

Mémoire d'initiation à la recherche

**L'influence du cadre thérapeutique dans l'accompagnement en
ergothérapie des patients schizophrènes en Unité pour Malades
Difficiles vers une reprise d'autonomie psychique**

NICOLLO Solenn

Numéro étudiant : 32106754

Promotion : 2021/2024



Sous la direction de **TOULMOND Alice**

2023/2024

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

Je, soussigné (e), NICOLLO Solenn étudiante en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

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

A Créteil, le 25/05/2024.

Signature :



« Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Alice Toulmond, ma directrice de mémoire, pour m'avoir encadré tout au long de l'année en m'apportant de précieux conseils et en prenant le temps de m'écouter, de me rassurer et de me soutenir.

Je remercie également chaque membre du jury, pour leur temps accordé à la lecture de mon travail.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil, pour leur accompagnement sans faille durant ces 3 années, et notamment Simon Gadeyne, pour avoir pris le temps de m'écouter au moment où j'en ai eu le plus besoin.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes participants pour avoir pris le temps de contribuer à ce projet d'initiation à la recherche.

Merci à tous mes camarades de promotion 2021/2024 pour leur bonne humeur et leur bienveillance tout au long de la formation. Il me tarde de vous revoir en tant que collègues.

Pour finir, un grand merci à ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de mes années d'études et notamment mes parents qui m'ont toujours encouragé à suivre une voie qui me plaît et que j'ai enfin trouvé, l'ergothérapie.

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
SITUATION D'APPEL	3
PARTIE EXPLORATOIRE	4
1. La psychiatrie et l'UMD à travers l'histoire	4
1.1. Les prémices de la psychiatrie	4
1.2. De la psychiatrie moderne à nos jours.....	5
1.3. L'UMD : Unité pour Malades Difficiles	6
2. La schizophrénie en UMD	7
2.1. Parcours de vie et problématiques rencontrées.....	7
2.2. Données épidémiologiques.....	8
2.3. Les schizophrénies.....	10
2.4. Parcours de santé	13
3. Le rôle de l'ergothérapeute.....	16
3.1. Données générales sur l'ergothérapie	16
3.2. L'ergothérapie en psychiatrie.....	18
3.3. L'ergothérapie en UMD.....	18
3.4. Problématiques occupationnelles rencontrées par les patients en UMD.....	20
PROBLÉMATIQUE.....	23
PARTIE CONCEPTUELLE	24
1. La participation occupationnelle	24
1.1. Théorisation de la participation occupationnelle des patients schizophrènes en UMD par le Modèle de l'Occupation Humaine	24
1.2. Pertinence d'un accompagnement en ergothérapie de patients schizophrènes d'après le MOH	27
2. L'autonomie, valeur fondamentale de l'ergothérapie.....	29
2.1. Autonomie et autodétermination	29
2.2. Une approche multidimensionnelle de l'autonomie	31
2.3. Autonomie et schizophrénie en UMD.....	32
3. Le cadre thérapeutique des médiations comme support d'autonomie psychique \$	34
3.1. La relation thérapeutique pour poser le cadre.....	34
3.2. Le cadre thérapeutique.....	34
3.3. Le cadre thérapeutique permet la médiation	35
HYPOTHÈSE.....	37
CADRE DE RECHERCHE	38
1. Objectifs de l'enquête	38
2. Outil d'investigation.....	38
3. Démarche d'enquête.....	39

RÉSULTATS.....	42
1. Présentation de l'échantillon	42
2. Analyse verticale	43
3. Analyse horizontale.....	49
3.1. Thème 1 : Accompagner la reprise d'une autonomie psychique.....	50
3.2. Thème 2 : La participation occupationnelle des patients schizophrènes en UMD d'après le MOH	51
3.3. Thème 3 : Les médiations, support de la participation occupationnelle.....	52
3.4. Thème 4 : Le cadre thérapeutique, garant de l'autonomie psychique	53
4. Analyse thématique des résultats au regard des objectifs d'enquête	54
4.1. Objectif 1.....	54
4.2. Objectif 2.....	55
4.3. Objectif 3.....	55
DISCUSSION	56
1. Interprétation des résultats	56
2. Aspects critiques dégagés	57
2.1. Les biais.....	57
2.2. Les limites.....	57
3. Perspectives de recherche.....	58
CONCLUSION.....	59
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	60
ANNEXES.....	65

INTRODUCTION

En France, le secteur psychiatrique s'est d'abord distingué par des politiques asilaires induites par la loi du 30 juin 1838 incitant à l'internement des patients souffrant de troubles mentaux par le biais d'une sectorisation organisée par départements. Puis une désinstitutionnalisation progressive a vu le jour notamment suite à des mouvements désalénistes portés par des figures telles que F. Tosquelles ou encore L. Bonnafé (Petitjean & Leguay, 2002). A l'heure actuelle, le recours à l'enfermement et aux soins psychiatriques sous contrainte demeure toujours un dispositif de soins privilégié par certains services psychiatriques pour répondre à un risque de violence (Velpy, 2016). C'est notamment le cas des Unités pour Malades Difficiles qui sont « des unités d'hospitalisation sécurisées, destinées à des personnes ayant des troubles mentaux et considérées comme dangereuses » (Velpy, 2016, p. 65). Or, ces dernières années ont été marquées par des mouvements en psychiatrie et plus largement en santé mentale appuyant une « inversion du rapport de force entre le malade, les professionnels et le système de santé. Les patients ne se font plus soigner, ils se soignent » (Fayn et al., 2017, p.57), notamment avec le développement des thérapies cognitivo-comportementales axées sur des théories de l'apprentissage pour accompagner la souffrance psychique. Cette tendance est marquée par des personnes malades qui aspirent à plus d'autonomie en exigeant plus de participation mais également par des acteurs de santé qui prônent à davantage de participation du patient dans la relation de soin, c'est-à-dire qu'elle soit orientée vers de la collaboration plutôt que vers de la consultation, dans le but de favoriser l'adhérence aux soins et éviter les rechutes (Fayn et al., 2017). Cet accès à l'autonomie, qui est au cœur de l'accompagnement en ergothérapie, peut donc être questionné dans une pratique comme l'UMD auprès de patients qui présentent en majorité des troubles schizophréniques, déstructurant leur psychisme et altérant leur autonomie. D'autant plus dans un contexte de privation occupationnelle entraîné par l'expression de la psychose et par l'enfermement institutionnel et sociétal organisé par un cadre structurant et ferme où les possibilités d'agir du patient sont limitées.

Ce mémoire de recherche en vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute propose un questionnement autour du cadre inhérent à l'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes en UMD dans un objectif de reprise d'une autonomie psychique.

Dans un premier temps, la phase exploratoire amenant à la problématique de ce travail présente l'histoire de la psychiatrie et notamment l'évolution de l'UMD, la population cible et ses problématiques rencontrées ainsi que la place de l'ergothérapie en UMD. Ce corpus théorique se poursuivra par une partie conceptuelle présentant les fondamentaux de la participation occupationnelle, de l'autonomie psychique et du cadre thérapeutique nécessaire à la mise en place de médiations thérapeutiques en ergothérapie. Dans un deuxième temps, seront détaillées la méthodologie de recherche de l'enquête ainsi que l'analyse des résultats. Dans un dernier temps, la discussion permettra de confronter les données théoriques de la littérature avec les données empiriques du terrain, en lien avec mon hypothèse, mais également de rendre compte des biais et limites de ce travail et proposer des perspectives de recherche.

SITUATION D'APPEL

Cette partie illustre le parcours réflexif menant au choix final du thème de mon travail, qui est l'aboutissement de réflexions personnelles et d'expériences de stages lors de mon cursus universitaire. J'ai pu réaliser mon stage de première année au sein d'un centre de réhabilitation psychosociale, à savoir une structure extrahospitalière sectorisée ; l'organisation de la psychiatrie en France est un point que j'aborderai plus tard. Ce qui m'intéresse dans la pratique en psychiatrie et plus largement en santé mentale, c'est l'approche holistique de la personne : « la personne humaine doit être envisagée dans sa globalité, dans laquelle corps et esprit forment un tout ; celle-ci est considérée comme capable d'autonomie et d'auto-détermination, responsable, digne et ses droits fondamentaux sont respectables » (ANAES, 2001, p. 26-27). Lors de ce stage, j'ai eu l'occasion d'aller observer une des ergothérapeutes du service intra-hospitalier en secteur fermé. Dans une approche occupationnelle, j'ai pu me rendre compte des différences dans l'accompagnement des patients qui sont suivis dans ces deux services aussi bien au niveau du contexte environnemental, que de l'être occupationnel et l'agir occupationnel. De ce fait, je me suis questionnée sur la manière dont ces différentes dimensions théorisées initialement par G. Kielhofner interagissent entre elles car elles vont directement influencer le patient, son parcours de soin et par conséquent son accompagnement en ergothérapie.

L'opportunité m'a été donnée d'approfondir mes réflexions en réalisant un stage de deux mois dans une Unité pour Malades Difficiles (U.M.D.). C'est un service psychiatrique intra-hospitalier spécialisé et déssectorisé accueillant des personnes représentant une dangerosité psychiatrique c'est-à-dire un risque de passage à l'acte en lien avec un trouble mental. Elles nécessitent donc des « protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières » (Arrêté du 14 octobre 1986), à savoir une prise en soins sous contrainte et un enfermement institutionnel et sociétal avec une privation occupationnelle. L'environnement est alors extrêmement bouleversé, ce qui a pu renforcer mon questionnement précédent : comment ce changement de répertoire occupationnel va-t-il influencer la personne et son autonomie ? Dans une pratique en psychiatrie qui s'appuie majoritairement sur les médiations thérapeutiques, comment l'ergothérapeute va-t-il s'adapter pour qu'elles mobilisent l'agir du patient pour retrouver et/ou maintenir son autonomie ? En effet, face à un cadre « structurant et ferme, d'un point de vue architectural, humain, matériel, organisationnel » (Katsaros & Durr, 2018), s'interroger sur l'intérêt de l'ergothérapie qui est censé s'appuyer sur les concepts fondamentaux de l'autonomie et de l'indépendance paraît pertinent. Comment agir sur l'autonomie d'une personne lorsque ses possibilités d'agir sont limitées ? D'autant plus que la durée d'hospitalisation est souvent importante, 23 mois en moyenne sur les dix UMD (De Lassus Saint-Genies, et al., 2023), et que cette unité censée être de transition se transforme pour certains en lieu de vie où leur autonomie sera fortement impactée. C'est par ce cheminement réflexif que j'en suis venue à poser la question de départ suivante :

Quelle est la place de l'ergothérapie dans un lieu de privation occupationnelle comme l'Unité pour Malades Difficiles ?

PARTIE EXPLORATOIRE

Afin de tenter de répondre à cette question et mieux saisir le contexte de ce travail, la notion de patients hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles doit d'abord être posée. La dénomination de « malade difficile » a évolué au fil du temps : les malades difficiles d'aujourd'hui ne sont pas les mêmes qu'avant (Coupechoux, 2015). Pour comprendre le contexte législatif de la psychiatrie actuelle et ses modes d'admission, il est essentiel de réaliser un rappel de la psychiatrie à travers l'histoire. De manière générale, l'histoire de la folie est liée à la société dans son ensemble et les réponses apportées la représente sur différents plans (e.g., économique, social), toujours selon deux perspectives : se protéger car elle fait peur et elle peut être dangereuse ou accompagner l'humain dans sa maladie (Coupechoux, 2015).

1. La psychiatrie et l'UMD à travers l'histoire

1.1. Les prémices de la psychiatrie

Dans l'ouvrage *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* (2003), le professeur psychiatre J.-F. Alliliaire évoque un premier virage dans la psychiatrie chez les médecins qui ont succédé à Hippocrate (460-356 av. J-C) pendant l'Antiquité. Ses disciples, comme par exemple Galien, ont alors proposé une pratique rationnelle plutôt que liée à la magie et à la religion, permettant permis d'aboutir à l'émergence de trois entités : « phrénitis (troubles mentaux aigus fébriles), manie (troubles mentaux avec agitation sans fièvre), mélancolie (troubles mentaux chroniques sans fièvre ni agitation) » (p.53). Plus tard, les travaux du médecin grec Galien et des médecins du Moyen-Orient proposeront une approche s'intéressant au système des humeurs et attribuant les maladies mentales comme liées à la tête qui perdura pendant plusieurs siècles jusqu'au Moyen-Âge. S'en suit alors une période de rebascule d'idée dans l'histoire, caractérisée par les croyances où la maladie mentale est synonyme de possession diabolique et où le fou est exclu car il fait peur (Azoulay, 2012). Pendant la Renaissance, quelques mouvements dans la recherche clinique sont évoqués dans la littérature avec notamment T. Willis qui associera la psychiatrie à ses découvertes sur le système nerveux central, F. de Boissier de Sauvages qui réalisera une classification systématique des maladies dans son ouvrage *Nosologia Methodica* ou encore W. Cullen qui évoquera pour la première fois le terme de « nevrose » dans sa classification *Synopsis Nosologiae Methodicae*. Par la suite, une période de répression des différences qualifiée de « Grand Renfermement » par Foucault (1961) est instaurée par la fondation d'Hôpitaux Généraux dans plusieurs villes au sein desquels sont mélangés maladie mentale, misère et délinquance. Des services psychiatriques de sureté, ancêtres des UMD sont aménagés dans ces lieux. C'est vers la fin du XVIIIe et le début du XIXe siècle que la psychiatrie moderne va réellement se distinguer avec des précurseurs comme V. Chiarugi en Italie, J. Daquin en Suisse ou encore P. Pinel en France (Alliliaire, 2003).

1.2. De la psychiatrie moderne à nos jours

En France, P. Pinel (1745-1826) est considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne. Il postule dans *Traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale* (1809) que la folie est une maladie et que le fou ne peut être jugé ou condamné mais guéri par le « traitement moral » dans des établissements adaptés. Secondé par J-B. Pussin, il reconnaît aux personnes souffrant de maladie mentale un reste de raison et d'humanité et recommande de laisser s'exprimer la folie dans un espace défini afin de l'observer pour la contrôler par la suite (Azoulay, 2012). C'est dans cette continuité que son élève J. E. Esquirol va apporter une solution institutionnelle et sociétale par l'isolement des personnes dans une « maison consacrée au traitement des malades mentaux » présente dans chaque département et d'autorité publique, à savoir l'asile. La loi du 30 juin 1838 concrétise l'évolution de ce système et son organisation : le placement peut être volontaire sous la direction d'un médecin ou ordonné par l'autorité publique c'est-à-dire le préfet, entraînant des dérives entre le soin et la prison. L'observation clinique des personnes malades mentales a permis le développement de certaines grandes théories de la psychiatrie dynamique avec des figures comme P. Janet en France (Alliliaire, 2003).

Le XXe siècle a été marqué par des idéologies eugénistes d'influence étrangère, comme le projet Aktion 4 condamnant les personnes malades et handicapées mentales (Von Buelzingsloewen, 2009). En France, des travaux sont publiés exprimant une volonté d'extermination de ces personnes sous prétexte que les « anormaux empêchent le développement des normaux » comme l'affirmait le Prix Nobel de médecine A. Carrel dans son ouvrage *L'Homme, cet inconnu* (1935). D'après l'historienne Von Buelzingsloewen (2009), durant l'Occupation, ce sont 45 000 malades mentaux qui ont été exterminés par la faim dans les asiles. Suite à la Seconde Guerre et au scandale de cette famine, une désinstitutionnalisation s'est effectuée, comme évoqué en introduction, suite à des mouvements désalénistes portés par des figures comme F. Tosquelles ou encore L. Bonnafé (Petitjean & Leguay, 2002) qui souhaitaient réformer le système en place en « réclamant une transformation des conditions d'hospitalisation » (Hochmann, 2022, p. 89). La personne souffrant de maladie mentale reprenait alors sa valeur humaine. C'est le début de la psychothérapie institutionnelle, de l'ère de la psychanalyse et de la médication. Cette période est caractérisée par une organisation géographique en secteur, officialisée par la circulaire du 15 mars 1960, suivant les recommandations de l'OMS qui sont de 3 lits pour 1000 habitants et préconisant l'autonomie de gestion de chaque établissement. Cela marque un tournant dans le regard que porte la société sur la psychiatrie car elle est désormais au service de tous. Elle permet de « replacer le fou au cœur de la société, dans son environnement naturel, sa famille, son quartier, ses amis, tout le réseau relationnel qui fait qu'il est un Homme » (Coupechoux, 2015, p. 108).

La psychiatrie d'aujourd'hui a été influencée par des mouvements d'impulsion communautaire aux États-Unis qui ont permis de publier en 1942 le DSM, à savoir le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux par l'Association américaine de psychiatrie. La dernière version française a été

éditée en 2015. En parallèle, l'OMS établit la liste de critères admis suivant une Classification Internationale des Maladies : la CIM (Hochmann, 2022), qui a donné lieu à 11 éditions.

Accompagner la personne malade reste une préoccupation mais la folie interroge encore et dans notre société axée sur la compétitivité, les malades mentaux peuvent être assimilés à une « inutilité sociale ». L'individu qui est malade est devenu une charge sociale qui doit être rapidement traité sans prendre en compte la chronicité de sa maladie (Coupechoux, 2015). Néanmoins, une modification d'orientation des prises en soins est à noter avec l'apparition du domaine de santé publique de la santé mentale qui regroupe la santé mentale positive (e.g., bien-être, capacités d'agir de l'individu), la détresse psychologique réactionnelle (i.e., situations éprouvantes et difficultés existentielles) ainsi que les troubles psychiatriques reconnus par une classification de diagnostique nécessitant des actions thérapeutiques spécifiques (Santé Publique France, 2023).

1.3. L'UMD : Unité pour Malades Difficiles

L'ancien Code Pénal français établi sous Napoléon (1810) aborde pour la première fois la question de la responsabilité lors d'un crime ou un délit. Il fait la distinction entre les faits et l'intention (Azoulay et al., 2020). L'article 64 précise : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». Depuis 1994, le nouveau Code Pénal fait évoluer les conditions de l'irresponsabilité pénale dans l'article 122-1 révisé par la loi 2014-896 : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». Il permet de distinguer abolition et altération du discernement. Et c'est par la loi du 25 février 2008 relative à la « procédure et décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » que le juge d'instruction renvoie à une « ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » pouvant aboutir à une hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles.

Comme évoqué lors de ma réflexion menant à ma situation d'appel, c'est par l'arrêté de 1986 qu'est évoqué pour la première fois l'intitulé exact d'« Unités pour Malades Difficiles » en lien avec une dangerosité nécessitant une prise en charge intensive adaptée, nouvelle appellation des services psychiatriques de sûreté qui existaient alors à Villejuif (1910), à Montfavet (1947), à Sarreguemines (1957) et à Cadillac (1963) (Azoulay et al., 2020). Aujourd'hui, elles sont dix UMD réparties sur le territoire métropolitain. Ces services sont maintenant régis par le décret n°2016-94 comme accueillant à la demande du préfet « des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, des protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières » (art. R3222-1 du Code de la Santé Publique) selon trois modalités :

(1) à la demande d'un service de psychiatrie de secteur car le maintien du patient dans l'unité n'est plus envisageable,

(2) les détenus faisant suite à une affaire judiciaire et/ou d'une hospitalisation pour tentatives de suicides, d'agressions ou de décompensation psychotique par application de l'ancien article D398 du code de procédure pénale et du nouvel article R.6111-40-5 du code de la Santé Publique stipulant une impossibilité de maintenir « des détenus atteints de troubles mentaux (...) dans un établissement pénitentiaire »,

(3) les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental en lien avec un acte médical-légal, d'après l'article 122.1 du nouveau Code Pénal.

La deuxième condition est à préciser par la distinction entre l'hospitalisation en UMD qui ressort du régime hospitalier et en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) qui dépend du régime carcéral. De plus, les patients hospitalisés en UMD présentent une dangerosité psychiatrique qui peut se définir comme la « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » alors que la dangerosité criminologique rencontrée en UHSA est caractérisée comme étant « un phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens » (Voyer et al., 2009, p.9).

2. La schizophrénie en UMD

2.1. Parcours de vie et problématiques rencontrées

Le parcours de vie se compose d'un « ensemble de trajectoires plus ou moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : professionnelle, familiale, etc. » (Cavalli, 2007, p. 5). La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie précise que ce parcours considère le projet de vie personnel, les ressources mais aussi l'autonomie dans la vie quotidienne. En considérant la littérature qui se rapporte aux parcours de vie des individus hospitalisés en UMD, un ensemble de caractéristiques liées à cette population.

Dans un premier temps, l'UMD étant un service déssectorisé, la population peut venir de toutes les régions de France comme le stipule l'article 12 du décret n°86-602.

Dans un deuxième temps, d'après la Haute Autorité de Santé, les patients en UMD sont majoritairement des adultes et des jeunes adultes masculins sans condition d'âge maximum, bien qu'il y ait des spécificités et des critères d'admission selon certains établissements. L'âge médian est de 33 ans (Lamer et al., 2023). La population ciblée dans ce travail ne concerne que des personnes majeures car le parcours de vie et de soins ainsi que le contexte législatif diffèrent de manière trop importante dans le cas de mineurs, bien qu'un mineur puisse être hospitalisé sans consentement dans un service de psychiatrie d'UMD dès 16 ans (Manaouil & Berly, 2020).

Dans un troisième et dernier temps, une étude épidémiologique descriptive réalisée en 2019, De Lassus Saint-Genies et al. (2023) établissent un profil du patient hospitalisé en UMD : « un homme, jeune, célibataire, à l'insertion socioprofessionnelle précaire, ayant des antécédents judiciaires, présentant une schizophrénie chimiorésistante à symptomatologie positive, une faible conscience des

troubles et adressé principalement en UMD pour des violences à l'encontre des soignants » (p.1). Le motif d'hospitalisation est majoritairement en lien avec des comportements violents sur soignants, mais aussi pour homicide ou tentative d'homicide le plus souvent, dans la sphère intrafamiliale. Les auteurs complètent en précisant que la majorité des patients sont sans activité professionnelle, et perçoivent l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) souvent en lien avec une mesure de protection de bien (i.e., tutelle ou curatelle). Une part importante vient de milieux urbanisés avec une précarité extrême (19%). Ils précisent que « l'histoire de vie des patients est marquée par des carences et des ruptures » en évoquant un déracinement culturel, une conjugopathie des parents ou encore un environnement familial rejetant. Bien que fréquemment les patients appartiennent à des fratries de quatre enfants et plus, 33% des patients n'ont pas de contact social avec l'extérieur (familial, conjugal, amical).

Cette rupture dans le parcours de vie s'accroît avec l'hospitalisation en UMD qui résulte souvent d'une décompensation représentant une dangerosité psychiatrique chez le patient justifiant une impossibilité de prise en charge en service ordinaire (Velpy, 2016). Cette hospitalisation a lieu sans son consentement, suite à une demande du préfet pour Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE). Cette décision correspond pour le patient à une modification profonde de son parcours de vie, autant dans son environnement physique qu'humain de par l'enfermement thérapeutique en institution. Le contexte environnemental est particulier et les établissements disposent de certains moyens orientés autour de la sécurité et du soin qui incluent la modification extrême des éléments architecturaux, humains et parfois temporel (Roth & Heitzmann, 2008). En effet, le cadre est clairement défini : l'organisation spatiale est contrôlée avec des espaces de circulation limités et une architecture qualifiée de panoptique favorisant la surveillance et l'enfermement ; l'organisation temporelle suit des journées ritualisées avec un cadre de soin définissant ce qui est interdit et ce qui est autorisé (Roth & Heitzmann, 2008). Les repères temporels peuvent également être modifiés. Enfin, en comparaison de leur établissement d'origine, les effectifs de soignant sont renforcés : en service psychiatrique de secteur, l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) évoque 1 soignant pour 15 patients contre 1 pour 6 en UMD. De ce fait, maintenant que le rapport entre les patients et les soignant a été abordé, s'intéresser aux données statistiques des patients paraît pertinent afin d'obtenir une représentation plus précise des malades qualifiés de « difficiles ».

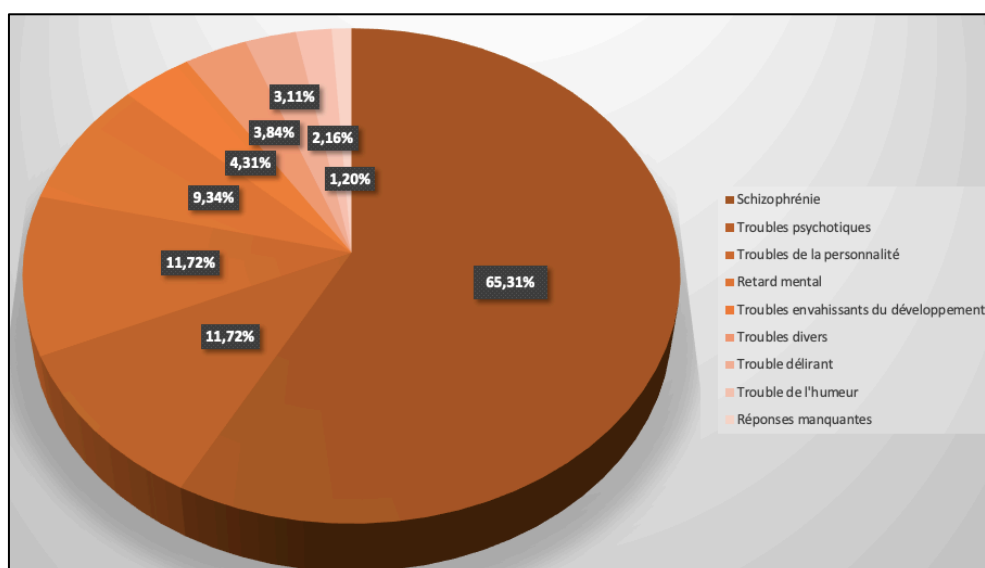
2.2. Données épidémiologiques

Actuellement, 473 patients sont accueillis en UMD (De Lassus Saint-Genies et al., 2023), dont 40 femmes réparties dans des unités spécifiques.

Concernant le domaine de la pathologie, le profil type de patient n'existe pas au sein de l'UMD, mais plutôt une palette avec « autant de profils que d'individus » (Katsaros & Durr, 2018, p. 82).

En s'appuyant sur les données de De Lassus Saint-Genies et al. (2023), en 2019, sur les dix UMD, les diagnostics des personnes hospitalisées se répartissaient comme d'après la **figure 1**. À savoir, 65,31% de patients souffrant de schizophrénie, 11,72% d'autres troubles psychotiques, 11,72% de troubles de la personnalité, 9,34% de retard mental, 4,31% de troubles envahissants du développement, 3,84% de troubles divers, 3,11% de trouble délirant et 2,16% de trouble de l'humeur. 1,20% des réponses manquaient. Cette étude, qui s'est appuyée sur l'utilisation de la CIM 10 (OMS, 1992), regroupe les troubles divers comme un ensemble de catégories tels que les troubles liés à l'alcool, les troubles hyperkinétiques, les troubles anxieux, les troubles d'impulsivité, ou encore les troubles de préférences sexuelles.

Figure 1 - Représentation graphique des pathologies réparties sur les 10 UMD en 2019
(De Lassus Saint-Genies et al., 2023)



Plus globalement, les patients en UMD présentent une ou plusieurs pathologies psychiatrique(s) diagnostiquée(s) ou non, aiguë(s) ou chronique(s), évolutive(s) ou non. Compte tenu de la vulnérabilité de leur santé mentale, d'autres pathologies peuvent être associées comme par exemple relevant d'un registre traumatique liées à des comportements auto- et/ou hétéro agressif ou à un registre physiologique en référence au traitement sous psychotropes qui peut induire une prise de poids et favoriser le développement d'un syndrome métabolique ou d'un diabète (Baptista, 1999). De ce fait, le parcours de soins sera différent d'un patient à un autre. Afin d'orienter cette recherche, et puisque la prise en soins diffère selon la pathologie et les problématiques associées, le choix d'approfondir ce travail auprès des personnes souffrant de schizophrénie est justifié.

2.3. Les schizophrénies

2.3.1. Définition

Le terme de « schizophrénie » a d'abord été initié par E. Bleuler (1857-1939) comme étant l'association des termes grecs schizo (« séparé ») et phrên (« esprit ») (Llorca, 2004). Il considérait cette affection comme « une dissociation des fonctions psychiques, avec perte de l'unité de la personnalité et sentiment de perte de l'intégrité corporelle, rupture du contact avec la réalité et tendance à se replier dans un monde intérieur » (Karila, p. 287).

Plus récemment, le référentiel de psychiatrie et d'addictologie (2021) définit la schizophrénie comme un trouble psychiatrique fréquent se caractérisant par une « altération du contact avec la réalité » (p.140). Elle se classe dans les dix maladies les plus invalidantes d'après l'OMS avec environ 0,7% de la population mondiale atteinte (Perälä et al., 2007). C'est une maladie chronique qui évolue principalement par phases au début (Llorca, 2004). Même si les prémices commencent à un âge jeune, généralement entre 20 et 30 ans, des formes plus rares précoces ou tardives existent (OMS, 2022). La pathologie schizophrénique se manifeste par des épisodes psychotiques qui peuvent constituer des situations handicapantes dans la vie quotidienne à un niveau cognitif, social et comportemental. L'apparition se fait soit de manière brutale en peu de temps, soit de manière lente et insidieuse (Llorca, 2004). Dans les deux cas, certains signes prodromiques peuvent se distinguer (e.g., isolement social, anxiété, rupture du comportement habituel).

2.3.2. Étiologie

Comme l'évoque la littérature, la schizophrénie a longtemps été considérée comme ayant une origine invariable, mais au stade actuel des recherches, certains facteurs multiples d'exposition semblent jouer un rôle sur l'apparition de la maladie (OMS, 2022).

Pour l'OMS (2022), la recherche n'évoque pas de cause unique mais plutôt un carrefour entre la génétique et certains facteurs environnementaux pouvant être influencés par des facteurs psychosociaux :

- L'hypothèse d'une interaction génétique (OMS, 2022) avec un risque de développer une pathologie schizophrénique plus élevé si un des parents en souffre (Llorca, 2004). Si ce sont les deux parents, alors l'incidence augmente de 30% (Karila, 2003),
- L'hypothèse environnementale qui désigne des événements de la vie qui favoriseraient l'apparition de la maladie (HauteCouverture, 2006),
- L'hypothèse de facteurs psychosociaux agissant comme la prise de toxique, et notamment de cannabis (OMS, 2022).

2.3.3. Sémiologie

L'OMS caractérise la schizophrénie par la perturbation de certains canaux mentaux comme la réflexion, la perception, l'expérience de soi, la cognition, la volition, l'affect et le comportement en lien avec des troubles psychomoteurs (CIM-11, 2022).

D'après le référentiel de psychiatrie et d'addiction (2021), la schizophrénie peut se diagnostiquer de deux manières. Le diagnostic peut être différentiel en s'assurant que les symptômes ne sont pas la conséquence d'une pathologie non psychiatrique (e.g., neurologique comme une tumeur), d'une intoxication par une substance psychoactive (e.g., intoxication au cannabis) ou bien de troubles psychiatriques d'un autre ordre (e.g., troubles de l'humeur). Le diagnostic peut également se faire de manière positive si la personne présente un début après ses 15 ans, sur une période d'au moins 6 mois, qui affecte son fonctionnement antérieur (i.e., sur un plan professionnel, social et personnel), avec la présence d'un syndrome dissociatif associé à un syndrome délirant et/ou à un syndrome autistique se définissant de la manière suivante (DSM-V, 2015) :

Désorganisation de la pensée. Ce terme renvoie à la « perte de l'unité psychique entre cognitions, émotions et comportements » (Référentiel de Psychiatrie et d'addictologie, 2021, p. 145). Cela peut se traduire par une dissociation sur un plan psychique (i. e., altérations du cours de la pensée, du système logique, des capacités d'abstraction et/ou du langage), affectif (i.e., ambivalence des affects, athymhormie, régressions émotionnelles, inadaptation de l'expression émotionnelle) mais aussi comportemental (e.g., bizarreries, syndrome catatonique) (Karila, 2003 ; Llorca, 2004). Le syndrome catatonique désigne plusieurs manifestations de la maladie : inertie, parakinésies, impulsions motrices, etc. (Karila, 2003).

Syndrome délirant paranoïde. Cette catégorie fait référence aux manifestations modifiant la perception et la compréhension de l'environnement de l'individu (Llorca, 2004), pouvant être qualifiées de symptômes positifs. Elle renvoie aux idées délirantes qui sont présentes chez plus de 90% de la population souffrant de schizophrénie mais aussi aux hallucinations qui, en phase aiguë, sont recensées chez 75% des patients. Les idées délirantes peuvent se définir comme étant des « altérations du contenu de la pensée entraînant une perte du contact avec la réalité (...) avec une conviction généralement inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits » (Référentiel de Psychiatrie et d'addictologie, p. 63). La notion de délire paranoïde comprend des thèmes non organisés et non systématisés c'est-à-dire l'association de plusieurs thématiques sans cohérence autour de la persécution, la grandeur, la transformation du corps, l'hypocondrie, la négation/la ruine, l'influence, la filiation, le mystique et ou en lien avec des idées références. Elles suivent des schémas s'expliquant par des mécanismes qui peuvent être interprétatifs, imaginatifs, intuitifs, faisant appel à l'automatisme mental avec syndrome d'influence ou bien hallucinatoires. Les hallucinations sont des « perceptions sans objets

» (Référentiel de Psychiatrie et d'addictologie, p. 63). Elles peuvent être psychosensorielles c'est-à-dire relevant de manifestations sensorielles (i.e., auditives, acoustico-verbales, visuelles, tactiles, gustatives, olfactives, cénesthésiques) ou intrapsychiques à savoir liées à des phénomènes psychiques évoqués comme étant vécus dans la pensée (e.g., télépathie). Le patient adhère avec une conviction totale ou partielle au délire paranoïde. Il peut le vivre selon différentes intensités et avoir conscience de ses troubles ou non.

Retrait autistique dans un monde interne. Ce sont tous les « signes cliniques traduisant l'appauvrissement de la vie psychique » (Référentiel de Psychiatrie et d'addictologie, p. 144), à savoir les symptômes négatifs. Ils peuvent se manifester à un niveau affectif et/ou cognitif et/ou comportemental sous différentes formes. D'après le DSM-V (2015), dans la schizophrénie se retrouvent principalement : une aboulie, à savoir « une diminution de la motivation pour les activités initiées et dirigées vers un but (APA, 2015, p. 111) et une diminution de l'expression émotionnelle (APA, 2015).

