvelle-publication>
- 37 - World Health Organization (WHO) [En ligne]. Rapport mondial sur la violence et la santé ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241545615>
- 38 - Nijman HL, Muris P, Merckelbach HL, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, van Rixtel A, Allertz W. The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggress Behav* [En ligne]. 1999 [cité le 1 oct 2023];25(3):197-209. Disponible : [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-2337\(1999\)25:3%3C197::aid-ab4%3E3.0.co;2-c](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-2337(1999)25:3%3C197::aid-ab4%3E3.0.co;2-c)
- 39 - Réflexions sur la violence F. Bocquet, ergothérapeute M.C.E : *Journal d'ergothérapie* publié par l'ANFE Tome 16 septembre 1994. ISSN 0249.6550
- 40 - Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg | [En ligne]. Agressivité | Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.plateformepsylux.be/troubles-et-maladies/agressivite/>
- 41 - Weil M. L'institution soignante. *Rev Psychother Psychanal Groupe* [En ligne]. 2010 [cité le 1 oct 2023];55(2):163. Disponible : <https://doi.org/10.3917/rppg.055.0163>
- 42 - in Monique Formarier et al., *Les concepts en sciences infirmières* (2<sup>ème</sup> édition), Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), Disponible : DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0001

- 43 - Epidémiologie des comportements agressifs en psychiatrie hospitalière : état des lieux dans le canton de Fribourg - PDF Free Download ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://docplayer.fr/12421094-Epidemiologie-des-comportements-agressifs-en-psychiatrie-hospitaliere-etat-des-lieux-dans-le-canton-de-fribourg.html>
- 44 - Raoult PA. Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. Bull Psychol [En ligne]. 2006 [cité le 26 déc 2023];Numéro 481(1):7. Disponible : <https://doi.org/10.3917/bupsy.481.0007>
- 45 - entre d'études sur les dynamiques sociales et la recherche-action [En ligne]. Le passage à l'acte : sources et mécanismes – Centre d'études sur les dynamiques sociales et la recherche-action ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <http://cedrea.net/Le-passage-a-l-acte-sources-et-mecanismes>
- 46 - Apter G, Mellier D, Saint-Cast A. Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? Enfances Amp Psy [En ligne]. 2010 [cité le 26 déc 2023];49(4):9. Disponible : <https://doi.org/10.3917/ep.049.0009>
- 47 - Ravat J. Actions, émotions, motivation : fondements psychologiques du raisonnement pratique. Philosophoire [En ligne]. 2007 [cité le 26 déc 2023];29(2):81. Disponible : <https://doi.org/10.3917/phoir.029.0081>
- 48 - Lotstra F. Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux [En ligne]. 2002 [cité le 26 déc 2023];29(2):73. Disponible : <https://doi.org/10.3917/ctf.029.0073>
- 49 - Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [En ligne]. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/portail/>.
- 50 - Nouvelle D. Osons un autre paradigme pour penser l'émotion. Empan [En ligne]. 2010 [cité le 26 déc 2023];78(2):134. Disponible : <https://doi.org/10.3917/empa.078.0134>
- 51 - Gentaz É. Compétences émotionnelles chez l'enfant. Cah Dyn [En ligne]. 2017 [cité le 26 déc 2023];71(1):24. Disponible : <https://doi.org/10.3917/lcd.071.0024>
- 52 - Pasquier A, Pardinielli JL. Étude exploratoire des relations entre conscience émotionnelle, partage social des émotions, états anxieux et états dépressifs. L'Encephale [En ligne]. Juin 2010 [cité le 26 déc 2023];36:D97—D104. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.01.007>

- 53 - Martin B, Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie : indications et conditions d'utilisation. *L'information Psychiatrie* [En ligne]. 2013 [cité le 26 déc 2023];89(1):57. Disponible : <https://doi.org/10.3917/inpsy.8901.0057>
- 54 - Etchepare A. Cognition sociale et Schizophrénie : une approche centrée sur la personne à l'aide du Protocole d'Evaluation de la Cognition Sociale de Bordeaux (PECS-B) [thesis en ligne]. [lieu inconnu] : Bordeaux ; 2017 [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <http://www.theses.fr/2017BORD0922/document>
- 55 - Carernboon & Patumanond, 2017 ; Kucharska-Pietura, David, Masiak, & Phillips, 2005 ; Wölwer et al., 1996) et Cognition sociale et schizophrénie
- 56 - Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [En ligne]. ANGOISSE : Définition de ANGOISSE ; [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/definition/angoisse//1>
- 57 - Brémaud N. De l'angoisse dans les psychoses. *Clin Mediterr* [En ligne]. 2013 [cité le 26 déc 2023];88(2):185. Disponible : <https://doi.org/10.3917/cm.088.0185>
- 58 - Charret L, Thiébaud Samson S. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste* [En ligne]. 2017 [cité le 3 sep 2023];45(1):17. Disponible : <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- 59 - (ANFE [En ligne]. Qu'est-ce que l'ergothérapie - ANFE ; [cité le 5 mai 2023]. Disponible : [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie))
- 60 - Catalogue en ligne [En ligne]. Ergothérapie en santé mentale Catalogue en ligne ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : [https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice\\_display&id=91051](https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=91051)
- 61 - WFOT [En ligne]. Code of Ethics | WFOT ; [cité le 1 oct 2023]. Disponible : <https://wfot.org/resources/code-of-ethics>
- 62 - Ordre des ergothérapeutes du Québec [En ligne] Qu'est-ce que l'ergothérapie ? [Cité le 5 mai 2023] Disponible : <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/5-l-activite-l-outil-privilegie-de-l-ergotherapeute.html>
- 63 - MEYER Sylvie, De l'activité à la participation, Editions De Boeck Supérieur, Ergothérapies, 2013, 274 pages (p14 + p26).
- 64 - Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles) Ève-Marie Roth, Edmond Heitzmann Dans *Travailler* 2008/1 (n° 19), pages 81 à 10 [cité le 9 mai] Disponible : [https://www.cairn.info/revue-travailler-2008-1\\_page-81.htm&wt.src=pd](https://www.cairn.info/revue-travailler-2008-1_page-81.htm&wt.src=pd)

65 - Hernandez H. Ergothérapie en psychiatrie [En ligne]. [lieu inconnu] : De Boeck Supérieur ; 2016 [cité le 26 déc 2023]. Disponible : <https://doi.org/10.3917/dbu.herna.2016.01>

66 - Franck N. Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. Rhizome [En ligne]. 2017 [cité le 26 déc 2023];N65-66(3):10. Disponible : <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0010>

67 - Koenig-Flahaut M, Castillo MC, Blanchet A. Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. Bull Psychol [En ligne]. 2011 [cité le 26 déc 2023];Numéro 514(4):339. Disponible : <https://doi.org/10.3917/bupsy.514.0339>

68 - Rainteau, N. (s. d.). *oyezSoyez réhab : guide pratique de réhabilitation psychosociale*.

69 - Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., et al. (2013). A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. Schizophr Bull, 39, 1296-1306

#### Références bibliographiques utilisées dans la partie méthodologie :

70 - Baribeau C. Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. Revue des sciences de l'éducation [en ligne]. 2012 [consulté le 14 décembre 2023]. 38 (1) : 23-45. Disponible : <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2012-v38-n1-rse0675/1016748ar.pdf>

71 - Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01>

72 - Imbert I. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 2010 mars [consulté le 14 décembre 2023]. (102) : 23-34. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

#### Références bibliographiques utilisées dans la partie discussion :

73 - Benghozi, P. (2010). La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 55(2), 41. <https://doi.org/10.3917/rppg.055.0041>

- 74 - Le passage à l'acte : sources et mécanismes – Centre d'études sur les dynamiques sociales et la recherche-action. (s. d.). Centre d'études sur les dynamiques sociales et la recherche-action. <http://cedrea.net/Le-passage-a-l-acte-sources-et-mecanismes>
- 75 - Chatti, S., Mansour, W. B., Brunelin, J., Mrad, A., Saoud, M., Gassab, L., ... & Mechri, A. (2016). Hallucinations auditives persistantes chez des patients suivis pour schizophrénie Persistent auditory hallucinations in out-patients with schizophrenia. LA TUNISIE MEDICALE, 94(5).
- 76 - Camps, F.-D. (2019). Le passage à l'acte violent chez les schizophrènes ? : carence ou excès de projection? ? Psychologie clinique et projective, 25(1), 65. <https://doi.org/10.3917/pcp.025.0065>
- 77 - Weiss, T., Baudouin, J.-Y., & Demily, C. (2009). Production d'émotions faciales dans la schizophrénie. L'Évolution Psychiatrique, 74(1), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.12.010>
- 78 - Weiss, T., Baudouin, J.-Y., & Demily, C. (2009). Production d'émotions faciales dans la schizophrénie. L'Évolution Psychiatrique, 74(1), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.12.010>
- 79 - Raffard B. Bayard S. Capdevielle D. Garcia F. Boulenger J.P. Gely-Nargeot M.C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. L'encéphale [en ligne]. 2008 déc [consulté le 19 mars 2020] ; 34 : 597-605. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700607001224>
- 80 - Raffard B. Bayard S. Capdevielle D. Garcia F. Boulenger J.P. Gely-Nargeot M.C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. L'encéphale [en ligne]. 2008 déc [consulté le 19 mars 2020] ; 34 : 597-605. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700607001224>
- 81 - La relation thérapeutique en psychiatrie :: GRANIT. (s. d.). Université de Genève - Université de Genève. <https://www.unige.ch/fapse/granit/recherche/relation-therapeutique-en-psychiatrie>
- 82 - Les facteurs d'efficacité thérapeutique - Psychologue à Grenoble. (s. d.). Psychologue à Grenoble. <https://www.cabinetpsychologuegrenoble.fr/les-facteurs-defficacite-therapeutique/>.

- 83 - Article 72 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance. (s. d.). Légifrance. [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913312](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913312)
- 84 - Numéro 172 - Novembre 2012 - Santé Mentale. (s. d.). Santé Mentale. <https://www.santementale.fr/revue/numero-172-novembre-2012/>
- 85 - Mendiburu, J.-P. (2003). La fonction du cadre. *Gestalt*, 25(2), 11. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0011>
- 86 - Mazoyer, M. (2022). Fiche 2. Cadre thérapeutique en psychiatrie. Dans : éd., Réussir tout le semestre 2 - IFSI (pp. 110-111). Paris: Vuibert.
- 87 - Le holding chez Donald Winnicott : l'importance du portage de l'enfant. (s. d.). Cabinet Psy-enfant. <https://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>.

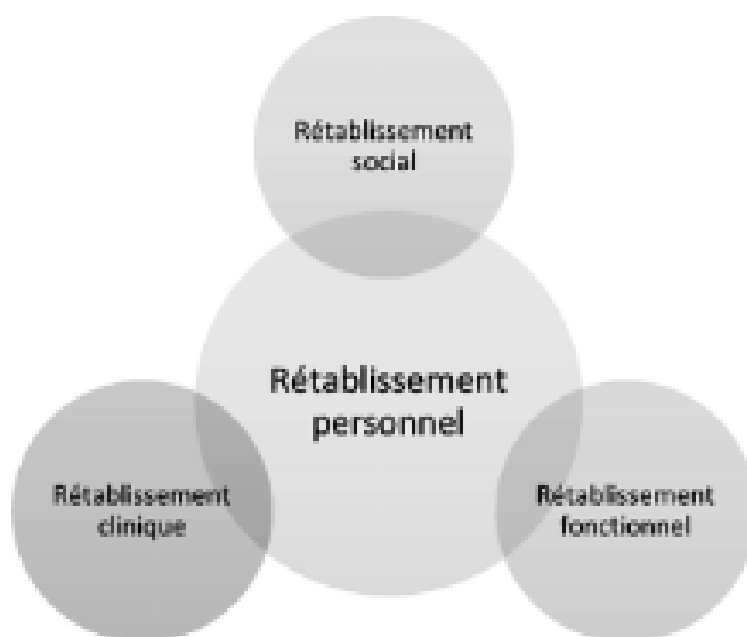


# ANNEXES

# Sommaire des annexes

<b><u>Annexe I : Les dimensions du rétablissement adapté de Van der Stel, 2012</u></b> .....	II
<b><u>Annexe II : Guide d'entretien</u></b> .....	III
<b><u>Annexe III : Courrier de demande d'entretien de recherche</u></b> .....	VI
<b><u>Annexe IV : Analyse longitudinale</u></b> .....	VII
<b><u>Annexe V : Analyse transversale</u></b> .....	XLVIII

Annexe I : Les dimensions du rétablissement adapté de Van der Stel, 2012



## Annexe II : Guide d'entretien

Thème de la question	Objectif de la question	Question	Questions de relance
Présentation de la personne	Connaître l'expérience professionnelle de la personne	Pouvez-vous vous présenter ?	Quel est votre parcours professionnel et votre expérience en tant qu'ergothérapeute exerçant en UMD ? Dans quelle UMD travaillez-vous ? Depuis combien de temps ? Avez-vous d'autres expériences professionnelles en UMD ?
Schizophrénie et passage à l'acte	Comprendre le lien entre la schizophrénie et les passages à l'acte agressif	Quel lien faites-vous entre schizophrénie et passage à l'acte agressif ? (Dans ce travail, le passage à l'acte agressif est défini comme : une action violente et impulsive en réponse à une situation.)	Certains symptômes (hallucinations, idées délirantes, troubles du comportement...) de la schizophrénie s'exprimeraient-ils sous forme de passages à l'acte agressif ? Les personnes ont-elles conscience des conséquences d'un passage à l'acte agressif ?
Schizophrénie et émotions	Identifier les liens entre la schizophrénie et les difficultés liées aux émotions	Quel lien faites-vous entre schizophrénie et émotions ?	D'après vous, comment les personnes atteintes de schizophrénie gèrent/expriment/utilisent leurs émotions ? Parviennent-elles à identifier leurs émotions ? Quelles peuvent être les conséquences de l'alexithymie ? Comment utilisent-elles

			leurs émotions ? (Pour elles-mêmes et dans la relation à l'autre)
Emotions et passages à l'acte	Mettre en exergue les difficultés liées aux émotions à l'origine des passages à l'acte agressif	Selon vous y-a-t-il un lien entre passages à l'acte agressif et difficultés d'expression des émotions ?	D'après vous les émotions sont-elles à l'origine des passages à l'acte agressif des patients atteints de schizophrénie ? Le passage à l'acte agressif serait-il la seule réponse trouvée par ces personnes pour faire face à des émotions désagréables (angoisse... ?)
La pratique de l'ergothérapeute et son rôle dans la prise en soin de l'agressivité	Identifier le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité	Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?	Comment, par quels moyens et avec quels outils intervenez-vous dans la prise en charge de l'agressivité des patients schizophrènes ? Utilisez-vous des activités thérapeutiques spécifiques pour prendre en soin l'agressivité ? Quels sont les moyens autres que les activités thérapeutiques que peuvent utiliser les ergothérapeutes pour prendre en soin l'agressivité ? Le cadre thérapeutique des ateliers d'ergothérapie permet-il de prendre en soin cette agressivité ?

Impact de la prise en soin de l'agressivité	Comprendre l'intérêt de la prise en soin des émotions	Suite à une prise en soin des émotions, constatez-vous une diminution de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?	La prise en soin de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie entraîne-t-elle une diminution du nombre de passages à l'acte agressif ? La prise en soin de l'agressivité du patient passe-t-elle par une prise en soin des émotions ? La prise en soin de l'agressivité/des émotions est-elle au cœur du plan de traitement de certains patients ?
Ouverture sur l'utilisation de moyens de contention et de l'isolement	Identifier l'objectif dans lequel les contentions et l'isolement sont utilisés	Face à des passages à l'acte agressif, l'utilisation de l'isolement ou de contentions est-elle indispensable ?	L'isolement ou les contentions sont-ils les seuls moyens pour répondre à des passages à l'acte agressif ? Existe-il de nouveaux moyens pour limiter leur utilisation ? Est-ce que les différentes prises en soin proposées aux patients vont permettre de diminuer l'utilisation de l'isolement et des contentions ?
Informations complémentaires		Avez-vous des choses à ajouter ?	Souhaitez-vous compléter certaines informations ?

### **Annexe III : Courrier de demande d'entretien de recherche**

*Ce mail a été envoyé aux 10 UMD de France le 04 janvier 2023, dans l'objectif d'obtenir des entretiens avec les ergothérapeutes y exerçant.*

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en troisième année d'études d'ergothérapie au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers (IFEN). J'effectue un mémoire de fin d'études portant sur l'expression émotionnelle et plus particulièrement sur l'agressivité des patients schizophrènes hospitalisés en UMD.

Pour m'aider dans ce travail, je suis à la recherche d'ergothérapeutes diplômés d'Etat travaillant ou ayant travaillé dans ce type de structures pendant/depuis au minimum trois ans et qui seraient intéressés pour partager leur expérience lors d'un entretien. Cela me permettrait de pousser mon analyse et d'apporter des réponses à mon questionnement. Les entretiens pourront avoir lieu en visioconférence ou en appel téléphonique en fonction de la disponibilité de chacun. Pour garantir votre anonymat, un formulaire à me renvoyer signé vous sera envoyé en amont ou à la suite de notre entretien.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, madame, monsieur l'expression de mes salutations distinguées.

Annaëlle Maux

## Annexe IV : Analyse longitudinale

Ergothérapeute 1 (E1)

Premier entretien : jeudi 18 janvier 2024 à 17h30 (durée : 53 minutes et 51 secondes).