Autres symptômes. Selon le DSM-V (2015), d'autres troubles peuvent également être associés comme des altérations des fonctions cognitives (e.g., fonctions exécutives) ou encore des symptômes thymiques (e.g., impulsivité) ou encore du comportement (e.g., comportement moteur anormal ou désorganisé, agitation catatonique).

2.3.4. Comorbidités

Le diagnostic de la schizophrénie peut être associé à d'autres troubles pouvant complexifier l'évolution de la maladie et par conséquent, le parcours du soin du patient. Les comorbidités les plus fréquentes sont des troubles de l'humeur avec une part importante de dépression au sein de cette population et/ou des conduites addictives de toxiques (i.e., tabac, cannabis, alcool) (Franck, 2013).

2.3.5. Traitement médicamenteux et non médicamenteux

D'après la Fédération Française de Psychiatrie (2003), la prise en soins du patient schizophrène peut graviter autour de l'hospitalisation, du traitement pharmacologique et non pharmacologique à savoir la psychiatrie cognitivo-comportementale et le soutien psychothérapeutique, l'éducation thérapeutique, la remédiation cognitive et la réhabilitation psychosociale.

Concernant le traitement médicamenteux, et d'après le VIDAL (2018), des antipsychotiques comme la Clozapine peuvent être prescrits afin de réduire l'intensité et la fréquence des symptômes, notamment en présence de chimiorésistance. L'intervention d'un ergothérapeute, organisant sa pratique autour d'un modèle conceptuel apparaît comme justifiée à différents niveaux du parcours de santé du patient schizophrène. La prise en soin d'une personne schizophrène va varier selon son profil et les

objectifs thérapeutiques fixés par l'établissement d'accueil. Des structures sont plutôt dédiées pour les patients en phase aiguë et d'autres sont prévues pour accompagner la personne tout au long de son parcours de vie.

Les traitements non médicamenteux sont dispensés grâce à la collaboration de différents professionnels intégrés dans une équipe pluridisciplinaire, souvent pas le biais de co-thérapies et que je vais détailler à la suite.

2.4. Parcours de santé

Afin de mieux comprendre la population étudiée dans ce travail, appréhender son parcours de soin et de santé paraît essentiel.

Comme défini par la Cour des comptes dans son rapport sur les Parcours dans l'Organisation des Soins en Psychiatrie (2021), le parcours de soins désigne « une suite de soins à partir de la première prise en charge du trouble jusqu'à la stabilisation du patient et à la réintégration en milieu ordinaire (ou protégé quand ce n'est pas possible) » (p. 25) dans le but de permettre une meilleure coordination des rôles des différents professionnels. Pour les patients admis en UMD, cette définition comprend l'accompagnement au cours duquel différents acteurs du système sanitaire hospitalier et médico-social vont intervenir. Mais pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, en 2012, la terminologie « parcours de soins » dénote une trajectoire plutôt clinique voire technique et préfère d'autre utilisation comme « parcours de santé ». L'Agence Régionale de Santé (ARS) assimile le parcours de santé à « l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés » impliquant « l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social » (2012, p. 25).

2.4.1. L'admission en UMD

Pour rappel de la partie concernant les modalités d'admission, d'après l'article R3222-1 du Code de santé publique, les patients hospitalisés en UMD ont été admis soit à partir du milieu ordinaire, soit d'un service psychiatrique sectorisé ou soit d'un établissement pénitentiaire comme un centre pénitentiaire ou encore une UHSA. Ces soins psychiatriques sans consentement ont été réalisés à la demande du préfet (SPDRE). Cette procédure déclenche le dispositif sanitaire en UMD et marque le début du parcours de santé du patient au sein de ce service qui souvent est de longue durée.

En considérant la pluralité des profils des patients, plusieurs perspectives sont envisageables lors de l'admission. Le patient peut se voir hospitalisé suite à une première décompensation témoignant de l'apparition de la maladie et de ce fait, ne pas avoir de diagnostic posé et n'avoir jamais reçu de soins auparavant. Bien souvent, ce type de profil est passé par un service d'urgence comme un Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil, l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police, une Unité Médico-Judiciaire ou un commissariat. À l'inverse, le patient peut récidiver et avoir déjà été

hospitalisé en UMD comme dans 38% des cas (De Lassus Saint Genies et al., 2023). Pour les patients qui sont diagnostiqués et suivis par des professionnels de santé sur des services de secteur, ils peuvent avoir fréquentés des services extrahospitaliers organisés autour d'un Centre Médico Psychologique (CMP) (e.g., Hopital De Jour) ou des services intrahospitaliers (i.e., fermés ou ouverts). Parmi eux, 26% vont se faire hospitaliser en UMD suite à une rupture de soins récente (De Lassus Saint Genies et al., 2023). Enfin, pour les personnes ressortant du régime carcéral, des soins peuvent être dispensés par des Services Médico-Psychologiques Régionaux dans les établissements pénitentiaires autour de consultations médicales permettant des missions de dépistage et de prévention et d'activités thérapeutique. Si les prisons ne disposent pas de ce service, des professionnels rattachés à une Unité de Consultations de Soins Ambulatoires peuvent intervenir. Si le détenu a besoin de soins en milieu hospitalier, il peut être admis en UHSA (art. L3214-1 du Code de Santé Publique). Compte tenu des différences dans les antécédents de parcours de santé, l'accompagnement proposé par les différents professionnels doit être adapté à l'individu.

2.4.1. L'hospitalisation en UMD

La durée d'hospitalisation peut varier de plusieurs mois jusqu'à plusieurs années. Sur l'ensemble des UMD françaises, la moyenne était 23 mois en 2019, avec une médiane de 10 mois qui interpelle étant donné sa forte dispersion (De Lassus Saint Genies et al., 2023). En 1989, le rapport ministériel Barrès-Fuch (1990) postulait : 38% d'une durée de moins d'un an, 17% d'un à deux ans, 22% de deux à cinq ans, 12% de cinq à 10 ans et enfin de 11% pour les séjours de plus de 10 ans (Azoulay, 2012).

De manière générale, les UMD ont pour objectifs (Roth & Heitzmann, 2008) :

- De réintégrer le patient dans une réalité qui suit un ordre composé de lois concernant la vie humaine et le domaine social,
- D'assurer un environnement psychique et matériel répondant aux besoins de patients souffrant de troubles psychiatriques,
- De permettre l'acquisition de règles de vie basique pour structurer des repères.

Pour se faire, tout au long de son parcours de santé, le patient va être accompagné par un dispositif social et sanitaire. En effet, un suivi avec des travailleurs sociaux afin d'étudier ses droits sociaux, ses finances et sa protection juridique sera mis en place. D'après le Ministère de la Santé et de la Prévention et selon la loi du 27 juin 1990, le patient hospitalisé en UMD est informé de ses droits relatifs à son statut de soins sous contraintes. Il a la possibilité d'être informé de sa situation, de désigner une personne de confiance qui va l'accompagner, etc. Pendant son institutionnalisation, le patient est vu en commission de suivi médical au minimum tous les six mois par quatre membres désignés par le directeur de l'ARS afin d'examiner la situation de chacun et d'en informer la commission départementale des soins psychiatriques (art. R3222-4 & 5 modifiés par le décret 2016-94). En parallèle,

une surveillance du contrôleur général des lieux de privation de liberté est mise en place. Pendant l'hospitalisation en UMD, la vie en collectivité est encouragée. Si la personne accompagnée est à l'origine d'incidents, elle peut entraîner un signalement d'événements indésirables. Le patient va fréquenter, au sein de l'établissement, des espaces qui vont évoluer selon l'avancée de sa prise en soin, commençant par une chambre dans des quartiers pour les personnes qui arrive en phase aiguë jusqu'à des secteurs réservés aux patients plus stables qui seront les prochains à sortir. Cette évolution peut être progressive ou régressive.

Ensuite, le patient sera également pris en soin par un dispositif sanitaire au sein de l'institution avec le suivi d'une équipe pluridisciplinaire variant d'un établissement à l'autre selon le projet d'établissement disponible au public mais pouvant se composer de médecins psychiatres, d'infirmiers, d'aides-soignants pour le corps médical mais aussi de psychologues, d'éducateurs sportifs et/ou d'enseignants en Activités Physiques Adaptées, de psychomotriciens et/ ou d'ergothérapeute pour les professionnels de la réadaptation. Des réunions d'équipe du personnel peuvent avoir lieu afin de proposer un lieu de discussion, d'analyse et d'évaluation de certaines situations (Tosquelles, 1967). Pour que les différents corps de métiers puissent échanger et se coordonner, l'Association Française des Unités pour Malades Difficiles (AFUMD), a été créée en 2017 afin d'organiser une coopération clinique et scientifique et promouvoir la recherche et la formation des thématiques spécifiques (De Lassus Saint Genies et al., 2023).

2.4.3. Les modalités de sortie

C'est l'article R3222-5 du Code de la santé publique qui prévoit les modalités de sortie d'UMD sur une décision favorable de la commission du suivi médical et du préfet lorsqu'ils estiment que le patient ne représente plus un danger psychiatrique nécessitant la continuité des soins. Ils statuent alors en faveur :

- D'une levée de la mesure des soins sans consentement ou d'une autre forme que l'hospitalisation complète,
- D'une poursuite des soins sans consentement soit dans l'établissement de santé d'origine soit dans une autre UMD. De ce fait, l'établissement à l'origine de l'hospitalisation organise la poursuite des soins et doit s'engager lors de l'admission à trouver une solution pour le patient à sa sortie dans un délai maximum de vingt jours,
- D'un retour en détention ou en UHSA dans le cas d'une sortie d'une personne détenue.

Plus tard, un patient qui sortira d'une hospitalisation complète et qui aura une levée des soins sans consentement pourra être orienté vers des dispositifs sanitaires en lien avec le CMP pour permettre la continuité dans ses soins (e.g., services ambulatoires, hôpitaux de jour) ou bien des dispositifs médico-sociaux (e.g., Maisons d'Accueil Spécialisées, foyers d'hébergement).

À noter que le parcours de santé précédemment explicité n'est pas linéaire et qu'une sortie n'est pas forcément irréversible car sortir peut amener le patient vers une rupture de soin ce qui l'entraînera de nouveau vers une hospitalisation à temps complet, voire de nouveau en UMD. En effet, souvent, leur admission renvoie à de multiples échecs thérapeutiques pouvant fragiliser le parcours de soin par un manque de confiance envers le soin et les soignants (Katsaros & Durr, 2018). Ce processus fait partie des problématiques liées aux soins qui sont potentiellement rencontrées par les patients de l'UMD et que je vais détailler par la suite.

2.4.3. Problématiques possibles liées au parcours de soin

Dans son article sur *l'Art de prendre soin en UMD*, l'infirmier Zerrouk (2023) évoque des problématiques rencontrées par les patients en lien avec leur parcours de santé en UMD.

Pour commencer, les soins ont souvent été compliqués et assimilés à des sources de tension car c'est à ce moment-là que les patients manifestent leur vulnérabilité. Les professionnels peuvent alors réagir par une attitude défensive pour se protéger et montrer une certaine forme d'indifférence. Dans une même continuité, la relation asymétrique soignant/soigné peut venir renforcer une dépendance psychique du patient qui est déjà présente. D'autres problématiques spécifiques aux profils peuvent s'ajouter (e.g., profil abandonnique). Pour finir, et comme introduit plus tôt, les patients arrivent souvent suite à un long passé d'hospitalisation caractérisé par des échecs thérapeutiques, synonymes de mauvaise observance des traitements et pour lesquels le milieu médical renvoie une image négative du soin (Katsaros & Durr, 2018). Plus spécifiquement, la littérature postule que la représentation de l'ergothérapeute en psychiatrie s'oppose à celle du corps infirmier (Riou & Le Roux, 2017). Par exemple, les incidents en salle d'ergothérapie seraient plus rares car c'est un lieu dont les patients prennent soin, contrairement aux services de soins (Roth & Heitzmann, 2008). L'ergothérapie peut alors être un levier et servir de médiation dans la relation avec une coordination impliquant le corps infirmier afin de faire évoluer cette représentation négative (Riou & Le Roux, 2017).

3. Le rôle de l'ergothérapeute

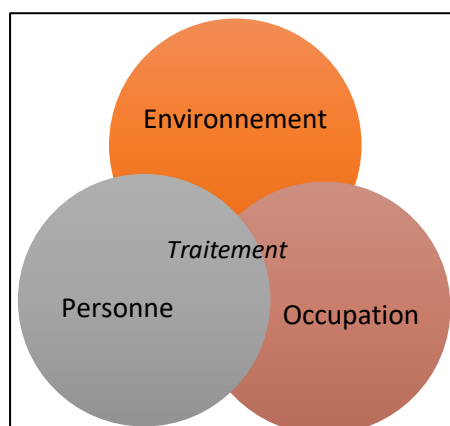
3.1. Données générales sur l'ergothérapie

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, fondée en 1961, définit l'ergothérapeute comme un professionnel de santé dans les domaines du sanitaire et social qui s'appuie sur le rapport entre activités et santé pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie dans le but d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence (ANFE, 2015 in WFOT, 2017). Il est en lien avec des pratiques de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation (Delaisse et al., 2022). La profession est encadrée par le

décret d'actes des ergothérapeutes du 21 novembre 1986 inscrit dans le code de la Santé Publique mais l'ergothérapie a des origines plus anciennes. Les bénéfices de l'activité sont avérés depuis l'Antiquité mais sa conceptualisation comme thérapie est en lien avec les blessés de guerre du XXe siècle (Pibarot, 2016). À partir de là, une évolution de paradigmes autour de l'ergothérapie va avoir lieu en commençant par des activités artisanales des années 1950 à 1980, puis par des activités écologiques situant l'individu dans un milieu de vie et de travail jusqu'au années 2000 où la profession connaît un mouvement orienté vers les occupations (Delaisse et al., 2022). Ce mouvement est influencé par le terme anglo-saxon *Occupational Therapy* s'appuyant sur la « revendication d'être autonome, de se prendre en main, d'être acteur, bref ce qui tourne autour de l' « empowerment » (Stiker in Delaisse et al., 2022, p. 16).

En effet, la Fédération Mondiale d'Ergothérapie (WFOT) définit l'ergothérapie comme « une profession de santé client centrée concernée par la promotion de la santé et du bien-être à travers les occupations. L'objectif premier est de faire participer les personnes dans les activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent cet objectif en travaillant avec les individus et les communautés pour améliorer leurs capacités de participation dans les occupations qu'ils veulent, dont ils ont besoin, ou sont censés faire, ou en modifiant leur occupation ou leur environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel » (WFOT, 2012, p. 4, Traduction libre). La fédération complète en précisant que la pratique de l'ergothérapie permet aux individus de modifier certains aspects de leur personne et/ou de leur occupation et/ou de leur environnement (WFOT, 2010). En France, l'ANFE évoque la prise en considération de « l'interaction personne – activité – environnement » (p. 23) qu'elle adaptera suite à l'influence anglo-saxonne en utilisant le terme occupation (WFOT, 2017) (**figure 2**). Le groupe European Network of Occupation Therapy (ENOTHE) définit l'occupation comme « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. » et l'activité comme « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations. » (Meyer, 2005, p. 5).

Figure 2 - Représentation schématique de l'action thérapeutique dans l'intersection environnement, personne, occupation
(D'après Meyer, 2010, p.48)



3.2. L'ergothérapie en psychiatrie

À l'heure actuelle, un ergothérapeute peut pratiquer au sein de différentes structures comme auprès d'« institutions sanitaires, médico-sociales ou sociales mais aussi à l'extérieur des institutions dans les milieux de vie, dans le cadre d'associations, de services de maintien à domicile, de réseaux, de maisons départementales des personnes handicapées, de prestations libres et prescrites. » (ANFE, 2015 in WFOT, 2017, p. 24). Il peut contribuer aux « traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter (...) les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour (...) maintenir, récupérer ou acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle » (art. R4331-1 du Code de la Santé Publique).

De manière plus empirique, la profession a d'abord fait ses débuts en psychiatrie avant d'être appliquée au domaine de la rééducation : « L'histoire de l'ergothérapie ne saurait ainsi être déconnectée de l'histoire de la psychiatrie et de son organisation, elle s'y origine même » (Klein, 2014, p.10). Aujourd'hui, au regard du contexte législatif, la pratique en psychiatrie fait appel au troisième point des actes professionnels inscrits dans le Code de la Santé Publique (2004) : « 3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail : (...) ; c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ; (...) ; e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ; f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ; g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ; h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ; i) L'expression des conflits internes. » (art. R4331-1). Les objectifs thérapeutiques déterminés par l'ergothérapeute en lien avec les actes précédemment cités vont varier selon le lieu de pratique. Néanmoins, la littérature recense des moyens d'intervention similaires : la relation thérapeutique, le cadre thérapeutique et les médiations thérapeutiques que je détaillerai par la suite en partie conceptuelle.

3.3. L'ergothérapie en UMD

Les activités d'ergothérapie sont réalisées au sein de l'UMD dans une unité transversale à part, à savoir dans un pôle d'activités médiatisées avec l'ensemble des autres professionnels de l'équipe (Katsaros & Durr, 2018) ou bien au cœur de l'unité (Riou & Le Roux, 2017). Elles sont soumises à une prescription médicale (Riou, & Le Roux, 2017). Elles donnent la possibilité au patient d'évoluer dans un autre environnement (Roth & Heitzmann, 2008), leur permettant de bénéficier d'une certaine liberté d'agir qui va les engager dans les médiations (Riou & Le Roux, 2017) et favoriser le maintien d'une certaine autonomie qui est au cœur de l'accompagnement en psychiatrie comme vu précédemment.

L'ergothérapie en UMD a plusieurs objectifs, comme celui de permettre à la personne de se réancrer dans la réalité par la transformation de la matière (Katsaros & Durr, 2018). La littérature postule d'autres objectifs fixés qui ne sont pas seulement spécifiques à l'UMD et qui peuvent être retrouvés

dans d'autres services d'ergothérapie en psychiatrie. Néanmoins, ce sont ceux-là qui sont priorités auprès des patients UMD :

Favoriser une alliance thérapeutique. Le premier objectif sera de travailler la relation de confiance par la médiation pour favoriser l'adhésion du patient aux soins. Pour se faire, l'activité réalisée doit être signifiante (Kasaros & Durr, 2018). L'alliance thérapeutique renvoie à « la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier accorde sa confiance » (Nasielski, 2012, p.11). Cette notion fait partie d'un concept plus large utilisé par l'ergothérapeute comme moyen pour atteindre ses objectifs : la relation thérapeutique qui évoque le processus relationnel construit puis dissous dans un système thérapeutique (Isebaert & Cabié, 2006).

Apporter un cadre contenant et structurant. L'ergothérapie en UMD peut être assimilée comme ayant une fonction de contenance psychique de certains comportements et délires. Pour se faire, l'ergothérapeute utilise le cadre thérapeutique comme moyen afin d'apporter une structuration avec notamment la création de repères spatio-temporaux (Riou & Le Roux, 2017). Au-delà de son sens spatial et temporel, le cadre fixe des limites au patient, favorisant « l'autolimitation » et structurant son psychisme (Roth & Heitzmann, 2008) pour créer un environnement de thérapie organisé. Par exemple, le patient peut avoir le choix d'arriver et de repartir quand il veut, recréant un « équilibre occupationnel » (Riou & Le Roux, 2017). C'est ce cadre fixé en début d'accompagnement qui va déterminer la fréquence, la durée et l'organisation des séances. Par son degré de précision, le cadre permet à la personne de se sentir en sécurité (Ménard, 2016).

Proposer un espace d'expression médiatisé. Elle permet d'installer un espace d'expression contenant autour de la créativité et de l'expression, sans jugements. Elle laisse la possibilité au patient de s'exprimer sur son vécu et notamment sur sa rupture d'équilibre mais aussi d'utiliser l'objet comme support de projection et de transformation de ses émotions (Riou & Le Roux, 2017), pour laisser une trace en étant dans l'AGIR. Actuellement, les activités d'expression, culturelles ou de loisirs sont préférées (Roth & Heitzmann, 2008).

Renforcer/maintenir certaines fonctions motrices et/ou exécutives. Apprendre de nouvelles techniques requiert de solliciter différentes fonctions utiles au quotidien (Roth & Heitzmann, 2008).

Accompagner la reprise de contrôle sur les soins. L'ergothérapie peut s'inscrire dans le processus de reconnaissance des troubles du patient par une confrontation face à ses capacités et ses limites dans une activité (Riou & Le Roux, 2017), face à un insight cognitif souvent diminué chez les personnes schizophrènes, limitant les capacités de réflexion et de choix. L'absence d'insight entraîne des

conséquences négatives sur la qualité de vie, à savoir sur l'évolution de la maladie et sur le risque de rechute (Airagnes, 2012).

Développer un support relationnel. Le travail groupal permet l'acquisition de certaines compétences sociales et l'activité sert de médiateur à la rencontre avec l'autre (Roth & heitzmann, 2008).

Encourager la prise d'initiative et l'autonomie. L'ergothérapie va redonner un sentiment d'utilité et de compétence au patient, ce qui va améliorer son estime de soi (Roth & Heitzmann, 2008) et maintenir sa participation sociale ainsi que son autonomie (Riou & Le Roux, 2017). Le patient a des responsabilités qui vont lui laisser la possibilité de prendre des initiatives (e.g. gérer son matériel, choisir son activité) et d'appréhender la reconnaissance de son autonomie par les soignants en évitant les situations pouvant être vécues comme infantilisantes (Riou & Le Roux, 2017), dans le but de préparer sa sortie.

Pour répondre aux objectifs, l'ergothérapeute en UMD dispose donc de différents moyens utilisés au cours des ateliers thérapeutiques (i.e., le cadre thérapeutique, la relation thérapeutique, la médiation), qu'ils soient individuels ou collectifs. Les médiations doivent être liées à des activités qui sont signifiantes pour les patients, à savoir des occupations.

3.4. Problématiques occupationnelles rencontrées par les patients en UMD

En se référant de nouveau à la **figure 2** (p.16) et au cheminement réflexif déjà parcouru pour ce travail, nous pouvons constater que la population hospitalisée en UMD connaît des difficultés au cours de son parcours de santé de par l'apparition de sa maladie et/ou les échecs thérapeutiques pouvant aboutir à une rupture de traitement. Elle connaît aussi des difficultés avec son environnement de par l'enfermement thérapeutique et le contexte environnemental spécifique à ce service. Pour compléter, l'admission en UMD entraîne également des problématiques occupationnelles liées notamment à une modification profonde des habitudes de vie qui peut être qualifiée de transition occupationnelle, à savoir un ensemble de changements majeurs du répertoire occupationnel d'un individu (Christiansen & Townsend, 2010).

En effet, l'hospitalisation en UMD entraîne un déficit de participation dans les occupations de la personne qui va être extrême, qualifié de privation occupationnelle, d'après la littérature des sciences de l'occupation, et pour lequel une intervention précoce en ergothérapie a un intérêt (Riou & Le Roux, 2017). Ce concept peut se définir comme le manque d'engagement occupationnel en raison de facteurs personnels et environnementaux (Christiansen & Townsend, 2010). Cette privation occupationnelle, privant le patient de sa possibilité d'agir, se manifeste alors comme un facteur de désorganisation psychique (Riou & Le Roux, 2017). Le terme d'aliénation mentale peut alors être employé du fait du manque de possibilités d'implication dans des activités signifiantes et significatives (Riou & Le Roux,

2017). Dans le travail de Riou & Le Roux (2017), un patient témoigne : « L'hôpital ça ressemble à la prison, on t'enferme et d'un coup tu n'as plus le droit de sortir ou de téléphoner, il faut demander la permission pour tout (...). Ils disent qu'ils nous soignent alors qu'en vrai c'est l'enfermement qui nous rend malades ! » (p. 104). En effet, d'après les projets d'établissement disponibles sur internet, les activités proposées aux patients hors des dispositifs sanitaires et médico-sociaux précédemment évoqués sont limitées : la prise de repas en collectivité, les quelques tâches ménagères, certains établissements proposent des activités d'animation autour du champ physique et sportif mais aussi de la créativité, de l'expression et de l'art. L'accès au culte est autorisé par le biais d'intervenants religieux extérieurs. Les déambulations en dehors du service sont interdites hors autorisations spécifiques comme par exemple au moment des sorties thérapeutiques avec l'accord du préfet.

Le cadre institutionnel qui se veut très structurant laisse alors peu d'opportunité au patient pour l'autonomie, la prise d'initiative et la liberté d'agir, autrement dit l'autonomisation, alors que la sortie est censée être la finalité de l'accompagnement et l'autonomie un des objectifs principaux poursuivis en ergothérapie. Or, face au contexte de privation occupationnelle entraîné par l'enfermement et le cadre de soins strict mais surtout par l'expression de la psychose, laisser à la personne une possibilité d'agir est essentiel pour la représentation qu'il a de lui et des soins (Riou & Le Roux, 2017), et pour lesquels cette population a bien souvent un rapport conflictuel avec une part importante de rupture de soins à la sortie et de récidives (De Lassus Saint Genies et al., 2023). Mais dans la pratique, comment laisser la possibilité d'agir aux patients en séance face à un cadre thérapeutique qui se doit contenir le patient schizophrène en UMD ? Cela remet en question la pratique sur le terrain sachant qu'une des valeurs de la profession véhiculée par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (2009) est que « la santé est fortement influencée par la capacité d'une personne de choisir et de diriger ses occupations quotidiennes » (p. 25), et que priver un patient d'autonomisation favorise la désorganisation psychique (Riou & Le Roux, 2017). D'autant plus que nous avons pu voir que la durée d'hospitalisation pouvait considérablement être prolongée jusqu'à 23 mois (De Lassus Saint Genies et al., 2023) alors que le coût de Dépense en Santé Publique par jour en UMD représente un montant deux fois supérieur à un service de secteur. De ce fait, pour les patients qui sont hospitalisés depuis longtemps, est-il possible de réaliser un travail d'autonomie en ergothérapie même si une sortie n'est pas forcément envisageable ? Quel en serait l'intérêt ? Et pour les autres patients, comment développer leur autonomie par les médiations proposées en ergothérapie afin de lutter contre la désorganisation psychique entraînée par la privation occupationnelle induite par l'UMD ? Est-ce que malgré la maladie, ces personnes ont les capacités de faire des choix et d'agir leur conférant une dimension d'autonomie psychique pouvant influencer leur parcours de soins souvent en lien avec des impasses thérapeutiques ?

Cette réflexion vient étayer le questionnement que j'ai pu avoir au cours de ma situation d'appel, qui questionnait la place de l'ergothérapeute quand ses possibilités de pratique sont limitées. En sachant que l'ergothérapeute ne peut agir sur la privation occupationnelle entraînée par la maladie et l'hospitalisation car cela ressort du cadre institutionnel, il peut agir sur l'équilibre occupationnel par le

biais d'un transfert de la participation occupationnelle de la personne à d'autres sphères. De ce fait, le questionnaire de départ qui s'interrogeait sur l'intérêt d'une pratique ergothérapique dans un lieu de privation occupationnelle a pu évoluer vers la problématique qui suit.

PROBLÉMATIQUE

De quelle manière un ergothérapeute peut-il envisager la reprise d'une autonomie psychique dans son accompagnement auprès des patients schizophrènes en UMD comme vecteur de participation occupationnelle ?

PARTIE CONCEPTUELLE

1. La participation occupationnelle

1.1. Théorisation de la participation occupationnelle des patients schizophrènes en UMD par le Modèle de l'Occupation Humaine

Un modèle conceptuel permet d'apporter des éléments qui faciliteront la compréhension des situations rencontrées et guideront la pratique professionnelle en se fondant sur des données théoriques et pratiques (Morel-Bracq, 2010). D'après l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (2016), ces modèles appuient le processus de raisonnement clinique pour mieux comprendre les besoins des patients et les enjeux occupationnels. Dans le cas de la population schizophrène hospitalisée en UMD, les enjeux occupationnels concernent la privation occupationnelle favorisant la désorganisation psychique face à une impossibilité d'agir (Riou & Le Roux, 2017). De ce fait, puisque mon travail s'appuie sur les sciences de l'occupation, à savoir l'ensemble des disciplines soutenant l'ergothérapie par la recherche autour du répertoire occupationnel (Pierce, 2014), l'utilisation d'un modèle conceptuel général et interprofessionnel n'aurait pas été adapté. Le choix de l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine paraissait le plus évident du fait qu'il soit centré sur les activités significantes et significatives, permettant l'auto-organisation du patient (Morel-Bracq, 2009). De plus, il met en évidence l'agir et le développement de l'autonomie tout en approfondissant « la compréhension de l'engagement de l'être humain dans les activités significantes et significatives » (Morel-Bracq, 2009, p.75). Or, ici, la maladie psychique impacte la capacité à agir (ANESM, 2016) mais aussi à faire des choix (Airagnes, 2012). Pouvoir approcher cette dimension était intéressant pour constituer une réflexion menant à une hypothèse. Enfin, ce modèle est holistique, il prend en compte la personne dans sa globalité et donc il peut être utilisé dans tout contexte thérapeutique (Morel-Bracq, 2009).

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) a d'abord été publié en 1985 dans le journal d'ergothérapie américain avant d'être réédité pour la sixième fois en 2023. Ce modèle général, élaboré par l'ergothérapeute Kielhofner et disponible en *Annexe 1*, soutient une pratique basée sur l'occupation et qui est client-centrée et donc pouvant être qualifié de modèle « top-down ».

Le MOH postule l'interaction de trois composantes, à savoir l'être occupationnel, l'agir et le devenir, dans un contexte environnemental donné, qui vont influencer l'adaptation occupationnelle du patient dans son processus de changement occupationnel (Kielhofner, 2008) :

Le contexte environnemental. L'environnement de la personne peut être pour elle source d'opportunités, de ressources, de contraintes et/ou d'exigences. L'environnement physique correspond aux espaces et aux objets qui sont naturels et/ou aménagés (Parkinson et al., 2006). L'environnement social désigne les

groupes sociaux, à savoir les rôles dans un espace social (i.e., ambiance, normes, climat d'un groupe) et les formes occupationnelles orientées vers la performance d'un groupe. (Parkinson et al., 2006).

Ces deux aspects du contexte environnemental vont contribuer au comportement occupationnel de l'être occupationnel et au contexte dans lequel s'inscrit la performance occupationnelle (Parkinson et al., 2006). De manière appliquée, les patients institutionnalisés en UMD se retrouvent dans un contexte environnemental d'enfermement thérapeutique et de privation occupationnelle avec une architecture panoptique et des contacts sociaux extrêmement restreints, comme présenté en *figure 4*.

L'être occupationnel. Pour Kielhofner (2008), l'être occupationnel peut être appréhendé selon sa volition, son habitude et sa capacité de performance pour « comprendre comment les activités sont choisies et réalisées » (Morel-Bracq, 2009, p. 70) :

- La volition désigne la motivation à agir, à savoir ce qui pousse la personne à réaliser son occupation en fonction de ses valeurs (i.e., convictions personnelles influencées par la culture et les expériences), de ses intérêts (i.e. occupation procurant du plaisir) et de ses déterminants personnels (i.e., sentiment de compétence et d'efficacité) selon un processus d'anticipation, de choix, d'expérience et d'interprétation de l'occupation (Morel-Bracq, 2009). Ici, les patients schizophrènes présentent des difficultés dans l'accomplissement de ces processus, d'autant plus si un défaut d'insight est présent, en rapport avec la reconnaissance des troubles.
- L'habitude implique les stratégies d'organisation et de simplification d'une occupation, à travers les habitudes qui lui confère un caractère familier et les rôles attendus socialement qui vont influencer la manière dont le patient agit, dont il entreprend ses actions et dont il utilise son temps (Université de Laval). C'est cette dimension qui va apporter un caractère rassurant et sécurisant aux patients schizophrènes permettant de développer une forme d'autonomie psychique.
- La capacité de performance permettant l'action est liée à ce que le corps peut faire selon ses systèmes organiques liés à une composante objective, à savoir mesurable et observable (e.g., neurologique, cognitif) et à une composante subjective intégrant les sensations et le vécu (Morel-Bracq, 2009). Dans la schizophrénie, cette capacité de performance est biaisée par la composante subjective, en lien avec une rupture de la réalité caractérisant la psychose.

L'agir occupationnel. Cette dimension correspond à l'occupation, à ce que l'être occupationnel fait (Université de Laval). Elle permet à la personne de développer son identité et ses compétences afin de s'adapter à l'environnement (Morel-Bracq, 2009). Kielhofner (2008) postule trois niveaux de l'agir selon le degré d'accomplissement liés les uns aux autres :

- La participation occupationnelle implique l'engagement de la personne dans la réalisation d'une occupation et dans l'expérience subjective vécue dans un contexte socio-culturel (Kielhofner, 2008),
- La performance occupationnelle renvoie au comportement observable de la personne (Fisher, 2009), c'est un élément qui renvoie à une tâche, à une partie de l'occupation (Université de Laval).

- Les habiletés sont les actions orientées vers un but de performance occupationnel en lien avec les caractéristiques personnelles et environnementales (Université de Laval). Elles peuvent être motrices (e.g., posture, mobilité, coordination), opératoires (e.g. adaptation, utilisation des connaissances) ou bien d'interaction et de communication (e.g., échange d'informations, relations) (Kielhofner, 2008 & Université de Laval).

Dans le cadre des personnes schizophrènes accompagnées en UMD, l'être occupationnel est limité de par la privation occupationnelle. Le développement de l'identité et de ses compétences selon un environnement ne sera pas envisageable dans un contexte écologique, mais plutôt à travers un processus projectif expérimental. Les symptômes de la maladie vont également agir sur les habiletés, que ce soit au niveau moteur, cognitif ou social.

Le devenir occupationnel. L'adaptation résulte de l'interaction dynamique entre les facteurs personnels et le contexte environnemental d'après l'équilibre entre compétence et identité émergeant de l'être et de l'agir occupationnel (Université de Laval) :

- L'identité occupationnelle d'une personne fait appel à « la perception de la personne sur l'être occupationnel qu'elle est, ce qu'elle souhaite devenir, à partir de l'histoire de sa participation occupationnelle » en prenant en compte les expériences de vie (Parkinson et al., 2006, p. 27),
- Les compétences occupationnelles postulent le degré dans lequel le patient maintient sa participation occupationnelle reflétant son identité occupationnelle (Parkinson et al., 2006, p. 27).