Question 2 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et passage à l'acte agressif ? (Dans ce travail le passage à l'acte agressif est défini comme : une action violente et impulsive en réponse à une situation.)		
Exploitation du matériel	Corpus	<p>Bien en fait, tu vois les patients que l'on a chez nous ils ne sont pas que schizophrènes. Ils ont des maladies, enfin ils ont d'autres choses qui sont rajoutées notamment tout ce qui est drogue, euh, donc c'est des patients souvent qui sont les plus gentils si je puis dire. Euh, ils ont consommé du cannabis, euh, ou sinon c'est de l'« héro » ou cocaïne aussi donc en fait c'est, euh, euh ben, les 2 coupés font que du coup leur pathologie elle devient un peu plus complexe, en fait, à gérer... donc voilà souvent c'est des patients qui sont pas, euh euh, il y a tous milieux mais on voit quand même que ces des patients qui viennent d'un milieu pas très favorable si on regarde un peu les dossiers il y a très peu, euh, qui viennent avec des parents. Euh, ils n'y en a pas eu beaucoup qui sont profs ou je sais pas moi euh travaillent dans le bâtiment, qui ont des parents stables avec une éducation, tu vois, ils ont beaucoup de problèmes euh au niveau de l'éducation donc nous aussi on a un rôle d'éducateur avec eux... Le règlement ils connaissent pas trop donc on est obligé de leur apprendre, ben voilà, le respect de, de, du règlement... donc euh du coup voilà...voilà.</p> <p><i>A : Ok ça marche et quel lien vous faites entre, du coup, les symptômes de la schizophrénie et les passages à l'acte agressif ?</i></p> <p>E1 : Euh souvent c'est un problème de gestion des émotions en fait ils ont beaucoup de mal à gérer leurs émotions... donc ce qui fait que dès que quelque chose... alors il y a des patients on leur a appris : tu veux quelque chose tu frappes ça fait partie de l'éducation... D'accord c'est des patients parfois qui sont issus d'un milieu de vie qui est très perturbateur, euh, dans le sens où ils ont eux-mêmes des parents qui sont violents... donc si eux sont dans un milieu où ils n'ont vu que de la violence c'est difficile d'accéder à autre chose... donc... forcément ils vont reproduire ce qu'ils ont reçu comme éducation ce qui est logique après on a le patient, euh euh qui peut, attends,</p>



	<p>qui peut... Tu peux répéter la question, excuse-moi ?</p> <p><i>A : C'était le lien entre les symptômes...</i></p> <p>E1 : Voilà la violence et la pathologie, euhhh donc ouais, comme je disais le problème de la gestion des émotions c'est des patients souvent, euhhh ben déjà, qui n'acceptent pas leur pathologie... donc voilà et aussi des patients qui, euh...ben en fait... Faut savoir en UMD ça doit être difficile, euh, d'habiter de cohabiter tous ensemble parce qu'ils ont quand même jusqu'à 18 patients maximum dans une unité avec des pathologies complètement différentes, mais du coup au niveau de la gestion des frustrations, euh, je suis pas sûre que nous on arriverait aussi à résister quoi voilà... Ca leur donne pas une excuse hein parce qu'on répond pas à la violence par la violence. Mais je pense que si nous même on était dans un milieu comme ça avec des patients, je veux dire ils me taperaient aussi sur le système certains quoi... Faut être honnête je veux dire mais moi je me dis... ceux qui répondent pas face à certains patients je sais pas comment ils font quoi ils ont quand même malgré tout, malgré qu'ils deviennent parfois agressif ils ont quand même un seuil de tolérance... c'est pas évident... Ils sont enfermés, après avec les autres patients, ils sont dans la salle commune, euh, faut réussir face à un patient qui est toujours en train de dire « donne moi ça, donne moi ça, donne moi ça » au bout d'un moment c'est bon lâche moi quoi... Non mais faut voilà... mais eux ils y arrivent quand même après c'est sûr il y en a qui... qui n'arrive pas à gérer leurs émotions et du coup ben qui passe à l'acte. Mais, euh, mais après, pour hors UMD ce qui est difficile pour eux c'est, euh, le milieu ou l'environnement dans lequel ils évoluent, euh, ils ont tendance à tomber dans des travers c'est-à-dire « oh mon traitement c'est bon il sert à rien je vais l'arrêter » après faut savoir aussi que s'ils arrêtent, ils ressentent pas les effets, tout de suite, négatifs de l'arrêt du traitement puisque le traitement il reste entre 1 mois et 2 mois encore donc ils disent mais je ne prends plus mon traitement mais je vais bien, ben ouais, mais après euh, ce temps de latence là c'est la descente et quand ça comme à descendre il est déjà trop tard. En fait, ils peuvent plus s'arrêter comme une voiture, voilà. C'est comme une piste de ski on fait tout schuss si on s'est pas faire le chasse neige ou un truc comme ça, ben, on se casse la gueule car pour s'arrêter c'est le seul moyen quoi mais il est déjà trop tard donc, euh voilà humm, voilà, un peu quoi.</p>
--	---

	Codage	« Drogues », « milieu pas très favorable », « problèmes au niveau de l'éducation », « problème de gestion des émotions », « ils ont eux-mêmes des parents violents », « ils vont reproduire ce qu'ils ont reçu comme éducation », « n'acceptent pas leur pathologie », « gestion des frustrations », « arrêt du traitement ».
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise de toxiques (cannabis, cocaïne, héroïne...)</li> <li>- Milieu familial peu favorable avec des carences éducatives (beaucoup de problèmes au niveau de leur éducation, milieu de vie très perturbateurs et parents violents) : reproduction de l'éducation qu'ils ont reçu</li> <li>- Difficultés à gérer leurs émotions</li> <li>- Gestion des frustrations</li> <li>- Difficultés à accepter leur pathologie</li> <li>- Arrêt du traitement</li> </ul>

Question 3 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et émotions ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p>E1 : Euh ben en fait, nous on discute beaucoup avec les patients, alors après en fait, en effet, c'est un peu difficile pour eux parfois de gérer leurs émotions par ce qu'il faut qu'ils se réhabituent à vivre autrement. et le changement est difficile en fait déjà pour nous des gens lambda parfois ça peut être difficile d'accepter le changement, et pour eux en plus ils ont leur pathologie ou certains entendent des voix ou voient des choses alors déjà le fait d'accepter la maladie c'est déjà le premier point qui est le plus difficile avant de gérer les émotions en fait parce qu'il faut qu'ils acceptent d'être différents des autres, et ils ont souvent peur du regard des autres donc ça c'est assez compliqué pour eux ; parce que se dire que la maladie, la maladie mentale ils savent que ça fait peur aux gens lambda on va dire... Euh, notamment quand on arrive en UMD, il y a quelques années on a eu pas mal de , euh, de reportage suite à l'actualité qu'il y avait. On a eu chez nous, je sais qu'on avait eu M6, on avait eu mosaïque. (Mosaïque c'est une télé du coin) alors, euh, on a eu TF1, on a eu France 2 qui sont venus faire des reportages et, euh, eux quand les patients ont voulu regarder les reportages on les décrivait comme des criminels, des fous criminels. Ça c'est une image qui les a beaucoup perturbées, euh parce qu'ils disent « on est malade, on n'est pas fou ». Mais ils savent que les gens les considèrent comme des fous c'est ce qui est compliqué en fait donc à</p>
--------------------------	--------	--

	<p>l'extérieur ils ne veulent pas dire qu'ils sont schizophrènes. Alors que normalement il y a rien de honteux d'être schizophrène voilà c'est comme quelqu'un qui est diabétique, euh, on va pas le montrer du doigt si il est diabétique. Il prend un traitement et puis c'est tout mais, voilà c'est malheureusement pas encore bien accepté on va dire en Europe, euh, dans beaucoup d'autres pays aussi la maladie mentale est considérée comme une tare ou les gens peinent à exister. Ca fait peur parce que c'est difficile et on peut pas maîtriser. Quelqu'un qui est amputé bon ok il lui manque une jambe bon voilà il est handicapé mais c'est physique. Le handicap mental fait très peur aux gens du coup les patients la ressentent cette peur et ils n'acceptent pas de dire, euh, qu'ils sont malades l'acceptation déjà de la maladie, euhh, c'est déjà très compliqué pour eux quoi.</p> <p><i>A : En fait vous travaillez plus sur l'acceptation de la maladie avant de faire un travail sur les émotions ?</i></p> <p>E1 : Voilà Voilà... Après si par exemple on a un patient qui revient à l'atelier et qu'on sait qu'il a été isolé parce qu'il a frappé et tout on va en discuter avec eux, on va leur demander qu'est ce qui a été difficile dans cette acception-là, euh. Et souvent, ben voilà, bon les cas sont différents, mais il y en a ils vont dire « oui j'ai pété un câble parce que j'étais vachement énervé j'ai pas su me contenir et que ben voilà moi c'est la bagarre » et ben oui « mais ça rime à quoi ? Ça vous a servi à quoi en fait ? ». En fin de compte, donc euh, on essaie petit à petit de leur apprendre que cette violence n'est pas obligatoire pour régler les comptes, euhhhh, pour régler un problème on n'est pas obligé d'être violent et si quelqu'un est violent, euh ben, on essaie de ne pas répondre par la violence quoi. Mais ça c'est un truc de tous les jours qu'il faut faire quoi c'est très, très compliqué. On fait aussi des groupes de paroles pour expliquer un peu tout ça parce que dans les groupes de paroles, euh, on leur explique que, euh, euh, ils ont droit d'expliquer leurs ressentis. C'est super intéressant ce qu'ils disent parce, en fait, on s'aperçoit qu'ils sont très tolérants, dans la théorie mais parfois dans la pratique ils n'arrivent pas à l'être donc la théorie c'est bien mais la pratique, euh, et du coup on en discute avec eux. Alors on leur dit : « mais je ne comprends pas vous êtes tous là très tolérants par rapport à pleins de choses, hein, par rapport aux racismes, par rapport même à l'homosexualité » ou autre, hein, on parle vraiment de sujets très divers. « Pourquoi vous n'arrivez pas à l'appliquer ? », et ils disent « ouais c'est super dur d'appliquer ». C'est un changement pour eux en fait, euh, il faut qu'ils changent leurs habitudes et c'est pas parce que, euhhh, voilà c'est... ils font</p>
--	---

	<p>pas aussi parce que souvent il y a des patients qui disent : « Oui, mais parfois on réagit comme ça parce qu'on est dans l'effet de groupe... mais du coup on veut pas faire différemment car sinon on va être mis à part ». Ben ouais, mais c'est pas parce qu'il y en a qui veulent bastonner tout le monde qu'il faut qu'ils fassent pareil quoi : pour intégrer le groupe, je sais pas. Mais c'est un travail, un travail de longue haleine. On essaie petit à petit, après ce qu'ils retiennent ou pas ça nous appartient plus une fois qu'ils sont sortis de l'UMD malheureusement.</p> <p><i>A : Ils arrivent dans la théorie à exprimer des réactions qui pourraient être appropriées, avoir vraiment de la réflexion, etc, sur certains comportements mais pour vous du coup est ce que c'est la façon dont ils vont utiliser leurs émotions qui va vraiment différer, c'est pour ça qu'ils arrivent pas à appliquer leurs pensées ?</i></p> <p>E1 : Pour moi, les, la gestion des émotions fait quand même partie de la pathologie, euh... parce que, euh, dans les, les symptômes, euh, de la schizophrénie notamment il y a quand même le repli autistique... C'est quand même quelqu'un qui va s'isoler, qui va se replier sur lui-même, qui va pas parler, qui va être limite mutique dans l'interaction déjà sociale, elle est déjà bafouée. Et euh, euh, euh, et du coup, euh, ben, l'expression aussi du coup de ce qu'ils ressentent, ben, parfois ils vont garder pour eux. En fait, ils vont pas le faire ressortir quoi... donc, euh, euh... pour moi voilà ça fait partie vraiment de la pathologie après, euh, je peux comprendre aussi que, euhh, un patient qui entend des voix en permanence, en permanence, euh, à un moment donné, euh, franchement il a envie de « clasher », quoi, parce qu'il trouve ça anormal. Il trouve que c'est injuste en fait. Certains patients vivent leur pathologie comme une injustice « pourquoi moi », en fait, et c'est vrai que quand on entend des voix en permanence... On a eu, euh, il y a peut-être 2 ans de ça, euh, un patient qui, euh, un jeune, hein, 18 ans... euh, il est devenu schizophrène il avait aucun antécédent psychiatrique, il est devenu schizophrène. Il a fêté son bac et à une soirée il a fumé des joints et du coup après il a continué et il est devenu schizophrène. Et ce patient là, il entendait 4 voix... 4 voix différentes...2 voix qui étaient méchantes et 2 voix qui étaient gentilles... des voix qui disaient « tue la, tue la, tue la » et l'autre qui disait « mais non, tu ne peux pas faire ça ». Et c'était ça en permanence toute la journée, toute la journée, toute la nuit, toute la nuit, toute la nuit... Il n'arrivait pas à dormir parce qu'il entendait ces voix donc il était très fatigué. Parfois il allait, il venait à l'ergo, et parfois on le voyait, il partait aux toilettes et il hurlait</p>
--	---

	<p>dans les toilettes parce qu'il voulait que ces voix s'arrêtent mais il pouvait pas les arrêter... Alors il savait que, euh, ce n'était pas normal mais il n'arrivait pas à les arrêter et il hurlait de douleur, en fait, parce qu'il en avait marre de les entendre quoi. Et du coup dans ces cas-là, la gestion des émotions est quand même très extrêmement compliquée. Les symptômes qui parasitent font qu'au niveau de la gestion des émotions d'arriver à être zen, euh, c'est compliqué. Déjà, ces voix qui le parasite, alors, si en plus, s'il y a une personne qui vient le chercher et bien il va taper, quoi, donc c'est sûr il aurait pas dû le faire, il le sait mais il a pas d'autres moyens... de faire quoi... enfin je ne sais pas si j'ai été claire.</p> <p><i>A : Oui c'est très clair, juste une question pour confirmer ce que vous venez de me dire. Il y a les symptômes, donc négatifs avec le repli autistique etc, mais aussi les symptômes positifs qui vont vraiment influencer les émotions du patient c'est vraiment les 2 liés qui, qui vont avoir un impact ?</i></p> <p>03 secondes de silence</p> <p>E1 : Ouais... ouais, c'est la combinaison des 2 qui, euhhhh... parce qu'en fait, du coup, c'est un tout en fait. Si t'as le repli autistique plus, ben, en fait, les hallucinations, etc, vont parfois faire que du coup t'as tendance à vouloir te... rester seul et tranquille parce que t'as ces voix qui parlent et du coup, comme tu peux pas avoir une vie sociale normale... t'as ces voix qui te parasitent et du coup parfois tu veux te protéger, tu veux protéger les autres... euh parce que tu sais que sinon tu vas déraper et t'as pas forcément envie de le faire... mais tes voix te disent, ben « tue là, tue là, tue là » et toi tu dis « non, non, faut pas que je le fasse, faut pas que je le fasse ». Du coup, tu préfères t'isoler plutôt que de d'obéir à ces voix... Et même les hallucinations visuelles aussi ça peut être aussi très perturbant et peut entraîner, du coup, un repli autistique parce que tu dis « oh non, ça va pas ». Après nous ce qu'on a vu aussi chez les patients ce qui est parfois un peu, euhh, compliqué c'est quand on a beaucoup de patients qui sont, euhh... euh, originaires, ben, d'Afrique ou autres, et qui sont par exemple aussi musulmans et qui croient aux djinns... c'est vrai qu'en ergo ils devraient aussi nous apprendre l'ethnologie, euhh, parce que c'est quand même super important et intéressant. Du coup, ces patients là ben parfois à cause de leur, euh, je peux pas dire à cause, euh, c'est leurs croyances, humm, on peut pas dire pas dire à cause mais... Dû au fait de leurs croyances, euh, ils arrivent pas à faire la différence entre par exemple une hallucination visuelle, le djinn c'est, euh, ça va être le diable. C'est le mauvais souvent et c'est, ça fait partie</p>
--	--

		de sa culture, c'est culturel. En fait c'est comme pour ceux qui sont chrétiens, euhhh, ben euhhh, ils croient en dieu, ils croient en Jésus tout ça, euhhh, ben voilà, c'est la culture du christianisme et eux leurs cultures ça va être le djinn. Et du coup, parfois ils ne font pas la part des choses entre leurs hallucinations, ce qui n'est pas normal, ce qui fait partie de leur pathologie et leurs croyances... En fait, ils confondent les 2... donc pour eux parfois l'hallucination... c'est leurs croyances culturelles c'est le djinn... alors que pas du tout ça n'a rien à voir avec ça... Du coup il faut qu'on leur explique qu'ils fassent la part des choses en fait...
	Codage	« Difficile pour eux parfois de gérer leurs émotions », « accepter le changement », « certains entendent des voix ou voient des choses », « accepter la maladie », « acceptent d'être différents des autres », « peur du regard des autres », « apprendre que cette violence n'est pas obligatoire pour régler les comptes », « ne pas répondre par la violence », « il faut qu'ils changent leurs habitudes », « la gestion des émotions fait quand même partie de la pathologie », « dans les symptômes de la schizophrénie il y a quand même le repli autistique », « interaction sociale bafouée », « entend des voix en permanence », « certains patients vivent leur pathologie comme une injustice », « hallucinations », « tu préfères t'isoler plutôt que d'obéir à ces voix », « croient aux djins », « ethnologie », « dû au fait de leurs croyances ils n'arrivent pas à faire la différence entre une hallucination visuelle et le djinn », « croyances culturelles »
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés pour gérer leurs émotions</li> <li>- Intolérance au changement</li> <li>- Symptômes de la maladie</li> <li>- Gestion du regard des autres</li> <li>- Utilisation de la violence pour régler leurs problèmes ou difficultés</li> <li>- Interactions sociales bafouées</li> <li>- Ethnologie et croyances religieuses vont avoir un impact sur l'insight du patient</li> </ul>

Question 4 : Selon vous y a-t-il un lien entre passage à l'acte agressif et difficultés d'expression des émotions ?		
Exploitation du matériel	Corpus	Ouais... Quand il y a un débordement émotionnel au bout d'un moment c'est la seule issue que eux ils voient au niveau de la facilité... Parce que c'est vraiment la facilité de, d'agir violemment en fait... En fait, ils répondent, on va

	<p>dire, je dirai même ils répondent un petit peu au niveau, euh, de leur instinct primitif... c'est à dire que, ben, on leur a appris cela au niveau de l'éducation et du coup, ça ça revient en fait... Donc, euh, euh, voilà c'est à un moment donné quand ils n'arrivent plus à gérer... et que, euhhh, du coup, ils n'arrivent plus à réfléchir. On dit toujours que quelqu'un qui est en colère faut rien dire, faut laisser déverser sa colère de toute façon il va se calmer tout seul et c'est très épuisant d'être en colère... donc il faut laisser, faut laisser...faut laisser. On dit rien et voilà limite on est présent et c'est tout mais, du coup voilà, une personne, voilà, elle va s'épuiser, euh, mais hummm... Et là c'est pareil, c'est euh, ben, ils ont des frustrations qui font que, euh... Et du coup, ça monte, ça monte, ça monte, comme une colère et à un moment donné ça déborde et là ça part dans tous les sens ça va taper et...voilà.</p> <p><i>A : Est-ce que ça pourrait être lié à d'autres émotions aussi comme la peur ou l'angoisse ou c'est surtout vraiment lié à la colère ?</i></p> <p>Silence 02 secondes</p> <p>E1 : Je pense pas la peur, peut être l'angoisse parfois. Ils peuvent être angoissés, je pense, euh... euh, je pense aussi que c'est surtout du, euh, l'éducation qui revient, euh, comme « au galop », on va dire entre guillemet et, euh, ils choisissent vraiment la facilité, euh, voilà... Certains patients disent qu'ils regrettent certains actes qu'ils ont commis mais qu'à ce moment-là, ben, ils étaient sous l'emprise de la drogue donc ils avaient pas les idées très claires on va dire, hein. Euh, ils avaient arrêté leur traitement, ce qui est encore plus catastrophique, hein et, euh, ou bien un peu parfois, ben, voilà, tout ça a fait qu'ils ont pas dormi pendant des jours et, du coup, ils sont épuisés mentalement... Ils ont commis un acte, euh, parce que ils ont pas... ils ne pouvaient plus réfléchir, leur cerveau était en mode, euh, éteint et en veille, et du coup, ben, voilà ils ont agit comme ça. Après il y en a d'autres qui minimisent aussi les faits, hein, faut pas croire, euh, les patients qui ont tabassé une infirmière, l'ont roué de coup ... « ouais mais c'est de sa faute à elle, elle avait qu'à me donner des cigarettes »... Je suis pas sûre que pour une cigarette ça mérite tout ça. Mais voilà ils disent « bien c'est rien, c'est pas grave, quoi », donc ça c'est pareil on en rediscute avec eux on essaie de leur faire prendre conscience de la gravité quand même de leurs actes, pour une cigarette quoi... Donc euh, ouais, on discute beaucoup, beaucoup avec eux en fait tout est, euh... voilà.</p>
--	---

	Codage	« Débordement émotionnel », « seule issue », « facilité », « instinct primitif », « éducation », « colère », « frustrations », « angoisse », « emprise de la drogue », « arrêté leur traitement », « épuisés mentalement », « ils ne pouvaient plus réfléchir », « minimisent les faits », « prendre conscience de la gravité des actes »
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le passage à l'acte agressif est la seule issue vue par le patient lorsqu'il fait face à un débordement émotionnel</li> <li>- Passage à l'acte agressif est lié à l'instinct primitif</li> <li>- Les passages à l'acte agressif font suite à des émotions : colère, frustration, angoisse</li> <li>- Sous l'emprise de la drogue au moment de l'acte agressif</li> <li>- Épuisement psychique</li> </ul>

Question 5 : Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p><i>A : Euh, que ce soit avant pour reprendre les actes qui ont déjà été commis, que ce soit pendant ou que ce soit après.</i></p> <p>E1 : D'accord... Alors, euh, ben, au quotidien on va dire, euh, comme je t'ai dit on discute beaucoup avec les patients donc quand par exemple ils ont été isolés, euhh, on... qu'ils reviennent après à l'atelier quand l'isolement est levé on demande pourquoi ils ont été isolés même si on le sait, hein, parce qu'on a le dossier mais c'est pas grave, comme ça on sait ce qu'ils nous racontent s'ils minimisent les faits ou pas, et voilà, comment ils arrangent leur sauce là. Donc on leur explique un petit peu, on leur demande ça et, euh, en fonction de ce qu'ils disent, euhh... moi souvent même si il me dit pas la vérité, le patient je continue à jouer le jeu... donc c'est à dire que je crois ce qu'il me dit... et après... une fois qu'on a discuté un peu de ça... j'essaie de l'amener tout doucement vers ce qui s'est réellement passé... pour lui faire prendre conscience quand même que nous on a vu et je leur rappelle, hein, à chaque fois je leur dis « n'oubliez pas que je suis soignante avant tout... euh : ok on fait des activités, on fait tout ça mais je suis soignante avant tout c'est, euhh, par le biais des activités en plus qu'on essaye de vous soigner, euhhh, et on, j'ai vu sur votre dossier... » donc ça ils le savent qu'on travaille en équipe, qu'on a vu surtout leur dossier... et, euhh, donc que, ben, si ils me racontent des craques je le vois dans le dossier, quoi hein... Du coup voilà. Donc du</p>
--------------------------	--------	--



	<p>coup, parfois ils changent leur version parfois je leur dis « n'oubliez pas que j'ai une vue sur votre dossier quand même quoi... » « Ouais mais en fait, oui je vous ai pas dit, euh, j'ai eu ça, ça aussi, ouais... » et déjà ça change un peu la donne, donc du coup on en rediscute... Et après j'ai eu, avec des patients au début, on faisait pas trop... C'est vrai au début on fait des erreurs en UMD que l'on fait pas après avec l'expérience, euhh... Quand j'ai commencé au bout de quelques mois j'ai un patient qui, euh, j'ai pas vu que, en fait, euhh, il était plus là, il était là mais mentalement il était plus là... Euhhh, il avait décompensé donc il m'avait pris, bon ben, c'est une scie, il l'a prise et a failli me la balancer, donc, euh. J'étais là, j'ai fait « ok » alors, on a des bips sur nous, (c'est sûr on a des bips pour appeler mes collègues, hein, euh, moi j'ai souvent la porte qui est ouverte de toutes façons, j'ai un tour de verrou, on a des règles de sécurité qui sont quand même..., voilà...) et moi je lui ai dit... je lui ai juste dit, euh, c'était Mickaël, qu'il s'appelait, je lui ai dit : « Mickaël vous pouvez la mettre par terre s'il vous plaît » j'ai pas crié, j'ai pas prévenu mes collègues, j'ai rien fait... et du coup il l'a jeté par terre... après je lui ai demandé de s'asseoir et puis là j'ai parlé un peu plus fort, j'ai pas voulu appelé sur le bip parce que j'ai estimé ce patient là... Euhhh, il a, il a commis son acte de violence parce qu'il a décompensé... En fait il voulait pas me viser manque de bol mais j'étais devant lui quoi... mais c'était pas moi qu'il visait. Il ne me voyait même pas : je suis sûre qu'il savait même pas qui j'étais ou quoi, il savait rien, il savait plus où il était, euh, voilà et en fait il a été frustré il m'a appris, il m'a expliqué (après parce qu'il a fait une lettre d'excuses en plus, parfois ils font des lettres d'excuses), hummm il m'a expliqué qu'il avait été frustré au pavillon et du coup c'était tellement fort que pouf... il a décompensé... mais en fait, voilà il a pas su gérer ses émotions et c'est parti quoi, et manque de bol c'est arrivé à l'atelier, quoi, donc moi après j'ai appelé mes collègues j'ai parlé un peu plus fort et, euh, « il y a quelqu'un qui peut venir... ». Du coup ils sont venus. Calmement je leur ai expliqué... j'ai dit voilà : « bon voilà, faudrait le raccompagné ». Moi j'ai expliqué au patient : « Écoutez je pense qu'aujourd'hui on va arrêter la séance, ça serait mieux que vous alliez en chambre pour justement vous calmer et voilà... essayez de redescendre un peu et on en discute la prochaine fois. » J'ai quand même dû faire un rapport dans le dossier, hein, parce que c'est un acte grave... et après il m'a écrit une lettre, il a demandé pour revenir à l'atelier donc j'ai accepté et on en a discuté. En fait, c'est là qu'il m'a annoncé que, voilà bon, après on en discute :</p> <p>« Est ce que vous trouvez qu'il n'y avait pas d'autres solutions que de faire ça ? Euh, voilà, Est ce que vous pouviez pas, à ce moment là ? Vous étiez frustré ? Essayez de voir avec un infirmier ou de me le dire. Moi, voilà... » Je</p>
--	--

	<p>me sens pas bien, je suis frustré. Euh, il s'est passé ça, ça, ça » Ok, on en discute ». Donc on essaie toujours de leur donner des clés pour leur dire : « Ok on est soignant... mais on n'est pas que, on est pas là, déjà que nous on vous donne pas de médoc... » Moi je suis pas formé pour ça. Euh, on est là pour discuter aussi c'est, c'est important de, de mettre des mots sur ce qu'ils ressentent. Voilà donc, après bon, j'ai eu d'autres trucs mais pas tant que ça en fait... Humm voilà quoi... Après faut pas... je sais pas, moi je... Alors les patients disent que je suis très sévère parce que le règlement c'est le règlement... donc il a été fait pas, pour vous embêtez parce que nous aussi on doit obéir au règlement, donc s'ils dérogent au règlement je sais très bien leur rappeler. Donc ils le disent bien souvent que je suis assez sévère... mais en même temps ce qu'ils disent aussi c'est que j'suis très juste, et euhh, ben, si, parfois il y a des patients qui ont leur injection en retard, complètement off je veux dire, ils ont des doses de cheval, hein, donc ils sont très fatigués. Ben, voilà, il vient à l'ergo il veut se reposer, il se repose quoi... Voilà, il faut aussi, moi je pars du principe que si on... il faut les respecter si on veut qu'ils nous respectent, il faut aussi les respecter. Ça c'est important et leur expliquer que : « voilà vous êtes pas bien, il y a pas de soucis, vous pouvez vous reposer et tout ». Parfois, ils emmènent un petit oreiller, hein, ils se posent. Parfois, ils se posent même pas 10 minutes/un quart d'heure et « hop » ils se mettent après à l'activité. Et voilà, « vous avez besoin de ça », moi je pars du principe : moi aussi, parfois, je suis fatiguée et j'ai envie qu'on me foute un peu la paix. Alors pourquoi moi je leur demanderai à eux, qui sont malades avec un traitement de cheval, euhh, d'être en pleine forme tout le temps... qui je suis, moi, pour me permettre de leur demander ça ?... Donc, euh, voilà.</p> <p><i>A : Est-ce que vous avez des activités thérapeutiques, justement, qui sont spécifiques pour prendre en soin cette agressivité ?</i></p> <p>E1 : Alors, j'ai mis en place, euh, la relaxation, mais, euh, beaucoup avec la respiration. Parce que, euh, bon déjà, tout ce qui est méditation pleine conscience faut faire très attention avec les schizophrènes. La relaxation aussi qui est avec des images de, de lueurs de chaleurs qui rentrent dans la tête franchement ça faut oublier quoi. Ils sont, euhh... je veux dire : il faut pas faire avec un patient qui est halluciné parce que, euh, il va décompenser quoi. Tout ce qui est sophrologie aussi faut faire très, très attention. Les gens parfois, malheureusement, ils prennent ça un petit peu à la légère. Mais il faut vraiment, quand même vachement faire gaffe parce qu'imaginer qu'on est en train de croquer une pomme avec le goût etc, etc, etc... pour... alors, pour</p>
--	---

	<p>nous, ben, ça va... On va moins imaginer mais pour les patients on leur fait un rappel au niveau des hallucinations quand même... il faut faire attention. Donc, moi j'axe tout sur la respiration, parce que la relaxation, parce que la respiration ça calme à partir du moment où on décide de ralentir et de compter en 3 temps, 4 temps, 5 temps. J'inspire en 4 temps je parle même pas de blocage, parce qu'il y en a qui... bon, on peut faire aussi le blocage, ça se fait plus tard avec les patients, une fois qu'ils maîtrisent déjà la première partie. Donc déjà, je leur dis de monter et de gonfler le ventre donc la relaxation abdominale, euhhhh, donc, ça déjà, ça les apaise. J'ai créé un atelier de ça avec le handpan. C'est un instrument de musique, je vais te montrer.</p> <p><i>A : D'accord</i></p> <p>E1 : -Démonstration de handpan.-</p> <p>E1 : Voilà, ça c'est le handpan, c'est un instrument magique. Euhh faut pas être musicienne pour faire du handpan, hein. C'est à l'intuitif quoi, tu joues à l'instinct. Tu joues., euh, t'écoutes des notes tu dis ça va bien ensemble et voilà quoi, donc, il y a pas besoin d'être musicienne. Du coup, euh c'est vrai que, euh, moi j'ai voulu mettre le handpan parce que le handpan, quand on joue ça relaxe, du coup si je pouvais mettre les 2 ensemble ça serait super sympa. Donc euh, on l'a mis en place et ça marche très, très bien. Donc moi je travaille beaucoup sur la respiration parce que c'est quelque chose que les patients peuvent reproduire n'importe quand, n'importe où. Je veux dire parce que parfois ils arrivent, ils sont énervés, ils me le disent alors là « ouais on est énervé », « je suis énervé et tout, il y a untel qui m'a pris le chou ». Je leur dis « maintenant vous vous asseyez » alors si j'ai pas mon handpan, je leur mets une musique douce et je leur dis « maintenant vous allez respirer ». Même en position assise, hein, et j'essaie que ça devienne pour eux presque un automatisme, que quand, ben, le jour où ils se sentent un peu énervé qu'ils essaient de se dire : « Ah oui il y a la respiration... je vais respirer, je vais inspirer », voilà. Il y a des patients parfois qui me disent : « ben, j'ai pensé, euh, à faire la respiration, là c'est vrai, il y a untel qui a commencé à venir me chercher, là j'ai fait la respiration et je l'ai ignoré et je suis parti et ça fait beaucoup de bien quoi ». Donc voilà, les résultats, même s'il y en aura pas à chaque fois parce qu'on est pas non plus magicien et faut pas se leurrer hein, on ne sera jamais au chômage en UMD en tous cas parce que beaucoup reviennent mais, euhhhh, du coup je me dis si ça marche pour quelques uns c'est bien quoi.</p>
--	---

	<p><i>A : D'accord. Est ce que, du coup, vous avez d'autres moyens que les activités thérapeutiques que vous mettez en place en ergothérapie pour aider à la gestion de l'agressivité ?</i></p> <p>E1 : Tout ce qui est relationnel, discuter avec eux, être à leur écoute, euh, parfois, euh, on n'intervient même pas. Ils ont besoin juste de parler en fait... de, d'exprimer ce qu'ils ressentent, euh, voilà. Donc euh, parfois, on intervient ou je dis juste un mot et parfois je vois qu'en fait ils avaient juste besoin de parler, et rien que ça, le fait de parler, de s'exprimer, ça fait du bien et ça, ça se fait petit à petit avec la relation, euh, quoi, avec la relation de confiance quoi. Le lien qu'on crée entre nous, euh, au niveau de la confiance. Par exemple j'avais un patient jusque là il était mutique il parlait pas... il bossait bien, hein, de bonnes capacités, pas de problème mais il parlait pas. Bon le strict minimum, « bonjour », euh, voilà. Et puis, euh, là, là dernièrement je l'ai trouvé qui commençait un petit peu à parler et là tout à l'heure il m'a surpris il m'a dit « oui vous savez pourquoi je suis là ? »... Euh alors j'avais lu son dossier mais j'en vois tellement que parfois je zappe un peu certains et, euh, du coup je lui dis non. Parfois je ne lis pas les dossiers tout de suite, euh, j'attends un petit peu parce que, euhh, il y a certains dossiers qui me touchent plus que d'autres et je ne veux pas être dans le jugement, je veux être dans la thérapie. Donc du coup, je préfère me faire une idée du patient avant, et après je lis le dossier, mais je le lis au bout de 2/3 séances quoi. Et du coup il m'a dit « oui j'ai fait une grosse bêtise, j'ai voulu tuer ma mère, quoi ». Voilà, mais c'est lui qui m'a dit « j'avais arrêté mon traitement, euh, je dormais plus depuis 1 semaine j'avais dormi que 8 heures j'étais pas bien ». Ben... donc voilà... ben, bon, il regrette. Après du coup, on a discuté mais, euh... voilà. J'étais étonnée qu'il me le dise. Ben, c'est pas une chose facile à dire pour eux. Il a toujours des liens avec sa mère, hein, sa mère l'appelle et tout. Mais il dit « j'ai déconné j'aurai jamais dû faire ça ». Je lui dis « mais après, voilà, vous avez aussi votre pathologie qui fait que, euh, c'est vrai que c'est pas bien, mais ce qui est bien : c'est d'avoir déjà pris conscience que c'était pas bien »... C'est déjà beaucoup pour eux... de prendre conscience de ce qu'ils ont fait et qu'ils soient sincères parce qu'il y en a qui disent « oui c'est pas bien » parce qu'ils veulent nous dire, ce qu'on veut bien entendre quoi, hein, on n'est pas non plus dupe, hein, et euh, mais lui il était sincère. On voit les gens qui sont sincères on voit tout de suite, hein, et, euh, le fait déjà de prendre conscience de ça déjà s'ils prennent conscience de ça déjà, c'est déjà bien.</p>
--	--

	Codage	« On discute beaucoup avec les patients », « comme ça on sait ce qu'ils nous racontent, s'ils minimisent les faits ou pas », « l'amener tout doucement vers ce qu'il s'est réellement passé », « par le biais d'activités », « mettre des mots sur ce qu'ils ressentent », « obéir au règlement », « la respiration », « handpan », « la respiration c'est quelque chose que les patients peuvent reproduire n'importe quand, n'importe où », « un automatisme », « relationnel », « être à leur écoute », « relation de confiance », « prendre conscience de ce qu'ils ont fait »
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reprise des événements agressifs avec le patient : évaluer son niveau de conscience par rapport à ce qu'il s'est passé, prise de conscience des actes et de leurs conséquences, l'amener doucement vers la réalité</li> <li>- Mise en place d'activités thérapeutiques</li> <li>- Amener le patient à mettre des mots sur ce qu'il ressent</li> <li>- Faire respecter le cadre et le règlement</li> <li>- Travail sur la respiration : pour s'apaiser et pouvoir utiliser cette technique à toute heure et tout endroit</li> <li>- Relation thérapeutique : écoute active, relation de confiance</li> </ul>

Question 6 : Suite à une prise en soin des émotions, constatez-vous une diminution de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?