Le devenir occupationnel est une dimension qui sera peu travaillée avec des patients schizophrènes en UMD, notamment par rapport aux limites dans les moyens de la pratique de l'ergothérapie du fait de l'environnement restreint.

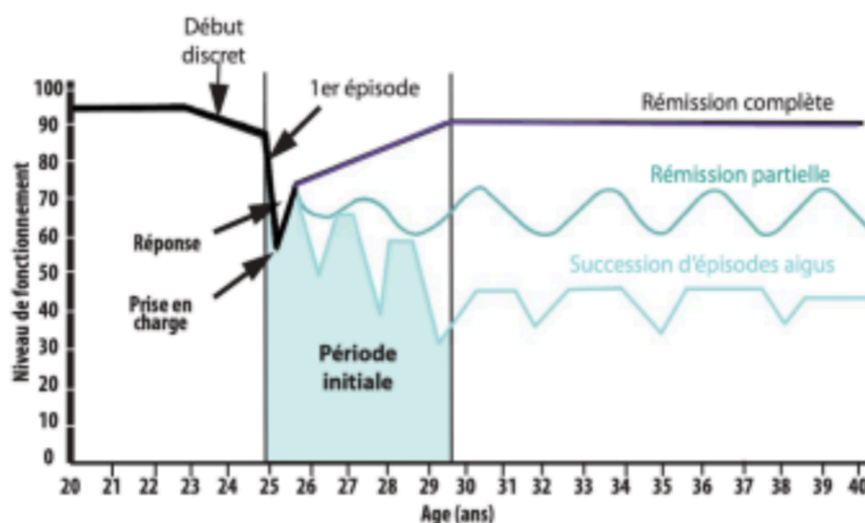
Pour recueillir les données nécessaires à l'utilisation du MOH, une vingtaine d'outils d'évaluation existe afin d'appréhender les différentes composantes du modèle. Ces outils peuvent englober l'ensemble des dimensions (e.g., MOHOST) ou s'orienter sur une dimension spécifique comme le contexte d'étude (e.g., SSI). Ils sont majoritairement en anglais. Ils peuvent nécessiter une formation (e.g., AMPS) ou non. Certains sont adaptés à certaines pathologies (e.g. FROGS pour les personnes schizophrènes) (Morel-Bracq, 2009).

Dans ce travail, j'ai pu investir ce modèle au regard de la population étudiée et des données recueillies au cours de mes recherches afin d'observer le processus d'adaptation connu par la transition occupationnelle entraînée par l'hospitalisation en UMD, justifiant d'un accompagnement en ergothérapie.

1.2. Pertinence d'un accompagnement en ergothérapie de patients schizophrènes d'après le MOH

De manière générale, la littérature recommande un diagnostic et une prise en soins de manière précoce afin d'anticiper une évolution et éviter un aggravement donnant lieu à des hospitalisations fréquentes (OMS, 2001) comme l'illustre la *figure 3*.

*Figure 3 – Graphique représentant le niveau de fonctionnement d'un individu souffrant de schizophrénie en fonction de l'âge de la prise en soins
(D'après le programme PACT du laboratoire Jannssen en collaboration avec le Dr. Leguay (2014, p.17))*

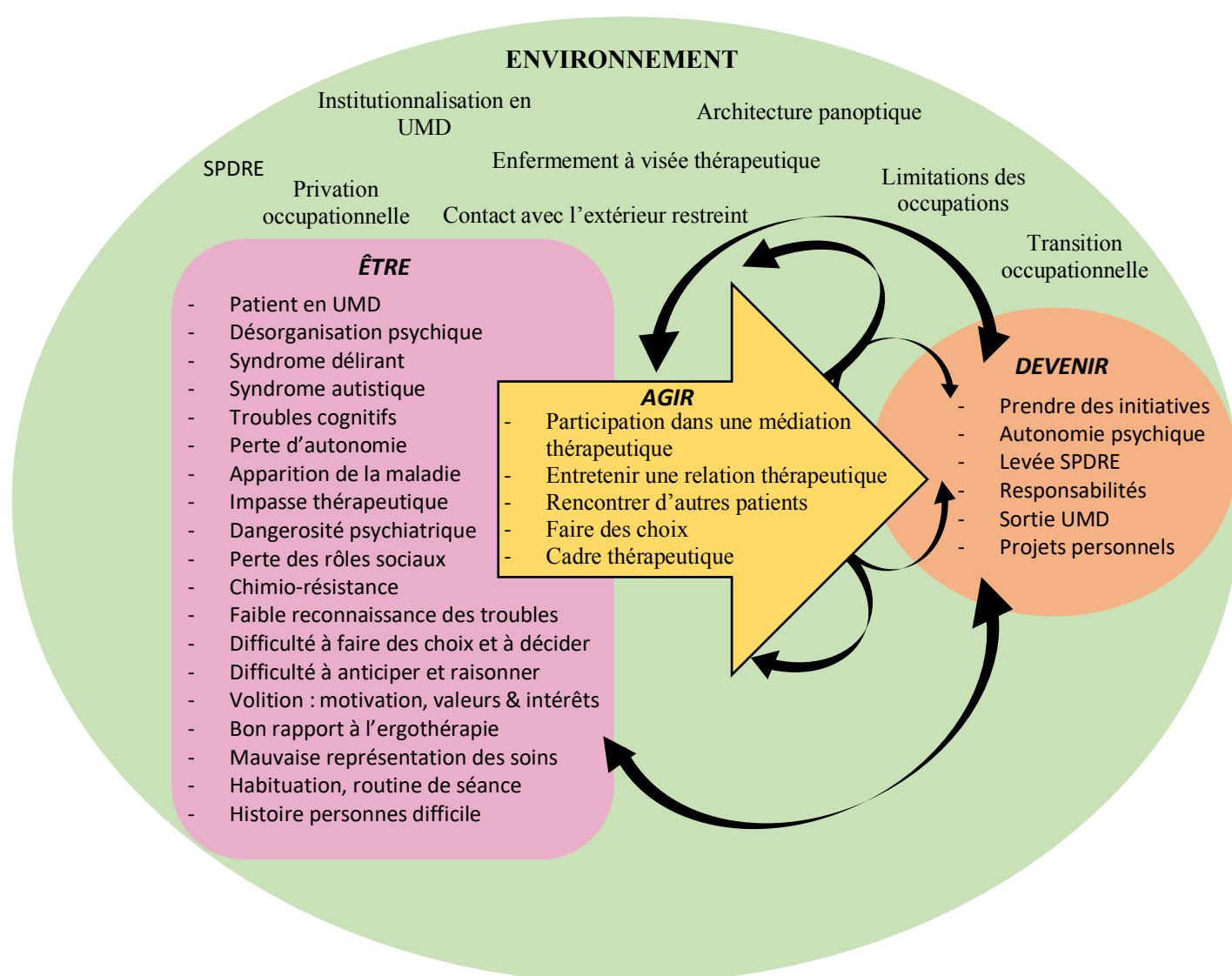


Plus un patient sera diagnostiqué tôt, plus le développement de stratégies thérapeutiques sera adapté et pertinent, permettant de réduire l'impact de la maladie sur la personne mais aussi son entourage. Une prise en soins tardive va contribuer à la persistance des symptômes, à la résistance de traitement mais aussi favoriser le développement d'autres troubles. À savoir que même si un patient est stabilisé, ce n'est pas linéaire, il peut être amené à faire face à une rechute comme 60% des patients souffrant de schizophrénie (Llorca, 2004).

Plus spécifiquement, ce chiffre peut s'appliquer aux UMD, où les patients qui ont récidivé représentent 38%, dans une population hospitalisée totale où 65,31% de patients souffrent de schizophrénie (De Lassus Saint Genies et al., 2023). Là aussi, un accompagnement précoce en ergothérapie est recommandé, afin de « placer dès le départ la personne au centre de ses soins, considérée en tant que sujet désirant, capable de penser et d'agir par elle-même » (Riou & Le Roux, p.106). En effet, les êtres humains ont un profond besoin d'agir (Connor et al., 2016), mais ici, la maladie psychique influence la capacité à agir (Anesm, 2016). L'ergothérapeute va permettre au patient de retrouver le pouvoir d'agir en l'accompagnant « dans son processus de changement du fait des altérations visant à une réorganisation complexe de la volition, de l'habitation, de la capacité de performance, de l'environnement » (Morel-Bracq, 2009, p. 71). Effectivement, un patient schizophrène qui se fait hospitaliser en UMD va connaître une mauvaise adaptation occupationnelle liée à un

déséquilibre occupationnel qui est la privation occupationnelle. Or, le priver de sa capacité d’agir favorise la désorganisation psychique (Riou & Le Roux, 2017), ce qui est contraire aux objectifs de soins de l’UMD. Proposer un accompagnement en ergothérapie semble donc pertinent pour solliciter à la fois la sphère de l’être, de l’agir et du devenir occupationnel. La **figure 4** propose une représentation de ce processus d’adaptation occupationnelle rencontré par les patients schizophrènes hospitalisés en UMD à travers les médiations réalisées en ergothérapie. Ce schéma a été réalisé à partir de la littérature et présente les éléments de manière exhaustive. Tous les éléments des composantes évoqués en phase exploratoire n’y figurent pas, seulement ceux qui ont du sens dans la problématique.

Figure 4 – Représentation schématique et non exhaustive du processus d’adaptation occupationnelle lors de médiations à en ergothérapie de personnes schizophrènes en UMD d’après le Modèle de l’Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)



2. L'autonomie, valeur fondamentale de l'ergothérapie

Afin d'accompagner l'adaptation occupationnelle induite par la privation occupationnelle suite à son admission en UMD, l'ergothérapeute doit envisager le patient « dans sa globalité, dans laquelle corps et esprit forment un tout, (...), capable d'autonomie et d'auto-détermination » (ANAES, 2001, p. 26). Pour la suite de ce travail, faire la distinction entre autonomie et auto-détermination paraît essentiel.

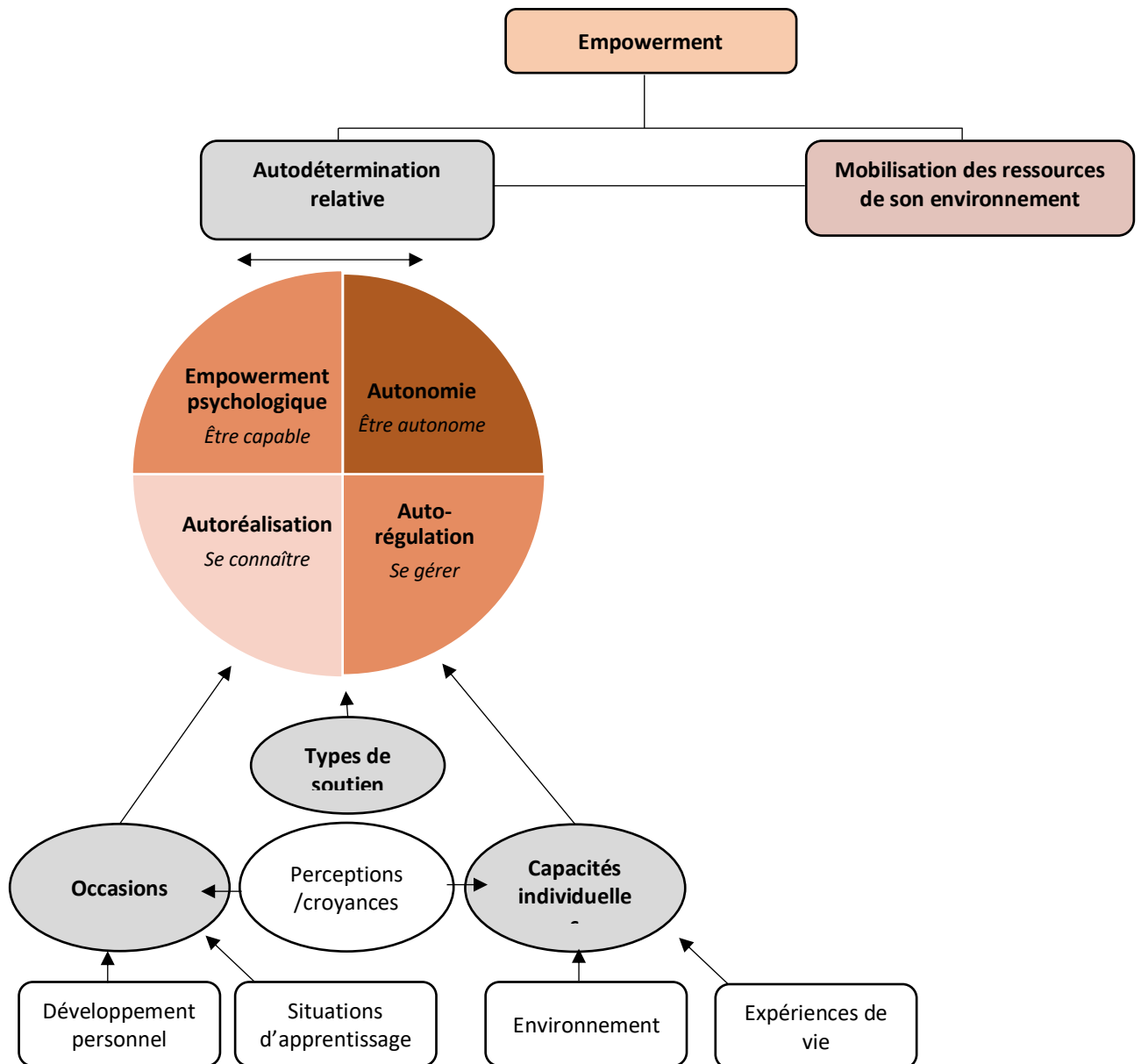
2.1. Autonomie et autodétermination

D'après la théorie de l'autodétermination, l'autodétermination répond à la satisfaction de besoins psychologiques fondamentaux : un besoin d'autonomie, un besoin de compétence et un besoin de lien social favorisant l'épanouissement d'un individu (Deci & Ryan, 2002). Il renvoie au terme anglophone plus large « empowerment » se traduisant différemment dans la littérature selon le domaine (i.e., politique, santé, marketing) : autonomie, indépendance, empowerment, pouvoir d'agir, autodétermination, participation, etc. Néanmoins, la littérature semble s'accorder sur une traduction plus commune par le terme « pouvoir d'agir » car il prend en compte l'idée d'un processus qui est dynamique et interactif entre la personne et son environnement (Le Bossé, 2003). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'empowerment du patient « est un moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé ». (p. 59). Il considère l'auto-détermination sur un plan individuel et collectif qui prend en compte la mobilisation des ressources de l'environnement comme illustrés en *figure 5*. Plus spécifiquement, l'auto-détermination est définie par Wehmeyer (2007) dans Pelletier & Jouesmet (2019) comme « un ensemble d'habiletés et d'attitudes permettant à l'individu d'agir directement sur sa propre vie, en effectuant librement ses choix et n'étant pas influencé par des agents externes imposés » (p. 38). Des auteurs ont pu établir une taxonomie des capacités nécessaires au développement de ces habiletés et attitudes, selon les capacités individuelles de la personne, les occasions apportées par l'environnement et les types de soutien qui lui sont fournis ainsi que par ses perceptions/croyances et son environnement: (1) Faire des choix ; (2) Prendre des décisions ; (3) Résoudre des problèmes ; (4) Se fixer des buts et les atteindre ; (5) S'observer, s'évaluer et se valoriser ; (6) Auto-instructions ; (7) Promouvoir et défendre ses droits ; (8) Lieu de contrôle internalisé ; (9) Sentiment d'efficacité personnelle et capacité à anticiper des résultats ; (10) Conscience de soi ; (11) Connaissance de soi (Wehmeyer & Sands, 1996).

De ce fait, une personne agit de manière autodéterminée, lorsque son comportement est :

- 1) Contrôlé, sur un plan psychologique, par une composante émotionnelle, cognitive, relationnelle et comportementale qui permet l'agir lorsqu'une personne se sent compétente,
- 2) Autoréalisé, impliquant de se connaître et d'agir selon ses capacités,
- 3) Autorégulé, par l'analyse et l'ajustement de ses propres comportements selon une situation et les conséquences possibles,
- 4) Autonome, selon les capacités et les intérêts de la personne.

Figure 5 - Schématisation de la théorie fonctionnelle de l'autodétermination (d'après Wehemeyer, 1999, dans Lachappelle & Wehemeyer, 2003 & et les travaux de Masse, M. & Korpès J.-L., 2013, pour l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales,)



De ce fait, l'autonomie est un concept qui doit être atteint par une personne pour que son action soit autodéterminée, mais différentes définitions sont retrouvées dans la littérature.

2.2. Une approche multidimensionnelle de l'autonomie

Comme précédemment énoncé, le concept d'autonomie renvoie à une dimension plus large qui est celle de l'auto-détermination, à savoir « la capacité d'agir et de gouverner sa vie, de faire des choix et de prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées » (Wehmeyer & Sands, 1996). Dans le contexte de l'UMD et de son cadre institutionnel règlementé, la place pour un travail autour d'une auto-détermination est difficilement réalisable. En effet, elle nécessite « impérativement un environnement et un état d'esprit adaptés pour se réaliser » (Pluss, 2016, p. 21) avec des conditions précises. Par exemple, concernant la sphère de l'être, les conditions nécessaires sont la construction d'« une confiance en soi minimale, une stabilisation dans la gestion de sa maladie, des expériences positives d'autonomie, des apprentissages d'habiletés sociales opérationnels, la capacité à se mobiliser et à s'impliquer dans son propre projet, l'acceptation par l'utilisateur de prises de risques, un environnement (famille, cadre de vie, professionnels santé/social) favorisant, stimulant et (...) automatisant. » (Pluss, 2016, p. 21). L'auto-détermination est donc complexe à travailler avec les patients schizophrènes en UMD en raison d'un environnement restrictif de l'institution et lors des séances en ergothérapie. C'est donc pour cela que ce travail s'est orienté autour de l'autonomie qui balaye des composants moins larges et plus adapté à la situation des patients.

Le terme d'autonomie prend ses racines dans la Grèce Antique de « Autos- », à savoir soi-même et « -nomos », les règles. Étymologiquement, cela signifie qu'une personne autonome est capable de se diriger selon sa propre loi (Adant, 1995), renvoyant « au droit et à la capacité de se gouverner soi-même, à la prise d'initiative et au sentiment de liberté » (Dethoor & al., 2021, p. 9). Aujourd'hui, l'autonomie se caractérise comme un « processus interactif d'adaptation reposant sur la capacité à choisir et à gérer sa vie en toute conscience » (Sève-Ferrieu, 2008, p. 1). Néanmoins, c'est une définition qui est complexe et qui peut se définir de plusieurs manières selon différentes disciplines. Par conséquent, une définition commune et universelle ne peut pas être énoncée (Dethoor et al., 2021), mais les auteurs postulent qu'elle implique des apprentissages.

2.3. Autonomie et schizophrénie en UMD

Ce travail vise à décrire et comprendre les difficultés d'autonomie chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques en UMD sachant qu'« une hospitalisation est sans doute un des degrés les plus extrêmes de perte d'autonomie qui puissent exister, même si la fréquence et la durée des séjours hospitaliers ne sont qu'un indicateur parmi d'autres » (Mallet et al., 2010, p.10)

Pour se faire, l'intervention de l'ergothérapeute doit permettre de « fournir des opportunités d'action pour maintenir l'autonomie » (Riou & Le Roux, 2017, p. 106), qui est une valeur fondamentale de la profession. En effet, d'après la définition par le nouveau référentiel du métier, l'ergothérapeute doit « faciliter le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence » (Code de l'action sociale et des familles, 2005). L'indépendance se distingue de l'autonomie, inhérente à une détermination individuelle (Silvestre, 2008), car elle se situe plutôt dans le champ relationnel, « être indépendant c'est se passer de l'autre » sur un aspect matériel et affectif (Vauchez, 2015, p. 128). A noter qu'« une personne peut être indépendante, mais ne pas faire preuve d'autonomie » (Dethoor & al., 2021, p. 9). Par exemple, un patient peut être poussé à agir pour répondre aux attentes des soignants, réalisant ainsi l'activité mais l'initiative ne sera pas de sa propre volonté. Elle sera donc effectuée avec une absence de volition.

Être autonome engage « la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir ou de choisir, la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser » de la personne, induisant que l'autonomie « relève à la fois de la capacité et de la liberté » (Mallet et al., 2010, p. 3). L'autonomie d'un patient est donc influencée par sa possibilité d'agir. Or, nous savons que cette capacité d'agir est limitée en UMD du fait de la privation occupationnelle (Riou & Le Roux, 2017). L'autonomie de la personne est donc fortement impactée par son hospitalisation en UMD, en plus des conséquences négatives sur l'autonomie induites par la maladie. En effet, les manifestations pathologiques vont entraîner une altération de l'autonomie du patient schizophrène proportionnelle à la sévérité de ses symptômes, et dont la récupération représente une stratégie thérapeutique (Mallet et al., 2010). Plus un patient est désorganisé, plus sa capacité à faire des choix est altérée et plus son niveau d'autonomie sera bas. La littérature postule également une relation significative entre certaines dimensions de l'autonomie et la sévérité des symptômes négatifs qui se sont manifestés au cours de la première décompensation (Mallet et al., 2010). Un lien avec les troubles cognitifs est également évoqué, notamment en rapport avec des troubles de la mémoire et des fonctions exécutives. Les auteurs postulent également que les symptômes de la psychose, ou les symptômes dits positifs influencent de manière peu significative les dimensions de l'autonomie (Mallet et al., 2010). Ce travail va donc s'intéresser aux conséquences des interactions de l'autonomie sur les symptômes négatifs et la désorganisation psychique. Les dimensions de l'autonomie précédemment évoquées concernent ses différentes formes, à savoir sur plan physique, psychique, sociale et juridique.

Face à ce constat et d'après la définition selon le nouveau référentiel du métier de l'ergothérapeute qui est de « faciliter le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence » (Code de l'action sociale et des familles, 2005), la prise en soins d'un patient schizophrène en UMD en ergothérapie est donc totalement justifiée.

Pour intervenir auprès de cette population, l'ergothérapeute va s'intéresser à l'autonomie psychique du patient, qui fait référence à ses aptitudes mentales lui donnant une capacité de juger, prévoir et raisonner mais aussi lui conférant une liberté de choix (Geyer, 2014). Face à cette restriction de choix, permettre au patient un niveau minimum de capacité d'agir par l'ergothérapie est essentiel dans le maintien de son autonomie psychique tout au long de son processus de changement occupationnel induit par l'hospitalisation. Cette capacité d'agir peut-être retrouvée à travers le choix d'activités qui seront signifiantes pour lui, en retrouvant « le pouvoir de se définir, de se projeter et de montrer ce dont il est capable » (Riou & Le Roux, 2017, p. 106). Le MOH traduit ce processus puis qu'il théorise le développement de l'agir et de l'autonomie par l'engagement du patient dans des activités signifiantes et significatives (Morel-Bracq, 2009). Khiehlhofner (2008) propose alors plusieurs axes méthodologiques d'intervention pour accompagner le processus de changement occupationnel, dont celui du « choix d'activités alternatives pour remplacer les occupations devenues impossibles » (Morel-Bracq, 2009, p. 75) orientées vers des expériences qui sont signifiantes afin de maintenir l'autonomie psychique. L'ergothérapeute dispose alors de différents outils ergothérapiques pour déclencher les expériences signifiantes inhérente à la nouvelle occupation : l'activité ou la médiation thérapeutique. L'activité renvoie plutôt à une dimension occupationnelle structurée d'actions et/ou de tâches qui va évoluer vers une dimension plutôt thérapeutique avec la médiation (Saint-André et al., 2011). L'orientation de ce travail vers les médiations s'est effectuée dans un contexte de pratique (i.e., l'UMD) où la médiation thérapeutique est souvent privilégiée. La médiation thérapeutique intervient une fois le cadre thérapeutique posé et la relation thérapeutique créée avec le patient, comme nous allons le voir par la suite.

3. Le cadre thérapeutique des médiations comme support d'autonomie psychique §

En psychiatrie, le cadre thérapeutique est un moyen mis en place une fois la relation thérapeutique posée et avant d'intégrer les médiations thérapeutiques dans l'accompagnement d'un patient (Tosquelles, 1967).

3.1. La relation thérapeutique pour poser le cadre

Selon Pibarot (1978), la construction d'une relation thérapeutique en ergothérapie va dépendre d'un ensemble de facteurs dans une logique triangulaire entre le patient, l'ergothérapeute et l'objet. De ce fait, la relation est créée par la médiation, et doit s'inscrire dans un cadre de référence. Cette relation nécessite du temps et de la confiance pour être installée.

3.2. Le cadre thérapeutique

Pour permettre l'entretien de la relation thérapeutique, Ballouard (2008) définit le cadre thérapeutique comme étant « ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître » (p.146).

D'après Keleman (1996), de manière plus concrète, le cadre thérapeutique en ergothérapie représente un dispositif de soins qui s'inscrit dans un cadre plus large, celui du cadre institutionnel régissant les règles et le fonctionnement du service. Le cadre permet d'être garant des règles et d'organiser un suivi en ergothérapie car il va définir l'espace, la temporalité, le matériel, l'encadrement et les règles. Les facteurs spatiaux représentent une délimitation, un espace précis. Les facteurs temporels concernent les horaires, les durées et les fréquences des séances. Ils concernent également les rythmes, faisant référence à des rituels, à une ritualisation qui vont venir structurer et organiser la temporalité de la médiation, mais surtout qui vont structurer la pensée des patients. C'est la répétition qui va créer l'habitation et ainsi influencer l'être et l'agir du patient. Les règles représentent un contrat thérapeutique entre le soignant et le soigné permettant de sécuriser le cadre. L'encadrement du cadre est garanti par l'ergothérapeute, selon la manière dont il investit la relation thérapeutique par notamment l'écoute bienveillante, l'empathie et le respect montré.

Toujours selon Keleman (1996), le cadre thérapeutique peut avoir plusieurs fonctions. Il doit être contenant, structurant, rassurant et sécurisant tout en restant souple. Ballouard (2008) expliquait qu'un « cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un cadre relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître » (p.62). Avec des patients schizophrènes, c'est principalement la structuration du cadre et notamment la contenance qui sera intéressante à intégrer afin

de lutter contre des formes de désorganisation psychique entraînées par la psychose et de conduire vers une autonomie progressive (Decoopman, 2010). La contenance du cadre va permettre un travail de contenance psychique : « La fonction contenant serait la fonction qui permettrait le repérage d'une dimension psychique car par définition, elle peut contenir, « faire se rencontrer » ce qui autrement s'éviterait, resterait dans l'indifférencié ou qui s'exprimerait dans un « hors psychique » (Mellier, 2005, p. 427).

Une fois la relation thérapeutique instaurée avec le patient et le cadre thérapeutique intégré, la mise en place de médiations thérapeutiques peut alors être envisagée.

3.3. Le cadre thérapeutique permet la médiation

Le mot médiation trouve ses origines dans le verbe latin « *mediare* », qui signifie être au milieu. Le concept de médiation a d'abord été initié par des figures en psychanalyse comme D. Winnicott avec sa théorie transitionnelle par l'objet agissant sur le développement psychique ou encore G. Pankow avec l'apport de ses travaux sur la thérapie de l'image du corps et de ses fonctions par le modelage avec des patients psychotiques. Plus récemment, la médiation a pu être définie comme « l'ensemble dynamique des procédures et corps intermédiaires qui s'interposent entre une production de signes et une production d'événements » (Vanier, 1994). Ce qui confère à la médiation sa dimension thérapeutique c'est la rencontre entre « un dispositif pensé, construit et encadré par des thérapeutes, et une matière capable de susciter envie et désir qui sert de médiateur » (Chouvier, 2010, p. 32) interagissant dans une dimension relationnelle. La médiation permet donc l'activité thérapeutique par l'objet médiateur (Saint-André et al., 2011). Le médiateur, dans un cadre, va médiatiser la relation entre le soignant et le patient afin d'éviter une relation frontale pouvant éveiller persécution ou intrusion chez certains patients (Chouvier, 2010). Le médiateur peut être une personne ou une chose (i.e., objet ou action) située entre des personnes (Klein, 2016). Aujourd'hui, la littérature évoque plusieurs catégories de médiations : projectives et expressives. Dans le soin de la psychose, la médiation va permettre au patient de laisser une trace d'expériences et de pouvoir communiquer au thérapeute en utilisant le médiateur (Brun, 2019), à condition que l'ergothérapeute investisse également la médiation (Winnicott, 1951). Les médiations vont prendre sens lorsque « l'intégration d'expériences douloureuses n'a pas été permise par la réponse d'un environnement médium malléable » (Roussillon, 2016, p. 1). D'un point de vue occupationnel, les objets médiateurs vont alors permettre de recréer ces expériences afin de leur donner une nouvelle symbolisation (Roussillon, 2016), ce qui est essentiel dans le processus de soins des patients schizophrènes. Sauf qu'en UMD, dans un environnement structurant et limitant dans les occupations, les médiations sont pensées comme des « espaces de liberté », permettant à la personne d'entreprendre des actions et donc d'agir (Katsaros & Durr, 2018). D'après le MOH, la dimension de l'agir est corrélée au développement de l'autonomie par l'engagement de la personne dans des activités signifiantes et

significatives (Morel-Bracq, 2009). A. N. Leontiev précise que le terme de signifiant renvoie au sens donné par la personne et significatif, celui d'après les autres. De ce fait, nous pouvons postuler par ce travail de réflexion qu'une expérience signifiante et significative dans la médiation thérapeutique d'une personne est inhérent au maintien de son autonomie. Cette expérience se déroule sur différents aspects : perceptivo-sensorielles, gestuelles et moteurs, émotionnels, identitaires, créatifs et projectifs (Launois, 2015).

D'après la littérature, le choix du travail à visée thérapeutique en ergothérapie s'effectue selon le nombre d'instruments de travail, le degré d'attention nécessaire, le matériau utilisé ainsi que selon l'évolution positive du patient constituée d'étapes et non en se basant sur les limites supérieures du patient car les travaux de « bas niveau » (Tosquelles, 1967, p.13) renvoient à des mécanismes désadaptatifs diminuant l'autonomie psychique des patients favorisant une éventuelle impasse thérapeutique. Un travail à visée thérapeutique comporte trois phases, mais c'est la première phase, l'accrochage, qui est pertinente ici. Pour induire la participation occupationnelle d'un patient schizophrène en UMD afin d'anticiper une reprise de l'autonomie psychique, le travail de l'ergothérapeute doit permettre la participation de la personne dès la phase d'accrochage. En effet, la schizophrénie peut induire une absence de participation liée au négativisme systématique, mais aussi au manque de prise d'initiative dans l'action et dans la pensée du syndrome de repli autistique. Un travail d'autonomie psychique permettrait d'agir sur ces sphères. Pour se faire, c'est une auto-évaluation par projection qui va agir sur la participation occupationnelle et sur le degré d'autonomie psychique (Tosquelles, 1967).

HYPOTHÈSE

Pour rappel, la partie exploratoire a permis l'aboutissement de la problématique suivante :

De quelle manière un ergothérapeute peut-il envisager la reprise d'une autonomie psychique dans son accompagnement auprès des patients schizophrènes en UMD comme vecteur de participation occupationnelle ?

La partie conceptuelle m'a permis d'introduire le modèle du MOH ainsi que des concepts inhérents : l'être, l'agir et la participation occupationnelle dans des médiations qui sont thérapeutiques lorsqu'une relation thérapeutique et un cadre ont été définis au préalable.

Afin de répondre à cette problématique, j'émet l'hypothèse suivante :

L'ergothérapeute en UMD favorise la **participation occupationnelle** des patients schizophrènes en s'appuyant sur **un cadre thérapeutique contenant lors des médiations thérapeutiques**. Elle va permettre une reprise progressive de **l'autonomie psychique en agissant sur l'habitation**.

CADRE DE RECHERCHE

1. Objectifs de l'enquête

L'objectif principal de cette enquête est de valider ou de réfuter l'hypothèse précédemment émise grâce à l'analyse des données recueillies au cours des entretiens suivant différents objectifs SMART, c'est-à-dire Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalisables et Temporisés, à savoir :

Objectif 1 : En début d'entretien, je devrai recueillir les informations sur les modalités d'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes suivis en UMD.

- **Sous objectif 1 :** Repérer comment l'ergothérapeute accompagne la reprise de l'autonomie psychique des patients schizophrènes suivis en UMD tout au long de leur hospitalisation.
- **Sous objectif 2 :** Repérer de quelle manière l'ergothérapeute favorise la recherche d'une participation occupationnelle des patients schizophrènes suivis en UMD.

Objectif 2 : Au cours de l'entretien, je pourrai identifier la manière dont la participation occupationnelle d'un patient peut permettre une reprise progressive d'une forme d'autonomie psychique.

Objectif 3 : A la fin de l'entretien, je pourrai déterminer si un cadre thérapeutique contenant favorise la participation occupationnelle dans les médiations thérapeutiques des patients schizophrènes en agissant sur l'habituatation.

2. Outil d'investigation

Le choix de l'outil s'est effectué selon des critères temporels, matériels et liés au public. Pour cette étude, j'ai choisi de m'orienter vers l'entretien qualitatif, constitué de ce fait de questions qui doivent être ouvertes (Tétrault & Guillez, 2014) et caractérisé par un contact direct entre l'interviewé et l'intervieweur et par une « faible directivité de sa part » (Marquet et al., 2022, p. 213). Le choix de l'observation indirecte s'est effectué car il permet de récolter les informations rapidement concernant différents axes (Desruisseaux-Rouillard, 2012). Parmi les outils de l'observation indirecte, l'entretien de recherche est pertinent car il permet le recueil d'informations dans le but de répondre à une question de recherche (Tétrault & Guillez, 2014). L'entretien qualitatif paraissait intéressant pour répondre à ma problématique car il permet une meilleure flexibilité dans les réponses de par la structure des questions. Il permet aussi de laisser la personne le choix des thèmes à aborder permettant « d'approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne » et de reconstruire sa réalité (Tétrault & Guillez, 2014). De plus, il incite à davantage de profondeur dans l'analyse (Marquet et al., 2022).

Pour créer cet outil, j'ai d'abord constitué le cadre avec une présentation de mon étude, les modalités de recueil des données et de déontologie ainsi que les consignes reprenant la durée de passation, d'environ 20 minutes. J'ai ensuite créé une grille d'entretien reprenant les objectifs et les critères d'évaluation, les thèmes liés aux questions guide et les relances.