Exploitation du matériel	Corpus	E1 : Oui, il y en a. Ouais, il y en a ça va, ils se calment après euhhhhh il y a quand même la commission qui fait beaucoup... Ils croient que le fait d'avoir la commission ils sont sauvés mais alors que ce n'est que le début, hein, euh, le plus dur c'est de ne pas revenir à l'UMD, hein. On n'arrête pas de leur dire la commission c'est facile : « En fait, il suffit de vous tenir à carreaux pendant 6 mois, hein ». Donc ils ont bien compris le système donc ils se tiennent à carreaux pendant 6 mois mais au bout de 3 mois ils reviennent donc, euh, voilà, euh, moi je leur dis toujours : « Le tout c'est pas de, d'avoir sa commission c'est de comprendre pourquoi vous êtes ici et que... quelle est votre pathologie... de l'accepter ». Parce que certains ne l'acceptent pas et moi souvent je leur demande « Qu'est-ce qui vous dérange ? ». Souvent c'est le regard des autres mais d'être différent, être considéré comme des fous quoi ça, ça les perturbe beaucoup. Je leur dis : « Ce n'est pas marqué sur votre front que vous êtes schizophrène ou pas. Il y a personne qui le voit quoi... si vous prenez votre traitement euhhh donc, voilà... ». Bon, ben, après
--------------------------	--------	--

		on se répète beaucoup.
	Codage	« La commission fait beaucoup », « comprendre pourquoi vous êtes ici », « quelle est votre pathologie », « de l'accepter », « regard des autres », « être différents », « être considéré comme fous »
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'attente de la commission de suivi médical à un impact important sur la diminution de l'agressivité des patients qui se rendent compte de son enjeu</li> <li>- Comprendre les raisons de leur pathologie et pour lesquelles ils sont en UMD est un facteur primordial pour éviter les passages à l'acte agressif</li> </ul>

Question 7 : Face à des passages à l'acte agressif, l'utilisation de l'isolement ou de contention est-elle indispensable ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p>E1 : Alors parfois oui pour se protéger d'eux-mêmes et des autres... parce que, euh, on sait que si on les met dans des chambres d'isolement, seuls, ils peuvent... ils sont parfois... Ben, si on les met dans les chambres d'isolement c'est qu'ils sont dans un état euhhhh... comment dire ? Euhh, où ils ne contrôlent plus rien, en fait... Ils ne peuvent plus se raisonner, dire « stop j'arrête, je veux pas stop ». Non ils peuvent plus parce qu'ils sont passés au-dessus. Il y en a certains, on va les mettre en chambre d'isolement ça va suffire, euh, ils vont se calmer et tout. Mais il y en a certains, une fois qu'ils vont être un peu bien au-dessus, si on ne les met pas en contention, il y a des patients qui vont se faire du mal. Il y en a qui s'arrachent des bouts de chaires quoi... Ils vont se mordre, mais à sang. Ils ne vont pas forcément frapper quelqu'un d'autre eux-mêmes. Et comme les cachets ça diminue la sensation de douleur ils sentent même pas qu'ils ont mal... Mais du coup, là, on est obligé de faire quelque chose pour les protéger eux... Euh, là, on a dernièrement, on a un patient qui s'est arraché tous les ongles des pieds, hein, avec les dents, euh, et du coup, là, on est obligé quand même de les protéger d'eux-mêmes en fait...</p> <p><i>A : D'accord, ok. Est ce que la prise en soin du coup, que vous proposez, vous, en amont en ergothérapie, avec toutes les activités, ça va vraiment permettre de réduire, euh, l'agressivité et donc l'utilisation de ces méthodes ?</i></p>
--------------------------	--------	--

		<p>E1 : Oui parce qu'en fait, du coup, ils sont moins, euh... Les patients qui viennent à l'ergo ils sont pas enfermés toute la journée avec les autres patients... donc ils subissent moins, euh, les autres patients. Chez nous on a quand même un cadre bien strict, et le fait, déjà, qu'ils viennent même qu'une heure et demi ou même la journée entière, ils sortent déjà du cadre de leur pavillon. Donc déjà, ils s'expatrient un peu des patients qui restent au pavillon. En même temps même nous on essaie dans les ateliers, euhh, d'instaurer une certaine forme de respect entre eux, euh, et s'il y a un problème on est là pour régler le problème. Ça peut arriver entre 2 patients, ils peuvent pas se voir il y a des disputes. En général, c'est pour des brouilles, hein, mais ça monte tout de suite. Houa, ça y est, ils font un feu d'artifice avec, euh, une petite étincelle eux. Et bien nous, du coup, on est là pour discuter avec eux et dire « Allez maintenant on va régler le problème ». Et si on peut pas le régler, ben, on trouve une solution. Il y en a un qui vient que le matin et l'autre qui vient que l'après-midi comme ça c'est réglé, ils ne se croisent pas ils ne se voient pas. En même temps ils retrouvent une forme de, euhhh, comme... à l'extérieur. C'est à dire qu'ils viennent toute la journée c'est comme s'ils allaient au travail et du coup, ils ont l'impression d'être comme tout le monde parce qu'ils viennent bosser toute la journée et ils boivent le café, ils discutent entre eux, on discute avec eux, euhh, voilà. Donc c'est plus convivial et, euhhh, ouais, c'est comme s'ils vivaient à l'extérieur dans un milieu protégé, en fait, pas dans le milieu que nous connaissons. Le fait de faire tout ça, le fait d'être au boulot, ben, ils sont déjà un peu plus fatigués le soir donc ils sont pas agressifs parce qu'ils ont été au calme toute la journée ils ont pas été trop énervés, donc, forcément, du coup, le soir ils rentrent, euh, ben, nous on les ramène à 4 heures et demi, euh, à 6 heures ils mangent, donc... Parce que le premier coucher est à 7 heures et le deuxième il est à 21 heures donc le deuxième couché, bien souvent c'est les patients qui le veulent et qui vont à l'ergo euhhh, mais beaucoup vont à 19 heures parce qu'ils sont crevés avec les médicaments. Du coup, ben, en fait, 4 heures et demi ils vont rentrer ils vont être quoi 1 demi-heure 1 heure max dans la salle commune et après, ben, ils prennent leurs médocs et ils mangent et, euh, ils restent encore un petit peu et après ils vont au lit quoi, donc, euhh... l'agressivité du coup, elle diminue très fortement quoi.</p>
	Codage	<p>« Parfois oui », « pour se protéger d'eux-mêmes et des autres », « dans un état où ils ne contrôlent plus rien », « vont se faire du mal », « on est obligé de faire quelque chose pour les protéger », « les patients qui viennent à l'ergo ne sont pas enfermés toute la journée avec les autres patients », « ils viennent</p>

		toute la journée comme s'ils allaient au travail », « plus fatigués le soir donc ils ne sont pas agressifs »
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation de l'isolement et de contention permet aux patients de se protéger d'eux-mêmes, d'autrui et de protéger les autres.</li> <li>- Les patients qui viennent en ergothérapie sont en général moins agressifs que les autres donc moins enclin à faire face à ces mesures : ils sont moins souvent avec les autres patients et le fait de sortir du pavillon pour se rendre à l'atelier fait comme une sorte de retour au monde extérieur lorsque l'on se rend sur son lieu de travail.</li> <li>- Avoir une activité toute la journée (comme l'ergothérapie) permet aux patients d'être plus fatigué le soir et diminue ainsi leur risque de passage à l'acte</li> </ul>



## Ergothérapeute 2 (E2)

Deuxième entretien : samedi 10 février 2024 à 14h30 (durée : 25 minutes et 15 secondes).

Question 2 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et passage à l'acte agressif ? (Dans ce travail le passage à l'acte agressif est défini comme : une action violente et impulsive en réponse à une situation.)	
Exploitation du matériel	<p>Corpus</p> <p>E2 : Euh, tu fais la distinction entre, euh... Est-ce-que tu fais la distinction entre agressivité et violence ?</p> <p><i>A : Oui</i></p> <p>E2 : Parce que tu parles de passages à l'acte agressif : on a plutôt tendance nous dans le, dans notre jargon à parler de passages à l'acte violent pour le coup, peut-être que je peux te laisser toi m'expliquer, du coup, ce que tu entends par passages à l'acte agressif.</p> <p><i>A : Alors, du coup, moi là, dans mon mémoire comment j'ai distingué agressivité et violence : agressivité c'était plus en réponse vraiment à une situation, face à quelque chose, tandis que la violence elle venait un peu de nulle part et elle arrivait d'un coup comme ça. C'est un peu la distinction que j'ai faite.</i></p> <p>E2 : D'accord ok, mais t'as dû, t'as, euh, te rendre compte que, en fonction du domaine d'activité on va dire, euh, et en fonction des paradigmes c'est pas spécialement toujours les mêmes définitions pour violence et agressivité. D'ailleurs dans le langage courant, en fait, on fait pas vraiment la distinction entre la violence/l'agressivité on fait un peu le mélange des deux. En psychiatrie on n'est pas tous d'accord d'ailleurs sur la définition d'agressivité et de violence. Euh, moi quand tu me parles de passages à l'acte agressif tu vois l'agressivité je la mettrais plutôt, euh, en amont de la violence. C'est à dire que -mais je te rejoins sur le fait que l'agressivité elle est liée à des situations- c'est une, c'est une, comment dire... ? C'est une, euh, euh, une réaction à un environnement à quelque chose d'extérieur. Euh, mais par exemple pour un passage à l'acte parlons dans le cadre des UMD des passages à l'acte fréquents que l'on rencontre. Des homicides, par exemple, on va parler plutôt de passages à l'acte violent pour, pour un homicide c'est vrai entre nous on se dit pas : « bon il a été agressif... il, il... » tu vois ? C'est plutôt, on parle plutôt de violence, de violence physique, de violence verbale, euh, il y en a... Il y a plusieurs types de violences mais l'agressivité peut être que... Moi je la, je la mettrais, euh... Elle est comment dire... Elle est peut être</p>

	<p>moins forte, euh, que la violence. Tu vois ? C'est comme ça que je vois les choses. Je te dis pas que j'ai raison mais c'est comme ça que moi je perçois les choses en tous cas.</p> <p><i>A : Et bien ça me va si du coup, on part sur cette définition pour l'entretien. Et du coup, quel est le lien entre la schizophrénie et les passages à l'acte violents ?</i></p> <p>E2 : Euh, quel lien je fais ? Et euh, pff, je dirais avant toutes choses qu'il n'est pas, euh, ce lien n'est pas systématique, bien heureusement dans la schizophrénie. Moi je travaille en UMD donc euh, c'est vrai que je vois, si tu veux, la schizophrénie par le prisme de la violence. Euhh, mais ça concerne une minorité finalement. Euh, donc cette agressivité là, ou cette violence, euh, chez nous elle est présente forcément puisque c'est ce qui souvent... enfin c'est ce qui motive l'hospitalisation des patients, euh, en UMD. C'est le critère de la dangerosité qui est intimement lié forcément avec l'agressivité et la violence, euhhh. Donc chez nous, l'agressivité, euh, et en particulier la violence elle a été à l'origine de l'hospitalisation des patients schizophrènes chez nous quoi. Voilà, c'est le lien que je ferais.</p> <p><i>A : Ok, ça marche. Est-ce-que d'après vous il y aurait certains symptômes, de la schizophrénie qui s'exprimeraient, justement, sous cette forme d'agressivité ou de violence ?</i></p> <p>E2 : Certains symptômes de la schizophrénie euh... qui s'exprimeraient... Attends, redis-moi la question... Qui s'exprimeraient sous la forme d'agressivité ?</p> <p><i>A : C'est ça est-ce-que certains symptômes s'exprimeraient, avec l'agressivité ?</i></p> <p>E2 : Ben, on va parler des troubles du comportement évidemment, qui sont présents et, euh, disons que l'agressivité va souvent être liée, euhh, dans les situations, les quelques situations finalement que j'ai pu rencontrer, euhh elle va être liée par exemple à une mauvaise gestion de la frustration, euh, par exemple, euh, ou un sentiment, euh, un sentiment parfois d'impuissance de ne pas y arriver, euhh, de pas arriver à faire quelque chose euh... voilà. Après est-ce-que c'est lié au syndrome dissociatif, pff, syndrome délirant ? Oui parce que quand t'as des patients qui sont... qui se sentent persécutés par exemple, qui sont hallucinés. Euh effectivement ils peuvent se sentir, euh, ben, persécutés par, euh, ta présence, par tes propos etc... euh... et mal les interprétés. Voilà, donc, euh, c'est peut-être le lien que je ferais effectivement.</p>
--	--

		Mais entre syndrome délirant et agressivité.
	Codage	« Ce lien n'est pas systématique », « c'est ce qui motive l'hospitalisation des patients », « c'est le critère de la dangerosité qui est intimement lié, forcément, avec l'agressivité et la violence », « troubles du comportement », « mauvaise gestion de la frustration », « sentiment parfois d'impuissance », « hallucinés », « ils peuvent se sentir persécutés par ta présence, par tes propos et mal les interpréter »
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schizophrénie ne veut pas forcément dire passage à l'acte agressif</li> <li>- L'hospitalisation des patients en UMD est motivée par un certain degré de dangerosité, qui, lui, est généralement lié à des passages à l'acte violent ou agressif</li> <li>- Symptômes : troubles du comportement survenant dans des situations de frustration, d'impuissance. Les idées délirantes : persécution, mauvaise interprétation des propos...</li> </ul>

Question 3 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et émotions ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p>E2 : Euh, quel lien je fais ? Justement on essaie de faire le lien pour eux, parce que les émotions, euh, chez bon nombre de nos patients schizophrènes, euh, il y a quand même une difficulté d'accès à ses émotions, euh, de reconnaissance de leurs propres émotions. Euh, de pouvoir ensuite verbaliser ses émotions, ça c'est quelque chose de très difficile. Faut déjà pouvoir les identifier et puis, euh, identifier aussi chez l'autre ce grand inconnu. Euh la plupart de nos patients ont quand même de grosses difficultés à pouvoir, euh, percevoir l'émotion chez l'autre au travers, euh, des expressions du visage, le langage para verbal. C'est vrai, c'est des choses auxquels ils ont difficilement accès, euh, et puis ils ont aussi du mal à accéder à leurs propres émotions parce que t'en as aussi beaucoup qui sont plutôt sur un versant négatif de la maladie et donc qui vont être aussi très émoussés. Euh, donc ressentir finalement peu de choses donc, euh, effectivement les émotions euh voilà... On les travaille avec eux.</p> <p><i>A : Et du coup comment est-ce-que ces personnes atteintes de schizophrénie, elles vont utiliser leurs émotions ? Que ce soit pour elles ou pour entrer en relation avec l'autre ?</i></p>
--------------------------	--------	---

		<p>E2 : Comment elles vont utiliser leurs émotions ? Je ne suis pas sûr de comprendre ta question.</p> <p><i>A : Comment est-ce qu'elles vont gérer, exprimer leurs émotions pour rentrer en relation avec autrui ? Comment elles utilisent leurs émotions dans le quotidien ?</i></p> <p>E2 : Comment elles les utilisent... Euh pff je dirais comment, comment, plutôt, elles vont les exprimer. C'est ça surtout comment elles vont pouvoir exprimer leurs émotions ? Euhh, ben, tout dépend de l'émotion. Euh, euh, j'ai envie dire, euh... Alors certains, si on parle d'émotion positive, vont pouvoir, euh, y mettre des mots mais c'est quand même assez difficile souvent ça nécessite quand même un étayage de notre part. On vient questionner un petit peu, justement, leurs ressentis. On essaie, de justement, de pouvoir les inciter à verbaliser ça, euh, parce que c'est pas quelque chose qui se fait spontanément ou alors, euh... Si ça peut être parfois, si on a quand même, des patients qui voilà, euh, sont capables, euh, de rire, de sourire tu vois, euh, d'afficher en tous cas des émotions positives. Et quant aux émotions plutôt négatives ça va se... Par exemple, je sais pas moi, je parlais tout à l'heure d'une mauvaise gestion de la frustration : ça va se ressentir parce que tu vas percevoir un regard assez noir, un regard fixe, tu vois euh de et auquel cas voilà tu tu mets un petit peu de, un petit peu de distance voilà. Je sais pas si j'ai parfaitement répondu à ta question mais, voilà comment je vois les choses.</p>
	Codage	<p>« Difficulté d'accès à ses émotions, de reconnaissance de leurs propres émotions », « pouvoir ensuite verbaliser ses émotions, ça c'est quelque chose de très difficile », « pouvoir les identifier », « identifier aussi chez l'autre », « grosses difficultés à pouvoir percevoir l'émotion chez l'autre au travers des expressions du visage, le langage para verbal », « du mal à accéder à leurs propres émotions », « versant négatif de la maladie », « vont être aussi très émoussés », « ressentir finalement peu de choses », « certains, si on parle d'émotion positive, vont pouvoir mettre des mots mais c'est quand même assez difficile », « nécessite quand même un étayage de notre part », « les inciter à verbaliser », « regard assez noir », « regard fixe »</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté d'accès aux émotions : reconnaissance et verbalisation de ses propres émotions et identification de celles de l'autre</li> <li>- Emotions positives : difficultés à mettre des mots dessus, besoin d'un étayage mais les patients vont parvenir à esquisser un sourire un rire</li> </ul>

		- Emotion négatives : comme la frustration, on va percevoir un regard noir, fixe
--	--	--

Question 4 : Selon vous y-at-il un lien entre passage à l'acte agressif et difficultés d'expression des émotions ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p>E2 : Euh pff un lien... entre le passage à l'acte agressif et tu dis la, euh, difficulté à exprimer ses émotions c'est ça ? Pas forcément . Il y a pas forcément de lien, euh pff... Enfin pas forcément de lien ça dépend de qui on parle aussi parce que, euhh, dans les patients schizophrènes ça représente quand même une grande partie la majorité, quand même, de la patientèle en UMD. Euhh, il y a deux filières : il y a la filière, en gros, médico-judiciaires, donc c'est des patients qui ont commis des passages à l'acte homicide, la plupart, et qui nécessitent, dans la dangerosité, nécessitent une hospitalisation en UMD. Et puis t'as les patients, euh, qui sont difficiles à gérer sur, euh, les services de secteurs, qui eux vont souvent présenter cette problématique d'agressivité, euh, qui est difficilement contenable, euh, du fait du manque d'effectif notamment, du fait de manque d'un cadre suffisamment contenant et rassurant sur le secteur. Euhhh, donc je pense que ta question s'adresserait d'avantage à eux, parce que les patients qui, qui... comment dire... ? Qui commettent des passages à l'acte, euhh c'est pas forcément lié à une difficulté d'expressions des émotions. Je veux dire c'est ben, c'est souvent lié en fait au... euh, à la symptomatologie délirante euh voilà. Un patient qui se sent menacé, ou persécuté, ou voilà qui, enfin, délire complètement et qui va passer à l'acte sur, euh, son entourage, tu vois c'est d'ailleurs, c'est la mère ou le voisin enfin voilà tu vois... Donc euh, et ça c'est pas forcément lié à une mauvaise gestion des émotions, euh, et de l'agressivité..., c'est que à ce moment là c'est même parfois pour, comment dire ? Quand il passe à l'acte c'est pour se protéger eux mêmes parce qu'ils se sentent euhh ils se sentent vulnérables et menacés quoi... Voilà, tu vois, parce que par exemple, j'en sais rien je prends des exemples ils vont voir le diable, enfin, tu vois d'un coup leurs proches... Ils vont avoir le sentiment que, euh, le proche c'est le diable ou alors que ils leur cachent quelque chose tu vois donc, euh, euh, voilà le lien est moins évident je trouve avec l'expression des émotions. Par contre effectivement, les patients qui sont, qui</p>
--------------------------	--------	---

		<p>sont sur le secteur qui eux ont plus de mal à canaliser leur agressivité, oui c'est ce qui fait qu'effectivement ils nous sont amenés quoi. Voilà.</p> <p><i>A : Et du coup, pour ces patients là, les émotions qui viennent s'exprimer sous la forme de passage à l'acte agressif du coup, c'est le fait qu'ils n'arrivent pas à les exprimer qui fait qu'ils passent à l'acte ou c'est autre chose encore ?</i></p> <p>E2 : ... Euh, pff, c'est surtout que, en fait... C'est, c'est plus complexe que ça, ils ont besoin... Je te parlais de contenance psychique. Je sais pas si t'as eu l'occasion d'un peu de, voilà, d'étudier ce concept là, euh, mais c'est qu'à un moment donné l'institution est plus suffisamment, euhh, contenante pour ces patients, euhh, qui finalement vont chercher bien souvent aussi des limites, euh, un peu comme en fait, euh, comme des enfants si je puis dire. Ils viennent questionner un peu la limite et si, si malheureusement... Parce que, voilà, du fait très souvent du manque de personnel quand t'as, euh, par exemple, euh, une infirmière titulaire pour tout le service et que tu te retrouves avec un patient qui est menaçant c'est très difficile à ce moment là de venir, de venir bien cadrer et borner les choses, euh, et donc que c'est comme ça que, finalement, ces patients là ils débordent et que cette agressivité finalement se développe et devient violence... Parce que l'agressivité si tu veux pour moi c'est comme si je te disais un petit peu c'est en amont de la violence, c'est les premiers signes un peu annonciateurs, euh, et si t'arrives pas un peu à la canaliser à la faire redescendre un petit peu euhh et bien elles se transforment en violence et là elle est problématique tu vois... voilà.</p>
	Codage	<p>« Médico-judiciaires, donc c'est des patients qui ont commis des passages à l'acte homicide », « les patients qui sont difficiles à gérer sur les services de secteurs, qui eux vont souvent présenter cette problématique d'agressivité », « c'est pas forcément lié à une difficulté d'expression des émotions », « c'est souvent lié à la symptomatologie délirante », « un patient qui se sent menacé, ou persécuté, ou voilà qui, enfin, délire complètement », « pour se protéger eux-mêmes parce qu'ils se sentent vulnérables et menacés », « voir le diable », « contenance psychique », « l'institution est plus suffisamment contenante pour ces patients qui finalement vont chercher bien souvent aussi des limites »</p>
	Catégorisation	<p>- Deux filières de patients en UMD : ceux de la filière médico-judiciaire : en UMD en général à la suite de passage à l'acte homicide. Ceux d'un service de psychiatrie générale : difficiles à gérer sur un service de psychiatrie de secteur et présentant une agressivité</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas forcément lié aux difficultés d'expression des émotions mais plutôt aux symptômes : persécution, délire, sentiment d'être vulnérable, menacé.</li> <li>- Moyen de protection</li> <li>- Besoin de contenance</li> </ul>
--	--	--

Question 5 : Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p>E2 : Euh pff à l'UMD, elle est, pff, ce rôle là est, pff, est assez, assez limité parce que nous les patients que l'on reçoit en ergothérapie, ben, je sais pas si tu as eu l'occasion de faire un stage j'imagine que si. En psychiatrie, euh, voilà, on apparaît souvent comme le bon objet... Euh voilà, et donc, euh, les patients que l'on voit, euh, même si on leur met des limites évidemment, euh ils ont rarement l'occasion de manifester de l'agressivité donc, euh, on va pas pouvoir spécialement travailler dessus. On va peut être plutôt parler de ce qui les a conduit en UMD, donc effectivement, de manière détournée on en parle de cette agressivité là. Euhh, mais on va plutôt, nous, axer notre, euh, notre prise en charge sur la reconnaissance de la maladie, par exemple, euh, favoriser l'alliance thérapeutique, l'adhésion aux soins tu vois, euhh, en pensant voilà, à l'idée... C'est que le patient quand il ressort d'UMD, euh, qu'il ait compris ce qu'il avait, euh, quelle était sa maladie, qu'il ait compris qu'il aura besoin de traitement à vie, qu'il ait compris que, ben, le cannabis va plus falloir y toucher tu vois ? Euh, c'est ce genre de choses qu'on va essentiellement travailler, voilà.</p> <p><i>A : Est-ce-que vous proposez également une prise en soin des émotions pour ces patients ?</i></p> <p>E2 : Alors moi pas directement, euh, j'ai mes anciennes collègues, euh, qui animaient un groupe d'émotion, euh, des anciennes collègues ergos. Euh, maintenant, j'ai deux collègues psychomotriciennes, euh, qui veulent développer ça en groupe justement sur les émotions avec un psychologue, voilà. Voilà, sur quelque chose d'assez, euh, d'assez cognitif, comportemental, voilà. Des ateliers avec, euh, des visages tu sais où on arrive à identifier l'émotion chez l'autre, euh, et reconnaître les émotions chez soi voilà... Donc ça je sais que ça se fait. Moi je le fais pas. Voilà des choses qui se font.</p>
--------------------------	--------	---

		<p><i>A : Et du coup en ergothérapie c'est quels moyens, quels outils qui sont utilisés dans la prise en soin de ces patients ?</i></p> <p>E2 : Ah, les outils thérapeutiques, bof, toutes les médiations j'imagine que tu connais, euh pff... C'est, en fait, des médiations manuelles, créatives voilà. Après ça peut être des activités, euh, plutôt d'expressions corporelles euh... Qu'est-ce-qu'on fait ? On fait aussi des activités un peu plutôt orientées, euh, euh, euh, pff, on va dire de socialisation. Voilà, je sais pas si tu connais ce jeu là, le dixiludo par exemple. Ouais, voilà on utilise aussi ces outils là mais essentiellement, euh, on va dire, euh, l'atelier créatif... Mais finalement, tu auras... Tu le sais, tu dois le savoir comme moi j'imagine, mais la médiation c'est qu'un prétexte de, enfin... De toute manière à mon sens pour rentrer en relation avec l'autre... Donc après quelque soit la médiation de toute manière, euh, l'idée c'est, euh, pour le patient psychotique : c'est rencontrer l'autre, voilà.</p>
	Codage	<p>« Bon objet », « rarement l'occasion de manifester de l'agressivité », « on va peut être plutôt parler de ce qui les a conduit en UMD », « de manière détournée, on en parle de cette agressivité là », « axer notre, notre prise en charge sur la reconnaissance de la maladie », « favoriser l'alliance thérapeutique, l'adhésion aux soins », « quand il ressort d'UMD, il a compris quelle était sa maladie, qu'il ait compris qu'il aura besoin de traitement à vie, qu'il ait compris que le cannabis va plus falloir y toucher », « identifier l'émotion chez l'autre, euh, et reconnaître les émotions chez soi », « toutes les médiations », « médiations manuelles, créatives, activités plutôt d'expressions corporelles », « socialisation », « dixiludo », « médiation c'est qu'un prétexte de toute manière, à mon sens, pour rentrer en relation avec l'autre », « l'idée c'est, pour le patient psychotique, c'est rencontrer l'autre »</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeute : rarement face des situations d'agressivité car il est le bon objet</li> <li>- Aider le patient à identifier les raisons de son entrée en UMD</li> <li>- Travaile autour de la reconnaissance de la maladie et des conduites à risque/à tenir</li> <li>- Alliance thérapeutique et adhésion aux soins primordiales</li> <li>- Différentes médiations : manuelles, créatives, d'expression corporelle, de socialisation dans le but de rentrer en relation, de rencontrer l'autre</li> </ul>



Question 6 : Suite à une prise en soin des émotions, constatez-vous une diminution de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?

Exploitation du matériel	Corpus	E2 : Alors c'est pas lié. La diminution de l'agressivité si tu veux elle est, elle est pas du tout liée à ça. C'est pas en animant un atelier, euh, sur la reconnaissance des émotions chez l'autre que tu parviendras à faire, euh, à faire diminuer l'agressivité. L'agressivité, euh, chez nous, euh, elle est assez simple : c'est d'une part, la contenance du lieu. Le fait qu'on soit en nombre, qu'on soit présent, euh, avec eux, qu'on fixe des limites. C'est bien souvent ce qui leur manque à ces patients là. Euh, et puis, euh, c'est bête à dire mais c'est aussi le traitement médicamenteux qui joue pour beaucoup, qui vient quand même, euh, de minorer, euh, cette symptomatologie là tu vois. ? Voilà c'est ça aussi.
	Codage	« Ce n'est pas lié », « contenance », « qu'on soit en nombre », « qu'on soit présent », « qu'on fixe des limites », « le traitement médicamenteux »
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La diminution de l'agressivité et la prise en soin des émotions ne sont pas liées</li> <li>- Offrir à ces patients un cadre contenant et sécurisant va avoir un impact sur leur agressivité</li> <li>- Prise en soin médicamenteuse</li> </ul>

Question 7 : Face à des passages à l'acte agressif, l'utilisation de l'isolement ou de contention est-elle indispensable ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p>E2 : Euh, d'autres moyens... Euh alors ça dépend de quoi tu parles : si tu parles juste de l'agressivité ou des passages à l'acte, euhhh, agressif.</p> <p><i>A : Passages à l'acte.</i></p> <p>E2 : Voilà, si tu parles de passages à l'acte, euhhh... L'UMD si tu veux à, comment dire ? Euh, l'UMD agit sur le comportement, c'est à dire que, euh, s'il y a passage à l'acte entre guillemet il y a sanction. Voilà parce que c'est, si tu veux, c'est... Alors, euh, ça a ses limites, hein, euh, forcément parce que, euh, ben, ça marche, euh, comment dire ? Euh, ça marche, dans un cadre bien précis, dans le cadre de l'UMD. Après, les patients si tu les sors de ce cadre et bien pour certains ça tient pas forcément. Voilà mais, euh, pour nous si tu veux : euh, l'idée c'est de venir rappeler qu'il y a des limites, si tu</p>
--------------------------	--------	--

		<p>franchis la limite, si tu passes à l'acte sur un soignant par exemple il y a, là c'est même si c'est un usage détourné de l'isolement parce que si on lit les textes sur l'isolement, la chambre d'isolement thérapeutique justement est thérapeutique et n'a pas pour but de sanctionner le patient. Mais bien souvent c'est vrai qu'elle est présentée comme ça, alors elle est nécessaire évidemment parce qu'il est nécessaire que le patient soit mis à l'écart des autres. Parce que s'il y a passage à l'acte c'est très souvent... Il y a une agressivité sous-jacente derrière qui, qui est importante. Il y a besoin de faire redescendre la tension et donc de mettre à l'isolement ce patient pour lui même. Euh, mais il y a aussi ce truc qui est, voilà, faut bien le reconnaître quand même, bien présent en UMD et qui est mis en avant d'ailleurs de toute façon. En gros c'est la sanction quoi. C'est à dire on peut pas tolérer ça : « vous avez franchi une limite », c'est une manière aussi de, euh, comment dire ? De travailler le rapport à la loi qu'est, qu'est très compliqué pour ces patients, euh, c'est une manière de leur montrer qu'en fait comme en dehors il y a des limites à respecter, à ne pas franchir, et quand on les franchit, ben, voilà, il y a nécessité de prendre des mesures. Voilà, donc, donc, euhhh, est-ce-qu'il y a d'autres moyens ? Certainement. Euh, mais en UMD, euh, j'en ai pas vu d'autres. Voilà... Enfin malheureusement, sûrement, mais c'est, c'est, voilà celui qu'est, qu'est présent majoritairement, voilà.</p>
	Codage	<p>« S'il y a passage à l'acte entre guillemet, il y a sanction », « ça marche dans un cadre bien précis, dans le cadre de l'UMD », « rappeler qu'il y a des limites », « il est nécessaire que le patient soit mis à l'écart des autres », « agressivité sous-jacente derrière qui, qui est importante », « faire redescendre la tension », « travailler le rapport à la loi », « des limites à respecter, à ne pas franchir »</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permet de faire redescendre la tension</li> <li>- En UMD, contrairement aux services de psychiatrie de secteur l'isolement et les contentions sont utilisées comme des sanctions</li> <li>- Travail du rapport à la loi et du respect des limites, des règles</li> </ul>

### Ergothérapeute 3 (E3)

Troisième entretien : lundi 19 février 2024 à 19 heures (durée : 29 minutes et 7 secondes).

Question 2 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et passage à l'acte agressif ? (Dans ce travail, le passage à l'acte agressif est défini comme : une action violente et impulsive en réponse à une situation.)		
Exploitation du matériel	Corpus	<p>E3 : Euh, comment est-ce que je mets en lien la schizophrénie et le passage à l'acte agressif ?</p> <p><i>A : C'est ça.</i></p> <p>E3 : Euh, déjà le passage à l'acte agressif c'est, euh, je voulais dire que tous les passages à l'acte sont un peu agressifs. Euh, qu'il soit auto agressif ou hétéro agressif. Euh, là où peut être on va venir... Euh, les patients que moi j'accompagne en tous cas, qui souffrent, effectivement, la majorité de schizophrénie assez lourde. Euh, le passage à l'acte c'est la rupture de la pensée. C'est un moment donné où, euh... le corps va agir. Ce qui ne peut pas être, euh, représenté ou travaillé ou symbolisé psychiquement et, euh, ça va être un trop plein effectivement donc, il y a plusieurs choses : il y a, euh, faire la différence entre ce qui est le fantasmatique et la réalité des patients, euh, ou ce qui est pensé, ce qui est de l'ordre du fantasme à un moment donné va s'agir donc on est dans la clinique de l'agir. Donc, et puis, ensuite, le passage à l'acte c'est, c'est la survie parce qu'on se sent, euh, beaucoup trop envahi, beaucoup trop en insécurité et quand on se sent menacé de mort, et c'est vraiment l'annihilation du patient cette crainte vraiment de cette terreur, et face à ça le patient passe à l'acte parce que c'est sa seule manière de survivre.</p> <p><i>A : Ok, merci. Est-ce que, d'après vous, du coup, certains symptômes pourraient s'exprimer sous la forme de passage à l'acte agressif justement ?</i></p> <p>E3 : Certains symptômes, euh... Qu'est-ce que vous entendez par symptômes ?</p> <p><i>A : Que ce soit les symptômes positifs avec les hallucinations, les idées délirantes, les troubles du comportement par exemple</i></p> <p>E3 : Ben effectivement, le passage à l'acte c'est quelque chose qui fait du bruit. Je sais pas, par exemple, je pourrais peut être donner un exemple d'un patient voilà qui est passé à l'acte de manière, euhh, assez violente sur sa</p>

		<p>mère. Et c'était lors d'un moment effectivement d'un temps de persécution où sa mère n'était plus sa mère, sa mère empoisonnait ses traitements à distance, en télépathie. Donc il y a tout un délire comme ça, qui se construit et qui se, euh, et qui se met en place dans un but premier, effectivement, c'est de protéger, de protéger le sujet. Le délire, il est protecteur à la base. Même s'il fait du bruit, il est beaucoup moins dangereux que la réalité apparente. Des choses, des choses, effectivement, dans les, peut être, dans les toutes premières relations de la vie ce monsieur a dû certainement avoir déjà des grosses carences au niveau affectif et relationnel. Déjà, avec cette mère peut être trop, euh, intrusive et au bout d'un moment ça devient beaucoup trop menaçant... pour l'existant.</p>
	Codage	<p>« Tous les passages à l'acte sont un peu agressifs », « auto agressif ou hétéro agressif », « rupture de la pensée », « le corps va agir », « faire la différence entre ce qui est le fantasmatique et la réalité des patients », « ce qui est pensé », « la clinique de l'agir », « survie », « beaucoup trop envahi », « beaucoup trop en insécurité », « se sent menacé de mort », « annihilation », « crainte », terreur », « seule manière de survivre », le passage à l'acte c'est quelque chose qui fait du bruit », « persécution », « délire », « le délire il est protecteur à la base », « moins dangereux que la réalité apparente », « trop menaçant pour l'existant ».</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le passage à l'acte signifie qu'il y'a une rupture avec la pensée et que c'est le corps qui entre alors en action : clinique de l'agir</li> <li>- Le passage à l'acte est lié à l'instinct de survie : il vient répondre à une angoisse très importante ressentie par le patient, il s'agit pour lui de sa seule manière de survivre</li> <li>- Le passage à l'acte peut être lié aux idées délirantes (notamment de persécution) : le délire se met en place dans un premier temps pour protéger la personne de la réalité, qu'il trouve menaçante</li> </ul>