L'entretien est semi-dirigé afin de s'assurer que les thèmes et les objectifs déterminés en amont soient bien abordés en les suggérant à travers des questions assez larges permettant d'ouvrir à d'autres possibilités de réponses (Marquet et al., 2022).

3. Démarche d'enquête

1.3.1. *Élaboration du guide d'entretien*

Pour constituer le guide d'entretien en *Annexe 2*, les questions ont été réalisées suivant une méthodologie d'entonnoir en commençant par des questions non inductives pour aboutir à des questions plus orientées. Dans l'ensemble, ce sont des questions ouvertes à développement long lorsque c'est la pratique qui est abordée et plutôt à court développement lorsque c'est la présentation de la personne. Ces questions abordent différentes dimensions de la personne : ses attributs, ses savoirs, ses croyances, ses attitudes et ses comportements. Elles gravitent autour différents thèmes s'appuyant sur la partie conceptuelle et les objectifs d'enquête d'après le MOH de G. Kielhofner : la privation occupationnelle de l'environnement, l'être occupationnel par les dimensions de l'autonomie et de la volition et enfin l'agir comprenant la participation occupationnelle dans les médiations thérapeutique. Pour chacune d'entre-elles, des sous-dimensions et/ou des concepts similaires ont été recherchés dans la littérature afin de constituer les critères d'évaluation.

1.3.2. *Recrutement de la population*

Pour les modalités de recrutement, afin de trouver des participants qui peuvent répondre aux critères de mon étude, j'ai cherché les mails des ergothérapeutes en téléphonant directement au secrétariat de leur UMD ou par l'intermédiaire du site internet de l'établissement ou des réseaux professionnels. Un premier contact a été réalisé par mail, par obligation institutionnelle, avec les cadres de service qui m'ont demandé des détails sur mes entretiens ainsi que sur ma grille d'entretien. Ils ont ensuite envoyé à leurs ergothérapeutes un mail informatif que je leur avais fourni comprenant une présentation succincte de ma personne et de mon étude, sans pour autant trop orienter l'axe de travail pour éviter d'éventuels biais de désirabilité sociale, des critères de recrutement de la population et du déroulé envisagé. Les biais de désirabilité sociale renvoient au fait que le participant « tente de se présenter sous son meilleur jour lorsqu'il participe à un entretien » (Tétreault & Guillez, 2014, p. 66). Étant donné que le nombre d'UMD en France est porté à dix, j'ai pu contacter les ergothérapeutes de chaque structure pour augmenter les probabilités de réponses favorables pour participer. Si plusieurs

profils ressortent positifs, alors je limiterai à cinq le nombre de participants afin de rester en cohérence avec l’outil choisi.

À noter qu’en amont de l’entretien, des étapes de logistique ont été obligatoirement remplies, notamment pour convenir d’un rendez-vous et des modalités techniques comme connaître le mode de passation privilégié par le participant (visioconférence, téléphone, présentiel pour les établissements à proximité) et recueillir le consentement écrit de participation et d’enregistrement en *Annexe 2*.

Pour finaliser mon outil et avant de contacter les participants, le guide d’entretien a été relu par un tiers pour vérifier la neutralité de mes questions et un pré-test a été réalisé afin de s’assurer de certaines modalités de l’entretien (e.g., respect du temps de passation). Par la suite, une analyse transversale thématique a été envisagée pour traiter les données.

1.3.3. Population ciblée et critères de recrutement

Dans le but de répondre à mes objectifs d’enquête, l’échantillon de la population se fera selon des critères de recrutement recensés en *Tableau 1* :

Tableau 1 : Tableau recensant les critères de recrutement des participants

Critères d’inclusion	Critères de non-inclusion	Critères d’exclusion
- Être ergothérapeute diplômé(e) d’état, - Travailler en France, - Avoir une pratique en UMD d’au moins un an,	- Tout autre professionnel qui n’est pas ergothérapeute, - Tout ergothérapeute qui a moins d’un an d’expérience en UMD, - Tout ergothérapeute qui travaille en somatique ou dans un autre service de psychiatrie que l’UMD.	- Tout participant qui retire son consentement au cours de l’enquête.

Le choix des critères pour obtenir l’échantillon de cette population s’est effectué par une stratégie d’entonnoir en partant des critères les plus larges aux critères les plus spécifiques.

J’ai d’abord pu commencer par les critères d’inclusion et de non inclusion qui sont en lien. Ce travail aborde uniquement le travail de l’ergothérapeute, les participants doivent donc être titulaires d’un diplôme d’état. L’UMD est une structure psychiatrique bien spécifique au système français, les ergothérapeutes doivent exercer en France. Concernant l’UMD, les ergothérapeutes doivent exercer depuis au moins 1 an en son sein afin d’avoir bien intégré les spécificités des patients suivis. Pour établir les critères de non inclusion, je suis partie des critères d’inclusion précédemment cités, aboutissant à ce que toute personne non titulaire d’un diplôme d’état en ergothérapie soit exclue de l’étude car c’est une

recherche sur cette profession-là. Sont également exclus les ergothérapeutes qui ne travaillent pas en UMD ou bien ceux qui ont moins d'un an d'expérience ou qui ont été diplômés avant 2010. Concernant les critères d'exclusion, les données d'un participant qui retire son consentement au cours de l'étude ne pourront pas être traitées car c'est une obligation d'avoir le consentement.

RÉSULTATS

Pour cette partie, le traitement des données empiriques recueillies pendant les entretiens a été réalisée selon le déroulement de l'analyse qualitative défini comme étant un « processus de recherche et d'organisation systématique des transcriptions d'entretien impliquant le codage ou la catégorisation des données » qui est « dynamique, intuitif de raisonnement, de réflexion et de théories inductifs » et qui s'intéresse à « l'exploration des valeurs, significations, croyances, pensées, expériences et sentiments caractéristiques du phénomène étudié » (Wong, 2014, p. 14, Traduction libre).

Pour permettre ce travail, une méthode d'analyse thématique permettant d'identifier et déterminer des thèmes a été nécessaire, selon six grandes étapes (Braun & Clarke, 2006). Tout d'abord, une retranscription intégrale des résultats bruts de chaque entretien a été réalisé à partir des enregistrements audios comme en *Annexe 4* suivie d'une lecture pour se familiariser avec les données. Puis, pour faciliter l'analyse, les données brutes des entretiens ont été reportées dans la grille d'entretien, selon les thèmes définis en amont, afin d'identifier, isoler et générer les premiers codages. Ensuite, le regroupement de ces unités minimales significantes dans la grille d'analyse en *Annexe 5* a permis de rechercher des axes thématiques qui se sont par la suite affinés grâce à une nouvelle lecture des entretiens. Pour finir, les sous-thématiques sont définies et prénommées, en lien avec les hypothèses et les objectifs de recherche, avant d'être présentées sous la forme d'une synthèse organisée d'après une méthode d'analyse verticale, à savoir selon les mots employés de chaque ergothérapeute par entretien ainsi qu'une analyse horizontale croisant les données des recrutés sur une même spécification.

1. Présentation de l'échantillon

Au total, 10 UMD sont présentes sur le territoire français. Lors de la prise de contact par téléphone pour organiser le recrutement de la population à interroger, 15 personnes semblaient éligibles aux critères d'inclusion. Les ergothérapeutes d'une UMD n'ont pas souhaité participer et l'ont exprimé dès le premier échange. Finalement, ce sont 5 personnes qui ont été incluses dans l'étude. Les ergothérapeutes interrogés sont dispersés sur 4 différentes structures dans plusieurs régions de France. Parmi eux, 2 participants travaillent au sein de la même UMD.

La population finale est constituée de 3 femmes et 2 hommes. Au sein de mon échantillon de 5 ergothérapeutes, 1 professionnel travaille seul, 3 professionnels avec un pair et 1 professionnel appartient à une équipe avec trois autres ergothérapeutes. La durée d'exercice moyenne en ergothérapie est de 8,66 ans avec un écart-type de 2,88 ans, et de 6 années en UMD avec un écart type de 4.

Les entretiens se sont déroulés du 26 avril 2024 au 06 mai 2024, d'une durée prévue initialement entre 30 et 45 minutes chacun. La durée effective s'est comprise entre 33 et 57 minutes, avec une moyenne de 40 minutes par entretien. Le premier s'est déroulé en visioconférence et les autres par téléphone.

2. Analyse verticale

La première participante, E1, est ergothérapeute depuis 2016 et travaille au sein d'une UMD depuis 2018. Avant ce poste, elle a eu une première expérience dans un regroupement d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes qui consistait notamment à préconiser des aides techniques et des conseils pour répondre à des difficultés et des besoins identifiés lors de l'évaluation de l'autonomie et de l'indépendance des résidents. Elle dispensait également des activités thérapeutiques dans une visée de maintien des fonctions cognitives et physiques auprès de patients souffrant de troubles psychiques. Elle déclare avoir intégré une UMD par une envie spécifique liée à un attrait au domaine de la psychiatrie qui s'est développé pendant ses stages lors de son cursus universitaire. Dans sa pratique, E1 n'utilise pas de modèle conceptuel en tant que tel, mais plutôt de manière « instinctive » et « spontanée » comme elle l'illustre par un exemple concernant le recueil des données pendant l'entretien d'entrée des patients qui va s'organiser selon le système dans lequel évolue la personne, notamment les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. E1 évoque des spécificités dans sa pratique en UMD liées notamment à la sécurité en matière de gestion de violence. L'ergothérapeute dit accompagner des patients « qui sont difficiles et dangereux dans leur hôpital d'origine avec lesquels il y a des impasses thérapeutiques » dans un processus de « rééducation psychique ». Ses objectifs auprès des patients schizophrènes sont principalement de « revenir dans le principe de réalité de vie en société, en collectivité, dans un service fermé, sociabiliser le patient, qu'il soit en capacité de gérer son emploi du temps, d'être prêt ». Pour les mettre en place, E1 présente une première visite du service par le patient lui permettant de voir les « possibilités d'activités de médiateur » afin de « faire des choix ». Pour E1, ce processus permet au patient d'être déjà « dans de l'autonomie, dans la capacité du patient à dire ses souhaits et dans quoi il souhaite se projeter » même si par la suite il peut ne pas forcément avoir « l'autonomie pour venir en activité ». E1 déclare qu'en début d'accompagnement, elle va surtout mettre en place une évaluation pour orienter vers « des médiateurs dans lesquels ils ne vont pas trop être en difficulté et après ça va être d'orienter sur l'autonomie dans un médiateur ou une activité ». L'ergothérapeute qualifie la participation occupationnelle comme « la capacité de la personne à se mouvoir pour faire une activité ou une mise en situation ». E1 ne met pas forcément en pratique cette notion car elle pense que « ça fait trop d'interférences avec le mot occupation et on oublie l'importance du mot thérapeutique ». Dans les unités, E1 cite que les patients « ont accès à beaucoup d'activités », de façon « autonome mais aussi formelle ». Dans ses médiations thérapeutiques, E1 dit engager les patients selon leurs souhaits, en les responsabilisant. Elle pense que « le côté symbolique de l'activité et du médiateur va générer de l'importance pour le patient et donc un investissement et un intérêt plus important (...) et donc favoriser l'autonomie. », à condition d'adapter la médiation « en fonction des capacités du patient (...) pour favoriser l'autonomie justement. ». Pour mener à bien ses médiations thérapeutiques, elle dit « avoir la responsabilisation du patient par le biais des horaires » et précise que « tout ce qui est sécurité, tout ce qui est cadre thérapeutique est ici plus que nécessaire, sur lequel on

s'appuie tout le temps quand on fait les activités thérapeutiques et même les règles ». E1 ajoute que « le planning prend tout son sens dans la prise en charge du patient (...) la ritualisation aussi (...) pour créer des repères et que le patient se ritualise dans sa prise en charge. Ça favorise l'engagement parce qu'il n'y a pas de surprise ». E1 termine en suggérant que « cette ritualisation fait qu'il y a aussi le côté un peu automatique, le côté un peu sans réfléchir (...), de plus forcément être conscient de ce qu'il fait » mais qu'en même temps, s'il fait une activité « c'est qu'il est déjà un peu autonome dans l'activité.

Le deuxième ergothérapeute interrogé, E2, évolue au sein d'une UMD depuis fin 2016 après avoir travaillé 1 an dans un Centre d'Aide Thérapeutique à Temps Partiel. Il a fait ce choix dans le but d' « être confronté davantage à la clinique aigue ». Dans les faits, il dit qu'il n'utilise pas de modèle conceptuel mais que s'il devait qualifier sa pratique, elle se rapprocherait d'un modèle psychodynamique. Il travaille dans une UMD avec un autre ergo à temps plein auprès de patients masculins et féminins. Ces patients, E2 les qualifie par une dangerosité potentielle ou avérée, « issus de la filière médico-judiciaire » ou de services de secteur ne proposant pas la « contenance suffisante » et pour la plupart « chimio-résistants ». Il souligne des similitudes avec le secteur concernant la création d'un espace « accueillant, convivial, qui facilite la relation et qui diffère un peu du cadre strictement médicalisé des unités de soins », en donnant l'exemple de ne pas porter de blouse, mais également des différences avec le secteur, en citant l'importance des règles en lien avec les problématiques des patients en rapport au cadre juridique et à la loi. Il présente des objectifs de son accompagnement orientés vers l'alliance thérapeutique, l'acceptation de la maladie et le déni des troubles mais également « éveiller leur curiosité » par les activités thérapeutiques, et ainsi faciliter le travail sur le secteur par la suite. Il essaye que « le patient puisse apprendre à se connaître, à cohabiter avec cette maladie (...) donc c'est reconnaître ses troubles, savoir ce qui fait qu'ils peuvent émerger à un moment, comprendre la nécessité des traitements ». Pour se faire, E2 estime que les patients ont besoin d' « une certaine liberté psychique, la liberté de pouvoir choisir ce qu'ils vont faire en activité (...) c'est aussi leur permettre d'avoir un cadre qui leur permet de faire émerger du désir, de l'envie de faire », mais également d'être mis en mouvement car « il y en a beaucoup qui dans leur apragmatisme vont rester dans quelque chose d'assez aliénant finalement, c'est-à-dire qu'ils vont subir un peu le rythme institutionnel ». Néanmoins, E2 souligne que « l'apragmatisme est déjà là donc c'est pas entraîné par le manque d'activités. C'est la maladie qui fait qu'ils ne vont pas avoir envie de faire des choses en unité de soins et en ergothérapie ». Il évoque donc vouloir impulser du contenu psychique pour que les patients puissent s'en saisir et être actif en ayant « un cadre qui permet de faire émerger du désir, de l'envie de faire ». Pour se faire, E2 propose une première forme d'autonomie au patient en lui permettant d'être acteur de leur soin et non plus passif du rythme institutionnel. En effet, E1 précise que l'espace intermédiaire de l'ergothérapie en UMD permet une « ouverture vers l'extérieur » sur le cadre de soins, « strictement médical ». E1 déclare que le cadre thérapeutique fait référence aux règles mais que cela comprend également le « cadre personnel » du soignant. Ce cadre est considéré par E2 comme un support projectif permettant d'aller

questionner le rapport à la maladie, aux troubles du patient. Pour le thérapeute, E2 complète en disant que c'est la manière dont le cadre d'activité est pensé pour aller cibler des objectifs thérapeutiques spécifiques. E2 aborde alors la ritualisation du cadre où une certaine « rythmicité » est présente faisant figure de « rassurance et de compétence ». Il déclare que dans certaines mesures, les repères dans le cadre peuvent faciliter l'engagement et la participation occupation, à condition qu'elle ne soit pas délétère. E2 a expliqué que malgré le mot ritualisation, ce rythme régulier devait être bousculé par l'ergothérapeute, car pour certains patients qui sont dans une forme d'apragmatisme, cette ritualisation va les « enfermer dans quelque chose d'assez chronicisant » où « ils vont vouloir faire toujours la même chose ».

Le troisième participant, E3, dont la transcription de l'entretien est disponible en *Annexe 5*, est en poste sur le même UMD qu'E2 depuis 2022, après avoir travaillé sur secteur pendant 3 ans. Il a fait ce choix suite à un stage lors de sa formation, mais il exprime également : « C'est un lieu que j'ai trouvé très humain, très accueillant, malgré la dureté et les murs. Dans sa pratique, E3 cite des groupes thérapeutiques, et évoque le développement des prises en soins individuelles. Les patients sont hospitalisés suite soit à un passage à l'acte hétéroagressif, soit à une difficulté de maintien en service de secteur ou soit à une affaire médico-légale. Cela justifie le statut demandé pour les patients de Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État. Son accompagnement auprès des patients schizophrènes a pour objectif la création du « lien thérapeutique, notamment de la socialisation. (...) c'est un apprentissage, une rééducation (...) sur le côté social. On a tout un travail aussi à faire autour de l'autonomisation (...) avec différents types de médiations. » E3 qualifie cette notion d'autonomisation comme « la capacité à décider pour soi-même » et comme un objectif qui se travaille dans le temps avec le patient : « un patient qui vient d'arriver en Unité pour Malades Difficiles, 2 jours après être passé à l'acte, n'a pas suffisamment d'autonomie psychique pour être qualifié de stable (...) il y a la nécessité d'un cadre très contenant que les Unités pour Malades Difficiles peuvent leur faire bénéficier pour reconstruire un peu cette capacité de décision, cette capacité d'agir ». Pour le savoir, E3 réalise des interventions qu'il qualifie de « précoces », auprès de certains patients nouvellement entrant, à savoir encore considérés comme « dangereux et imprévisibles », avec une autonomie psychique très limitée, qu'il va commencer par évaluer. Outre les séances en ergothérapie, E3 évoque un accès aux occupations très restreint des patients qu'il qualifie de « manquement occupationnel » et qui impacte leur « motivation » et leur « capacité à se projeter », notamment en lien avec un cadre « très strict ». Pour pallier à ce manquement occupationnelle dans les services, E3 va utiliser la participation occupationnelle pour investir le patient, qu'il définit comme étant la capacité à agir et de faire justement. Il évoque une corrélation avec l'autonomisation psychique, avec comme divergence la notion « de faire, de réaliser ». Pour susciter l'engagement occupationnel permettant la participation du patient, E3 cite la mise en place d'activités thérapeutiques proposant « quelque chose de signifiant et significatif », selon les intérêts des patients. De ce fait, « (...) si on favorise l'engagement occupationnel (...) de n'importe quel patient à se

référer à ses occupations et à ses activités de vie significantes, bien sûr qu'on favorise l'engagement occupationnel et donc l'autonomie psychique. », notamment grâce à « l'unité psychique » travaillée lors des médiations. E3 insiste sur le fait de proposer un cadre dans les médiations thérapeutiques qui soit « individualisé et propre à chacun » et qui permet d'apporter contenance et sécurité à un patient schizophrène tout en essayant « d'instaurer un cadre un peu plus souple que dans les unités où les patients sont (...) très accompagnés dans leur autonomie », même si pour lui le cadre institutionnel posé est par extension le cadre thérapeutique en ergothérapie. E3 déclare que favoriser l'autonomie psychique dans le cadre de l'UMD dans ce cadre ne correspond pas à la vie à l'extérieur que ce soit au niveau des « rituels » ou encore des « automatismes ». Il insiste sur l'importance des rituels auprès du public : « en ergothérapie aussi, c'est ritualisé (...). C'est toujours un peu le même procédé, le rituel d'accueil, le corps, la verbalisation à la fin de la séance. C'est très important dans le sens où (...) les patients sont très désorganisés, très délirants, peuvent être parfois même dangereux (...) dû à leurs idées délirantes. Et l'établissement de repères, de rituels, que ce soit en UMD enfin dans le cadre de soins, mais aussi en ergothérapie, est essentiel pour (...) favoriser l'unicité psychique. (...) l'unicité psychique, ça intervient dans l'autonomie, la capacité de penser par soi-même. ». Ce cadre présenté comme très ritualisé va permettre la contenance des patients en pleine crise, mais d'un point de vue plus négatif « au long cours, ces habitudes, ces rituels ça enferme le patient (...) dans un processus où il n'y a pas de choix en fait (...) il n'est pas acteur tout simplement, (...) il subit le cadre, il subit les rituels. »

La quatrième professionnelle à avoir participé à l'enquête, E4, est ergothérapeute depuis 2011 et travaille en UMD depuis l'obtention de son diplôme, poste qu'elle a plutôt obtenu plutôt par hasard. Dans sa pratique, E4 déclare ne peut pas vraiment utiliser de modèle conceptuel bien qu'elle conscientise utilise une approche plutôt cognitivo-comportementale avec « une part de psychodynamique ». Au niveau sécurité, E4 indique devoir contrôler le rangement des outils lors de l'ergothérapie. E4 accompagne des patients essentiellement avec des troubles « psychotiques », « affectifs » ou « éducatifs », assimilés plutôt à une notion de danger que pathologique ». Concernant son service d'ergothérapie par rapport au secteur, E4 aborde directement le cadre qui est plus strict, et met en avant la spécificité que les patients soient accueillis « tous les jours, toute la journée » pour « recréer des situations écologiques, de vie quotidienne » que tu peux rencontrer n'importe quand dans ta vie pour anticiper et savoir réagir. Pour les objectifs thérapeutiques de sa pratique auprès de patients schizophrènes, E4 présente des objectifs d'influence psychodynamique autour du « principe de réalité » et de la « permanence de l'objet » ainsi que des objectifs plutôt cognitivo-comportementaux en lien avec la reprise d'un rôle social et la connaissance de la pathologie. Lorsque l'autonomie psychique est abordée, E4 la définit comme le fait « de savoir reconnaître les symptômes négatifs ou positifs de sa pathologie, donc pouvoir les connaître ; c'est avoir les clés des interactions sociales, dites standards et avoir aussi les outils de gestion des émotions, qui fonctionnent pour soi. ». Ces processus s'intègrent de manière graduée dans l'accompagnement, en commençant par le cadre de l'atelier où les patients doivent

référer de leurs actions aux moniteurs et où les encadrants essayent de les laisser se débrouiller au maximum tout en montrant leur présence comme un repère pour les rassurer. Néanmoins, E4 précise que l'autonomie est un objectif qui viendra après la mise en place de l'alliance thérapeutique, dans une temporalité liée aux symptômes de la personne schizophrénique. E4 souligne l'importance du paramètre de la pathologie et de la médication dans la schizophrénie, et que justement, l'hospitalisation en UMD et la limitation des occupations peuvent accentuer « tout ce qui est lié à l'anamnèse, l'oisiveté, souvent liées au parcours psychotique ». Pour y répondre, l'ergothérapeute explique échanger avec les patients concernant « ce qu'ils vont faire à l'extérieur » pour pouvoir mettre en place des éléments à reproduire au sein de l'atelier et des médiations thérapeutiques. C'est pour cela que E4 définit la participation occupationnelle comme étant « le fait de pouvoir faire les activités de la vie quotidienne auxquelles tu aspires, l'occupationnel étant lié à l'activité. ». Pour engager le patient dans cette participation, E4 explique que les patients « ont tous un canal un petit peu plus accessible, (...) on s'engouffre là-dedans, dès qu'on peut lui parler de ça, dès qu'on peut montrer quelque chose en rapport avec ça et rebondir sur son vécu, ses émotions, ses ressentis ». Une fois que le patient montre un certain degré de participation occupationnelle, E4 précise qu'elle aspire à ce que dans son atelier, les patients « soient autonomes, c'est-à-dire qu'ils connaissent les différentes phases. On est très ritualisés dans les ateliers ». Elle précise que ses médiations thérapeutiques sont adaptées selon le « plan de traitement personnalisé dans le temps, les objectifs, et de la façon dont le patient va évoluer en fonction de ce qu'il lui est proposé ». Et puisque les ateliers que propose E4 engagent les patients à venir « tous les jours, toute la journée », elle procède à une évaluation en amont des capacités du patient à pouvoir le faire, notamment au niveau « des capacités attentionnelles ». E4 ne fait que du groupe avec des « prises en charge individualisées dans le groupe », même pendant les médiations thérapeutiques. Dans les ateliers, les patients sont « autonomes », elle se considère presque comme une « condition de présence » modulant l'activité. Ces règles appartiennent au cadre qu'elle cite comme étant « l'un des piliers de nos prises en charge. Dans le sens où un patient psychotique, il a besoin d'être contenu, d'autant plus quand il peut avoir des accès de violence. Alors, évidemment, le cadre qu'on va poser en tant que soignant qui décide de la médiation, mais aussi le cadre de l'UMD ». Pour E4, « (...) le cadre participe à la participation. Parce qu'il nous permet à nous d'avoir des largesses dans nos activités. Parce que le cadre va être contenant. Et que du coup, l'agressivité, la violence va être contenue. ». Le cadre qu'elle pose contient des règles et des repères. E4 déclare que la ritualisation du cadre « va renforcer l'autonomie psychique dans le sens où, à un moment donné, ça devient automatique. Il n'a plus besoin de réfléchir, de se demander ce qu'il doit faire, etc. Ça va forcément le valoriser (...), ça renforce la participation. ». Elle souligne l'ambivalence de cette ritualisation avec « certains patients qui ont des capacités cognitives supérieures et qui en profitent ». E4 cite l'exemple d'un patient qu'elle a eu le matin même qui « n'a pas de déficit, (...) qui n'est pas envahi par des délires (...), avec des capacités disponibles » et qui n'a pas pu réaliser correctement une tâche coûteuse en attention. E4 pense que « c'était encore trop simple quelque part ».

La cinquième et dernière ergothérapeute interrogée, E5, est diplômée depuis 2016. Après son diplôme, E5 a travaillé 1 an dans une UMD, puis elle a été pratiquer au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle. Suite cela, elle a intégré l'équipe d'une nouvelle UMD en 2019. En parallèle, E5 a repris des études en psychologie, elle est actuellement en troisième année. Ses orientations ont été dictées par la présence depuis toujours d'une « appétence pour la question de la psychiatrie et du fonctionnement humain ». Elle avait également réalisé son mémoire de fin d'étude sur ce domaine, qui est la souffrance psychique. Dans sa pratique, E5 n'utilise pas de modèle conceptuel. Elle travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire où elle est la seule ergothérapeute. Les patients qu'elle suit sont hospitalisés sous SPDRE, pour lesquels « il y a eu des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs dans le service, soit une chimiorésistance, soit que la structure de soins n'est pas assez contenante pour pouvoir accompagner ces personnes qui sont en grande demande de contenance psychique ». E5 les accompagne en séance individuelle, là où dans son ancienne UMD c'était essentiellement du groupe et où elle ne devait jamais être seule avec un patient. Les séances en individuel permettent à E5 de travailler autour de l'alliance et de la relation, « avec une reconstruction en miroir seul ». Le groupe, lui, E5 estime qu'il va service de « support de projection de soi » grâce à un « appareil groupal psychique qui vient rentrer en résonnance avec l'appareil interne de chacun ». Elle différencie l'UMD d'une unité de secteur par l'encadrement. Elle déclare qu'ici, pour les patients, les soignants sont « là pour prendre soin de nous, s'occuper de nous, là où dans un service de secteur, au niveau des effectifs, il y a moins de gens, (...) de choses proposées, (...) de contenance. » influençant inévitablement l'autonomie. E5 considère l'autonomie psychique comme une capacité « se penser, se sentir et se sentir en danger, (...), ressentir des émotions, sans se sentir complètement dévasté et détruit ». Par rapport à l'autonomie des patients, E5 appuie le fait qu'« on entend beaucoup à l'UMD : *on leur propose trop de choses, quand ils vont sortir de l'UMD, ça ne va pas être comme ça. On ne peut pas trop les habituer à être accompagnés, à être soutenus. Parce que dehors, ce n'est pas comme ça. Moi j'ai envie de vous dire, c'est comme si vous disiez à un enfant de 3 ans : je vais arrêter de te tenir la main et je vais arrêter de te rassurer parce que dans la vie, en fait, ça ne va pas être tendre avec toi* ». E5 entretient cette réflexion car les patients qu'elle accompagne « n'ont pas accès à leurs affects, n'ont pas eu une construction de leur subjectivité qui est suffisamment établie pour pouvoir se sentir, pour pouvoir être conscient de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils vivent, de ce qu'ils éprouvent, et encore moins de ce que l'autre vit et de ce qu'il éprouve. ». Pour E5, l'autonomie psychique se construit alors dans la relation avec l'autre en ergothérapie. Concernant le manque d'autonomie dans les services en lien avec la privation occupationnelle, E5 soulèvent le fait que certains patients sont mécontents à leur arrivée : « ils disent *on est en train de me punir, on est en train de m'enfermer, c'est pire que la prison ici, je suis privé de tout, on me prive de ma liberté*, et c'est des vécus qui sont assez difficiles. », mais que pour d'autres, « ils ne vont pas du tout questionner cette question l'enfermement, au contraire, ça va être rassurant. Et les patients, qui étaient au début assez revendiquant sur la question de la contrainte et de l'enfermement et de la privation de liberté, quand la commission donne une appréciation positive de sortie, les angoisses viennent se remobiliser ». Lorsque

la notion de participation occupationnelle est abordée pour tenter d’agir sur la privation occupationnelle, E5 exprime le fait qu’elle ne parle pas d’occupation « et encore moins d’occupationnel ». Pour elle, c’est plutôt un soin thérapeutique médiatisé « pour explorer la rencontre, la rencontre psychique et subjective pour trianguler la relation ». Et pour s’engager dans ce processus de soin, E5 parle d’un investissement indispensable du soignant dans la relation « pour viser une autonomisation » plutôt qu’une « normatisation » en s’intéressant à sa réalité psychique. Cet investissement demande à l’ergothérapeute « d’être tout le temps dans le portage psychique du sujet pendant la séance » selon E5, afin d’autonomiser le patient pour faire ensemble et ne pas faire à sa place. Cependant elle prévient qu’« il n’y a pas vraiment de technique en psychiatrie. C’est pas un savoir-faire qu’on nous demande, c’est plutôt un savoir-être. Et ça s’apprend, ça s’apprivoise dans la relation, dans la rencontre, et ça prend du temps à s’installer ». Cette temporalité est justement en lien avec le cadre thérapeutique qui pour E5, permet d’« apporter un espace, (...) délimiter un lieu., (...) délimiter une temporalité, qui est hyper importante. Il va mettre des limites (...) nécessaires et sécurisantes. (...). Il va apporter une contenance. ». Elle rajoute que la contenance est peut-être même le terme essentiel à retenir. Pour se faire, elle met en place « des limites et donc un rituel » avec des repères fixes et stables pour rassurer et apaiser le patient mais surtout pour proposer un espace organisateur lorsque les patients sont désorganisés. Néanmoins, E5 précise qu’elle pour elle la ritualisation ne renforce pas forcément l’engagement dans la médiation. Elle aborde plutôt la notion de cohérence et de rythmicité des éléments constitutifs du cadre, mais aussi le fait que pour certains patients très ritualisés, des changements de rythme peuvent « remobiliser une angoisse qui est insupportable ».

3. Analyse horizontale

Les résultats bruts sont déterminés pour chaque thème, avec des sous-thèmes illustrés par un verbatim issu d’une retranscription reformulée de chaque entretien. Pour gagner en clarté et en lisibilité, les données sont présentées sous la forme de tableaux. Les verbatims ont été sélectionnés pour leur pertinence lors de la lecture horizontale, à partir de la grille d’analyse en *Annexe 5*. Des choix dans thèmes ont été réalisés en affinant la grille, suivant les objectifs de recherche

3.1. Thème 1 : Accompagner la reprise d'une autonomie psychique

Tableau 2 : Résultats bruts du thème 1 organisés en spécification selon chaque ergothérapeute.

La reprise d'une autonomie psychique	
Sens & définition	E1 : « C'est la capacité du patient à dire (...) ses souhaits et dans quoi il souhaite se projeter. »
	E2 : « C'est apprendre à se connaître, apprendre à cohabiter avec cette maladie qui est présente. C'est reconnaître les troubles, savoir ce qui fait qu'ils peuvent émerger à un moment, comprendre la nécessité des traitements, malgré les effets secondaires aussi. »
	E3 : « C'est la capacité à décider pour soi-même à dire : <i>ah ok ça je veux faire ça, ça je ne veux pas faire, je suis capable de, je ne suis pas capable de, etc.</i> C'est tout ce qui est la capacité de décision. »
	E4 : « C'est savoir reconnaître les symptômes négatifs ou positifs de sa pathologie, donc pouvoir les connaître ; c'est avoir les clés des interactions sociales, dites standards et avoir aussi les outils de gestion des émotions, qui fonctionnent pour soi. »
	E5 : « Je l'entends plutôt comme une capacité à penser et à se penser en tant que sujet. »
Liberté d'agir et de choix (Composante 1)	E1 : « (...) à la fin de la visite, on va tout présenter et le patient va faire des choix. Déjà, on est dans de l'autonomie »
	E2 : « Il faut qu'ils aient une certaine liberté psychique, la liberté de pouvoir choisir ce qu'ils vont faire en activité, quand ils viennent. »
	E3 : « (...) il y a la nécessité d'un cadre très contenant que les UMD peuvent leur faire bénéficier pour reconstruire un peu cette capacité de décision, cette capacité d'agir »
	E4 : « (...) ils sont dans l'atelier qu'ils ont choisi, (...) »
Capacité de jugement, d'anticipation et de raisonnement (Composante 2)	E1 : « (...) pas forcément avoir l'autonomie pour venir en activité. Dans l'activité, il va avoir de l'autonomie, mais pas pour mettre en place »
	E2 : « Ils n'y vont pas forcément d'eux-mêmes, il faut aller chercher (...), il y en a beaucoup qui dans leur apragmatisme (...) vont subir un peu le rythme institutionnel »
	E4 : « (...) il faut qu'ils essayent un maximum de se débrouiller »
	E5 : « (...) des sujets qui n'ont pas accès à leurs affects, à une construction de leur subjectivité suffisamment établie pour pouvoir se sentir, être conscient de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils vivent, de ce qu'ils éprouvent »
Temporalité : objectif fixé sur du long terme	E1 : « (...) sur du court terme, ça va être surtout de l'évaluation (...), et après ça va être d'orienter sur l'autonomie dans (...) une activité »
	E3 : « (...) j'interviens avec des personnes entrantes qui n'ont pas encore l'autonomie psychique pour monter sur le plateau afin de pouvoir évaluer niveau comportemental mais aussi créer un début d'alliance thérapeutique »
	E4 : « Au début, c'est avant tout la mise en place de la relation de confiance, de l'alliance thérapeutique. »

La perception du concept d'autonomie psychique diverge selon les ergothérapeutes interrogés mais se rejoint sur certains points. E2 et E4 ont fourni une définition spontanément orientée vers la maladie et la reconnaissance des troubles. E1, E3 et E5 ont attribué un sens plutôt dirigé vers une composante de l'autonomie psychique à savoir la liberté d'agir et de choix ainsi que la capacité de jugement, d'anticipation et de raisonnement. De ce fait, pour la composante 1, ils sont 4 sur 5 à avoir cité laisser la liberté de choix aux patients et 1 sur 5 a évoqué la liberté d'agir (E3). Pour la composante 2, E1, E2 et E5 expriment des capacités qui sont altérées chez les patients. E1 et E2 suggèrent d'aller les stimuler et E4 pense qu'il faut que les patients essayent par eux-mêmes, à savoir juger, anticiper et raisonner dans une activité thérapeutique. Dans l'ensemble, les participants citent la reprise d'une autonomie psychique comme un objectif à long terme, après des objectifs à court terme autour des évaluations (E1, E3) et de l'alliance thérapeutique (E3, E4).