Question 3 : Quel lien faites-vous entre schizophrénie et émotions ?		
Exploitation du matériel	Corpus	<p>E3 : Le lien entre la schizophrénie et les émotions ? Euhh, je pense que les personnes qui souffrent de schizophrénie, en tous cas celles que j'accompagne, euh, on leur prête souvent cette incapacité à ressentir des choses ou à éprouver. Moi je dirai l'inverse, je dirai que c'est un trop plein... c'est une, c'est une, c'est un excès de réflexivité vis à vis de l'autre... qui à un moment déborde. Euh, pouvoir être au contact de ses émotions, c'est un</p>

		<p>sacré travail. Je pense que c'est pas parce qu'on est pas schizophrène qu'on est forcément très à même d'être, euh, en lien avec les éprouvés qui nous traversent, ces personnes là elles sont vulnérables. Elles sont vulnérables dans la construction de leur, euh de leur, dans tout le processus subjectif de construction de soi ou ça n'a pas aboutit donc on est vraiment à l'ordre de l'archaïque du tout petit avec cette personne. Et du coup il y a, ils vont ressentir des choses mais qui vont être étrangères : comme la tristesse, la colère. Ça va être des choses qui vont venir les envahir, vu qu'ils sont pas capables vraiment d'identifier ce qui se passe, parce qu'il y a une forme de difficulté aussi à investir son corps et à le ressentir, à se sentir sujet, à se sentir habiter son corps. Et ben, tout ce qui va être de l'ordre de l'émotion, ça va être envahissant parce que c'est pas défini, parce que c'est pas représenté... Pour avoir la tristesse il faut pouvoir se représenter la tristesse et on est en manque de représentation, en manque de symbolisme chez ces patients, donc du coup c'est ça qu'on vient travailler justement. C'est d'essayer de mettre en images des éprouvés, qui, qui angoissent énormément, dans le but de ne pas forcément, de les gérer mais de pouvoir au moins faire en sorte que ça soit moins étranger.</p> <p><i>A : Ok, ça marche. Et du coup, comment est-ce-que ces personnes vont utiliser leurs émotions ? Pour que ce soit pour elles-mêmes ou entrer en relation avec l'autre ?</i></p> <p>E3 : Comment ils vont utiliser leurs émotions ?... Et ben, je, je, je pense que ça va passer par quelque chose qui va paraître, qui paraît étrange dans le contact avec ces patients, avec, j'ai envie plutôt de parler de personnes puisque c'est des personnes avant tout, euh, dans une forme où tout va être un peu détourné. C'est à dire que l'angoisse elle ne va pas se manifester... Alors il y en a qui sont capables de dire : « voilà je suis angoissé », le pourquoi ils sont angoissés, la cause de l'angoisse, ça s'est difficilement définissable. Et donc du coup ça va se manifester, ben, par de l'agir. C'est le corps qui va parler avant tout. Donc ça va peut être des choses, peut être un peu bruyantes, de l'excitabilité, euh de l'agitation, euh de la projection, beaucoup de projection du coup ce que moi j'arrive pas à venir comprendre de moi, ben du coup je vais le projeter sur l'autre et du coup je vais être... Je vais vite commencer à me persécuter. Donc comment ils manifestent leurs émotions et puis après en fait de la manière aussi très simple, par des pleurs, par des cris, par des moments de désespoir intense.</p>
--	--	--

	Codage	<p>« On leur prête souvent cette incapacité à ressentir des choses ou à éprouver », « un trop plein », « un excès de réflexivité vis à vis de l'autre », « déborde », « vulnérable », « processus subjectif de construction de soi », « archaïque », « ressentir des choses qui vont être étrangères », « tristesse », « colère », « sont pas capables vraiment d'identifier ce qui se passe », « difficulté à investir son corps », « à se sentir sujet », « , à se sentir habiter son corps », « envahissant », « pas défini », « pas représenté », « manque de représentation », « manque de symbolisme », « mettre en image des éprouvés », « angoisse », « la cause de l'angoisse, ça s'est difficilement définissable », « l'agir », « c'est le corps qui va parler », « bruyante », « l'excitabilité », « de l'agitation », « de la projection », « persécuté », « pleurs », « cris », « des moments de désespoirs intenses ».</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes atteintes de schizophrénie feraient face à un trop plein d'émotion avec un excès de réflexivité vis-à-vis d'autrui</li> <li>- Vulnérabilité de ces personnes dans leur processus de construction : carences durant l'enfance, processus de construction archaïque</li> <li>- Incapacité à identifier leurs émotions, il s'agit d'éléments qui leurs sont étrangers</li> <li>- Difficultés à ressentir son corps et à se représenter en tant que sujet</li> <li>- Les émotions sont rendues envahissantes par le manque de représentation de ces dernières dont souffrent les patients</li> <li>- L'angoisse est à l'origine des passages à l'acte : lorsque la cause de l'angoisse est difficilement définissable c'est le corps qui va agir</li> <li>- Manifestation des émotions par les pleurs, des cris, des moments de désespoir importants</li> </ul>

Question 4 : Selon vous y-a-t-il un lien entre passages à l'acte agressif et difficultés d'expression des émotions ?		
Exploitation du matériel	Corpus	<p>E3 : Si on le cherche oui, il y en a forcément un. C'est-à-dire être en contact de ses émotions : « ok » mais pour être soi on est forcément en relation avec l'autre. Donc l'émotion, elle apparaît dans un contexte. Il y a une situation qui vient déclencher, généralement, cette situation elle fait appel à autrui. Et la reconnaissance d'autrui pour ces personnes-là c'est un grand mystère. C'est à dire pouvoir se représenter ce que l'autre peut penser, et ben ça c'est, déjà en temps normal c'est pas évident, mais du coup dans leur relation à l'autre c'est des personnes qui sont extrêmement en difficultés, parce</p>

	<p>que, euh, tout doit être euh... comment je pourrais dire ? C'est au thérapeute de venir retraduire et de mettre en affect ce qui est en train de s'éprouver. La personne ne peut pas le faire donc face à une énigme qui terrorise, parce que l'altérité elle est hyper menaçante pour ces personnes, l'autre est dangereux... « Je ne le connais pas et l'autre il fait peur ». Donc c'est des personnes, généralement, qui sont extrêmement terrorisées dans la relation et par la relation et, donc du coup, oui j'imagine que ne pas réussir à comprendre l'autre et puis ne pas savoir par quoi on est traversé parce qu'on sait même pas qui on est à l'intérieur parce que rien ne s'est construit ou voir très mal construit ou de manière très traumatique ça peut amener à, ça peut rendre fou.</p> <p><i>A : Et du coup, face à ces émotions, ces difficultés, face à cette peur un petit peu de l'autre, est-ce- que le passage à l'acte agressif ça serait la seule solution trouvée par ces patients pour se défendre justement de toute cette angoisse et de toute cette peur ?</i></p> <p>E3 : La seule solution je pense pas. C'est la solution... On m'a dit un jour que le passage à l'acte dans la clinique de, parce qu'à l'UMD, là on parle de l'UMD si je recontextualise, à l'UMD c'est pas le passage à l'acte... Il y a beaucoup de personnes qui passent à l'acte, les gens qui sont en prison passent à l'acte aussi, qualifiés de meurtre au niveau, dans une notion de criminalité. Aujourd'hui les patients que nous on accompagne en UMD, effectivement, la majorité ont pu avoir des passages à l'acte auto ou hétéro-agressif, euh, mais par contre on vient différencier, à l'UMD c'est la clinique de la folie et donc, le passage à l'acte c'est la manifestation, euh, c'est peut-être terrible ce que je vais dire mais, la plus saine du patient... Là où, effectivement, ben, il y a l'agir mais c'est pas la clinique du passage à l'acte comme on pourrait le retrouver en prison ou à l'UHSA , l'UHSA qui est la prison psychiatrique. Où là bas, effectivement, c'est la clinique du passage à l'acte qui a été vraiment très bruyant pour des personnes qui n'ont pas été irresponsabilisées judiciairement parlant, là, la majorité de nos patients, même si ça peut être possible que des patients qui sont sous écrous soient en UMD parce qu'ils ont besoin d'un soin, mais sinon c'est des personnes qui ont été irresponsabilisées de leurs actes. Donc, avec abolition totale du discernement et, euh... On peut tous s'identifier aux passages à l'acte, on peut tous s'imaginer un patient qui, qui décapite sa mère ou qui... qui va tuer son père ou qui va tuer son enfant. Ça c'est des choses voilà qui peuvent se représenter. Mais être en contact du patient qui va vous dire : « Mon</p>
--	---

		<p>corps se transforme. J'ai des serpents à l'intérieur de moi. Mes bras c'est plus mes bras » : tout ça, toute cette folie ambiante on peut pas... c'est difficile de s'identifier à ça. Et c'est ça qui rend la relation difficile. Donc je dirais que le passage à l'acte, euh, c'est, c'est... Des fois ils ont pas le choix... C'est peut être, effectivement, un non retour en arrière je ne sais pas mais en tous cas, euh, ça vient manifester une souffrance terrible.</p>
	Codage	<p>« Si on le cherche oui, il y en a forcément un », « l'émotion, elle apparaît dans un contexte », « une situation qui vient déclencher », « appel à autrui », « reconnaissance d'autrui pour ces personnes là c'est un grand mystère », « dans leur relation à l'autre c'est des personnes qui sont extrêmement en difficultés », « c'est au thérapeute de venir retraduire », « l'altérité elle est hyper menaçante pour ces personnes », « l'autre est dangereux », « extrêmement terrorisées dans la relation et par la relation », « la majorité ont pu avoir des passages à l'acte auto ou hétéro-agressif », « l'UMD c'est la clinique de la folie », « passage à l'acte c'est la manifestation, la plus saine du patient », « l'agir », « irresponsabilisées de leurs actes », « avec abolition totale du discernement », « folie ambiante », « difficile de s'identifier », « relation difficile », « pas le choix », « ça vient manifester une souffrance terrible ».</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'émotion va apparaitre dans une situation où l'on se retrouve la plupart du temps confronté à l'autre</li> <li>- La relation à autrui est très compliquée pour les personnes atteintes de schizophrénie : elles sont terrorisées par la relation et peinent à mettre en mot ce qui s'y joue</li> <li>- L'UMD c'est la clinique de la folie : le passage à l'acte serait l'une des manifestations la plus saine du patient</li> <li>- Les patients sont irresponsabilisés pénalement des actes qui les ont conduits en UMD de part l'abolition complète de leurs capacités de discernement</li> <li>- La création d'une relation en UMD est compliquée notamment à cause des symptômes des pathologies des patients</li> <li>- Les passages à l'acte sont parfois la seule solution trouvée par les patients pour venir exprimer leur souffrance (notamment lorsqu'ils ont des hallucinations cinesthésiques)</li> </ul>

Question 5 : Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?



Exploitation du matériel	Corpus	<p>E3 : Euh, quel est mon rôle ? Euh, mon rôle en tant qu'ergo, euh, moi je rencontre les patients soit en individuel dans l'espace d'ergothérapie, soit en thérapie de groupe à médiation. Donc travailler essentiellement avec des médias artistiques tels que la peinture, l'argile, le collage, l'écriture. Et en fait en passant par ces différents médiums et en invitant l'art dans le soin, et ben, ça facilite, on va dire l'expression d'un monde interne qui est en souffrance. Et, euh, et ça vient médiatiser, triangulariser la relation d'un bugne à bugne qui peut parfois être menaçant dans l'altérité. Des fois là où c'est difficile de venir mettre des mots, on passe pas par les mots, on va venir passer par le faire, par la création, mobiliser en tout cas pour le patient les processus créateurs dans les différents stades de la symbolisation. Alors à l'UMD avec les patients on est vraiment de l'ordre autour de la symbolisation primaire vraiment de l'archaïque, de pouvoir juste commencer à se représenter en image des choses. Euh, voilà, donc pour certains patients, moi j'ai un patient des fois on va travailler essayer de venir matérialiser. Par exemple qu'est-ce-que ça vous évoque la tristesse par exemple, la douceur ou des choses comme ça en terre, et en fait j'ai un patient qui m'a dit : « mais en fait, la douceur je crois que je ne sais pas ce que c'est... parce que j'ai jamais je crois que je l'ai jamais connue... ». Donc finalement, là je me suis dit, ben, en fait, effectivement comment que quelqu'un représente quelque chose qu'il n'a pas connu... Donc en tant que thérapeute on fait miroir, on est un peu reflet aussi de ce que le patient arrive pas à mettre en mot, n'arrive pas à mettre en forme, arrive pas à mettre en image, on est un peu des traducteurs de la vie psychique aussi. Alors pas au même titre qu'un psychologue ou autre, mais on vient essayer de mobiliser les choses que le patient amène, essayer de le traduire, euh, essayer de l'accompagner dans le processus de pensée, euh essayer de dire : « Ah ben là... quelle est la différence entre la tristesse et la colère ? ». Bon, parfois l'amener comme ça c'est pas très intéressant... mais amener des situations. Amener, par exemple juste, euh, un autre thème pour venir travailler indirectement la question de l'émotion et ensuite l'amener comme ça, pour qu'il puisse se représenter les choses, euh, c'est peut être ça euh l'idée. Et puis surtout le travail en groupe, il est hyper important. En groupe, euh, moi je travaille avec par exemple, un outil c'est un jeu qui s'appelle « compétence » et qui vient mettre au travail les habiletés sociales dans la question, voilà, de mise en situation dans les relations interpersonnelles là où ça peut être difficile. Et en fait, on vient, euh, se confronter, ben, un peu à l'altérité, à l'autre. Il y a des cartes qui demandent par exemple de mimer la colère, ou de mimer la tristesse ou comment est-ce-que la colère se représente, visuellement déjà dans un</p>
--------------------------	--------	---

		<p>premier temps. Et on voit un peu ce que les patients viennent amener, on participe aussi au même titre. Voilà, après, on essaie de faire du lien et vraiment c'est toute une rencontre dans tout ce qui est intersubjectif dans toute la rencontre d'un sujet avec un autre sujet qu'est-ce qui se passe... Voilà donc, on apaise, on va dire. On apaise, on accompagne pour que ça soit effectivement plus, plus serein.</p>
	Codage	<p>« En individuel dans l'espace d'ergothérapie », « thérapie de groupe à médiation », « des médias artistiques », « peinture », « argile », « collage », « l'écriture », « facilite l'expression d'un monde interne qui est en souffrance », « médiatiser, triangulariser la relation », « difficile de venir mettre des mots », « on passe pas par les mots », « passer par le faire, par la création », « mobiliser pour le patient les processus créateurs dans les différents stades de la symbolisation », « symbolisation primaire », « l'archaïque », « commencer à se représenter en image des choses », « essayer de venir matérialiser », « miroir », « on est un peu reflet aussi de ce que le patient arrive pas à mettre en mot, n'arrive pas à mettre en forme, arrive pas à mettre en image », « on est un peu des traducteurs de la vie psychique », « mobiliser les choses que le patient amène », « essayer de le traduire », « essayer de l'accompagner dans le processus de pensée », « amener des situations », « jeu compétence », « habiletés sociales », « mise en situation dans les relations interpersonnelles », « altérité », « on participe au même titre », « faire du lien », « rencontre », « intersubjectif », « On apaise, on accompagne pour que ça soit effectivement plus, plus serein ».</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ergothérapeute intervient en séances individuelles et en séances de groupe</li> <li>- Différentes médiations artistiques (argile, écriture, collage, peinture) sont utilisées</li> <li>- L'utilisation des médiations artistiques a plusieurs objectifs : triangulariser la relation et ainsi faciliter l'entrée en relation avec le patient. Permettre au patient de s'exprimer, exprimer ce qu'il ressent autrement que par des mots (qui peuvent parfois être trop compliqués à utiliser pour les patients).</li> <li>- Permettre au patient de symboliser différents éléments et d'accéder à son monde interne</li> <li>- Travail des habiletés sociales grâce à différents supports et mises en situations (jeu compétence)</li> <li>- L'ergothérapeute rassure et accompagne le patient dans tous ces processus (le soin passe par la rencontre avec l'autre)</li> </ul>

Question 6 : Suite à une prise en soin des émotions, constatez-vous une diminution de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?

Exploitation du matériel	Corpus	<p>E3 : Euh... moi je dirai pas que c'est qu'une prise en charge des émotions, les émotions ça fait partie d'une... de venir les mettre au travail, en fait on les met au travail tout le temps. Et peut être que c'est intéressant que le thérapeute puisse traduire ses émotions à lui pour que le patient... enfin que la personne puisse aussi se dire : « ah ouais d'accord, c'est peut être ça ». Enfin, ils ont besoin de repères. Euh, moi je dirais qu'avant tout c'est de pouvoir... être disponible et accueillir ce que le patient est en train de vivre et de ressentir, même si c'est de manière complètement folle, même si ça paraît délirant : enfin tout ce qu'il est en train de dire et amener pendant le verbal que l'infra-verbal ça a du sens, et ça a une histoire. Et du moment que on se rend disponible et accueillant pour la personne, et ben, ça vient apporter un forme de contenance, le patient il se sent porté psychiquement par l'autre, là où il n'arrive pas à se porter tout seul. Et là on peut travailler, et là il y a une diminution de l'agressivité, il y a une diminution de l'incohérence, la personne se sent réassurée, rassurée, pas en danger dans la relation et on peut faire quelque chose. Mais, euh... mais juste, mais je pense que la manifestation des émotions de nos patients elle fait peur, elle fait peur aux équipes. C'est à dire qu'à l'UMD un patient qui va se mettre à hurler parce que, certainement, il est en colère, tout de suite ça va mobiliser je ne sais combien de soignants qui vont dire : « Oulala oulala » alors qu'il a quand même le droit d'être en colère, ben voilà. Mais faut être en capacité de pouvoir entendre la colère là où le patient l'entend pas comme à un tout petit on va lui dire : « Oulala oulala, tu n'as pas l'air très content. Je sens que, je sens que t'es en colère, ben, oui mais alors exprime la. Qu'est-ce qui s'est passé ? ». Enfin mettre des mots généralement c'est, ben, ça fait du bien déjà. Ça rassure de se dire : « ok je suis pas, je suis pas complètement, je suis pas envahi ou par quelque chose qui me, qui me... enfin c'est normal... de ressentir ça ». Donc voilà, je pense que c'est vraiment le portage psychique qui réduit l'agressivité, c'est d'être en compassion avec le patient. Et effectivement être à l'écoute des affects et de tout ce qui va se mobiliser pour pouvoir, après, les accompagner au mieux.</p>
	Codage	<p>« Que le thérapeute puisse traduire ses émotions à lui », « besoin de repère », « être disponible et accueillir ce que le patient est en train de vivre et de ressentir, même si c'est de manière complètement folle, même si ça paraît délirant » : « tout ce qu'il est en train de dire et amener pendant le verbal que</p>

		l'infra-verbal ça a du sens, et ça a une histoire », « disponible et accueillant pour la personne », « contenance », « se sent porté psychiquement par l'autre », « diminution de l'agressivité », « diminution de l'incohérence », « la personne se sent réassurée, rassurée », « être en capacité de pouvoir entendre la colère », « mettre des mots généralement », « portage psychique qui réduit l'agressivité », « compassion avec le patient », « l'écoute des affects ».
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de prise en soin spécifique des émotions : elles sont sollicitées dans toutes les situations possibles</li> <li>- Pour réduire l'agressivité, différents éléments sont à prendre en compte :</li> <li>- L'ergothérapeute doit être au fait de ses propres émotions et les traduire au patient afin de lui donner un repère</li> <li>- Le thérapeute doit se montrer disponible, à l'écoute, faire preuve d'empathie et accueillir les différents éléments que le patient amène (que ce soit des éléments délirants, de la colère...)</li> <li>- La disponibilité du thérapeute doit apporter une forme de contenance au patient, ce dernier doit se sentir accompagné et soutenu</li> <li>- Le patient doit sentir que ce qu'il ressent est validé par le soignant. Cela permet de désamorcer une situation angoissante</li> <li>- Le thérapeute accompagne le patient en l'aidant à mettre des mots sur ce qu'il traverse et ressent</li> </ul>

Question 7 : Face à des passages à l'acte agressif, l'utilisation de l'isolement ou de contention est-elle indispensable ?		
Exploitation du matériel	Corpus	E3 : Indispensable je dirai pas ça. Surtout que, alors je n'ai plus le nom de l'arrêté, mais il y a la loi contention, aujourd'hui on a plus le droit de contentionner un patient juste pour contentionner un patient. Tout cela doit être justifié et justifiable puis il y a des temps parce qu'il y a eu beaucoup d'abus. La contention elle peut venir être en lien avec la question de la contenance et ça c'est pas la même chose : contentionner physiquement c'est quand on arrive plus à contenir psychiquement le patient et qu'on sent qu'à un moment donné l'agitation motrice et psychomotrice elle est telle que le patient a besoin un moment donné peut être que, que, qu'on accompagne avec certes des contentions, euh, pour que ça puisse redescendre. Aujourd'hui ce qui se passe c'est que effectivement le patient s'agite et puis, hop, hop, hop, sangles, isolement contention fois quatre,

		<p>dans quelque chose qui peut être assez violemment vécu et puis on le laisse en chambre. La contention elle doit être accompagnée. C'est à dire que laisser un patient seul attaché dans un lit alors que si on a dit qu'il fallait le contentionner c'est qu'il s'agite, c'est qu'il est pas bien. Le laisser seul avec toutes ses pensées, attaché dans un lit et puis se dire que ça va passer et ben c'est pas vrai. C'est pas vrai, donc ça peut être un outil thérapeutique si il est accompagné si il est contenu et si il est porté. « Ok, très bien ». On contient, le patient, on lui explique pourquoi, on accompagne ce temps d'isolement, on reste à côté de lui, on rassure la pensée. Si on voit que c'est trop agité on revient dans cinq minutes, mais laisser un patient... Et malheureusement c'est ce qui se passe dans la réalité. C'est qu'aujourd'hui je pense que c'est... des fois c'est pas le... C'est quand le soignant n'arrive plus à contenir qu'il contient, qu'il passe par la contention, parce qu'on a envie, parce qu'on est pas en capacité de pouvoir le porter le patient, on est pas en capacité de pouvoir. Ça fait beaucoup trop violence d'être au contact de sa souffrance psychique de tout ce qu'il est en train d'amener et puis, ben, des fois c'est : « Non, non, là vous êtes trop agité, nous on sait mieux que vous. Euh, faut retourner en chambre », alors que le patient il dit : « Ben non, moi j'ai pas envie de retourner en chambre ». Donc, ça peut être parfois une solution de facilité mais la loi contention du coup elle a été là pour ça, pour dire : « Hop hop hop, c'est pas, c'est pas légal ce qui se passe ». Et aujourd'hui avec ce paradigme, ce changement de paradigme de la question de la contention, ben, il y a la réelle question qui se pose : « Ok, donc, du coup, on contient plus le patient alors qu'est-ce qui va être thérapeutique ? ». Et je pense, ce qui est, aujourd'hui, thérapeutique et c'est là où on l'oublie beaucoup, le vrai levier du soin, aujourd'hui, ce n'est pas de contenir un patient : pas du tout. C'est d'être dans la relation avec le patient, c'est la relation qui est thérapeutique, c'est pas les outils qu'on va utiliser, c'est ce qu'on doit en faire. Comment est-ce que on va les mettre au profit.</p>
	Codage	<p>« Indispensable je dirai pas ça », « loi contention », « plus le droit de contentionner un patient juste pour contentionner un patient », « tout doit être justifié et justifiable », « la contention elle peut venir être en lien avec la question de la contenance », « c'est pas la même chose » »contentionner physiquement c'est quand on arrive plus à contenir psychologiquement », « agitation motrice et psychomotrice » « accompagne avec certes des contentions », « redescendre », « violemment vécue », « la contention elle doit être accompagnée », « Le laisser seul avec toutes ses pensées, attaché dans un lit et puis se dire que ça va passer et ben c'est pas vrai », « un outil thérapeutique si il est accompagné », « explique pourquoi », « on</p>

		<p>accompagne ce temps d'isolement », « on reste à côté de lui », « on rassure la pensée », « si on voit que c'est trop agité on revient dans cinq minutes », « c'est quand le soignant n'arrive plus à contenir qu'il passe par la contention », « parce qu'on est pas en capacité de pouvoir le porter le patient », « ça fait beaucoup trop violence d'être au contact de sa souffrance psychique », « solution de facilité », « relation avec le patient », « c'est la relation qui est thérapeutique », « comment est-ce que on va les mettre au profit ».</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La loi contention régit l'utilisation de cette dernière : elle doit être utilisée en dernier recours, être justifiée et justifiable</li> <li>- La contention doit arriver à un moment où l'agitation psychomotrice du patient est tellement importante qu'il n'y a pas d'autres possibilités pour la faire redescendre</li> <li>- L'utilisation de contention vient questionner la contenance du cadre et des soins proposés par le soignant, qui parfois n'est plus en capacité de porter le patient</li> <li>- L'utilisation de contention peut être violemment vécue par le patient : elle doit donc être accompagnée. Il faut expliquer au patient les raisons de son utilisation et rester disponible auprès de lui afin de le rassurer.</li> <li>- Il faut se questionner sur l'utilisation de ces outils et de la manière de les utiliser afin qu'ils profitent au maximum aux patients</li> <li>- La relation thérapeutique reste le point essentiel de la pratique professionnelle</li> </ul>

Question 8 : Avez-vous des choses à ajouter ?		
Exploitation du matériel	Corpus	<p>E3 : D'autres choses à ajouter ? Ben, écoutez, je, je, j'espère avoir répondu de manière assez exhaustive aux attentes de vos questions et que ça va pouvoir vous aider à éclaircir les choses. Euh, je pense que les choses elles ne sont pas binaires ou manichéennes et qu'il y a plein de, euh, que la relation c'est complexe, que ça demande de s'approprier et que pour s'approprier, ben, il faut être disponible et qu'avant tout quand on soigne, qu'on soit ergothérapeute, infirmier ou qu'importe en fait, on est là pour prendre soin. Et prendre soin c'est pas un savoir faire qu'on apprend à l'école avec des techniques et des protocoles. C'est avant tout un savoir être et le savoir être, ben, soit : il se développe avec toute l'écoute de la sensibilité que le</p>

		<p>thérapeute va investir. On peut pas demander aux patients d'être au contact de ses émotions si nous même on l'est pas. Et si on arrive pas à bosser avec notre sensibilité et notre vulnérabilité on est un peu à côté de la plaque avec ce public là, parce que ce qu'ils viennent chercher les patients c'est le semblable, c'est à quel moment lui et moi on arrive à se rencontrer, c'est du commun qu'ils veulent et nous aussi on a besoin de ce commun là, pour sortir des horreurs du passage à l'acte qu'on peut entendre et de cette dangerosité qui fait peur. Parce que si on se cantonne à ça en fait on n'est plus dans le soin et on peut pas accompagner, donc j'insisterai vraiment sur la question de... ben que travailler avec le patient, être en relation avec le patient c'est aussi être à l'écoute des éprouvés que nous on peut ressentir, de pouvoir être en capacité de là où le patient... le patient va venir vous déposer des choses en vous. Après une séance vous allez vous sentir pas très bien, euh, vous, euh, allez je sais pas... être tendu etc, ben... ça le thérapeute doit être en capacité de pouvoir faire le lien avec ce qui vient de se déposer, être en capacité de digérer les choses que le patient lui même arrive pas à digérer, donc c'est tout ce travail là : d'attitude et de contre attitude parce qu'il se passe des choses. C'est tout le temps en mouvement, si on est dans une relation inter-subjective et c'est ça qu'il faut faire... dans la mesure du possible bien sûr, être à l'écoute de soi, pour être à l'écoute de l'autre, je pense que c'est important.</p>
	Codage	<p>« Les choses elles ne sont pas binaires ou manichéenne », « la relation c'est complexe », « s'approprier », « être disponible », « prendre soin », « un savoir être », « il se développe », « l'écoute de la sensibilité que le thérapeute va investir », « on peut pas demander aux patients d'être au contact de ses émotions si nous même on l'est pas », « semblable », « c'est à quel moment lui et moi on arrive à se rencontrer », « c'est du commun qu'ils veulent et nous aussi besoin de ce commun là », « travailler avec le patient », « être en relation avec le patient », « être à l'écoute des éprouvés que nous on peut ressentir », « être en capacité de pouvoir faire le lien avec ce qui vient de se déposer », « être en capacité de digérer les choses que le patient lui même arrive pas à digérer », « attitude et de contre attitude », « mouvement », « être à l'écoute de soi », « être à l'écoute de l'autre ».</p>
	Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les relations humaines sont complexes et demandent du temps pour être créées</li> <li>- Le rôle du soignant est avant tout de se montrer disponible, à l'écoute, et congruent</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Les patients sont à la recherche d'un point de rencontre avec le soignant, il est nécessaire de se connaître soi-même et d'être à l'écoute de soi pour pouvoir travailler avec les patients</li></ul>
--	--	---



### Annexe V : Analyse transversale

Questions	E1	E2	E3
<p><b>Question 2 :</b> Quel lien faites-vous entre schizophrénie et passage à l'acte agressif ?</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Drogues », « milieu pas très favorable », « problèmes au niveau de l'éducation », « problème de gestion des émotions », « ils ont eux-mêmes des parents violents », « ils vont reproduire ce qu'ils ont reçu comme éducation », « n'acceptent pas leur pathologie », « gestion des frustration », « arrêt du traitement »</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Ce lien n'est pas systématique », « c'est ce qui motive l'hospitalisation des patients », « c'est le critère de la dangerosité qui est intimement lié, forcément, avec l'agressivité et la violence », « troubles du comportement », « mauvaise gestion de la frustration », « sentiment parfois d'impuissance », « hallucinés », « ils peuvent se sentir persécutés par ta présence, par tes propos et mal les interpréter »</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Tous les passages à l'acte sont un peu agressifs », « auto agressif ou hétéro agressif », « rupture de la pensée », « le corps va agir », « faire la différence entre ce qui est le fantasmatique et la réalité des patients », « ce qui est pensé », « la clinique de l'agir », « survie », « beaucoup trop envahi », « beaucoup trop en insécurité », « se sent menacé de mort », « annihilation », « crainte », « terreur », « seule manière de survivre », « le passage à l'acte c'est quelque chose qui fait du bruit », « persécution », « délire », « le délire il est protecteur à la base », « moins dangereux que la réalité apparente », « trop menaçant pour l'existant ».</p>
	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>La prise de toxiques (cannabis, cocaïne, héroïne...) Milieu familial peu favorable avec des carences éducatives (beaucoup de problèmes au niveau de leur éducation, milieu de vie très perturbateurs et parents violents) : reproduction de l'éducation qu'ils ont reçu</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Schizophrénie ne veut pas forcément dire passage à l'acte agressif L'hospitalisation des patients en UMD est motivée par un certain degré de dangerosité, qui, lui, est généralement lié à des passages à l'acte violent ou agressif</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Le passage à l'acte signifie qu'il y a une rupture avec la pensée et que c'est le corps qui entre alors en action : clinique de l'agir Le passage à l'acte est lié à l'instinct de survie : il vient répondre à une angoisse très importante ressentie par le</p>

	<p>Difficultés à gérer leurs émotions</p> <p>Gestion des frustrations</p> <p>Difficultés à accepter leur pathologie</p> <p>Arrêt du traitement</p>	<p>Symptômes : troubles du comportement survenant dans des situations de frustration, d'impuissance. Les idées délirantes : persécution, mauvaise interprétation des propos...</p>	<p>patient, il s'agit pour lui de sa seule manière de survivre</p> <p>Le passage à l'acte peut être lié aux idées délirantes (notamment de persécution) : le délire se met en place dans un premier temps pour protéger la personne de la réalité, qu'il trouve menaçante</p>
<p><b>Question 3 :</b> Quel lien faites-vous entre schizophrénie et émotions ?</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Difficile pour eux parfois de gérer leurs émotions », « accepter le changement », « certains entendent des voix ou voient des choses », « accepter la maladie », « acceptent d'être différents des autres », « peur du regard des autres », « apprendre que cette violence n'est pas obligatoire pour régler les comptes », « ne pas répondre par la violence », « il faut qu'ils changent leurs habitudes », « la gestion des émotions fait quand même partie de la pathologie », « dans les symptômes de la schizophrénie il y a quand même le repli autistique », « interaction sociale bafouée », « entend des voix en permanence », « certains patients vivent leur pathologie comme une injustice », « hallucinations », « tu préfères t'isoler plutôt que d'obéir à ces voix », « croient aux djins », «</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Difficulté d'accès à ses émotions, de reconnaissance de leurs propres émotions », « pouvoir ensuite verbaliser ses émotions, ça c'est quelque chose de très difficile », « pouvoir les identifier », « identifier aussi chez l'autre », « grosses difficultés à pouvoir percevoir l'émotion chez l'autre au travers des expressions du visage, le langage para verbal », « du mal à accéder à leurs propres émotions », « versant négatif de la maladie », « vont être aussi très émoussés », « ressentir finalement peu de choses », « certains, si on parle d'émotions positive, vont pouvoir mettre des mots mais c'est quand même assez difficile », « nécessite quand même un étayage de notre part », « les inciter à verbaliser », « regard assez noir », « regard fixe »</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« On leur prête souvent cette incapacité à ressentir des choses ou à éprouver », « un trop plein », « un excès de réflexivité vis à vis de l'autre », « déborde », « vulnérable », « processus subjectif de construction de soi », « archaïque », « ressentir des choses qui vont être étrangères », « tristesse », « colère », « sont pas capables vraiment d'identifier ce qui se passe », « difficulté à investir son corps », « à se sentir sujet », « à se sentir habiter son corps », « envahissant », « pas défini », « pas représenté », « manque de représentation », « manque de symbolisme », « mettre en image des éprouvées », « angoisse », « la cause de l'angoisse, ça c'est difficilement définissable », « l'agir », « c'est le corps qui va parler », « bruyante », « l'excitabilité », « de l'agitation », « de la projection », « persécuté », « pleurs », « cris », « des</p>

	ethnologie », « dû au fait de leurs croyances ils n'arrivent pas à faire la différence entre une hallucination visuelle et le djinn », « croyances culturelles »		moments de désespoirs intenses ».
	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Difficultés pour gérer leurs émotions</p> <p>Intolérance au changement</p> <p>Symptômes de la maladie</p> <p>Gestion du regard des autres</p> <p>Utilisation de la violence pour régler leurs problèmes ou difficultés</p> <p>Interactions sociales bafouées</p> <p>Ethnologie et croyances religieuses vont avoir un impact sur l'insight du patient</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Difficulté d'accès aux émotions : reconnaissance et verbalisation de ses propres émotions et identification de celles de l'autre</p> <p>Emotions positives : difficultés à mettre des mots dessus, besoin d'un étayage mais les patients vont parvenir à exciser un sourire, un rire</p> <p>Emotions négatives : comme la frustration, on va percevoir un regard noir, fixe</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Les personnes atteintes de schizophrénie feraient face à un trop plein d'émotions avec un excès de réflexivité vis-à-vis d'autrui</p> <p>Incapacité à identifier leurs émotions, il s'agit d'éléments qui leurs sont étrangers</p> <p>Les émotions sont rendues envahissantes par le manque de représentation de ces dernières dont souffrent les patients</p> <p>Manifestation des émotions par les pleurs, des cris, des moments de désespoir importants</p> <p>Vulnérabilité de ces personnes dans leur processus de construction : carences durant l'enfance, processus de construction archaïque</p> <p>Difficultés à ressentir son corps et à se représenter en tant que sujet</p> <p>L'angoisse est à l'origine des passages à l'acte : lorsque la cause de l'angoisse est difficilement définissable c'est le corps qui va agir</p>
<b>Question 4 :</b> Selon vous, y a t'il un lien entre passage à l'acte	<b>Codage</b> « Débordement émotionnel », « seule issue », « facilité »,	<b>Codage</b> « Médico judiciaires, donc c'est des patients qui ont commis	<b>Codage</b> « Si on le cherche oui, il y en a forcément un », « l'émotion,