3.2. Thème 2 : La participation occupationnelle des patients schizophrènes en UMD d'après le MOH

Tableau 3 : Résultats bruts du thème 2 organisés en spécification selon chaque ergothérapeute.

La participation occupationnelle (MOH)	
Privation occupationnelle	E1 : « Ils ont accès à beaucoup d'activités possibles dans les services. »
	E2 : « (...) l'apragmatisme il est déjà là donc c'est pas entraîné par le manque d'activités. C'est la maladie qui fait qu'ils ne vont pas avoir spécialement envie de faire des choses en unité de soins et en ergothérapie aussi. »
	E3 : « Tu imagines le fait d'être privé de ton occupation principale (...) pendant des mois voire des années, ça impacte à la fois leur motivation, (...) leur capacité à se projeter vers l'avenir (...) et qui sont clairement, (...) en manquement occupationnel. (...) du fait de l'institution. »
	E4 : « (...) ça participe sur tout ce qui est lié à l'anamnèse, l'oisiveté, qui est souvent liée au parcours psychotique. C'est accentué, bien sûr. »
	E5 : « (...) c'est des vécus qui sont assez difficiles, (...) pour d'autres, ça va être rassurant »
Définition de la participation	E1 : « (...) c'est la capacité de la personne à se mouvoir pour faire une activité ou une mise en situation. »
	E3 : « (...) c'est complémentaire de l'autonomisation psychique, c'est la capacité à agir et de faire. Ce qui change c'est de faire. »
	E4 : « C'est le fait de pouvoir faire les activités de la vie quotidienne auxquelles tu aspiras. Et l'occupationnel c'est lié à l'activité. »
L'application pratique en ergothérapie	E1 : « Moi je fais pas d'occupationnel (...) on en oublie l'importance du mot thérapeutique »
	E3 : « (...) en Unité pour Malades Difficiles, c'est assez complexe. On a un cadre comme je t'ai dit qui est très strict. Et qui fait que, malheureusement, des choses qui peuvent être possibles sur secteur ne le sont pas ici. »
	E4 : « On est tout le temps en train de parler de ce qu'ils vont faire à l'extérieur, (...), comment est-ce qu'on pourrait voir ici se reproduire ce qu'ils veulent faire pour voir s'ils en sont capables. »
	E5 : « En ergothérapie, moi je ne parlerai pas d'occupation et encore moins d'occupationnel. C'est un soin thérapeutique. »
Susciter l'engagement par la volition	E1 : « (...) c'est le soignant qui inscrit en fonction des souhaits du patient qu'il a pu exprimer »
	E2 : « (...) avoir un cadre qui permet de faire émerger du désir, de l'envie de faire. »
	E3 : « (...) quelque chose de signifiant et significatif. »
	E4 : « Ils ont tous un canal un petit peu plus accessible, (...) on s'engouffre là-dedans, dès qu'on peut lui parler de ça, (...) et rebondir sur son vécu, ses émotions, ses ressentis. »
	E5 : « Le sujet, il va pas s'engager tout seul et moins participer tout seul. Ce qui va peut-être le tenir dans un investissement, c'est qu'il sente que l'autre, en face, l'investit. »

La privation occupationnelle peut avoir un impact négatif sur le vécu du patient en UMD d'après E3 qui estime qu'il y a un impact sur les sphères de la volition (i.e., motivation, intérêts et valeurs), et E4 évoque une accentuation éventuelle sur le domaine de la pathologie, et notamment l'oisiveté. A l'inverse, pour E2, la privation occupationnelle est plutôt induite par la maladie. E5 estime que cette privation peut être mal vécue pour certains patients et bien vécue pour d'autres. Pour E1, les patients de son UMD ne sont pas forcément témoins de cette privation occupationnelle et ont accès à de plusieurs activités.

E2 et E5 n'ont pas pu me donner de définition de la participation occupationnelle. E1, E3, E4 s'accordent pour dire qu'elle concerne la capacité à faire une activité. Pour E3, ce concept est en lien avec l'autonomie psychique. Après avoir donné la définition à E2 et E5, 3 ergothérapeutes se rejoignent pour dire qu'ils ne mettent pas spécialement ce concept en pratique, soit parce que la terminologie « occupationnelle » laisse peu entendre le soin thérapeutique derrière (E1 et E5), soit parce que le cadre

ne le permet pas (E3). Pour E4, elle le met en pratique par des échanges concernant le devenir, à savoir la sortie d'UMD. Pour susciter l'engagement occupationnel et donc la participation, E1, E2 et E3 utilisent des termes qui se réfèrent à l'intérêt et à la motivation du patient, et donc, la volition. Pour E4, c'est un processus qui concerne plutôt le domaine de l'affectif alors que pour E5 c'est avant tout en rapport avec un investissement réciproque dans une relation soignant-soigné.

3.3. Thème 3 : Les médiations, support de la participation occupationnelle

Tableau 4 : Résultats bruts du thème 3 organisés en spécification selon chaque ergothérapeute.

Participation occupationnelle dans les médiations thérapeutiques	
Influence de la médiation thérapeutique sur l'autonomie psychique	E1 : « l'ergo va redonner de l'autonomie aux patients dans une mise en situation dans une activité. »
	E2 : « L'activité significative, elle permet de rentrer en relation avec le patient et de créer une alliance thérapeutique (...), ça peut favoriser à ce qu'il soit autonome psychologiquement dans cette activité-là. »
	E3 : « (...) si on favorise l'engagement occupationnel (...) de n'importe quel patient à se référer à ses occupations et à ses activités de vie significatives, bien sûr qu'on favorise l'engagement occupationnel et donc l'autonomie psychique. »
	E4 : « (...) mon idée, c'est que dans l'atelier, ils soient autonomes, c'est-à-dire qu'ils connaissent les différentes phases. On est très ritualisés dans les ateliers. »
	E5 : « Il n'y a pas de protocole, de modèle, de choses qui peuvent être proposées comme ça, et dire <i>allez-y autonomement</i> , c'est pas possible sans s'intéresser à la relation, à la rencontre. »
Adapter la participation pour agir favorablement sur l'autonomie psychique	E1 : « (...) laisser le patient en autonomie, ou adapter en fonction des capacités du patient (...) si ça devenait trop compliqué, pour favoriser l'autonomie justement. »
	E2 : « Déjà, c'est leur permettre cette autonomie-là. Ça paraît tout bête ce que je dis, mais évidemment, si toi, tu le fais à leur place, tu ne leur permet pas cette autonomie »
	E3 : « On essaie de proposer au maximum des prises en soins adaptées aux occupations des patients. »
	E4 : « (...) je vais organiser dans le temps en fonction de l'évolution du patient, les médiations. J'adapte tout au patient. »
	E5 : « L'autonomiser c'est pas faire à sa place, (...) c'est faire ensemble les activités »

Pour E1, E2, E3 et E4, la reprise d'une autonomie psychique peut être un objectif atteignable par la participation occupationnelle dans une activité. E2 et E3 soulignent la place importante de l'activité significative et significative pour engager les patients. E3 et E5 estiment que cela ne peut pas se faire sans alliance thérapeutique.

Pour que la participation occupationnelle d'un patient dans une médiation puisse agir en faveur d'une reprise d'une autonomie psychique, E1, E3 et E4 témoignent adapter les activités à l'évolution du patient. Pour E2 et E5, c'est surtout une question de laisser faire les patients, leur laisser avoir accès à une certaine autonomie.

3.4. Thème 4 : Le cadre thérapeutique, garant de l'autonomie psychique

Tableau 4 : Résultats bruts du thème 4 organisés en spécification selon chaque ergothérapeute.

Cadre thérapeutique	
L'encadrement du cadre	E2 : « Le cadre thérapeutique, c'est les règles, mais c'est aussi toi, ton cadre personnel, comment tu te comportes. Si tu es froid, très sévère, (...) forcément les choses vont émerger plus difficilement. »
	E3 : « (...) le cadre institutionnel posé, par extension notre cadre, nous ergothérapeutes. »
	E4 : Nous ne sommes qu'une condition de présence. Dans le temps de la présence, nous allons moduler l'activité. »
	E5 : « il n'y a pas vraiment de technique en psychiatrie. C'est pas un savoir-faire qu'on nous demande, plutôt un savoir-être. Et ça s'apprend (...) dans la rencontre, et ça prend du temps à s'installer. »
Fonctions du cadre thérapeutique	E1 : « (...) avoir la responsabilisation du patient par le biais des horaires »
	E2 : « Ça permet d'avoir un accompagnement où on va venir questionner la maladie, les troubles, etc. (...) parce que le cadre s'y prête. »
	E3 : « la contenance (...) avec des règles, des rituels, des locaux toujours les mêmes, des portes fermées, avec toujours les mêmes horaires, les mêmes soignants. C'est donner un repère. (...) C'est grâce à ça qu'on symbolise aussi la contenance psychique pour accéder à l'autonomisation psychique justement progressive du patient. »
	E4 : « c'est l'un des piliers de nos prises en charge. Dans le sens où un patient psychotique, il a besoin d'être contenu, d'autant plus quand il peut avoir des accès de violence. »
	E5 : « Je pense que c'est essentiellement ça le terme qu'il faudrait retenir, celle de la contenance. »
Apport du cadre thérapeutique dans la pratique en ergothérapie	E1 : plus que nécessaire et sur lequel on s'appuie tout le temps quand on fait les activités thérapeutiques et même les règles et le cadre que l'on impose aux patients pour venir en activité : les horaires (...) pour rentrer dans le fonctionnement du service »
	E2 : « Il oriente tes objectifs. »
	E3 : « (...) que le patient revienne petit à petit dans une réalité qui est certaine, la prise de conscience des troubles s'effectue ici. »
	E4 : « Il y a un tas de règles (...) qui font le cadre. L'ergo, c'est un peu une ouverture dans ce cadre, que d'être tout le temps enfermé dans leur unité de vie. »
	E5 : (...) la contenance qu'on va proposer, le fait qu'on va garantir la place de chacun, la parole, que personne ne va disparaître, qu'on va pouvoir se rencontrer aussi dans quelque chose qui n'est pas menaçant (...). C'est l'expérience de l'altérité à travers (...) un média. »
Intérêt de la mise en place d'une ritualisation dans le cadre	E1 : « (...) des patients atteints de troubles schizophréniques avec des troubles cognitifs qui ont peu d'accès au second degré (...), donc ils ont besoin de repères stables, concrets, et tout ce qui est un peu imagé, c'est hyper compliqué pour eux. » « Ca favorise l'engagement parce qu'il n'y a pas de surprise. »
	E2 : « Le fait d'avoir quelque chose qui a un caractère régulier, où il y a une rythmicité, c'est rassurant. »
	E3 : « C'est toujours un peu le même procédé de séance, le rituel d'accueil, le corps de la séance, la verbalisation (...). C'est très important dans le sens où (...) les patients sont très désorganisés, très délirants, parfois même dangereux (...) dû à leurs idées délirantes. Et l'établissement de repères, de rituels (...) est essentiel pour (...) favoriser l'unicité psychique, (...) ça intervient aussi dans l'autonomie, la capacité de penser par soi-même. »
	E4 : « (...) renforcer l'autonomie psychique dans le sens où, à un moment donné, ça devient automatique. Il n'a plus besoin de réfléchir, de se demander ce qu'il doit faire, etc. Ça va forcément le valoriser (...), ça renforce la participation. »
	E5 : « Je pense que c'est plus la rythmicité (...) qu'une ritualisation, (...), si un jour un patient veut changer quelque chose, on discute, on essaie de comprendre pourquoi ou ce qu'il se passe. Il ne va jamais arriver le même, (...), moi aussi, que la dernière fois. »
Ambivalence de la ritualisation auprès de patients schizophrènes	E1 : « (...) je pense que la ritualisation fait qu'il y a aussi le côté un peu automatique, (...) sans réfléchir (...), du coup plus forcément être conscient de ce qu'il fait. »
	E2 : « C'est rassurant et ça amène une certaine contenance pour ces patients schizophrènes. Maintenant, il ne faut pas non plus qu'elle soit délétère. (...) Il faut aussi parfois casser ce rythme. Tu peux avoir des patients qui, sont dans une forme d'apragmatisme, et qui vont s'enfermer dans quelque chose d'assez chronicisant. Ils vont vouloir faire toujours la même chose »

	« Le cadre très ritualisé, très strict de l'UMD ça a l'avantage de contenir les patients en pleine crise (...). Un peu plus négatif, c'est qu'au long cours, ces habitudes, ces rituels ça enferme le patient (...) dans un processus où il n'y a pas de choix en fait (...) il n'est pas acteur tout simplement, (...) il subit le cadre, il subit les rituels. »
	E4 : « On a des patients qui ont des capacités cognitives un peu supérieures aux autres, et qui en profitent. »
	E5 : « Les patients (...) ils sont très ritualisés pour certains. Il y a certains patients où vous changez quelque chose de leur quotidien (...), ça remobilise une angoisse mais qui est insupportable. »

E2, E3, E4 et E5 estiment que l'encadrement du cadre par le thérapeute est une dimension essentielle à considérer dans le cadre thérapeutique proposé aux patients et dans la modulation de l'activité. Ce cadre thérapeutique est utilisé par 3 ergothérapeutes sur 5 principalement pour sa fonction de contenance. E3 appuie le fait que cette contenance psychique va permettre une autonomie psychique. Pour les 2 autres, il permet soit de responsabiliser le patient soit de venir aborder la maladie. E2 exprime que le cadre va orienter ses objectifs.

Les 5 participants se rejoignent pour dire que la ritualisation du cadre thérapeutique va permettre d'apporter des repères stables et rassurants favorisant l'unicité psychique face à des patients qui peuvent présenter différents degrés de désorganisation psychique. Néanmoins, E2 et E5 insistent plutôt sur la terminologie de rythmicité plutôt que de ritualisation.

L'ambivalence de la ritualisation du cadre thérapeutique a été retrouvée dans les expériences et le discours de chacun des participants du fait qu'elle permet de rassurer par sa contenance, mais que par les automatismes qu'elle peut entraîner sur une longue durée, certains patients peuvent en profiter pour rester dans une forme d'apragmatisme chronique, en préférant subir le cadre et en devenant passif dans ses soins.

4. Analyse thématique des résultats au regard des objectifs d'enquête

4.1. Objectif 1 : En début d'entretien, je devrai recueillir les informations sur les modalités d'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes suivis en UMD.

Pour répondre à cet objectif, le choix de faire la distinction entre deux sous-objectifs avait été effectué.

4.1.1. Sous objectif 1 : Repérer comment l'ergothérapeute accompagne la reprise de l'autonomie psychique des patients schizophrènes suivis en UMD tout au long de leur hospitalisation.

D'après les résultats, l'accompagnement de la reprise de l'autonomie psychique va dépendre du sens que l'ergothérapeute met derrière. Les participants accompagnent leur patient dans cette autonomie psychique en agissant sur ses sous-composantes, à savoir la liberté d'agir et de choix et les capacités de jugement, d'anticipation et de raisonnement. Pour se faire, soit les professionnels vont aller solliciter les

patients, soit ils vont les laisser essayer de faire par eux-mêmes. De manière générale, l'autonomie psychique n'est un objectif travaillé en aigu mais plutôt fixé sur du long terme, après la phase d'évaluation et d'installation de l'alliance thérapeutique.

4.1.2. Sous objectif 2 : Repérer de quelle manière l'ergothérapeute favorise la recherche d'une participation occupationnelle des patients schizophrènes suivis en UMD.

La participation occupationnelle n'est pas un concept qui semble facilement applicable en UMD d'après les ergothérapeutes mais elle semble liée à l'autonomie psychique. Pour favoriser cette participation occupationnelle, ils vont engager les patients par le biais du concept de volition, et plus précisément la motivation et les intérêts du patients. Cet engagement est aussi réalisable d'après les participants par l'investissement de la relation thérapeutique, et plus précisément, l'alliance thérapeutique.

4.2. Objectif 2 : Au cours de l'entretien, je pourrai identifier la manière dont la participation occupationnelle d'un patient peut permettre une reprise progressive d'une forme d'autonomie psychique.

La participation occupationnelle semblerait favoriser la reprise d'une autonomie psychique, par le biais de l'engagement des patients dans des activités signifiantes et significatives qui sont adaptées au parcours de soins du patient. L'alliance thérapeutique avec l'ergothérapeute apparaît comme un levier d'action entre la participation occupationnelle et la reprise d'une autonomie psychique. Il est à noter que la capacité de performance des patients est altérée de par la schizophrénie mais aussi de par le cadre.

4.3. Objectif 3 : A la fin de l'entretien, je pourrai déterminer si un cadre thérapeutique contenant favorise la participation occupationnelle dans les médiations thérapeutiques des patients schizophrènes en agissant sur l'habituatation.

La contenance est la fonction principalement investie du cadre par les ergothérapeutes. Elle permet d'apporter des repères stables et rassurant en faveur d'une unicité psychique limitant la désorganisation psychique et permettant de développer une autonomie psychique. Néanmoins, l'apport de repères stables et donc d'une ritualisation peut amener des automatismes pouvant renforcer l'apragmatisme en lien avec la maladie et donc devenir un obstacle à la participation occupationnelle.

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence l'influence du cadre thérapeutique dans l'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes en Unité pour Malades Difficiles dans une visée de reprise d'autonomie psychique.

L'accompagnement de la reprise d'une autonomie psychique est bien un des objectifs fixés par les ergothérapeutes en UMD, mais plutôt envisagé à long terme, une fois la relation thérapeutique installée. Cette autonomie psychique renvoie dans la littérature aux capacités de jugement, d'anticipation, de raisonnement ainsi qu'à la liberté d'agir (Geyer, 2014). Ce sont bien ces composantes de l'autonomie psychique qui ont été citées par certains ergothérapeutes. Néanmoins, pour d'autres, ce sont plutôt les composantes de l'auto-détermination qui sont évoquées, et notamment ce qui attrait à la conscience et à la connaissance de soi (Wehmeyer & Sands, 1996). Par rapport à la maladie, les résultats confirment l'altération de l'autonomie du patient par les manifestations pathologiques de la schizophrénie (Mallet et al., 2010). Face à ce phénomène, l'autonomie psychique peut effectivement être retrouvée par la capacité d'agir dans des activités signifiantes et significatives (Riou & Le Roux, 2017). Permettre l'agir dans ses activités revient d'abord à susciter l'engagement du patient pour viser la participation occupationnelle dans les médiations. De ce fait l'ergothérapie permettrait une reprise d'une forme d'autonomie (Riou & Le Roux, 2017). Les résultats de l'étude permettent de mieux comprendre ce phénomène car ils ont mis en évidence que la volition peut favoriser la participation occupationnelle en proposant des médiations pour lesquels les patients sont motivés et ont de l'intérêt, en rapport avec la reconnaissance des troubles (Morel-Bracq, 2009) et concordant avec la partie théorique. Les ergothérapeutes ont pu compléter cela en mettant en évidence que cet engagement dans la médiation permettant la participation occupationnelle du patient va aussi être possible grâce aux autres sphères de l'être occupationnel présenté dans le MOH. Agir sur la capacité de performance va permettre de modifier le vécu douloureux des patients qui est souvent en lien avec une rupture de la réalité dans la psychose. L'habitué favorise également la participation occupationnelle des patients en apportant un caractère rassurant et sécurisant aux patients schizophrènes, leur permettant de développer une forme d'autonomie psychique, notamment par le biais de règles et de repères spatiaux-temporels répétitifs inhérents au cadre thérapeutique. Tout cela par le biais de la fonction de contenance du cadre permettant l'unicité psychique et luttant contre la désorganisation psychique. Si la contenance par le biais de repères répétitifs peut être bénéfique pour certains patients, pour d'autres, cette ritualisation peut être délétère du point de vue de l'autonomie car elle va amener des automatismes qui peuvent renforcer l'apragmatisme. Par ailleurs, les ergothérapeutes avaient plutôt tendance à parler de « rythmicité » que de « ritualisation » comme dans la littérature.

Les résultats de la présente étude ont donc partiellement validé l'hypothèse émise qui était la suivante : **L'ergothérapeute en UMD favorise la participation occupationnelle des patients schizophrènes en s'appuyant sur un cadre thérapeutique contenant lors des médiations thérapeutiques. Elle va permettre une reprise progressive de l'autonomie psychique en agissant sur l'habitation.**

2. Aspects critiques dégagés

Ce travail d'initiation à la recherche comporte plusieurs limites et biais.

2.1. Les biais

Le premier biais se rapporte au recrutement des participants de l'enquête, où j'ai effectivement interrogé deux ergothérapeutes du même service, induisant de ce fait un biais de sélection puisque l'échantillon étudié sera moins représentatif.

Le deuxième biais concerne ces mêmes participants, qui étaient mes tuteurs lors de mon stage de troisième année et donc par conséquent, avec lesquels j'avais déjà pu échanger quelques mots sur mon projet de recherche. Bien que mon travail était peu avancé à ce moment-là, et qu'il a pu évoluer depuis, un biais de désirabilité sociale peut être impliqué dans les résultats.

Le troisième biais a un rapport avec le déroulement des entretiens, et notamment l'interprétation des ergothérapeutes sur les concepts précis de l'autonomie psychique et de la participation occupationnelle et pour lesquels je ne peux pas m'assurer que le même sens ait été intégré de la même manière pour chacun des participants.

2.2. Les limites

La première limite de cette étude réside dans les caractéristiques des participants et notamment dans la taille de l'échantillon restreint et donc pas forcément représentatif de la pratique dans tous les UMD de France.

La deuxième limite de ce travail concerne le mode de passation des entretiens. En effet, en les réalisant (4/5) par téléphone, je n'avais pas accès à la communication non verbale des participants, qui aurait pu permettre un étayage de l'analyse.

La troisième de cette étude est liée à la méthode d'investigation et notamment à la Loi Jardé qui impose le recueil de la perception de l'ergothérapeute et non du patient, biaisant les résultats puisque ce sont des concepts subjectifs.

La quatrième et dernière limite est plutôt en lien avec le modèle occupationnel que j'ai utilisé, à savoir le MOH, qui a pu me mettre en difficulté dans son application empirique, avec des termes qui n'étaient pas forcément connus par les ergothérapeutes. De plus, sur le terrain, les ergothérapeutes m'ont plutôt orienté vers des mouvements psychodynamiques.

3. Perspectives de recherche

Au cours des entretiens avec les ergothérapeutes et le travail de recherche théorique, différentes perspectives de recherche ont pu émerger.

Tout d'abord, l'analyse des entretiens a mis en évidence que plus que l'autonomie psychique, c'était l'autodétermination qui était recherchée par certains ergothérapeutes, notamment du fait d'un travail autour de la maladie et de la reconnaissance des troubles. Il paraît donc intéressant d'aller interroger ce concept qui apparaissait dans la littérature comme impossible à mettre en place en UMD du fait des importantes restrictions.

Ensuite, puisque l'autonomie psychique s'est révélée être un objectif à long terme, il serait pertinent de se focaliser sur un moment du parcours de soins du patient en UMD où elle est cruciale, celui qui représente une période critique dans l'adhésion des soins pour éviter les rechutes éventuelles, à savoir la sortie d'UMD vers un service de secteur. Effectivement, le patient passe d'un environnement très contenant à un environnement où le cadre peut être plus souple et, ce qui n'est pas forcément rassurant pour lui, ce serait intéressant d'étudier cette transition occupationnelle.

Enfin, les UMD sont présentes au nombre de 10 sur le territoire. Il semble donc tout à fait envisageable et intéressant d'interroger au moins un ergothérapeute de chaque établissement pour se saisir des nuances et de l'organisation de toutes les structures. Le plus enrichissant en terme de recherche serait de pouvoir recueillir les données de l'ensemble des ergothérapeutes qui évoluent en UMD par le biais d'une méthodologie quantitative afin d'avoir une représentation globale de la pratique dans ce service, en augmentant la puissance de l'échantillon et de ce fait, obtenir des résultats significatifs.

CONCLUSION

La compréhension de l'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes en UMD est importante afin de déterminer à quel point certains facteurs peuvent contribuer à une altération de l'autonomie des personnes, notamment dans un cadre de privation occupationnelle entraînée par l'expression de la psychose et l'enfermement institutionnel. Parmi eux, la fonction de contenance du cadre thérapeutique s'est révélé agir sur l'habitation et la volition des patients en favorisant l'engagement des patients dans la participation occupationnelle et donc en permettant la reprise progressive de l'autonomie psychique. Dans la fonction de contenance, la ritualisation semble avoir des bénéfices sur certains patients de par son côté rassurant, mais également des conséquences délétères sur d'autres patients, de par les automatismes développés.

En partant de la question de départ qui était « Quelle est la place de l'ergothérapie dans un lieu de privation occupationnelle comme l'Unité pour Malades Difficiles ? », ce travail rend compte d'un ensemble d'objectifs et de moyens à disposition des ergothérapeutes. Néanmoins, en reprenant cette question à la fin de ce travail, ma perception concernant le concept de privation occupationnelle a pu évoluer. Comme l'a souligné E2, les patients schizophrènes hospitalisés en UMD connaissent une privation occupationnelle d'abord induite par la manifestations pathologique, notamment en lien avec le syndrome de repli autistique pouvant comprendre une forme d'apragmatisme, et non induite par le cadre institutionnel strict et l'enfermement en tant que tel.

Ce projet d'initiation à la recherche permet l'apport d'un modèle occupationnel dans un lieu de pratique où l'approche utilisée par les ergothérapeutes est plutôt orientée psychodynamique, comme les entretiens ont pu le mettre en évidence.

Au niveau personnel, j'ai toujours été attirée par le domaine de la recherche, et le fait de pouvoir investir le terrain avec une approche en ergothérapie et non plus en ingénierie et sciences du mouvement humain, s'est révélé instructif. Normalement habituée à une méthodologie et une analyse quantitative sur des échantillons avec un indice de puissance élevé, j'ai pu ici conduire une étude avec des données qualitatives, ce qui m'a permis d'appréhender toutes les étapes nécessaires à son aboutissement, c'est-à-dire la construction du cadre théorique et de la problématique, le choix de la démarche et du protocole ainsi que la méthode d'investigation et d'analyse. L'étape la plus complexe à mon sens relevait de la construction de la grille d'analyse, et plus précisément au niveau du travail de synthétisation, qui peut me mettre en difficulté lors de la présence d'un grand volume de contenu à exploiter.

Comme évoqué précédemment, ce travail de recherche a pu soulever certaines pistes de réflexion concernant la taille de l'échantillon et la précision de la temporalité du parcours de soins. Le choix de s'intéresser à l'autonomie lors de la sortie d'hospitalisation vers un service de secteur a été énoncé. Il serait intéressant de se rapprocher des services intermédiaires permettant la continuité des soins, comme par exemple les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques, et étudier la relation l'alliance thérapeutique qui est un concept énoncé plusieurs fois lors des entretiens comme étant une condition de l'engagement et de la participation dans une visée de reprise d'une autonomie psychique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bibliographie :

- Adant, G. (1999). Préambule à une réflexion autour des concepts d'indépendance et d'autonomie. *Journal d'ergothérapie*, Vol. 21/4, pp. 193 - 197.
- AESP, CNUP, CUNEA. (2021). *Référentiel de Psychiatrie et addictologie: Psychiatrie de l'adulte, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Addictologie*. Presses universitaires François-Rabelais.
- Airagnes, G. (2012). L'insight et ses spécificités dans la schizophrénie. *Perspectives Psy*, 51, 14-21. <https://www.cairn.info/revue--2012-1-page-14.htm>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- ANAES, Le dossier du patient en ergothérapie, 2001, p. 26-27 in Riou G. (2016), p. 17.
- Azoulay, M., Raymond, S., Bouchard, J.-P., Fau-Vincenti, V., & Gasman, I. (2020). Histoire et fonctions des Unités pour malades difficiles (1re partie). Du quartier de Sûreté à l'unité pour malades difficiles de Villejuif, plus d'un siècle de prise en charge. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 178(1), 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.11.002>
- Baptista, T. (1999). Body weight gain induced by antipsychotic drugs: Mechanisms and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10908.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brun, A., Chouvier, B. & Roussillon, R. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brun.2019.02>
- Cavalli, S. (2007). Modèle de parcours de vie et individualisation. *Gérontologie et société*, 30(123), 55-69. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0055>
- Coldefy M, Gandré C. (2020). *Atlas de la santé mentale en France*. IRDES, Paris. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>
- Connor, L., Wolf, T., Foster, E., Hildebrand, M. & Baum, C. (2016). Chapitre 9. Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. Dans : éd., *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 125-137). De Boeck Supérieur.
- Christiansen, C. H., et Townsend, E. S. (2010). *Introduction to occupation: The art and science of living* (2e éd., p. 231). Londres : Pearson Education.
- Delaisse, A-C, Bodin, J-F, Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq (2022). *L'ergothérapie en France : une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- De Lassus Saint-Genies, E., Raymond, S., Dalmont, M., Guillin, O., Bouchard, J.-P., & Gasman, I. (2023). Étude Nationale Française du Profil des patients hospitalisés en Unité pour malades

difficiles. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique.*
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.08.001>

- Desruisseaux Rouillard, F. (2012). *Observation*. Dans Unipsed.net. Repéré à unipsed.net/index.php/articles/223-observation
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenant: Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenant du thérapeute.. *Gestalt*, 37, 140-153. <https://doi.org/10.3917/gest.037.0140>
- Fayn, M., des Garets, V. & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*, 119, 55-73. <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>
- Fisher, A.G.(2009). *Occupational therapy intervention process model*. Fort Collins, Draft Edition, p. 173.
- Franck, N. (2013). Clinique de la Schizophrénie. EMC - *Psychiatrie*, 10(1), 1–16. [https://doi.org/10.1016/s0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/s0246-1072(12)59577-5)
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Geyer, S. (2014). Le programme de soin : de la dépendance à l'autonomie ?. *Cliniques*, 8, 106-121. <https://doi.org/10.3917/clini.008.0106>
- Hautecouverture, S., Limosin, F., Rouillon, F., (2006) *Épidémiologie des troubles schizophréniques*, Presse Med. 35 : 461-8, Masson, Paris.
- Hochmann, J. (2022). *Histoire de la psychiatrie*. Presses Universitaires de France.
- Isebaert, L. & Cabié, M. (2006). 3. La relation thérapeutique. Dans : , L. Isebaert & M. Cabié (Dir), *Pour une thérapie brève: Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie* (pp. 69-95). Toulouse: Érès.
- Katsaros, I. & Durr, L. (2018). Entre contrainte et soin médiatisé, le tissage du lien en umd. *VST - Vie sociale et traitements*, 137, 82-88. <https://doi.org/10.3917/vst.137.0082>
- Kelemen, E. (1996). Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens. *Journal d'ergothérapie*, 18(3), pp. 101-108.
- Lamer, A., Saint-Dizier, C., Wathelet, M., Horn, M., Thomas, P., Guillin, O., Coldefy, M., D'Hondt, F., Le Bosse, Y. (2003). De l'« habitude » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'« empowerment ». *Nouvelles Pratiques Sociales*, Vol.16, n°2.
- Mallet, L., Masson, A., Delatte, B., Domken, M.-A., Floris, M., Pirson, O., Dubois, V., Gillain, B., Stilleman, E. & Detraux, J. (2010). *L'autonomie et son évaluation dans les troubles schizophréniques* (10)15, pp. 4-5.
- Manaouil, C., & Berly, A. (2020). Les soins sans consentement chez les Mineurs. *La Presse Médicale Formation*, 1(6), 582–589. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2020.09.014>
- Ménard, M. (2016). La fabrique du cadre. Dans : Hélène Hernandez éd., *Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 55-72). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.herna.2016.01.0055>

- Marquet, J. ; Van Campenhoudt, L. & Quivy, R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Armand Colin. 6^e édition.
- Morel-Bracq, M. (2012). Chapitre 2. Modèles conceptuels en ergothérapie pédiatrique. Dans : Aude Alexandre éd., *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 27-39). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0027>
- Morel-Bracq, M., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É .. & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. Dans : Marie-Chantal Morel-Bracq éd., *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir: Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499. <https://doi.org/10.3917/psy.482.0425>
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Les Cahiers de l'ÉESP.
- Meyer, S. (2005). L'élaboration d'une terminologie consensuelle en ergothérapie. *Ergothérapie*, 19, 11-16.
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144, 12-40. <https://doi.org/10.3917/aatc.144.0012>
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2005). Model of Human Occupation Screening Tool. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t52666-000>
- Pibarot, I. (1978). Dynamique de l'ergothérapie, *Journal d'Ergothérapie* (26).
- Pelletier, J. E., & Joussemet, M. (2019). Le soutien à l'autodétermination des personnes ayant une déficience intellectuelle Autonomy support for people with an intellectual disability. *Revue de Psychoéducation*, 43(1), 37. <https://doi.org/10.7202/1061199ar>
- Pierce, D. (2014) traduit par Morel-Bracq, M.-C. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Pluss, M. (2016). Facteurs clefs destinés à favoriser l'autonomie et l'autodétermination des usagers. *Pratiques en santé mentale*, 62, 21-24. <https://doi.org/10.3917/psm.163.0021>
- Riou, G. & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 135, 104-110. <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>
- Roth, E-M., Heitzmann, E. (2008). « Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (unité pour malades difficiles) », *Travailler*, n° 19, p. 81-102.
- Roussillon, R. (2016). Aspects métapsychologiques des Médiations Thérapeutiques. *Cliniques*, N° 12(2), 230–245. <https://doi.org/10.3917/clini.012.0230>
- Saint-André, S., Richard, Y., Doukouré, M., Caraes, P., Porchel, G., & Lazartigues, A. (2011a). Activités à médiation : De l'occupationnel au thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(3), 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.09.007>
- Sève-Ferrieu, N. (2008). Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. *EMC - Kinésithérapie - Médecine Physique - Réadaptation*, 4, 1–15.

- Silvestre, M. (2008). Autonomie et dépendance(s): Une Histoire de Lien. *Thérapie Familiale*, Vol. 29(1), 37–41. <https://doi.org/10.3917/tf.081.0037>
- Tétreault, S. & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.O1>
- Tosquelles, F. (1967). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Éres.
- Vanier, P. (1995). Manifestes Médiologiques. *Études de Communication*, (16), 195–199. <https://doi.org/10.4000/edc.2507>
- Vaucher, J. (2015). Autonome vs indépendant. *VST - Vie sociale et traitements*, 126, 128-129. <https://doi.org/10.3917/vst.126.0128>
- Velpry, L. (2016). « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie : Le cas des unités pour malades difficiles. *Sociétés contemporaines*, 103, 65-90. <https://doi.org/10.3917/soco.103.0065>
- Voyer, M., Senon, J., Paillard, C. & Jaafari, N. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique*, 85, 745-752. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0539>
- Wehmeyer, M. L., Abery, B. H., Mithaug, D. E., Stancliff, R. J. (2003). *Theory un self determination. Foundations for Educational Practice*. Charles Thomas.
- Wehmeyer, M. L. & Sands, D.J. (1996). *Self-determination across the life span : Independence and choice for people with disabilities*. Paul H. Brookes Editors.
- Wehmeyer, M. L., Yeager, D., Bolding, N., Agran, M., & Hughes, C. (2003). The Effects of Self-Regulation Strategies on Goal Attainment for Students with Developmental Disabilities in General Education Classrooms. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15(1), 79–91. <https://doi.org/10.1023/A:1021408405270>
- Winnicott D.W. (1951), Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. fr. J. Kalmanovitch, 1969, Paris, Payot, pp. 169-186.
- Wong L. (2008). Data analysis in qualitative research: a brief guide to using nvivo. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 3(1), 14–20.

Sitographie :

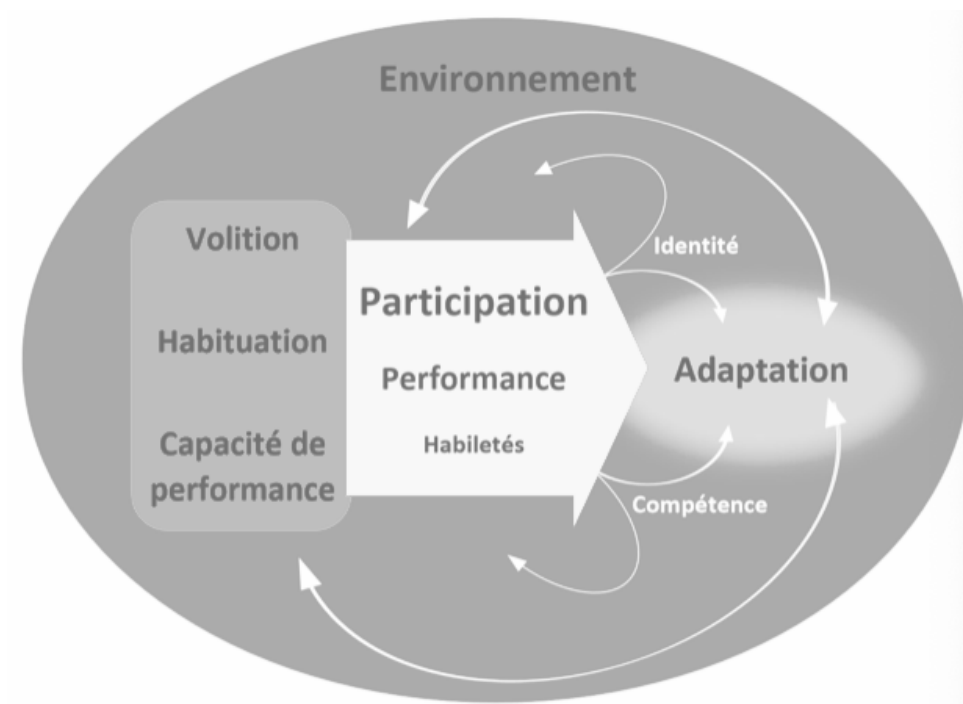
- ANFE (2021, juillet). Ergothérapie et santé mentale. Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Repéré à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf
- ANFE. Qu'est-ce que l'ergothérapie. Repéré à https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine CRMOH, Ulaval. (2020, March 13). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. <https://crmoh.ulaval.ca/>
- Ballouard, C. (2008). *Psychomotricité*. Dunod.

- Cour des comptes. (2021, February 16). *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>
- Launois , M. (n.d.). *Activités ou médiations ?*. Ergopsy. <http://www.ergopsy.com/activites-et-mediations-experiences-signifiantes-c87-194.html>
- Legifrance. Article 122-1 – Code pénal. Repéré à
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029370748#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%2001%20octobre%202014,-Modifié%20par%20LOI&text=N%27est%20pas%20pénalement%20responsable,le%20contrôle%20de%20ses%20actes
- Legifrance. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072816/>
- Legifrance. Art R6111-40-5 - Code de la Santé Publique. Repéré à
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046091984
- Legifrance. Article R3222-1 – Code de la santé publique. Repéré à
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972128
- Legifrance. Section Unique : Unités pour malades difficiles. Repéré à
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000024375859/2011-08-01>
- Llorca, P-M. (2004). La schizophrénie. Encyclopédie Orphanet.
<https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2016, 15 décembre). L'utilisation de modèles et d'approches propres à notre profession : faire ressortir notre spécificité d'ergothérapeute.
- Santé Publique France (2023, 6 décembre). Santé Mentale. Repéré à
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- Sénat. (2010, 5 mai). Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Repéré à <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.html>.
- VIDAL. (2018, 31 août). Les médicaments de la schizophrénie. Repéré le 17 avril 2024 à
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses/medicaments.html>.
- Vie publique (2021, 2 mars). Psychiatrie : comment améliorer les parcours de soins des patients ? Repéré à
<https://www.vie-publique.fr/en-bref/278758-les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>
- World Health Organization. (n.d.). *Principaux repères sur la schizophrénie*. World Health Organization.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

ANNEXES

Annexe 1	II
Annexe 2	III
Annexe 3	V
Annexe 4	IX
Annexe 5	XVII

Annexe 1 : Représentation schématique en français de la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner, d'après le Centre Ressource du Modèle de l'Occupation Humaine de l'Université Laval à Québec (CRM OH).



(Disponible sur <https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2024/01/Schema-MOH-2024-couleurs-France.png>)

Annexe 2 : Formulaire de consentement écrit transmis et rempli par chacun des participants à l'enquête en amont de l'entretien.

Consentement dans le cadre d'un mémoire de recherche

Objet de l'accord : Autorisation à réaliser un entretien auprès de

Motif : Réalisation d'une recherche dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en ergothérapie.

Période : mars, avril, mai 2024

Article 1 : La présente convention règle les rapports entre ;

Madame *Solenn NICOLLO*, résidant à **adresse** et étudiante en ergothérapie à l'IFE de Créteil UPEC, 80 avenue du général de Gaulle 94000 Créteil.

Et Madame/ Monsieur ... , ergothérapeute DE exerçant à ...

Article 2 : Le présent document définit les règles de l'accord suivant lesquels se dérouleront les temps de présence de Mme. Solenn NICOLLO auprès des personnes. Il définit aussi l'usage des informations qui seront recueillies par Solenn NICOLLO lors de sa présence auprès des personnes.

Article 3 : Mme Solenn NICOLLO réalise ce travail d'investigation dans le cadre de son mémoire de fin d'étude ayant pour objet d'études « *L'accompagnement en ergothérapie dans la reprise d'une autonomie psychique des patients schizophrènes en UMD* ». Ainsi, l'objectif fixé est de pouvoir recueillir une quantité non déterminée de données empiriques dont l'analyse sera à même d'offrir des éléments de compréhension sur l'influence du cadre dans l'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes en UMD dans la reprise de l'autonomie psychique par une participation occupationnelle dans des médiations thérapeutiques.

Article 4 : Mme Solenn NICOLLO signe cet accord à titre individuel. La responsabilité de l'IFE –UPEC ne saurait être visée.

Article 5 : Mme Solenn NICOLLO reconnaît avoir souscrit un contrat de RESPONSABILITE CIVILE auprès de la MACIF, société d'assurance dont le siège est situé à Paris XV.

Article 6 : Dans le cadre de cette recherche, et pour s'assurer d'une récolte efficace des données empiriques, Mme Solenn NICOLLO utilisera des modalités d'enregistrement audio.

Article 7 : Les documents de synthèse écrits par Mme Solenn NICOLLO (mémoire, article, chapitre d'ouvrage, présentation en séminaires et conférences, etc....) seront entièrement anonymisés, si bien qu'aucune information ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à ce travail de recherche.

Article 8 : Mme Solenn NICOLLO s'engage à faire parvenir en temps voulu et selon le désir des personnes, un exemplaire de son mémoire finalisé. Selon les désirs des personnes et des professionnels, et les possibilités de Mme Solenn NICOLLO, une communication de son travail pourra être envisagée. Relevant des articles L.111-1 et L.123-1 du code de la propriété intellectuelle, aucun autre droit sur le travail de recherche de Mme Solenn NICOLLO ne pourra être recherché.

Document établi en 3 exemplaires à Créteil le 02/05/2024

LU ET APPROUVE

Mme Solenn NICOLLO

Signature

Ergothérapeute D.E

Signature

Annexe 3 : Modèle du guide d'entretien.

Date :

Lieu :

Durée :

Objectifs	Thèmes	Questions	Critères d'évaluation	Relances
Lors du temps de présentation, je devrai identifier les caractéristiques de mon public.	Présentation de la personne	Pouvez-vous vous présenter en quelques mots et préciser votre parcours professionnel ?	- Genre, - Année de diplôme ; - Expériences professionnelles antérieures, - Formations complémentaires, - Année(s) de pratique en psychiatrie et en UMD, - Évocations des raisons de travailler en UMD.	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? Depuis combien de temps travaillez-vous au sein d'une UMD ? Quelles étaient vos motivations pour ce poste ? Avez-vous suivi des formations complémentaires ?
(1) En début d'entretien, je devrai recueillir les informations sur les modalités d'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes suivis en UMD.	La pratique en UMD	Pouvez-vous me préciser les caractéristiques de l'accompagnement des patients en UMD ?	- Le nombre d'ergothérapeute dans l'UMD est cité ; - Précisions au niveau du contexte clinique (DSM-V) et judiciaire des patients ; - Évocation des particularités de l'UMD : l'architecture, le cadre institutionnel, l'organisation sont citées, en regard de leur expérience antérieure dans d'autres lieux (sur secteur, en somatique), - Référence à des termes relatifs à l'accès restreint aux occupations : privation occupationnelle, déséquilibre occupationnel, participation et performance occupationnelle limitées, etc.	Comment s'organise votre service ? Avec quels autres professionnels travaillez-vous ? Est-ce qu'il y a d'autres ergothérapeutes dans votre service ? Quels sont les spécificités des patients hospitalisés en UMD ? Beaucoup de récidives ? Pouvez-vous me parler des particularités de l'UMD en comparaison d'un service de secteur ? Je pense par exemple aux mesures de sécurité ou à la présentation clinique des patients ? Le contexte environnemental de l'UMD influence-il l'être et l'agir du patient schizophrène ? Comment se passe l'accès au niveau des

				occupations des patients ? Quelles sont les conséquences de la privation occupationnelle auprès de ce public, à savoir auprès de patients schizophrènes ?
(2) Repérer comment l'ergothérapeute accompagne la reprise de l'autonomie psychique des patients schizophrènes suivis en UMD tout au long de leur hospitalisation.	L'accompagnement en ergothérapie des patients schizophrènes	Pouvez-vous décrire les spécificités de votre pratique en ergothérapie auprès des patients schizophrènes ?	- Les objectifs d'accompagnement des patients schizophrènes sont précisés au regard d'une évolution dans le temps, - Différents moyens en ergothérapie sont cités, - Évocation des médiations et/ou des activités thérapeutiques comme moyen de prise en soins en ergothérapie avec des exemples concrets.	Pouvez-vous me décrire le parcours de soin d'un patient schizophrène suivi dans votre service d'ergothérapie ? Est-ce qu'il y a des spécificités au niveau du cadre thérapeutiques ? Est-ce que vous utilisez un modèle conceptuel dans votre pratique ?
	L'autonomie psychique	Pouvez-vous me définir l'autonomie psychique ? Est-ce que la reprise d'une autonomie psychique est un objectif de votre accompagnement auprès des patients schizophrènes ?	- Évocation du concept/ de sous-concepts de l'autonomie psychique (capacité de jugement, prévoir & raisonner, liberté d'agir et de choix) comme un objectif de l'accompagnement ergo en UMD, <i>Ou</i> - Le participant fait référence à un champ lexical similaire à l'autonomie psychique détaillé en partie conceptuelle : empowerment, mobilisation des ressources de son environnement, autoréalisation, auto-contrôle, autorégulation et/ou auto-détermination, à savoir faire des choix, prendre des initiatives, résoudre des problèmes,	A quel moment de l'accompagnement du patient schizophrène, la reprise de l'autonomie psychique est travaillée ?

			se fixer et atteindre des buts, s'observer, s'évaluer et se valoriser, auto-instructions, promouvoir et défendre ses droits, lieu de contrôle internalisé, sentiment d'efficacité personnelle et anticipation des résultats, conscience et connaissance de soi.	
(3) Repérer de quelle manière l'ergothérapeute favorise la recherche d'une participation occupationnelle des patients schizophrènes suivis en UMD.	La participation occupationnelle (MOH)	Avez-vous déjà entendu parler de participation occupationnelle ? Si oui, pourriez-vous me définir la participation occupationnelle d'un patient ? Sur quels éléments pouvez-vous appuyer dans votre pratique pour susciter/favoriser/renforcer cette participation occupationnelle ?	- Définition de la participation occupationnelle, <i>Ou</i> - Utilisation du vocabulaire d'un camp lexical similaire à la participation occupationnelle : engagement, rendement, habiletés, - Évocation des facteurs influençant la participation occupationnelle : volition : (motivation, intérêt/valeur), habitude, environnement - Référence à des composantes du MOH si le participant utilise ce modèle dans sa pratique.	Quel sens mettez-vous derrière ce concept de participation occupationnelle ? Est-ce que vous l'intégrez à votre pratique en tant qu'ergothérapeute auprès de vos patients schizophrènes ? Comment faites-vous pour susciter l'engagement occupationnel ?
(4) Au cours de l'entretien, je pourrai identifier la manière dont la participation occupationnelle d'un patient peut permettre une reprise progressive de l'autonomie psychique		Est-ce que pour vous l'autonomie et la participation occupationnelle sont en lien ? Si oui, de quelle(s) manière(s) ? Est-ce que la mise en place d'une routine peut-elle renforcer les liens entre les 2 concepts	-	Est-ce que ce lien entre participation occupationnelle et autonomie psychique peut agir directement sur la maladie ? <i>Par exemple, le type comme un travail de symbolisation sur l'insight ?</i>

		précédemment énoncés ? Ou au contraire entraîner des « bénéfices secondaires » où certains patients pourraient se complaire dans cette routine, diminuant à long terme cette autonomie ?		
(4) A la fin de l'entretien, je pourrai déterminer si un cadre thérapeutique contenant lors des médiations favorise la participation occupationnelle (en agissant sur la volition)	Les caractéristiques des médiations thérapeutiques.	Est-ce que vous utilisez des médiations thérapeutiques dans votre accompagnement en ergothérapie ? Comment les mettez-vous en place auprès des patients schizophrènes de votre UMD ? De quelle manière sont organisées vos médiations thérapeutiques pour agir sur la participation occupationnelle d'un patient schizophrène dans un objectif de reprise d'autonomie psychique ? Qu'apporte le cadre thérapeutique à la médiation thérapeutique ? Comment peut-il influencer la participation occupationnelle d'un patient schizophrène ?	- Mise en place d'activités signifiantes / significatives - Individualisation et adaptation du cadre thérapeutique - Les médiations thérapeutiques sont un moyen d'intervention auprès des patients schizophrènes, - Il peut parler d'activités thérapeutiques ou de travail à visée thérapeutique, mais le but recherché concerne la dimension du soin et de la thérapie, - Le cadre thérapeutique est cité comme étant essentiel dans la mise en place d'une médiation, et la relation,	Quelles sont les objectifs de vos médiations thérapeutiques ? Est-ce que le type de médiation peut favoriser la participation occupationnelle ?

Annexe 4 : Retranscription intégrale de l'entretien avec l'ergothérapeute 3 du 29/04/2024 (34 minutes).

Temps d'échange informel : présentation de mon entretien, vérification du consentement et de l'accord d'enregistrement vocal

« SN : Alors, peux-tu te présenter en quelques mots et préciser ton parcours professionnel ?

Ergo 3 : Alors je m'appelle ****, diplômé ergothérapeute d'État en 2019 à l'école de ****. J'ai ensuite eu la chance d'effectuer un premier travail au sein du Groupe Hospitalier **** où j'occupais une place où j'alternais entre une unité pour soins intensifs, un CMP, une unité d'hospitalisation secteur fermé. Et depuis deux ans là, à peu près, 2021, enfin 2022 plutôt, j'occupe une place d'ergothérapeute au sein de l'Unité pour Malades Difficiles ****, celle de ****, en ****.

SN : Et c'était quoi tes motivations pour ce poste en UMD ?

Ergo 3 : Alors, j'ai eu l'occasion de faire un stage en UMD en 2018 pendant ma troisième année de formation. J'ai eu la chance aussi de pouvoir faire un mémoire qui m'intéressait aux Unités pour Malades Difficiles. Et c'est un lieu que j'ai toujours trouvé très humain, très accueillant, malgré la dureté entre guillemets et les murs qui constituent l'institution. C'est là où j'ai trouvé le plus d'humanité, en fait, dans ma prise en soins.

SN : D'accord, merci. Et juste tu peux me rappeler ton âge ?

Ergo 3 : 27 ans.

SN : Merci. Alors, je vais aborder la pratique en UMD. Donc, est-ce que tu peux me préciser les caractéristiques de l'accompagnement des patients en UMD de manière générale ?

Ergo 3 : D'accord. Alors, les patients qu'on envoie en UMD, c'est souvent des patients qui, malheureusement, sont passés à l'acte ou qui sont difficiles à gérer sur secteur. Pour la majorité, ce sont des passages à l'acte hétéro-agressifs, euh sur soignants, sur la famille ou sur d'autres personnes. On a des patients qui sont aussi caractérisés comme difficiles, j'aime pas trop ce terme, mais difficiles sur secteur avec des impasses, thérapeutiques, et avec des chimio-résistances. Donc, on accueille principalement ce public -là. On a aussi des patients qui sont au niveau médico-légal assez... enfin, qui ont des affaires au niveau médico-légal, c'est -à-dire que le passage à l'acte a été... enfin, il y a quelqu'un qui a porté plainte, et du coup, il y a une décision judiciaire qui est en cours. Voilà. On accueille, alors... on a 3 pavillons de ** lits d'hospitalisation homme. On a un pavillon de ** lits d'hospitalisation femme. On est la plus **** UMD de France, et on accueille en tout je crois ** patients un truc comme ça à l'année.

SN : D'accord. Et par rapport aux autres unités psychiatriques plutôt de secteur, est-ce qu'il y a des différences ? Si oui, lesquelles ?

Ergo 3 : Alors oui totalement. Les patients sont uniquement hospitalisés sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat, donc ils sont tous en SPDRE. Et comme je disais auparavant, y a beaucoup de patients qui sont prévenus, c'est-à-dire qu'ils sont en cours d'instruction judiciaire pour des actes médico-légaux suite à leur passage à l'acte. On n'accueille pas de patients en soin libre, bien évidemment. Les séjours d'hospitalisation c'est minimum 6 mois et ça peut durer assez longtemps. C'est une commission d'experts indépendants qui juge de l'aptitude d'un patient à sortir de l'UMD tous les 6 mois.

SN : Très bien. Par rapport aux patients, peux-tu me décrire l'accès aux occupations dans l'UMD ?

Ergo 3 : Alors la majorité du temps, les occupations ils les ont de manière quotidienne avec les infirmiers ou les aides-soignants qui proposent justement à la fois des occupations mais aussi parfois des activités thérapeutiques en collaboration avec soit nous l'ergothérapie, la psychomotricité, les psychologues aussi. Mais généralement en UMD, les règles sont assez strictes. Donc du coup, au niveau de la vie quotidienne, les patients sont assez restreints. C'est-à-dire, les patients n'ont pas le droit, n'ont pas accès à leur téléphone portable, par exemple. C'est souvent des patients qui sont soit en pyjama sur décision médicale ou avec l'autorisation pour les vêtements, et c'est pareil pour tout ce qui est outil de loisir entre guillemets, les MP3, les bandes dessinées, les revues, etc, etc. Tout est sur décision médicale. Donc ça, c'est pour les occupations. Ensuite après, pour, j'imagine que t'y viens après, pour les activités thérapeutiques.

SN : Oui, j'en parlerai après, oui. Là, c'était plus global, voilà, c'est ça. **Et pour savoir, en fait, les conséquences du fait des restrictions dans leurs occupations quotidiennes, les conséquences sur leur maladie ?**

Ergo 3 : Oui, ça les impacte clairement. Enfin, si tu imagines le fait d'être privé de ton occupation principale, que ce soit le travail ou autre source de loisir pendant des mois, voire des années, ça impacte à la fois leur motivation, on ne va pas se mentir, et leur capacité à se projeter vers l'avenir. Il y a des patients qui sont certes très résilients, mais très aussi déprimés par le cadre et par l'UMD. Et du coup, qui sont clairement, je ne sais pas si on appelle ça en manquement occupationnel.

SN : Privation occupationnelle.

Ergo 3 : Privation oui, claire et nette du fait de l'institution.

SN : Ok. D'accord. Merci. Je vais parler plutôt de ta pratique. **Est-ce que tu peux me décrire ta pratique en ergo auprès des patients schizophrènes en UMD et est-ce que tu utilises par exemple un modèle conceptuel ?**

Ergo 3 : Alors, nous, comme tous les ergothérapeutes, nous sommes soumis aux prescriptions médicales. C'est-à-dire qu'on travaille sur prescription médicale, des médecins. On travaille avec les quatre unités d'hospitalisation, comme je disais auparavant. C'est-à-dire qu'on est prescrit pour une grosse ****taine de patients, un peu plus même peut-être, de manière individualisée. C'est-à-dire qu'on rencontre le patient avec le psychiatre pour définir des objectifs thérapeutiques ensemble pour ensuite qu'on puisse l'intégrer à un de nos potentiels groupes thérapeutiques. On fait beaucoup, beaucoup de groupes thérapeutiques. On en train de développer la prise en soins individuelle qui a été amenée petit à petit à l'Unité pour Malades Difficiles, chose qui n'a jamais été fait auparavant.

En termes de groupes thérapeutiques, on a des orientations un peu pour tous les objectifs en ergothérapie que ce soit de la socialisation, de la créativité, du lien à l'autre, développer les fonctions cognitives, l'autonomisation progressive du patient. On utilise beaucoup de supports créatifs, de la mosaïque, de la terre, du dessin. On utilise beaucoup de trucs au niveau des habiletés sociales, notamment le Dixiludo. Ensuite, on a des activités en collaboration aussi avec les psychomotriciennes. Un groupe qui s'appelle Corps et Mouvement où on explore justement les sensations corporelles, l'unification du corps, tout ce qui est schéma corporel, coordination. On fait du mime aussi, on fait de l'écriture, on fait quoi d'autres. On fait du bricolage maintenant, on fait du créatif avec des outils et on fait pas mal de sorties thérapeutiques aussi. Moi, personnellement, j'encadre deux groupes au sein des unités des entrants, on les appelle comme ça. Un groupe chez les femmes et un groupe chez les hommes où justement ce sont des personnes qui ne sont pas considérées encore comme dangereuses et imprévisibles au niveau psychiatrique et qui ne sont pas encore en mesure de monter sur le plateau parce qu'on est un service intermédiaire un peu à part des unités d'hospitalisation où on a un grand grand grand plateau d'ergothérapie. Et justement, dans ces deux groupes qu'on appelle « précoces », j'interviens avec des personnes entrantes qui n'ont pas encore l'autonomie psychique pour monter sur le plateau afin de pouvoir évaluer un petit peu que ce soit au niveau comportemental mais aussi créer une sorte de début d'alliance thérapeutique avec ces gens-là.

SN : Et est-ce que justement tu peux préciser un peu les spécificités du cadre thérapeutique j'imagine qui sont différentes quand tu es en individuel et en groupe ?

Ergo 3 : Au niveau de l'individuel, à l'UMD c'est assez... je dirais pas strict, mais en tout cas c'est très cadrant dans le sens où par exemple en individuel je n'ai pas le droit légalement d'être seul en présence de la patiente ou du patient. C'est-à-dire que je suis obligatoirement accompagné d'un soignant qui ne participe pas forcément pendant la séance mais qui est considéré dans le cadre thérapeutique c'est-à-dire qu'il est forcément avec nous. Au niveau des groupes thérapeutiques, pareil. On a un espace intermédiaire à part, une sorte de grand espace où nous sommes deux infirmiers, un autre soignant, deux ergothérapeutes pour environ ouais 12 patients max en tout, par demi-journée et les conditions se passent. Alors c'est un lieu qui est assez fermé, c'est des groupes qui sont aussi mine de rien assez fermés, assez ritualisés. On a une démarche d'accompagnement pour te dire un peu au niveau déroulé de la séance. Au début on accueille les patients avec un petit café, un petit thé pour justement un rituel d'accueil, les faire prendre conscience qu'ils ne sont plus dans les unités de soins, ils sont dans une autre unité, une unité transversale, un espace intermédiaire où ils peuvent se sentir bien. Ça dure un petit peu, ensuite on a le corps de la séance où on propose justement l'activité thérapeutique au sens propre où justement on est dans le soin pur et ensuite on a généralement un temps de débrief à la fin : *comment ça s'est passé ? quelles émotions ? quelles sensations ils ont ressentis ?* Pour ensuite après aller les raccompagner dans leur pavillon respectif. C'est un cadre qui est quand même assez contenant, assez sécurisant, toutes les portes sont fermées à clé les patients doivent nous demander pour par exemple aller aux toilettes ou des choses comme ça. Mais on essaye d'instaurer un cadre un peu plus souple que dans les unités où les patients sont clairement très très dirigés très très accompagnés dans leur autonomie.

SN : Je vois, merci. Tu as parlé tout à l'heure d'autonomisation des patients, est-ce que tu peux me définir ce terme d'autonomisation et le différencier éventuellement avec l'autonomie psychique ou pas ?

Ergo 3 : D'accord. Ma définition d'autonomie psychique c'est la capacité à décider pour soi-même c'est-à-dire la capacité à dire : *ah ok ça je veux faire ça, ça je ne veux pas faire, je suis capable de, je ne suis pas capable de etc.* C'est tout ce qui est la capacité de décision. Je m'explique, pour faire simple, un patient qui vient d'arriver par exemple en Unité pour Malades Difficiles, deux jours après être passé à l'acte, n'a pas suffisamment d'autonomie psychique pour être qualifié de stable ou même de quelconque manière. Et donc il y a la nécessité d'un cadre très très contenant que les Unités pour Malades Difficiles peuvent leur faire bénéficier pour reconstruire un peu cette capacité de décision, cette capacité d'agir en tout cas. Et du coup, par le cadre institutionnel posé et par extension par notre cadre, nous ergothérapeutes, posé. Nous ergothérapeutes nous pouvons favoriser justement l'établissement d'une autonomisation psychique progressive c'est-à-dire qu'en proposant des activités thérapeutiques qui sont liées à des objectifs précis notamment développer l'autonomie psychique du patient c'est l'accompagner dans sa..., pour faire des termes un peu plus simples, quand il revient les pieds sur terre on va dire ça comme ça. Pour lutter à la fois contre la désorganisation et aussi les éléments délirants qui peuvent être très présents et très très envahissants dans le quotidien lors des arrivées de patients. Donc nous on les accompagne au quotidien jour après jour, semaine après semaine justement en créant un lien spécial, une alliance thérapeutique solide, et justement en faisant des choses qui sont assez concrètes hein. Je ne vais pas parler du pouvoir de la matière, tout ce qui est art créatif en ergothérapie, mais ça passe par là, mais ça passe aussi par la relation soignante au quotidien pour justement les accompagner « à redescendre sur terre ».

SN : Pour les ramener à la réalité ?

Ergo 3 : C'est exactement ça, pour les ramener à la réalité clairement.

SN : Ok très bien. Merci. T'as répondu à certaines questions d'après c'est très bien, alors je vais passer au thème suivant est-ce que tu as déjà entendu parler de participation occupationnelle ? Et si oui, si tu pouvais le définir ?

Ergo 3 : Oui j'en entendu parler, mais il y a très très longtemps. Ce concept est sorti quand je sortais d'école et encore pas trop. Pour moi la participation occupationnelle c'est complémentaire de l'autonomisation psychique hein, c'est la capacité à agir et de faire justement, ce qui change c'est de faire, de réaliser en tout cas ses occupations de la vie quotidienne et/ou ses occupations de loisir, de professionnalisme, de vie familiale, de vie tout court quoi. C'est la capacité à faire et à agir sur ses occupations, voilà.

SN : Et ça tu l'intègres comment dans ta pratique en tant qu'ergothérapeute avec tes patients schizophrènes ?

Ergo 3 : Euh, alors je ne vais jamais te répondre non parce que oui bien évidemment on essaie d'intégrer au maximum tout ce qui est occupation des patients. Après, je ne vais pas te mentir qu'en Unité pour Malades Difficiles, c'est assez complexe. Euh, on a un cadre comme je t'ai dit qui est très très très très très strict. Et qui fait que, malheureusement, des choses qui peuvent être possibles sur secteur ne le sont pas ici. Je prends un exemple, un patient qui aime faire du skate par exemple c'est une de ses occupations favorites, il en fait tout le temps après le taf, euh, c'est vraiment quelque chose de signifiant et significatif pour lui. En Unité pour Malades Difficiles, ça va être difficile de lui proposer de faire ça. Euh parce que le cadre l'impose et les mesures de sûreté aussi imposent que bah on ne peut pas faire tout ce qu'on veut. On essaie de proposer au maximum des prises en soins adaptées aux occupations des patients. Je prends un exemple, avec une dame qui par exemple aime beaucoup écrire, énormément. D'ailleurs, justement là on est en train de proposer un atelier d'écriture, et ça se passe carrément trop trop bien. Et justement, elle peut reprendre sa participation occupationnelle grâce à ça, euh mais sur les autres choses de la vie quotidienne en général que ce soit le professionnel, la vie familiale, les loisirs, et tout ça, ça va être un petit peu difficile de corréliser les deux.

SN : Et justement avec l'exemple de cette dame, si ça favorise sa participation occupationnelle, est-ce qu'à long terme ça va favoriser la reprise de son autonomie psychique ?

Ergo 3 : Bien sûr, ça c'est totalement lié pour moi. C'est si on favorise l'engagement occupationnel de cette dame, et de n'importe quel patient à se référer justement à ses occupations et à ses activités de vie significatives, bien sûr qu'on favorise l'engagement occupationnel et donc de l'autonomie psychique ça c'est clair.

SN : Et comment... enfin quels éléments peuvent intervenir dans ta pratique pour favoriser cette participation occupationnelle et susciter en fait l'engagement occupationnel dont tu parlais ?

Ergo 3 : Alors déjà tout simplement bah avec les diverses activités thérapeutiques qu'on propose. On propose pas mal de sports. Il y a beaucoup de fervents autour du sport, et du coup c'est quelque chose qui les tient un petit peu. Et aussi comme je disais tout à l'heure, on propose aussi des sorties thérapeutiques. Et des sorties thérapeutiques généralement qui sont visées entre guillemets pour susciter l'intérêt des patients et qui sont organisées en fonction aussi des intérêts des patients. Un autre exemple, un monsieur qui aime beaucoup tout ce qui est peinture, art abstrait, tout ça. On l'a emmené récemment au musée **** à **** pour que justement il puisse s'engager là-dedans et puis surtout qu'il ne puisse pas déconnecter de la réalité.

On parle de favoriser l'autonomie psychique et malgré tout, dans le cadre institutionnel qu'est l'UMD, on est sacrément déconnecté de la vie active on va dire ça comme ça. Il y a vraiment une autre vie, des autres rituels très stricts, très imposants qui font que bah les automatismes de la vie quotidienne on les perd un petit peu parce qu'on est quand même beaucoup beaucoup beaucoup maternés et accompagnés par le corps soignant. Et donc du coup, tout simplement bah reprendre la voiture, s'adresser aux autres personnes, aux inconnus dans la rue, être capable d'échanger justement au restaurant ou avec la guide du musée pour que... se fassent comprendre, se faire entendre, s'intéresser, poser des questions ... C'est dans ce sens où justement on favorise la participation et l'engagement occupationnel aussi.

SN : Mais est-ce que la mise en place justement d'une routine dans le cadre ça peut renforcer les liens avec l'autonomie et la participation dont on parlait ?

Ergo 3 : Alors, c'est vrai que la routine et les habitudes de vie à l'UMD, c'est un peu souvent les mêmes. C'est assez strict, les horaires sont fixes, il y a des temps en chambre, enfin c'est très très très ritualisé. Mais justement, en ergothérapie aussi, c'est ritualisé, comme je t'ai dit tout à l'heure. C'est toujours un peu le même procédé de séance, le rituel d'accueil, le corps de la séance, la verbalisation à la fin de la séance. C'est très très important dans le sens où, comme je t'ai dit, les patients sont très désorganisés, très très très très délirants, peuvent être parfois même dangereux, on ne va pas se mentir dû à leurs idées délirantes. Et l'établissement de repères, de rituels, que ce soit en UMD enfin dans le cadre de soins, mais aussi en ergothérapie, est essentiel pour justement, on revient sur, « retourner les pieds sur terre », mais favoriser l'unicité psychique. Et donc l'unicité psychique, ça intervient aussi dans l'autonomie, la capacité de penser par soi-même. Donc avec ce rituel, ce cadre assez posé quand même, le même, ça permet justement que le patient revienne petit à petit dans une réalité qui est certaine, et justement la prise de conscience des troubles s'effectue ici.