<p>agressif et difficultés d'expression des émotions ?</p>	<p>« instinct primitif », « éducation », « colère », « frustrations », « angoisse », « emprise de la drogue », « arrêté leur traitement », « épuisés mentalement », « ils ne pouvaient plus réfléchir », « minimisent les faits », « prendre conscience de la gravité des actes »</p>	<p>des passages à l'acte homicide », « les patients qui sont difficiles à gérer sur les services de secteurs, qui eux vont souvent présenter cette problématique d'agressivité », « c'est pas forcément lié à une difficulté d'expression des émotions », « c'est souvent lié à la symptomatologie délirante », « un patient qui se sent menacé, ou persécuté, ou voilà qui, enfin, délire complètement », « pour se protéger eux-mêmes parce qu'ils se sentent vulnérables et menacés », « voir le diable », « contenance psychique », « l'institution est plus suffisamment contenante pour ces patients qui finalement vont chercher bien souvent aussi des limites »</p>	<p>elle apparaît dans un contexte », « une situation qui vient déclencher », « appel à autrui », « reconnaissance d'autrui pour ces personnes-là c'est un grand mystère », « dans leur relation à l'autre c'est des personnes qui sont extrêmement en difficultés », « c'est au thérapeute de venir retraduire », « l'altérité elle est hyper menaçante pour ces personnes », « l'autre est dangereux », « extrêmement terrorisées dans la relation et par la relation », « la majorité ont pu avoir des passages à l'acte auto ou hétéro-agressif », « l'UMD c'est la clinique de la folie », « passage à l'acte c'est la manifestation, la plus saine du patient », « l'agir », « irresponsabilisées de leurs actes », « avec abolition totale du discernement », « folie ambiante », « difficile de s'identifier », « relation difficile », « pas le choix », « ça vient manifester une souffrance terrible ».</p>
	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Le passage à l'acte agressif est la seule issue vue par le patient lorsqu'il fait face à un débordement émotionnel</p> <p>Le passage à l'acte agressif est lié à l'instinct primitif</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Deux filières de patients en UMD : ceux de la filière médico-judiciaire : en UMD en général à la suite de passage à l'acte homicide. Ceux d'un service de psychiatrie générale : difficiles à gérer sur un service de psychiatrie de</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>L'émotion va apparaître dans une situation où l'on se retrouve la plupart du temps confronté à l'autre</p> <p>La relation à autrui est très compliquée pour les personnes atteintes de schizophrénie : elles sont terrorisées par la</p>

	<p>Les passages à l'acte agressif font suite à des émotions : colère, frustration, angoisse</p> <p>Sous l'emprise de la drogue au moment de l'acte agressif</p> <p>Épuisement psychique</p>	<p>secteur et présentant une agressivité</p> <p>Pas forcément lié aux difficultés d'expression des émotions mais plutôt aux symptômes : persécution, délire, sentiment d'être vulnérable, menacé.</p> <p>Moyen de protection</p> <p>Besoin de contenance</p>	<p>relation et peinent à mettre en mot ce qui s'y joue</p> <p>L'UMD c'est la clinique de la folie : le passage à l'acte serait l'une des manifestations la plus saine du patient</p> <p>Les patients sont irresponsabilisés pénalement des actes qui les ont conduits en UMD de part l'abolition complète de leurs capacités de discernement</p> <p>La création d'une relation en UMD est compliquée notamment à cause des symptômes des pathologies des patients</p> <p>Les passages à l'acte sont parfois la seule solution trouvée par les patients pour venir exprimer leur souffrance (notamment lorsqu'ils ont des hallucinations cinesthésiques)</p>
<p><b>Question 5 :</b> Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'agressivité ?</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« On discute beaucoup avec les patients », « comme ça on sait ce qu'ils nous racontent, s'ils minimisent les faits ou pas », « l'amener tout doucement vers ce qu'il s'est réellement passé », « par le biais d'activités », « mettre des mots sur ce qu'ils ressentent », « obéir au règlement », « la respiration », « handpan », « la respiration c'est quelque chose que les patients peuvent reproduire n'importe</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Bon objet », « rarement l'occasion de manifester de l'agressivité », « on va peut-être plutôt parler de ce qui les a conduit en UMD », « de manière détournée, on en parle de cette agressivité là », « axer notre, notre prise en charge sur la reconnaissance de la maladie », « favoriser l'alliance thérapeutique, l'adhésion aux soins », « quand il ressort d'UMD, il a compris quelle était sa maladie, qu'il ait compris qu'il aura besoin de traitement</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« En individuel dans l'espace d'ergothérapie », « thérapie de groupe à médiation », « des médias artistiques », « peinture », « argile », « collage », « l'écriture », « facilite l'expression d'un monde interne qui est en souffrance », « médiatiser, triangulariser la relation », « difficile de venir mettre des mots », « on passe pas par les mots », « passer par le faire, par la création », « mobiliser pour le patient les processus créateurs</p>

	<p>quand, n'importe où », « un automatisme », « relationnel », « être à leur écoute », « relation de confiance », « prendre conscience de ce qu'ils ont fait »</p>	<p>à vie, qu'il ait compris que le cannabis va plus falloir y toucher », « identifier l'émotion chez l'autre, euh, et reconnaître les émotions chez soi », « toutes les médiations », « médiations manuelles, créatives, activités plutôt d'expressions corporelles », « socialisation », « dixiludo », « médiation c'est qu'un prétexte de toute manière, à mon sens, pour rentrer en relation avec l'autre », « l'idée c'est, pour le patient psychotique, c'est rencontrer l'autre »</p>	<p>dans les différents stades de la symbolisation », symbolisation primaire », « l'archaïque », « commencer à se représenter en image des choses », « essayer de venir matérialiser », « miroir », « on est un peu reflet aussi de ce que le patient arrive pas à mettre en mot, n'arrive pas à mettre en forme, arrive pas à mettre en image », « on est un peu des traducteurs de la vie psychique », « mobiliser les choses que le patient amène », « essayer de le traduire », « essayer de l'accompagner dans le processus de pensée », « amener des situations », « jeu compétence », « habiletés sociales », « mise en situation dans les relations interpersonnelles », « altérité », « on participe au même titre », « faire du lien », « rencontre », « intersubjectif », « On apaise, on accompagne pour que ça soit effectivement plus, plus serein ».</p>
	<p><b>Catégorisation</b> Reprise des événements agressifs avec le patient : évaluer son niveau de conscience par rapport à ce qu'il s'est passé, prise de conscience des actes et de leurs conséquences, l'amener doucement vers la réalité</p>	<p><b>Catégorisation</b> Ergothérapeute : rarement face à des situations d'agressivité car il est le bon objet Aider le patient à identifier les raisons de son entrée en UMD Travaille autour de la reconnaissance de la maladie et des conduites à risques/à tenir</p>	<p><b>Catégorisation</b> L'ergothérapeute intervient en séances individuelles et en séances de groupe Différentes médiations artistiques (argile, écriture, collage, peinture) sont utilisées L'utilisation des médiations artistiques à plusieurs objectifs : triangulariser la relation et ainsi</p>

	<p>Mise en place d'activités thérapeutiques</p> <p>Amener le patient à mettre des mots sur ce qu'il ressent</p> <p>Faire respecter le cadre et le règlement</p> <p>Travail sur la respiration : pour s'apaiser et pouvoir utiliser cette technique à toute heure et tout endroit</p> <p>Relation thérapeutique : écoute active, relation de confiance</p>	<p>Alliance thérapeutique et adhésion aux soins primordiales</p> <p>Différentes médiations : manuelles, créatives, d'expression corporelle, de socialisation dans le but de rentrer en relation, de rencontrer l'autre</p>	<p>faciliter l'entrée en relation avec le patient. Permettre au patient de s'exprimer, exprimer ce qu'il ressent autrement que par des mots (qui peuvent parfois être trop compliqués à utiliser pour les patients).</p> <p>Permettre au patient de symboliser différents éléments et d'accéder à son monde interne</p> <p>Travail des habiletés sociales grâce à différents supports et mises en situations (jeu compétence)</p> <p>L'ergothérapeute rassure et accompagne le patient dans tous ces processus (le soin passe par la rencontre avec l'autre)</p>
<p><b>Question 6 :</b> Suite à une prise en soin des émotions, constatez-vous une diminution de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie ?</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« La commission fait beaucoup », « comprendre pourquoi vous êtes ici », « quelle est votre pathologie », « de l'accepter », « regard des autres », « être différents », « être considéré comme fous »</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Ce n'est pas lié », « contenance », « qu'on soit en nombre », « qu'on soit présent », « qu'on fixe des limites », « le traitement médicamenteux »</p>	<p><b>Codage</b></p> <p>« Que le thérapeute puisse traduire ses émotions à lui », « besoin de repère », « être disponible et accueillir ce que le patient est en train de vivre et de ressentir, même si c'est de manière complètement folle, même si ça paraît délirant » : « tout ce qu'il est en train de dire et amener pendant le verbal que l'infra-verbal ça a du sens, et ça a une histoire », « disponible et accueillant pour la personne », « contenance », « se sent porté psychiquement par l'autre », « diminution de l'agressivité », « diminution de l'incohérence », « la personne</p>

			se sent réassurée, rassurée », « être en capacité de pouvoir entendre la colère », « mettre des mots généralement », « portage psychique qui réduit l'agressivité », « compassion avec le patient », « l'écoute des affects ».
	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>L'attente de la commission de suivi médical a un impact important sur la diminution de l'agressivité des patients qui se rendent compte de son enjeu</p> <p>Comprendre les raisons de leur pathologie et pour lesquelles ils sont en UMD est un facteur primordial pour éviter les passages à l'acte agressif</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>La diminution de l'agressivité et la prise en soin des émotions ne sont pas liées</p> <p>Offrir à ces patients un cadre contenant et sécurisant va avoir un impact sur leur agressivité</p> <p>Prise en soin médicamenteuse</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Pas de prise en soin spécifique des émotions : elles sont sollicitées dans toutes les situations possibles</p> <p>Pour réduire l'agressivité, différents éléments sont à prendre en compte :</p> <p>L'ergothérapeute doit être au fait de ses propres émotions et les traduire au patient afin de lui donner un repère</p> <p>Le thérapeute doit se montrer disponible, à l'écoute, faire preuve d'empathie et accueillir les différents éléments que le patient amène (que ce soit des éléments délirants, de la colère...)</p> <p>La disponibilité du thérapeute doit apporter une forme de contenance au patient, ce dernier doit se sentir accompagné et soutenu</p> <p>Le patient doit sentir que ce qu'il ressent est validé par le soignant. Cela permet de désamorcer une situation angoissante</p> <p>Le thérapeute accompagne le patient en l'aidant à mettre des</p>



			mots sur ce qu'il traverse et ressent
<b>Question 7 :</b> Face à des passages à l'acte agressif, l'utilisation de l'isolement ou de contention est-elle indispensable ?	<b>Codage</b> « Parfois oui », « pour se protéger d'eux-mêmes et des autres », « dans un état où ils ne contrôlent plus rien », « vont se faire du mal », « on est obligé de faire quelque chose pour les protéger », « les patients qui viennent à l'ergo ne sont pas enfermés toute la journée avec les autres patients », « ils viennent toute la journée comme s'ils allaient au travail », « plus fatigués le soir donc ils ne sont pas agressifs »	<b>Codage</b> « S'il y a passage à l'acte entre guillemet, il y a sanction », « ça marche dans un cadre bien précis, dans le cadre de l'UMD », « rappeler qu'il y a des limites », « il est nécessaire que le patient soit mis à l'écart des autres », « agressivité sous-jacente derrière qui, qui est importante », « faire redescendre la tension », « travailler le rapport à la loi », « des limites à respecter, à ne pas franchir »	<b>Codage</b> « Indispensable je dirais pas ça », « loi contention », « plus le droit de contensionner un patient juste pour contensionner un patient », « tout doit être justifié et justifiable », « la contention elle peut venir être en lien avec la question de la contenance », « c'est pas la même chose », « contensionner physiquement c'est quand on arrive plus à contenir psychiquement », « agitation motrice et psychomotrice » « accompagne avec certes des contentions », « redescendre », « violement vécue », ' »la contention elle doit être accompagnée », « Le laisser seul avec toutes ses pensées, attaché dans un lit et puis se dire que ça va passer et ben c'est pas vrai », « un outil thérapeutique si il est accompagné », « explique pourquoi », « on accompagne ce temps d'isolement », « on reste à côté de lui », « on rassure la pensée », « si on voit que c'est trop agité on revient dans cinq minutes », « c'est quand le soignant n'arrive plus à contenir qu'il passe par la contention », « parce qu'on est pas en capacité de pouvoir le

			porter le patient », « ça fait beaucoup trop violence d'être au contact de sa souffrance psychique », « solution de facilité », « relation avec le patient », « c'est la relation qui est thérapeutique », « comment est-ce que on va les mettre au profit ».
	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>L'utilisation de l'isolement et de contention permet aux patients de se protéger d'eux-mêmes, d'autrui et de protéger les autres.</p> <p>Les patients qui viennent en ergothérapie sont en général moins agressifs que les autres donc moins enclin à faire face à ces mesures : ils sont moins souvent avec les autres patients et le fait de sortir du pavillon pour se rendre à l'atelier fait comme une sorte de retour au monde extérieur lorsque l'on se rend sur son lieu de travail.</p> <p>Avoir une activité toute la journée (comme l'ergothérapie) permet aux patients d'être plus fatigués le soir et diminue ainsi leur risque de passage à l'acte</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>Permet de faire redescendre la tension</p> <p>En UMD, contrairement aux services de psychiatrie de secteur l'isolement et les contentions sont utilisées comme des sanctions</p> <p>Travail du rapport à la loi et du respect des limites, des règles</p>	<p><b>Catégorisation</b></p> <p>La loi contention régit l'utilisation de cette dernière : elle doit être utilisée en dernier recours, être justifiée et justifiable</p> <p>La contention doit arriver à un moment où l'agitation psychomotrice du patient est tellement importante qu'il n'y a pas d'autres possibilités pour la faire redescendre</p> <p>L'utilisation de contention vient questionner la contenance du cadre et des soins proposés par le soignant, qui parfois n'est plus en capacité de porter le patient</p> <p>L'utilisation de contention peut être violemment vécue par le patient : elle doit donc être accompagnée. Il faut expliquer au patient les raisons de son utilisation et rester disponible auprès de lui afin de la rassurer. Il faut se questionner sur l'utilisation de ces outils et de la manière de les utiliser afin qu'ils profitent au maximum aux patients</p>

			La relation thérapeutique reste le point essentiel de la pratique professionnelle
<b>Question 8 :</b> Avez-vous des choses à rajouter ?	X	X	<b>Codage</b> « Les choses elles ne sont pas binaires ou manichéennes », « la relation c'est complexe », « s'approprier », « être disponible », « prendre soin », « un savoir être », « il se développe », « l'écoute de la sensibilité que le thérapeute va investir », « on peut pas demander aux patients d'être au contact de ses émotions si nous même on l'est pas », « semblable », « c'est à quel moment lui et moi on arrive à se rencontrer », « c'est du commun qu'ils veulent et nous aussi besoin de ce commun là », « travailler avec le patient », « être en relation avec le patient », « être à l'écoute des éprouvés que nous on peut ressentir », « être en capacité de pouvoir faire le lien avec ce qui vient de se déposer », « être en capacité de digérer les choses que le patient lui même arrive pas à digérer », « attitude et de contre attitude », « mouvement », « être à l'écoute de soi », « être à l'écoute de l'autre ».
	X	X	<b>Catégorisation</b> Les relations humaines sont complexes et demandent du temps pour être créées

			<p>Le rôle du soignant est avant tout de se montrer disponible, à l'écoute, et congruent</p> <p>Les patients sont à la recherche d'un point de rencontre avec le soignant, il est nécessaire de se connaître soi-même et d'être à l'écoute de soi pour pouvoir travailler avec les patients</p>
--	--	--	---

## Résumé

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique dont les symptômes ont un impact conséquent sur les compétences psychosociales. Cela engendre pour les personnes atteintes de cette pathologie, une impossibilité d'utiliser à bon escient les compétences émotionnelles. Ces difficultés peuvent être à l'origine de passages à l'acte agressif. L'objectif de cette étude est de savoir si une prise en soin des émotions et de l'agressivité par l'ergothérapeute permet de diminuer les passages à l'acte agressif des patients schizophrènes hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles.

Pour répondre à ce questionnement une méthodologie de recherche qualitative a été utilisée. Trois ergothérapeutes travaillant dans ces structures ont répondu à des entretiens semi-directifs.

Les résultats mettent en exergue l'importance de créer une relation thérapeutique soignant-soigné singulière. L'utilisation de médiations par l'ergothérapeute permet aux patients de verbaliser leurs émotions et de comprendre leurs éprouvés. De plus, elles favorisent la création d'un lien, aussi bien avec les professionnels qu'entre patients, contribuant à développer les habiletés sociales.

Cette étude a démontré que la prise en soin des émotions et de l'agressivité des patients atteints de schizophrénie diminue les passages à l'acte agressif. A cette prise en soin par l'ergothérapeute, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire s'ajoute l'observance du traitement médicamenteux.

**Mots clés :** ergothérapie, schizophrénie, Unité pour Malades difficiles, émotions, passages à l'acte agressif

## **Abstract**

Schizophrenia is a psychiatric condition whose symptoms have a significant impact on psychosocial skills. As a result, people suffering from this condition are unable to use their emotional skills appropriately. These difficulties can lead to acting out. The aim of this study was to determine if the occupational therapist's treatment of emotions and aggressivity helps to reduce the number of acting out aggression of schizophrenic patients hospitalised in Unit for Difficult Patients.

A qualitative research methodology was used to answer this question. Three occupational therapists working in these facilities took part in semi-structured interviews.

The results highlight the importance of creating a unique therapeutic caregiver-patient relationship. To enables patients to verbalise their emotions and understand their feelings, mediations are used by the occupational therapist. Moreover, they encourage the creation of a bond, with professionals and between patients, which contributes to the development of social skills.

This study has shown that managing the emotions and aggressivity of patients suffering from schizophrenia reduces acting out aggressively. In addition to the care provided by the occupational therapist, in collaboration with the multidisciplinary team, compliance with medication is essential.

**Key words:** Occupational therapy / schizophrenia / Unit for Difficult Patients / emotions / Acting out