SN : Mais tu ne penses pas que pour certains patients, ça peut entraîner un peu des « bénéfices secondaires », dans le sens où ils n'ont pas besoin de faire des choix ou des choses comme ça ?

Ergo 3 : Dans quel sens ?

SN : Par exemple, la personne, vu que c'est ritualisé, elle ne va pas avoir forcément besoin de beaucoup de réflexions cognitives, et peut-être qu'elle va se complaire en fait, dans cette espèce de routine à ne pas avoir à prendre de décisions ?

SN : Oui je vois. Moi je trouve que ça a ses avantages et ses inconvénients quand même, le cadre très ritualisé, très strict de l'UMD. Ça a l'avantage effectivement de contenir les patients en pleine crise, ça c'est vrai, c'est certain. C'est prouvé scientifiquement que le cadre strict, les rituels, les habitudes permettent de contenir justement, et de faire descendre dans la réalité les patients qui ont commis des actes graves, ça c'est un bénéfice positif. Un peu plus négatif, c'est qu'au long cours, en fait, ces habitudes, ces rituels et tout, ça enferme le patient, comme j'ai dit tout à l'heure, dans un processus où il n'y a pas de choix en fait. Comme tu as dit très bien, il n'est pas acteur tout simplement, il est juste... il subit le cadre, il subit les rituels. Et au bout d'un moment, au bout de quelques mois, quelques années, quand le patient est redescendu sur terre, parce que j'aime bien cette expression, il est stable, et bien quel intérêt finalement ça à ces rituels-là ?

SN : Intéressant, je vois. Très bien, merci. Là, je vais parler d'un nouveau concept. **Aujourd'hui, quels sont les objectifs de vos médiations, enfin de vos médiations thérapeutiques ?**

Ergo 3 : Les médiations ? Alors pour moi, je ne sais pas si je serais d'accord avec les autres personnes que tu as interviewée, mais pour moi, la médiation, c'est un prétexte à la relation, c'est-à-dire que la médiation, quelle qu'elle soit, certes, elle a des objectifs, il y a des médiations qui sont plus structurantes, qui favorisent plus le lien social, etc. Mais moi, la base et la priorité de ma pratique en ergothérapie, c'est la relation, tout simplement. Donc, mes objectifs globaux sont déjà de favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique avec un patient qui vient d'arriver à l'UMD, justement, pour favoriser l'alliance thérapeutique et ensuite qu'il puisse prendre conscience de sa maladie.

C'est aussi tout un travail autour du lien thérapeutique, notamment de la socialisation. On sait que c'est des patients qui sont souvent très difficiles dans le sens où les « habitudes » sociales de l'extérieur ne sont pas forcément intégrées par l'ensemble de nos patients. Et donc, du coup, c'est un apprentissage, une rééducation, si je peux me permettre, sur euh le côté social. On a tout un travail aussi à faire autour de l'autonomisation, comme je viens de l'expliquer tout à l'heure, avec différents types de médiations.

Qu'est-ce qu'on travaille ? On travaille les fonctions cognitives, les fonctions intellectuelles, on travaille aussi la capacité de contenance, être capable d'être contenu, tout simplement. Etre capable d'avoir une unité psychique assez importante, grâce aux médiations proposées, afin de favoriser justement l'établissement d'une autonomie psychique et être capable de penser par soi-même, de penser et d'agir par soi-même. Voilà les 5 gros piliers, entre guillemets, de la prise en soins en UMD.

Après, au niveau des médiations, oui, il y a des médiations, on va dire, qui sont un peu plus orientées. Quand je fais du mandala ou quand je fais de la terre, c'est souvent avec des patients qui sont très très

diffRACTés, très désorganisés, sur lesquels je vais avoir un poids d'ancrage assez important. Mais pas que, ça peut ouvrir d'autres possibilités à d'autres patients qui sont dans la réalité, des patients qui ont du mal à parler d'eux, avec des difficultés d'expression, qui sont assez comment dire ... peu engagés, qui sont assez en retrait. On va assez orienter vers des médiations à type, pour développer les habiletés sociales, comme le Dixiludo, comme le mime, comme un groupe qui s'appelle échanges et débats aussi.

SN : Je voulais appuyer sur ce que tu disais. En fait, tu dis que le type de médiation, ça va jouer dans l'accompagnement. **Mais est-ce que tu penses que, justement, ça peut favoriser la participation occupationnelle et donc l'autonomie à long terme ?**

Ergo 3 : Oui, oui. C'est en lien, encore une fois. Je reprends l'exemple de la dame tout à l'heure que je te disais, qui écrivait beaucoup chez elle, qui a publié à l'époque pas mal de romans, etc. Oui, déjà, ça l'engage au niveau occupationnel. Ça, c'est le premier axe. Et le deuxième axe, c'est qu'en engageant de manière occupationnelle, on l'engage dans ses soins, tout simplement. Et l'engagement dans les soins, c'est la capacité justement à élaborer une autonomie psychique, être prise de conscience de ses troubles et donc, du coup, se dire *ah oui, là, d'accord, il y a quelque chose qui est un petit peu différent du commun des mortels, si je peux me permettre, et qui fait que je devrais peut-être prendre des médicaments, peut-être que j'ai une maladie, peut-être que je vais devoir me faire soigner, peut-être que c'est grave ce que j'ai fait aussi, qu'est-ce qui fait que, etc.* Donc oui, c'est totalement en lien, je trouve.

SN : Et donc ça, **tu penses que ça peut aussi avoir un lien directement sur la maladie, comme tu dis, mais sur d'autres aspects également ?** Enfin, je pense par exemple à l'insight ou ça, autour d'un travail de symbolisation ou des choses comme ça.

Ergo 3 : Oui, l'insight, ça va dans la prise de conscience des troubles, mais c'est aussi proposer une médiation thérapeutique qui fait sens, tout simplement, pour la personne, ça favorise à la fois son engagement occupationnel, mais aussi la prise de conscience des troubles, on l'a dit, mais aussi le lien thérapeutique, tout simplement. Une dame qui, bah je reprends l'exemple de la dame, moi je sais pertinemment, et j'en suis sûr, qu'en lui proposant ça en ergothérapie ici à l'UMD, quand elle va le retourner sur son secteur après, d'hospitalisation classique je veux dire, elle va continuer. Elle va continuer à écrire, que ce soit en séance d'ergothérapie ou pas, mais elle va continuer à écrire et ça lui fait sens, tout simplement, dans sa vie personnelle.

SN : **Tu penses que ça peut éviter un risque de récurrence ou agir sur le parcours de soins ?**

Ergo 3 : Le risque de récurrence, c'est lourd, mais en tout cas, ça peut l'engager encore plus dans ses soins. Justement, s'il y a des médiations thérapeutiques qui lui sont, comment on appelle ça déjà ... bah signifiantes et significatives. Après, ensuite, dans son parcours extra-hospitalier, que ce soit intra ou extra-hospitalier, pendant le reste de sa vie, justement, s'engager dans des choses comme ça qui lui font sens, pour justement garder un pied dans le soin. Et, alors, éviter la récurrence, je ne sais pas, mais en tout cas, limiter les risques de récurrence et d'arrêt des traitements, surtout.

Moi : Ok, et dans les médiations, tu penses que le cadre thérapeutique, il apporte quoi ?

Ergo 3 : Oulà. Bah il est essentiel, c'est vraiment l'un des piliers sur la base de notre pratique ici à l'UMD. Le cadre thérapeutique, de toute façon, ça repose sur pas mal de choses.

Moi : Enfin, avec les patients schizophrènes, pardon, je n'étais pas précisée aussi.

Ergo 3 : Avec les patients, tu veux dire le cadre il sert à quoi ?

Moi : Avec les patients schizophrènes, oui, dans la médiation, ce que ça peut leur apporter ?

Ergo 3 : Ça peut leur apporter tout simplement la contenance. Comme on parlait tout à l'heure, la contenance, c'est fait avec des règles, avec des rituels, avec des locaux toujours les mêmes, avec des

portes fermées, avec toujours les mêmes horaires, toujours les mêmes soignants. C'est donner un repère dans une semaine. Par exemple, tout simplement, je reprends l'exemple du groupe écriture, c'est le mercredi de 10h à 11h45 avec moi-même, avec toujours les mêmes patients. L'importance que ce soit toujours le même thérapeute qui effectue la médiation est pour moi extrêmement importante. C'est grâce à ça qu'on noue une relation. C'est grâce à ça qu'on symbolise aussi la contenance psychique pour accéder à l'autonomisation psychique justement progressive du patient.

Moi : T'as anticipé justement sur ma dernière question, c'est très bien. Je voulais te demander de **quelle manière tu organises les médiations thérapeutiques pour qu'un patient schizophrène puisse agir sur sa participation occupationnelle dans une visée de reprise d'une autonomie psychique ?**

Ergo 3 : Comme je t'ai dit tout à l'heure, généralement on fait un entretien avec le psychiatre justement et on demande justement les objectifs thérapeutiques que le patient veut développer. On sait, on demande aussi tout simplement ce qu'il faisait avant dans la vie, ce qu'il aimait faire dans la vie. Et si on peut essayer aussi de le mettre à la fois sur des médiations qui développent ces objectifs thérapeutiques-là, mais aussi sur des médiations qui font sens pour lui.

Moi : Et en adaptant le cadre aussi peut-être ?

Ergo 3 : En adaptant le cadre ? C'est-à-dire ? De toute façon, le cadre est individualisé et propre à chacun. Mais le cadre global de la séance en ergothérapie est un petit peu toujours le même. C'est assez ritualisé. Donc je ne sais pas ce que tu voulais entendre en adaptant le cadre.

Moi : Euh non, bah c'était ça. C'était une de mes relances sur ce thème, mais là...

Ergo 3 : Le cadre global en ergothérapie certes, mais quand même le cadre thérapeutique est quand même très très important. Comme je te disais tout à l'heure, les patients qui arrivent en UMD sont explosés au niveau psychique. Et le fait d'avoir un cadre qui est construit, réfléchi, pensé, qui est toujours le même de séance en séance, qui est plus souple que dans les unités, certes parce qu'ils ont accès à beaucoup plus de choses eux-mêmes, et de toute façon c'est eux qui font leur médiation thérapeutique. Mais il est nécessaire quand même. Donc est-ce qu'on peut le varier, le changer ? Oui, s'il est pensé, s'il est réfléchi, bien sûr. Mais de toute façon, encore une fois, le cadre est individualisé par patient.

Moi : Et en plus de cette souplesse du cadre, etc., je t'ai coupé en fait à la question d'avant, je suis désolée, **mais est-ce qu'il y a d'autres manières d'organiser les médiations pour agir sur sa participation et son autonomie ?**

Ergo 3 : D'autres manières d'organiser les médiations, c'est ça que tu dis ?

Moi : Oui.

Ergo 3 : Bah, à la fois dans l'espace d'ergothérapie, oui. Mais aussi dans des temps assez informels. J'ai parlé des sorties thérapeutiques, je trouve que c'est quand même un point à souligner. On fait quand même pas mal de sorties thérapeutiques ici à l'UMD. C'est dans des moments comme ça aussi que le patient peut s'engager de manière occupationnelle. C'est en « revoyant » la vie normale, la vie active, la vie où il y a du monde, la vie où ça bouge à l'extérieur, ça fait des choses, le temps passe. C'est grâce à ça aussi. Il y a des moments informels aussi qu'on passe avec les patients hors temps de séance de groupe thérapeutique. C'est les discussions entre deux portes. Alors toi, tu ne vas peut-être pas considérer ça comme des médiations, mais la médiation, on peut le faire tout simplement avec pas grand-chose au final. Juste deux personnes avec une discussion, ça peut être une médiation aussi. Moi, je suis un peu... Encore une fois, je redis mon truc que j'ai dit parce que j'aime bien cette phrase mais la médiation, c'est un prétexte à la relation. C'est vraiment la relation pour moi qui est fondamentale dans ma pratique et qui permet justement d'engager les patients, mais aussi de faire comprendre aux patients, aux soignants, à tout le monde que la participation occupationnelle est importante dans le rétablissement du patient et dans la prise de conscience des troubles et aussi la favorisation de l'autonomie psychique.

Moi : Parfait, très bien. Merci. J'ai fini, je n'ai plus de questions. Donc, je ne sais pas si tu as des choses à ajouter ?

Ergo 3 : Non, pas spécialement. Tu continues d'enregistrer ?

Moi : Je te remercie en tout cas et oui je coupe l'enregistrement ici. Juste je te précise que tu as un droit de correction sur cet entretien et un droit de lecture sur mon travail.

Ergo 3 : Ce serait intéressant de lire ça effectivement »

Temps d'échange informel : questions sur mon travail, formules de politesse

Annexe 5 : Grille d'analyse thématique.

Thèmes	Spécifications	Unités de signification				
		Entretien E1 (UMD 1)	Entretien E2 (UMD 2)	Entretien E3 (UMD 2)	Entretien E4 (UMD 3)	Entretien E5 (UMD 4)
Le profil des ergothérapeutes	Année d'obtention du diplôme	« Je suis diplômée d'ergo depuis 2016 »	/	« (...) diplômé ergothérapeute d 'État en 2019 »	« (...) je suis ergothérapeute depuis 2011 »	« Je suis ergothérapeute diplômée depuis l'année 2016 »
	Année(s) d'expériences auprès de la population cible	« Je travaille à temps plein à l'UMD depuis 2018 »	« Je travaille en UMD depuis fin 2016 »	« Et depuis (...) 2022, j'occupe une place d 'ergothérapeute au sein de l'Unité pour Malades Difficiles »	« (...) je travaille depuis 2011 à l'UMD »	« (...) j'y exerce depuis le mois d'août 2019, donc ça va faire bientôt cinq ans, que je suis ergothérapeute là-bas. »
	Parcours professionnel	« J'ai fait une année dans un regroupement de 3 EHPAD » « Je travaillais sur la mise en place des aides techniques, l'évaluation de l'autonomie et indépendance des patients. Et j'avais un service spécifique sur un HDJ, plutôt sur des activités thérapeutiques de maintien des capacités cognitives et physiques, et une unité spéciale pour les patients atteints de troubles psychiques »	« Je travaille en UMD depuis fin 2016. Donc ça va faire bientôt 8 ans. Et avant (...), j'ai travaillé 1 an en CATTP, donc en structure extrahospitalière »	« J'ai ensuite eu la chance d'effectuer un premier travail (...) où j'alternais entre une unité pour soins intensifs, un CMP, une unité d'hospitalisation secteur fermé. »	« J'ai toujours été à l'UMD, dès la sortie de l'école. »	« (...) poste d'ergothérapeute en psychiatrie à l'UMD *** où j'ai exercé pendant un an » « (...) à la suite de ça, j'ai eu un poste en centre de rééducation fonctionnelle adulte, tant en HDJ, en hospitalisation complète, en hospitalisation complète qu'en service d'éveil pendant 2 ans » « (...) depuis 4 ans, j'ai repris mes études en psychologie, pour être psychologue (...) par un contrat de formation personnalisé »
	Motivations pour le poste en UMD	« C'est un souhait vraiment spécifique, je suis attirée par la psychiatrie depuis mes stages » « (...) pour parfaire mes connaissances et mes évaluations cliniques »	« Travailler en UMD, c'était avant tout pouvoir être confronté davantage à la clinique aigue (...) avec des patients pour lesquels la clinique est plus présente »	« (...) j'ai eu l'occasion de faire un stage en UMD » « J'ai eu la chance de pouvoir faire un mémoire qui s'intéressait aux UMD » « C'est un lieu que j'ai trouvé très humain, très accueillant, malgré la	« Par hasard » « Je ne me consacrais pas du tout à la psychiatrie » « Je cherchais un emploi dans le quartier où j'habitais » « J'ai dit j'y vais, et si je voulais changer à un moment, je changerai, et je ne suis jamais partie »	« J'avais toujours eu une appétence pour la question de la psychiatrie et du fonctionnement de l'humain » « J'avais pu orienter mon mémoire de fin d'études sur ce sujet-là »

				dureté et les murs qui constituent l'institution. C'est là où j'ai trouvé le plus d'humanité dans ma prise en soins »		« (...) avec des patients pour lesquels la clinique est plus présente » « Je suis revenue à la 1ère clinique qui m'intéressait, la souffrance psychique »
	Utilisation d'un modèle conceptuel	« Non, on utilise pas de modèle conceptuel à l'UMD. Enfin, en tout cas, pas moi. » « En pratique, je pense qu'on le fait spontanément, tout ce qui est facteurs environnementaux. Quand on fait l'arrivée du patient, on participe à l'entretien d'entrée des patients avec les équipes qui amènent le patient dans l'hôpital d'origine. Je pense qu'on le fait de manière instinctive parce qu'on a des facteurs, on a envie de savoir dans quel milieu social il a vécu, donc tout ce qui est facteurs environnementaux, facteurs personnels... » « (...) de façon désorganisée et inconsciente mais automatique »	« Non je n'utilise pas de modèle conceptuel tel qu'on nous l'a enseigné on va dire. Après si on devait, un peu qualifier ma pratique, je dirais qu'elle se rapproche plutôt d'un modèle psychodynamique. »	/	« Alors, non, pas vraiment. » « Dans l'UMD, tu peux très peu utiliser le courant systémique parce que tu n'as pas accès au système du patient vu qu'en général, ils viennent de loin. Donc, celui-là, déjà, tu l'enlèves. On est très cognitivo-comportemental avec quand même une part psychodynamique. Je suis plus sur ce genre de courant que sur un modèle conceptuel à proprement dit » « Je ne fais aucune évaluation validée parce qu'il n'y en a aucune qui colle à l'UMD du fait qu'ils soient loin de leur lieu de vie. »	« Ça fait longtemps que je n'ai pas utilisé le terme de modèle conceptuel »

Les caractéristiques de la pratique ergothérapeutique en UMD	Organisation du service	« On est 3 ergo à temps plein et 1 à mi-temps sur un pôle médiatisé, avec psychomot et moniteur »	« (...) 2 ergo à temps plein sur l'unité transversale » « (...) 3 pavillons (...) d'hospitalisation homme. On a un pavillon (...) femme. »	« (...) on travaille sur prescription médicale » « (...) on fait beaucoup de groupes thérapeutiques. On est en train de développer la prise en soins individuelle » « (...) on est un service intermédiaire un peu à part des unités d'hospitalisation où on a un grand plateau d'ergothérapie. »	« (...) nous avons un service transversal, qui sera une unité centrale. » « Il y a donc 2 UMD (...) et chacun a un service d'ergo spécifique. »	« (...) à l'UMD, je suis la seule ergothérapeute et je travaille dans une équipe appelée pôle d'activité médiatisé » « (...) on est cinq professionnels, il y a une psychomotricienne, un éducateur sportif, deux infirmiers et moi, ergo. » « Moi j'accueille les patients en séance individuelle »
	Environnement de pratique sécurisé	« Les caractéristiques de l'environnement dans lesquelles on travaille : la sécurité, les formations communes (..) qui nous permettent de gérer les crises d'agressivité et la gestion de la violence »	/	« Au niveau de l'individuel, à l'UMD (...) c'est très cadrant dans le sens où par exemple en individuel je n'ai pas le droit légalement d'être seul en présence de la patiente ou du patient. »	« (...) on a plein d'outils (...) à leur disposition, mais il faut toujours qu'on contrôle bien qu'ils soient bien rangés avant qu'ils repartent. » « (...) c'est quatre bâtiments qui se distinguent les uns des autres, un peu comme un petit village comme ça, autour desquels il y a un grand mur qui ne permet pas de voir à l'extérieur. Avec des sauts de loutres, avec des barbelés, comme la prison, des barbelés électrifiés. C'est déjà un certain cadre. »	« (...) j'ai déjà travaillé en UMD et on m'a surtout dit jamais seule avec le patient, c'est-à-dire au moins deux thérapeutes pour un patient. Et là où à l'UMD de **** on faisait essentiellement du groupe, là on me dit voilà faut faire des entretiens ou des séances individuelles »
	Caractéristiques des patients	« Y a une population avec laquelle je travaille le moins »	« La spécificité première, (...) c'est le fait de leur »	« (...) c'est souvent des patients qui, »	« (...) essentiellement des patients »	« (...) ils sont tous sous contrainte de soins, donc ils »

	<i>hospitalisés en UMD</i>	tout ce qui est personne dépressive, (...) tout ce qui est bipolarité, on en a aussi mais du moins avec des troubles psychotiques. Tout ce qui est névrose un peu moins » « On prend en charge des patients qui sont difficiles et potentiellement dangereux dans leur hôpital d'origine, avec lesquels il y a des impasses thérapeutiques » « (...) souvent des patients en crise »	potentielle dangerosité ou de leur dangerosité qui est avérée. Donc, en fait, on a, finalement, deux grandes populations un peu ici, entre guillemets : des patients qui sont issus de la filière médico-judiciaire, donc qui ont commis des passages à l'acte (...), et puis d'autres patients qui, eux, présentent une dangerosité dans les services et pour lesquels, si tu veux, l'hospitalisation classique ne permet pas, comment dire, une contenance suffisante sur le secteur. » « Les patients que l'on reçoit en UMD ont quand même des pathologies lourdes, ils sont aussi pour la plupart chimio-résistants, ça veut dire qu'ils ont un traitement de cheval derrière, très lourd, qui les sédate quand même pour la plupart, qui les cassent, si je peux me permettre le terme. »	malheureusement, sont passés à l'acte ou qui sont difficiles à gérer sur secteur. Pour la majorité, ce sont des passages à l'acte hétéro-agressifs, euh sur soignants, sur la famille ou sur d'autres personnes. On a des patients qui sont aussi caractérisés comme difficiles, j'aime pas trop ce terme, mais difficiles sur secteur avec des impasses, thérapeutiques, et avec des chimio-résistances. On a aussi des patients qui (...) ont des affaires au niveau médico-légal, c'est -à-dire que (...) quelqu'un a porté plainte, et du coup, il y a une décision judiciaire qui est en cours. »	psychotiques. Il peut arriver que nous ayons des patients qui présentent plutôt des troubles liés à l'affectif et à l'éducatif. Ils ne sont pas directement liés à une pathologie spécifique, plutôt à une personne, à un danger » « (...) les patients qui sont dans l'UMD ont, bien sûr, faire un passage à l'acte agressif, violent contre eux-mêmes ou contre les autres. Donc auto-hétéro-agressif. C'est la condition à traiter dans l'UMD. » « (...) pas forcément un passage à l'acte au sens d'un geste, mais les mots d'une menace, d'une mort, des choses comme ça. » « (...) ils ont un parcours de soins déjà assez long et une institutionnalisation qui est assez longue. » « Il y a des personnes qui sont là depuis des années. »	sont tous hospitalisés sous SPDRE. » « (...) des patients qui sont déjà hospitalisés en unité de secteur et dans laquelle il y a eu des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs dans le service, soit une chimiorésistance, soit que la structure de soins n'est pas assez contenante pour pouvoir accompagner ces personnes qui sont en grande demande de contenance psychique. » « On a des patients qui sont envoyés directement par le représentant de l'état suite d'un passage à l'acte assez grave généralement en société. Ou en attente d'un jugement aussi, parce que des fois on a des patients qui sont sous écrou, pour lesquels les procédures judiciaires commencent à l'UMD dans l'attente d'une responsabilité ou d'une irresponsabilité pénale. On peut accueillir des patients qui ont été jugés responsables de leurs actes, mais qui ont besoin de soins psychiatriques plus soutenus »
--	--	---	---	---	---	--

	Spécificités par rapport à un service de secteur	« La particularité de la pratique ergo, ça va être l'orientation de la PEC sur la réinsertion sociale dans un service classique. Pas forcément de la réadaptation psychosociale (...) mais rien que la réinsertion sociale avec les autres, accepter les autres, vivre en communauté dans un service sans être dans la réinsertion professionnelle. On est vraiment sur de la rééducation psychique »	« Le point commun, c'est de créer une sorte de d'espace intermédiaire, qui soit accueillant, convivial, qui facilite la relation et qui diffère un peu du cadre strictement médicalisé des unités de soins (...). C'est pour ça que c'est important pour moi, par exemple, de ne pas porter la blouse dans l'atelier. C'est pour ça que, dans la terminologie aussi, j'insiste pour qu'on appelle notre salle un atelier et pas juste une salle d'activité, quelque chose d'assez froid (...). Ça, c'est des choses qu'on peut retrouver sur le secteur, c'est-à-dire amener une convivialité, amener de la vie. Ensuite, pour ce qui diffère, c'est que nous, forcément, on a des patients qui ont une problématique par rapport, souvent, au cadre juridique, à la loi. Ils ont un rapport à la loi qui est un peu particulier. Donc, on va mettre l'accent là-dessus. »	« Les patients sont (...) tous en SPDRE. Il y a beaucoup de patients qui sont prévenus, c'est-à-dire qu'ils sont en cours d'instruction judiciaire pour des actes médico-légaux suite à leur passage à l'acte. On n'accueille pas de patients en soin libre. Les séjours d'hospitalisation c'est minimum 6 mois et ça peut durer assez longtemps. C'est une commission d'experts indépendants qui juge de l'aptitude d'un patient à sortir de l'UMD tous les 6 mois. »	« Le cadre, en général, est beaucoup plus strict. Ils n'ont pas le droit à un certain nombre de choses, tout ce qu'ils peuvent utiliser comme armes. » « Et la particularité, en fait, de mon service, par rapport à d'autres services d'ergo (...) dans d'autres hôpital psy, c'est que nous, on les accueille tous les jours, toute la journée. » « (...) ils viennent pour six mois minimum. Au bout de 6 mois, ils passent devant une commission d'experts qui évaluent leur séjour et leur capacité au niveau dangerosité, pas du tout au niveau de la pathologie, mais au niveau dangerosité, à retourner en secteur psychiatrique classique. »	« Ils sont envoyés en UMD pour un minimum de 6 mois, et ensuite il y a des réévaluations constamment qui sont faites par la commission de suivi médical. La CSM c'est un collège de médecins psychiatres externes à la structure, qui du coup ne connaissent pas le patient, et qui vont étudier le dossier, rencontrer le patient, le rencontrer dans son parcours actuel, et on va dire, j'aime pas trop ce terme, « juger », apporter une appréciation sur l'état clinique et psychique du patient pour voir s'il est apte ou pas à retourner dans son service de secteur » « on prend soin de nous, on s'occupe de nous. Là où dans un service de secteur, au niveau des effectifs, il y a moins de gens, il y a moins de choses qui sont proposées, il y a moins de contenance. »
--	--	--	---	---	--	--

	Objectifs thérapeutiques	« Revenir dans le principe de réalité de vie en société, en collectivité, dans un service fermé, sociabiliser le patient, qu'il soit en capacité de gérer son emploi du temps, d'être prêt. » « Après, ça dépend aussi de quel type de schizophrénie il est atteint, ça va forcément induire dans nos objectifs. » « Parce qu'aujourd'hui, pour des patients schizophrènes qui sont des fois dans le déni des troubles, on apporte peu d'importance au mot thérapeutique, alors qu'ici c'est un soin, on est dans des activités thérapeutiques, et ce qu'on met derrière, c'est du soin. »	« Notre travail en UMD (...) c'est de se saisir des outils qui sont à disposition, donc des activités thérapeutiques, pour permettre la relation avec l'autre. Et en UMD, particulièrement, on va chercher l'alliance thérapeutique. Donc, établir une relation de confiance, travailler sur l'acceptation de la maladie, le déni des troubles, pour pouvoir ensuite avoir une bonne alliance thérapeutique, et que quand le patient sorte d'UMD, le travail avec le secteur soit facilité. C'est-à-dire qu'on a un patient qui ait conscience de ce qu'il a fait, s'il a commis des passages à l'acte graves, qu'il ait conscience de ses troubles, qu'il ait conscience de l'importance des traitements, et de ne pas toucher aux toxiques. Et puis aussi, éveiller leur curiosité, leur créativité, pour que, après, sur les services, il y a déjà une	« On a des orientations un peu pour tous les objectifs en ergothérapie que ce soit de la socialisation, de la créativité, du lien à l'autre, développer les fonctions cognitives, l'autonomisation progressive du patient. » « pour moi, la médiation, c'est un prétexte à la relation, (...) certes elle a des objectifs, il y a des médiations qui sont plus structurantes, qui favorisent plus le lien social, etc. (...) » « Mes objectifs globaux sont déjà de favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique avec un patient qui vient d'arriver à l'UMD, pour favoriser l'alliance thérapeutique et ensuite qu'il puisse prendre conscience de sa maladie. C'est aussi tout un travail autour du lien thérapeutique, notamment de la socialisation. (...) c'est un apprentissage, une rééducation (...) sur le	« (...) essayer de maintenir le lien, la confiance car ils sont beaucoup dans le test et abandonnent beaucoup » « (...) respecter l'engagement, parce qu'ils ont souvent du mal à s'impliquer dans les choses. » « (...) on va vraiment plus axer sur la relation » « (...) ce qui nous intéresse avec notre outil qui est notre service d'ergothérapie, c'est de recréer des situations écologiques, des situations de la vie quotidienne, des situations que tu peux rencontrer n'importe quand dans ta vie, et de s'en servir à ce moment-là. » « chez les patients psychotiques (...) les grands objectifs sont un peu plus psychodynamiques, tout ce qui est autour du principe de réalité, de la permanence de	« (...) la séance individuelle permet de vraiment créer quelque chose autour de l'alliance, le lien avec le sujet et le sujet avec nous aussi, thérapeutes. » « (...) une reconstruction en miroir seul » « (...) se mettre en groupe, c'est d'autres modalités de transfert qui se mobilisent. C'est autant de supports de projection de soi (...), des miroirs qui se reflètent et où du coup, (...) il y a un appareil psychique groupal qui vient rentrer en résonnance avec l'appareil interne de chacun. » « (...) être au plus près de la réalité psychique, dans quelque chose qui n'est pas du tout rationnel » « (...) c'est la relation intersubjective. » « (...) mettre au travail des processus créateurs qui vont être assez différents, mais complémentaires, j'ai envie de vous dire. La terre, par exemple, c'est un médium malléable. C'est un médium qui se transforme à l'infini, (...) qui résiste à la destructivité. » « (...) ça permet une figurabilité aussi. »
--	--	---	--	--	---	---

			première accroche qui a été faite, pour que (...) que l'accroche ensuite, avec nos collègues sur le secteur, soit facilitée. »	côté social. On a tout un travail aussi à faire autour de l'autonomisation (...) avec différents types de médiations. » « On travaille les fonctions cognitives, les fonctions intellectuelles, (...) la capacité de contenance (...), l'unité psychique (...) grâce aux médiations proposées, afin de favoriser justement l'établissement d'une autonomie psychique et être capable de penser par soi-même, de penser et d'agir par soi-même. »	l'objet, de l'anarchisation primaire ou secondaire, de la valorisation. Après, tu as tout ce qui est plus de l'ordre cognitivo-comportemental, de la reprise du rôle social, de l'intégration dans un groupe, de la connaissance de la pathologie pour pouvoir anticiper une éventuelle rechute, de l'observance aux soins pour ensuite être mieux intégrés. »	
La reprise d'une autonomie psychique	Définition de l'autonomie psychique		« (...) faire que le patient puisse apprendre à se connaître. Apprendre à se connaître, c'est apprendre à cohabiter avec cette maladie qui est présente. Donc, c'est reconnaître les troubles, savoir ce qui fait qu'ils peuvent émerger à un moment, comprendre la nécessité, des traitements, malgré les effets secondaires aussi. »	« la capacité à décider pour soi-même c'est-à-dire la capacité à dire : <i>ah ok ça je veux faire ça, ça je ne veux pas faire, je suis capable de, je ne suis pas capable de etc.</i> C'est tout ce qui est la capacité de décision. »	« Alors, pour moi, l'autonomie psychique, c'est de savoir reconnaître déjà les symptômes négatifs ou positifs de sa pathologie, donc pouvoir les connaître ; c'est avoir les clés des interactions sociales, dites standards et avoir aussi les outils de gestion des émotions, qui fonctionnent pour soi. Il y a plein d'outils, mais il faut qu'ils	« (...) je l'entends plutôt comme une capacité à penser et à se penser en tant que sujet. » « (...) je suis pas sûre qu'on soit tous autonomes psychiquement, en fait. Quand on parle d'autonomie psychique, c'est peut-être pouvoir se sentir, se penser, sans se sentir en danger. Pouvoir être en capacité de ressentir des émotions, sans se sentir complètement dévastée et détruite par ce qui va se passer. »

					arrivent à trouver celui qui fonctionne pour soi. »	
	Liberté d'agir et de choix	« Quand on commence notre prise en charge avec les patients, on commence toujours par une visite du bâtiment (...), on va présenter les différents ateliers (...), possibilités d'activités de médiateur (...) et à la fin de la visite, on va tout présenter et le patient va faire des choix. Déjà, on est dans de l'autonomie, dans la capacité du patient à dire (...) ses souhaits et dans quoi il souhaite se projeter. Par contre, après, il ne va pas avoir l'autonomie de gérer son planning » « le côté symbolique du médiateur ou de l'activité va permettre un investissement pour moi. C'est pour ça qu'on demande au patient de nous donner des choix quand ils arrivent dans le bâtiment, parce qu'on se base là-dessus pour créer une alliance thérapeutique, pour créer du lien. Pour ensuite permettre au	« il faut qu'ils aient une certaine liberté psychique, la liberté de pouvoir choisir ce qu'ils vont faire en activité, quand ils viennent. Si, par exemple, tu leur imposes un truc à chaque séance, forcément, ils ne vont pas avoir cette capacité de faire émerger quelque chose d'eux-mêmes. Déjà, c'est ça, c'est aussi leur permettre d'avoir un cadre qui leur permet ça, qui leur permet de faire émerger du désir, de l'envie de faire. »	« un patient qui vient d'arriver par exemple en Unité pour Malades Difficiles, deux jours après être passé à l'acte, n'a pas suffisamment d'autonomie psychique pour être qualifié de stable ou même de quelconque manière. Et donc il y a la nécessité d'un cadre très très contenant que les Unités pour Malades Difficiles peuvent leur faire bénéficier pour reconstruire un peu cette capacité de décision, cette capacité d'agir »	« (...) le cadre ne nous appartient pas, on est d'accord, mais ils sont dans l'atelier où ils ont choisi, et tout ce qu'ils font, ils doivent en référer au moniteur de cet atelier-là. S'ils veulent aller aux toilettes, ils doivent en référer. S'ils veulent aller boire un coup, ils doivent en référer. Il faut vraiment toujours qu'on sache où ils sont et ce qu'ils font. »	« ça m'est déjà arrivé (...) d'oublier de prévenir le patient d'un changement d'heure et de jour et quand je vais le chercher il est au fond de son lit et il me dit là j'ai pas envie. » « (...) on entend beaucoup à l'UMD <i>on leur propose trop de choses, quand ils vont sortir de l'UMD, ça ne va pas être comme ça. On ne peut pas trop les habituer à être accompagnés, à être soutenus.</i> Pour l'ergo c'est se demander avant tout est-ce qu'on répond tout de suite ? Parce que dehors, ce n'est pas comme ça. Moi j'ai envie de vous dire, c'est comme si vous disiez à un enfant de 3 ans <i>je vais arrêter de te tenir la main et je vais arrêter de te rassurer parce que dans la vie, en fait, ça ne va pas être tendre avec toi.</i> »

		patient de s'épanouir dans sa prise en charge et d'être plus attentif aux conseils, à ce qu'on va pouvoir lui demander, et donc forcément, à un moment donné, on va chercher à travailler sur des objectifs plus précis et donc favoriser l'autonomie du patient, c'est un peu la base de notre pratique. »				
	Capacité de jugement, d'anticipation et de raisonnement	« par contre c'est à lui d'être prêt quand il vient, quand on vient le chercher » « il ne va pas forcément avoir l'autonomie pour venir en activité » « Dans l'activité, il va avoir de l'autonomie mais pas pour être autonome pour mettre en place »	« ils n'y vont pas forcément d'eux-mêmes, il faut aller les chercher, il faut les mettre en mouvement. Et ça ils ne le font pas pour la plupart de manière spontanée. Donc il y en a beaucoup qui dans leur pragmatisme vont rester dans quelque chose d'assez aliénant finalement, c'est-à-dire ils vont subir un peu le rythme institutionnel. »	/	« s'ils ne connaissent pas, ils savent qu'ils peuvent demander soit aux moniteurs, soit aux autres qu'ils connaissent déjà. Il faut qu'ils essayent un maximum de se débrouiller. »	« (...) chez les patients schizophrènes qu'on accueille, la psychose est bien là, on sait bien que l'autre est une énigme d'altérité. C'est des sujets qui n'ont pas accès à leurs affects, qui n'ont pas eu une construction de leur subjectivité qui est suffisamment établie pour pouvoir se sentir, pour pouvoir être conscient de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils vivent, de ce qu'ils éprouvent, et encore moins de ce que l'autre vit et de ce qu'il éprouve. » « (...) on va essayer de se construire comme on peut, dans des états qui sont complètement éclatés. On parle de dissociation ou de discordance, c'est-à-dire que nous, on a cette possibilité-là

						d'être en lien avec nos affects. »
	<i>L'autonomie psychique est un objectif fixé sur du long terme</i>	« dans la première phase de prise en charge, donc sur du court terme, on va dire ça, ça va être surtout de l'évaluation. Ça va être d'orienter vers des médiateurs dans lesquels il ne va pas être trop en difficulté, et après ça va être d'orienter sur l'autonomie dans un médiateur ou une activité, voir quelle capacité il a à reproduire quelque chose qu'on lui a déjà montré avant. Ça va être dans cette autonomie-là, est-ce qu'il va solliciter le soignant pour demander de l'aide ? Est-ce qu'il va intégrer les étapes ? » « Je dirais que ça dépend du médiateur. Ça dépend de l'activité proposée. Je dirais que ça dépend aussi à quel stade il est, s'il est stabilisé, s'il est stable ou pas au niveau de l'état psychique. Et ça, c'est aussi l'évaluation qu'on a quand on va chercher le patient dans les unités qui va nous faire dire si on peut ou pas	« ça dépend de quelle autonomie on parle. L'autonomie, on va parler peut-être d'autonomie psychique. On va faire en sorte effectivement que le patient puisse apprendre à se connaître. Donc oui on va travailler sur cette autonomie-là. » « Après l'autonomie, comment dire, de pouvoir faire ses courses au quotidien, par exemple, de pouvoir utiliser les transports en commun, faire des démarches administratives, etc. Tout ça, ce n'est pas notre travail en UMD, c'est le travail ensuite qui est fait sur les services, notamment en extrahospitaliers. » « Maintenant, ça reste une autonomie relative ici, de par la maladie et le caractère aussi aigu de la maladie (...). Et donc c'est aussi compliqué pour eux d'avoir une certaine autonomie psychique. »	« j'encadre deux groupes au sein des unités des entrants, on les appelle comme ça. Un groupe chez les femmes et un groupe chez les hommes où justement ce sont des personnes qui ne sont pas considérées encore comme dangereuses et imprévisibles au niveau psychiatrique et qui ne sont pas encore en mesure de monter sur le plateau (...). Et justement, dans ces deux groupes qu'on appelle « précoces », j'interviens avec des personnes entrantes qui n'ont pas encore l'autonomie psychique pour monter sur le plateau afin de pouvoir évaluer un petit peu que ce soit au niveau comportemental mais aussi créer une sorte de début d'alliance thérapeutique avec ces gens-là. »	« Au début, c'est avant tout la mise en place de la relation de confiance, de l'alliance thérapeutique. » « Ça va être très variable en fonction des symptômes qui vont être présents dans la triade de la schizophrénie. Si t'as quelqu'un qui est en retrait, ça va être plus long que si t'as quelqu'un qui est en plein délire. Il y a des personnes avec qui ça va aller très vite, parce que très vite ils vont se débrouiller, ils vont beaucoup raconter, et puis avoir besoin d'échanger autour de ce qui leur arrive. Et t'auras des gens qui vont être très en retrait et où des fois tu pourras jamais le faire ou quelqu'un qui va être complètement délirant, adhéré à son délire et pas être accessible.	« Généralement les patients arrivent sur l'unité 1, c'est le service d'entrée dans laquelle ils sont placés les premiers jours en chambre d'isolement, en retrait du groupe patient, pour une première évaluation clinique. Ensuite, ils sortent de chambre d'isolement et du coup ils sont en zone commune avec les autres patients, ils intègrent une chambre classique. A la base ça avait été pensé pour que ça soit comme un parcours que le patient ferait, il passerait de la 1 à la 2 et la 3, ça serait le service qui serait le plus proche de la sortie. Dans la réalité ça ne se passe pas du tout comme ça, ce n'est pas très adaptant finalement, chacun avançant son rythme. » « Mais l'autonomie psychique, elle se construit avec l'autre et elle s'entretient avec l'autre. Dans la relation. »

		le laisser un peu plus autonome »				
La participation occupationnelle d'après le MOH	Privation occupationnelle	« Dans l'unité, ils ont accès à une table de tennis de table, et à des activités sportives s'ils le souhaitent. (...) un moniteur éducateur est détaché aussi dans chaque unité pour mettre en place des activités quotidiennes, souvent à la demande des patients. » « Ils ont accès à beaucoup d'activités possibles quand même dans les services. » « Il y a du molki, du palais, (...), ils ont une salle d'activité, d'apaisement, de créativité (...) en dehors de l'espace ergo-psychomot-sport. » « Ils ont une cafétéria dans laquelle ils peuvent faire l'activité billard à leur demande » « Ils ont accès à des activités ou des occupations de façon autonome mais aussi formelle »	« c'est assez limité pour eux (...). ils ont un rythme dans les unités de soins qui est quand même très chronicisant, qui est routiniers, donc avec des occupations de soins, ils vont avoir les soins dans la journée, le repas, le thé, la sieste, et tout ça. Et puis sur les temps où ils sont tous entre eux, ils vont accéder à certaines occupations comme des jeux de société, la télévision, la lecture, le sport s'ils le veulent, mais la difficulté pour bon nombre de patients c'est de se mettre en mouvement. Donc il y en a beaucoup qui restent dans une forme d'apragmatisme et qui ne vont pas forcément se saisir de toutes les possibilités qui s'offrent à eux. » « En fait l'apragmatisme il est déjà là donc c'est pas entraîné par le manque d'activités. C'est la maladie qui fait que aussi	« Les occupations ils les ont de manière quotidienne avec les infirmiers ou les aides-soignants qui proposent justement à la fois des occupations mais aussi parfois des activités thérapeutiques en collaboration avec soit nous l'ergothérapie, la psychomotricité, les psychologues aussi. Mais généralement en UMD, les règles sont assez strictes. Donc du coup, au niveau de la vie quotidienne, les patients sont assez restreints. C'est-à-dire, les patients n'ont pas le droit, n'ont pas accès à leur téléphone portable, par exemple. C'est souvent des patients qui sont soit en pyjama sur décision médicale ou avec l'autorisation pour les vêtements, et c'est pareil pour tout ce qui est outil de loisir (...). Tout est sur décision médicale. »	« Il y a les occupations, comme vous l'avez dit, les activités de l'ergo, au service de l'ergo, qui sont soumises à prescription médicale. Et il y a des activités qui sont faites dans les unités où ils vivent, avec les infirmières, l'équipe soignante, leur unité, qui ne sont pas forcément soumises à prescription médicale. Ca peut être de façon informelle (...) ou ça peut être des choses un peu plus formelles, comme une sortie thérapeutique, des visites. » « (...) ça participe aussi sur tout ce qui est lié à l'anamnèse, l'oisiveté, qui est souvent liées au parcours psychotique. C'est accentué, bien sûr. » « (...) très sédatisés » « Mais c'est vrai que dans la schizophrénie, il y a le paramètre de la pathologie et la	« Quand on parle d'occupation, généralement, on parle de comment est-ce qu'il s'occupe dans l'unité ? Est-ce qu'il arrive à être en lien avec les autres patients ? Est-ce que quand il y a des jeux proposés ou des activités dans le service, est-ce que le patient y accède ? Est-ce qu'il propose ses activités ? Est-ce qu'il est moteur ou pas ? Est-ce qu'il s'en saisit ou pas ? C'est plutôt en ce terme-là, le terme « occupation ». « (...) c'est un cadre légèrement plus ouvert, là où sur l'unité 1 ils ont effectivement très peu accès à leurs effets personnels, où ils n'ont pas accès à un MP3. Je vous parle du MP3 parce que c'est l'objet assez fétiche des patients, auxquels ils tiennent beaucoup. Là, c'est possible du coup de l'avoir sur l'unité 2 et l'unité 3. » « Il y en a qui arrivent et qui sont très mécontents en disant <i>on est en train de me punir, on est en train de m'enfermer, c'est pire que la prison ici, je suis privée de tout, on me prive</i>

			ils ne vont pas avoir spécialement envie de faire des choses en unité de soins, et en ergothérapie aussi. C'est à nous d'aller impulser une forme d'énergie vitale un peu, de contenu psychique, de leur amener ça pour qu'ils puissent s'en saisir et être actif et acteur de leur soin »	« tu imagines le fait d'être privé de ton occupation principale, que ce soit le travail ou autre source de loisir pendant des mois, voire des années, ça impacte à la fois leur motivation, on ne va pas se mentir, et leur capacité à se projeter vers l'avenir. Il y a des patients qui sont certes très résilients, mais très aussi déprimés par le cadre et par l'UMD. Et du coup, qui sont clairement, je ne sais pas si on appelle ça en manquement occupationnel. (...) du fait de l'institution »	médication. Il y a qu'est-ce que lui sait de sa pathologie et qu'est-ce qu'il est capable d'en gérer par lui-même. » « il y a toutes les règles. Ils savent qu'ils ne peuvent pas sortir des bâtiments sans être accompagnés, ne peuvent pas fumer quand ils veulent, il y a des heures précises »	<i>de ma liberté</i> , et c'est des vécus qui sont assez difficiles. D'autres qui ne vont pas du tout questionner cette question l'enfermement et pour lesquels, au contraire, ça va être rassurant. Et les patients, du coup, qui étaient au début assez revendiquants sur la question de la contrainte et de l'enfermement et de la privation de liberté, quand la commission donne une appréciation positive de sortie, les angoisses viennent se remobiliser : <i>l'UMD, c'était peut-être pas si mal, finalement, ici, on s'occupe assez de nous, on connaît tout le monde, on a des activités thérapeutiques, il n'y a pas beaucoup de patients.</i> »
	Définition de la participation occupationnelle	« Je dirais que c'est la capacité de la personne à se mouvoir pour faire une activité ou une mise en situation. »	« Je serai bien m'embêter de te donner une définition parce que c'est une terminologie qui n'est absolument pas vue à l'époque. C'est quelque chose qui a émergé assez récemment. »	« Pour moi la participation occupationnelle c'est complémentaire de l'autonomisation psychique, c'est la capacité à agir et de faire justement. Ce qui change c'est de faire, de réaliser en tout cas ses occupations de la vie quotidienne et/ou ses	« C'est le fait de pouvoir faire les activités de la vie quotidienne auxquelles tu aspires. Et l'occupationnel c'est lié à l'activité. »	« Alors, pas du tout, je sais que c'est plutôt dans les modèles occupationnels »

				occupations de loisir, de professionnalisme, de vie familiale, de vie tout court quoi. C'est la capacité à faire et à agir sur ses occupations »		
	Application pratique en ergothérapie	« moi je fais pas d'occupationnel » « je trouve que ça fait trop d'interférences avec le mot occupationnel et on oublie l'importance du mot thérapeutique. Et aujourd'hui (...) c'est quelque chose que l'on défend (...) parce que le côté « occupationnel » prend de la place » (...) j'entends l'occupation du patient et s'occuper de façon à occuper le temps, et je trouve que du coup ça biaise l'information entre s'occuper et passer le temps, et s'occuper avec une activité thérapeutique (...) aujourd'hui, on a des espaces définis pour ça, qui sont le plateau ergo, la cafétéria pour les activités occupationnelles, mais si on était amené à mélanger tout, je pense qu'on perdrait énormément de	« Les médiations c'est le tiers, c'est notre base de travail, on ne travaille pas sans médiation en ergothérapie. » « c'est un moyen d'établir un lien, d'entrer en relation avec le patient. Finalement, la médiation en elle-même, (...) peu importe laquelle, on s'en fiche. Il faut que ce soit une médiation, évidemment, qui nous parle en tant qu'ergo. Parce que forcément, si tu fais quelque chose qui, toi, te mets en difficulté ou avec lequel tu n'es pas à l'aise, ça va être compliqué d'entrer en relation avec l'autre. » « on travaille avec plein d'outils différents. » « On a des ateliers créatifs (...) comme le modelage avec l'argile, la mosaïque, le dessin, tout	« On utilise beaucoup de supports créatifs, de la mosaïque, de la terre, du dessin. On utilise beaucoup de trucs au niveau des habiletés sociales, notamment le Dixiludo. Ensuite, on a des activités en collaboration aussi avec les psychomotriciennes. Un groupe qui s'appelle Corps et Mouvement où on explore justement les sensations corporelles, l'unification du corps, tout ce qui est schéma corporel, coordination. On fait du mime aussi, on fait de l'écriture, on fait quoi d'autres. On fait du bricolage maintenant, on fait du créatif avec des outils et on fait pas mal de sorties thérapeutiques aussi. » « je ne vais pas te mentir qu'en Unité pour Malades	« On est tout le temps en train de parler de ce qu'ils vont faire à l'extérieur, comment est-ce qu'on pourrait voir ici reproduire ce qu'ils veulent faire à l'extérieur pour voir s'ils en sont capables, comment on peut mettre les choses en place pour que ça soit possible. » « (...) là je t'ai parlé de l'activité principale de mon atelier (...) mais j'ai aussi des médiations thérapeutiques, quand on a le temps, quand il y a un besoin spécifique »	« En ergothérapie, moi je ne parlerai pas d'occupation et encore moins d'occupationnel. C'est un soin thérapeutique, ça fait partie du dispositif de soins, là où de nombreux soignants, voire médecins, peuvent le voir comme une occupation sans y voir forcément une visée thérapeutique. Nous, on essaye quand même de justifier notre pratique en disant que c'est du soin médiatisé, certes, c'est du soin à partir d'un média pour explorer la rencontre, la rencontre psychique et subjective pour trianguler la relation et éviter le conflit. » « J'utilise des outils particulièrement artistiques, (...), tout ça c'est des éléments pour tenter de se raconter. »

		sens et de profit du soin par rapport aux patients. Ce serait délétère pour pouvoir poser des choses et poser le cadre thérapeutique pour le patient, parce que s'il vient utiliser les ordinateurs dans notre salle, ici, avec un soignant qui ne met pas de cadre ou qui n'a pas de sens derrière thérapeutique, il va forcément biaiser l'activité » « ce n'est qu'un mot mais ce mot-là peut avoir un impact, parce que c'est du langage français et pas anglais, car les patients schizophrènes ont peu accès au second degré »	ce qui est loisirs créatifs, activité bricolage. Il y a des médiations plutôt corporelles avec le mime, avec le sport. Il y a des choses aussi plutôt autour de la parole et de l'écrit. On a un atelier écriture et dixiludo, qui est plutôt un outil conversationnel. Finalement, on utilise plein d'outils pour pouvoir toujours dans le même but, finalement, entrer en relation avec le patient. »	Difficiles, c'est assez complexe. On a un cadre comme je t'ai dit qui est très très très très strict. Et qui fait que, malheureusement, des choses qui peuvent être possibles sur secteur ne le sont pas ici. »		
	<i>Susciter l'engagement par la volition (intérêt/valeurs, motivation)</i>	« je pense que l'alliance thérapeutique elle a toute son importance pour que le patient soit engagé, qu'on ait instruit une relation de confiance » « le patient, déjà, il a ce premier engagement-là qu'il vient visiter, il demande des activités, c'est lui qui va être acteur, en fait, dès le début, (...) Un patient qui va déjà être dans la demande, on va	« On vient proposer des choses pour lesquelles ils n'auront pas forcément porté un intérêt, (...) ce n'est pas des activités qui font sens pour eux au départ. » « Ici, on est en UMD. La plupart n'ont pas d'autre chose à faire, si tu veux, que de venir passer un temps en dehors, de cette unité de soins. Ils sont ravis de pouvoir venir,	« quelque chose de signifiant et significatif » « avec les diverses activités thérapeutiques qu'on propose » « Il y a beaucoup de fervents autour du sport » « des sorties thérapeutiques généralement qui sont visées entre guillemets pour susciter l'intérêt des patients et qui sont	« Ils ont tous un canal un petit peu plus accessible. Par exemple, là on a quelqu'un qui est très dans le retrait autistique, qui parle très peu, qui a peu d'interactions et il est fan d'une voiture. Donc voilà, on s'engouffre là-dedans, dès qu'on peut lui parler de voiture, dès qu'on peut montrer quelque chose en	« Les patients ont besoin de se sentir investis par les soignants. Sans investissement, il ne se passera rien. On peut avoir les meilleurs outils, les meilleures activités, le meilleur traitement. C'est la manière dont on va les écouter, dont on va les accompagner, dont on va être rassurant, dont on va tenter d'apaiser un peu toute l'angoisse à l'intérieur qui s'exprime, qu'il s'agit du verbe

		pouvoir, s'il refuse ensuite le soin, travailler déjà avec lui » « (...) on met en place un planning toutes les semaines qui est affiché dans les unités, avec les prises en charge de nos patients, donc c'est le soignant qui inscrit en fonction des souhaits du patient qu'il a pu exprimer lors de la visite, qu'il inscrit sur des créneaux, sur des ateliers, des créneaux bien précis avec un horaire, et avec un soignant particulier. Donc là, l'engagement, ça va être que le patient soit prêt au moment où on vient (...) donc c'est aussi les responsabiliser en fait. »	d'avoir ce temps-là, cet espace-là, qui est un peu différent. » « Si on accueillait les patients d'une toute autre façon, sur un mode relationnel très austère, très froid, très distancié, peut-être qu'ils seraient beaucoup moins nombreux à vouloir venir, Donc, on arrive, tout en étant très convivial, à pourtant avoir des règles qui sont strictes et à, finalement, avoir des patients qui sont toujours ravis de venir. » « Déjà, c'est d'avoir un cadre qui leur permet ça, qui permet de faire émerger du désir, de l'envie de faire. Le levier, c'est le cadre thérapeutique, très clairement. »	organisées en fonction aussi des intérêts des patients. » « (...) un monsieur qui aime tout ce qui est peinture (...) on l'a emmené au musée de **** pour qu'il puisse s'engager là-dedans et puis surtout qu'il ne puisse pas déconnecter de la réalité »	rapport avec ça et du coup rebondir sur son vécu, ses émotions, ses ressentis. Ça aide forcément. »	agir, qu'il s'agit sur le cadre institutionnel, qu'il s'agit sur les soignants. » « le sujet, il va pas s'engager tout seul. Il va encore moins participer tout seul. Ce qui va peut-être le tenir dans un investissement, c'est qu'il sente que l'autre, en face, l'investit. C'est toute la relation intersubjective. Pour pouvoir se voir, il faut être vu (...), la relation est indispensable pour viser une autonomisation. » « (...) le patient pour investir, il faut qu'il sache ce qu'il investit. »
Participation occupationnelle dans les médiations thérapeutiques	Influence de la médiation thérapeutique sur l'autonomie psychique	« Et c'est en ça où l'ergo va redonner de l'autonomie aux patients dans une mise en situation, dans une activité. » « (...) plus on fait, plus on stabilise des acquis et ils vont pouvoir se servir de ces acquis pour favoriser	« La plupart, ça leur fait beaucoup de bien d'être acteurs, que de faire des choses, que de créer un objet aussi. Ils sont au quotidien dans quelque chose de très passif, de très aliénant, à subir, ce rythme institutionnel, à	« Nous ergothérapeutes nous pouvons favoriser justement l'établissement d'une autonomisation psychique progressive c'est-à-dire qu'en proposant des activités thérapeutiques qui sont	« (...) mon idée, c'est que dans l'atelier, ils soient autonomes, c'est-à-dire qu'ils connaissent les différentes phases. On est très ritualisés dans les ateliers. Ils savent que quand ils arrivent,	« il n'y a pas de protocole, de modèle, de choses qui peuvent être proposées comme ça, et dire, allez-y, autonomement, c'est pas possible. En tout cas, pour moi, c'est pas possible, sans s'intéresser à la relation et à la recontre. Et je pense que pas que pour moi. »

		leur autonomie dans l'activité. » « (...) je pense que le plus important, c'est le côté symbolique de l'activité et du médiateur qui va générer de l'importance pour le patient et donc un investissement et un intérêt plus important qui va ensuite nous permettre du coup d'acquérir et de peut-être faire une prise en charge plus longue sur ce médiateur-là ou cette activité-là et donc susciter de l'intérêt et donc une participation plus active à l'activité et donc favoriser l'autonomie. » « Je pense que, par la symbolique, l'activité qui est significative pour le patient, c'est primordial de l'utiliser. Mais c'est surtout pour mettre en place l'alliance thérapeutique pour ensuite permettre de travailler sur des objectifs et donc l'autonomie psychique. Elle est indispensable pour créer l'alliance thérapeutique pour pouvoir ensuite, instaurer et favoriser la	subir une oisiveté aussi. Quand ils viennent dans l'atelier, ils font des choses de leur main, ils investissent quelque chose. Alors, ils n'ont pas toujours l'idée de quoi faire. Et ça, c'est à nous, justement, à leur amener un support psychique pour qu'ils puissent s'émanciper, faire quelque chose qui, finalement, a du sens pour eux et qui n'aurait pas eu, effectivement, la première vue. » « Déjà, c'est leur permettre cette autonomie-là. Ça paraît tout bête ce que je dis, mais évidemment, si toi, tu le fais à leur place, par exemple, ne serait-ce que ça, tu ne leur permets pas cette autonomie. »	liées à des objectifs précis notamment développer l'autonomie psychique du patient » « (...) si on favorise l'engagement occupationnel (...) de n'importe quel patient à se référer justement à ses occupations et à ses activités de vie significantes, bien sûr qu'on favorise l'engagement occupationnel et donc de l'autonomie psychique ça c'est clair. » « Etre capable d'avoir une unité psychique assez importante, grâce aux médiations proposées, afin de favoriser justement l'établissement d'une autonomie psychique et être capable de penser par soi-même, de penser et d'agir par soi-même. » « (...) en engageant de manière occupationnelle, on l'engage dans ses soins, tout simplement. Et l'engagement dans les soins, c'est la capacité justement à élaborer une	ils vont s'asseoir à une table qui est réservée »	« (...) ce qui est important de garder en tête c'est que rien ne se fait tout seul et que pour se construire, il faut se construire avec l'autre et que ces sujets-là ce sont des sujets qui sont en grande vulnérabilité, dans de grandes formes de dépendance, c'est des sujets qui se sont pas attachés (...). C'est peut-être ça qui peut paraître, parce qu'on entend beaucoup <i>faut l'autonomiser faut l'autonomiser</i>, mais qu'est-ce que ça veut dire en fait ? <i>Ah mais là il est pas adapté quand il fait ça</i>, oui mais s'il était adapté, il serait pas là. Et puis qu'est-ce que ça veut dire être adapté ? C'est quand même pour ça qu'il est là, à aucun moment là le sujet a besoin qu'on s'intéresse à sa réalité psychique, c'est à nous de nous transformer, c'est pas à lui de normatiser. »
--	--	--	---	--	--	---

		prise d'autonomie chez le patient. L'activité significative, elle permet de rentrer en relation avec le patient et de créer une alliance thérapeutique. Après, on peut le rendre autonome dans cette activité-là si c'est quelque chose, enfin psychiquement, ça peut favoriser à ce qu'il soit autonome. »		autonomie psychique, être prise de conscience de ses troubles » « C'est vraiment la relation pour moi qui est fondamentale dans ma pratique et qui permet d'engager les patients, mais aussi de faire comprendre aux patients, aux soignants, à tout le monde que la participation occupationnelle est importante dans le rétablissement du patient et dans la prise de conscience des troubles et aussi la favorisation de l'autonomie psychique. »		
	<i>Adapter la participation occupationnelle pour agir favorablement sur l'autonomie psychique</i>	« (...) laisser le patient en autonomie ou pas, ou adapter après en fonction des capacités du patient (...), si ça devenait trop compliqué, pour favoriser l'autonomie justement. »	« (...) le patient a besoin de se sentir aussi en confiance pour pouvoir livrer des choses et puis être un peu autonome. »	« (...) on est prescrit (...) de manière individualisée (...). C'est-à-dire qu'on rencontre le patient avec le psychiatre pour définir des objectifs thérapeutiques ensemble » « On essaie de proposer au maximum des prises en soins adaptées aux occupations des patients. »	« (...) tu fais ton plan personnalisé pour ton patient » « (...) tes médiations, elles vont être déjà organisées en fonction de ton plan de traitement personnalisé dans le temps, tes objectifs, et de la façon dont le patient va évoluer en fonction de ce que tu fais, de ce que tu lui proposes. »	« (...) traduire ce qui va se passer pour le sujet » « (...) ça demande d'être tout le temps dans le portage psychique du sujet pendant la séance : quand il dit <i>je suis qu'une merde</i> , on va pas lui dire non <i>t'inquiète tu sais bien faire là regarde</i> . Donc effectivement l'autonomiser c'est pas faire à sa place, ça c'est sûr c'est faire ensemble. »

				« (...) le cadre est individualisé et propre à chacun »	« (...) je vais organiser dans le temps sûrement en fonction de l'évolution du patient, les médiations, ça c'est sûr. J'adapte tout au patient. » « On organise aussi, pour des patients qui sont beaucoup plus en difficulté (...) des choses qui vont être plus sollicitantes, plus dans l'attention, plus dans les gestes fins, etc. »	
Le cadre thérapeutique	Description du cadre thérapeutique (règles, spatial, temporel)		« En UMD, ce cadre intermédiaire, c'est une ouverture vers l'extérieur. Même si on est au sein de l'institution, quand ils viennent ici, l'idée, c'est qu'ils aient quand même le sentiment d'être dans un lieu un peu à part. Et pas strictement médical. Donc, c'est pour ça que c'est important pour moi, par exemple, de ne pas porter la blouse dans l'atelier. »	« On a un espace intermédiaire à part, une sorte de grand espace où nous sommes deux infirmiers, un autre soignant, deux ergothérapeutes pour environ ouais 12 patients max en tout, par demi-journée. C'est un lieu qui est assez fermé, c'est des groupes qui sont aussi (...) assez fermés, assez ritualisés. » « C'est un cadre qui est quand même assez contenant, assez sécurisant, toutes les portes sont fermées à clé, (...). Mais on essaye	« Dans mon service, nous avons plusieurs ateliers (...) Pour animer notre atelier, nous avons, en général, entre 8 et 10 patients, simultanément. » « (...) s'ils s'engagent, ils viennent tous les jours, toute la journée. En fait, au niveau de mon évaluation, je vais évaluer si le patient a la capacité ou pas de venir tous les jours, toute la journée. Si c'est le cas, il s'engage à le faire. Si maintenant, j'estime, (...) un patient qui est un peu plus en difficulté,	« Moi j'accueille les patients en séance individuelle, je fais aussi des thérapies de groupe à médiation. » « (...) c'est une réelle richesse de rencontrer les patients en individuel, de pouvoir leur proposer un espace dans lequel on va les accompagner. » « (...) c'est un premier élément du cadre le jour et l'heure. Quand je peux pas moi m'engager sur ce jour et cette heure, forcément du coup il y a quelque chose qui va aller se discuter avec le sujet, avec le patient. »

				d'instaurer un cadre un peu plus souple que dans les unités où les patients sont clairement très dirigés, très accompagnés dans leur autonomie. » « le cadre l'impose et les mesures de sûreté aussi imposent que bah on ne peut pas faire tout ce qu'on veut. »	qui est très angoissé et tout, lui il viendra 1h30 le matin, 1h30 l'après-midi, mais tous les jours. » « (...) moi, personnellement, je ne fais que du groupe, mais je peux faire des présences en charge individualisées dans le groupe »	
	<i>L'encadrement du cadre</i>		« Malheureusement, on est fortement impacté par le manque d'effectifs et les collègues avec qui on travaille qui partent en remplacement. Ça, ça impacte, par exemple, assez gravement notre cadre. » « Le cadre thérapeutique, c'est les règles, mais c'est aussi toi, ton cadre personnel, comment tu te comportes. Mais si tu es très froid, très sévère, (...) forcément, les choses vont émerger plus difficilement. »	« (...) je suis obligatoirement accompagné d'un soignant qui ne participe pas forcément pendant la séance mais qui est considéré dans le cadre thérapeutique c'est-à-dire qu'il est forcément avec nous. » « le cadre institutionnel posé et par extension par notre cadre, nous ergothérapeutes »	« Chaque atelier est tenu par ce que nous appelons des moniteurs. Tous les moniteurs, ce sont soit des infirmiers, des aides-soignants ou des infirmiers, soit des ergothérapeutes. » « chaque moniteur d'atelier, lorsqu'il a un ou plusieurs patients, quand il reçoit pour la première fois, il va l'évaluer en 1 heure, 2 heures, rapidement, si ce patient est en capacité, notamment, d'une capacité attentionnelle, de rester longtemps ou pas. Nous ne sommes qu'une condition de	« Aujourd'hui, on ampute l'humain, en pensant que des exercices ou des protocoles ou des choses comme ça vont permettre de se substituer à la relation, mais ce qu'on s'aperçoit, c'est que la relation, c'est le levier thérapeutique du soin. » « c'est comment est-ce qu'en tant que professionnel du soin, on va réussir à tenter de contenir, d'accompagner, de soutenir, là où pour le patient, il n'y a rien qui se soutient. C'est la spécificité du soin à l'UMD » « (...) il n'y a pas vraiment de technique en psychiatrie. C'est pas un savoir-faire qu'on nous demande, c'est plutôt un savoir-être. Et ça s'apprend, ça s'approprie dans la relation,

					présence. Dans le temps de la présence, nous allons moduler l'activité. » « (...) c'est un autre cadre. Oui, on sort des blouses blanches peut-être aussi »	dans la rencontre, et ça prend du temps à s'installer »
	Fonction du cadre thérapeutique	« (...) avoir la responsabilisation du patient par le biais des horaires »	« (...) c'est surtout le cadre des médiations qui va permettre ça, d'agir sur la maladie » « En bricolage, par exemple, on va faciliter la relation, mais on va assez peu parler de la maladie. Il y a des cadres qui s'y prêtent davantage. En atelier créatif, c'est un atelier polyvalent avec de l'individuel et le groupe. Au maximum, on est 3 soignants dans l'activité avec 6 patients maximum. » « Ça permet d'avoir un accompagnement où on va venir questionner la maladie, les troubles, etc. Ça va être l'occasion justement, parce que le cadre s'y prête. On est là pour être en relation les uns avec les autres. On va discuter et les choses	« Pour lutter à la fois contre la désorganisation et aussi les éléments délirants qui peuvent être très présents et très très envahissants dans le quotidien lors des arrivées de patients. Donc nous on les accompagne au quotidien jour après jour, semaine après semaine justement en créant un lien spécial, une alliance thérapeutique solide, et justement en faisant des choses qui sont assez concrètes (...) pour les ramener à la réalité » « la contenance (....) c'est fait avec des règles, avec des rituels, avec des locaux toujours les mêmes, avec des portes fermées, avec toujours les mêmes horaires, toujours les mêmes	« Chez nous, le cadre, c'est l'un des piliers de nos prises en charge. Dans le sens où un patient psychotique, il a besoin d'être contenu, d'autant plus quand il peut avoir des accès de violence. Alors, évidemment, le cadre que nous, on va poser en tant que soignant qui décide de la médiation, mais aussi le cadre de l'UMD »	« Je pense que c'est essentiellement ça le terme qu'il faudrait peut-être retenir, c'est la question de la contenance. » « (...) il va apporter un espace, il va délimiter un lieu. Il va délimiter une temporalité, qui est hyper importante. Il va mettre des limites, en fait. Mais des limites nécessaires et sécurisantes. Il va permettre qu'il y ait des choses qui viennent se déposer, se déployer, se vivre. Il va apporter une contenance. »

			vont venir parfois spontanément. Parfois, c'est nous qui allons justement les y conduire. Il va y avoir un support projectif (...). C'est l'occasion de questionner un peu l'histoire personnelle du patient. Plus que l'activité en elle-même, c'est peut-être le cadre qu'il y a autour, la manière dont est construite l'activité, qui va orienter vers tel ou tel objectif. »	soignants. C'est donner un repère. L'importance que ce soit toujours le même thérapeute qui effectue la médiation est pour moi extrêmement importante. C'est grâce à ça qu'on noue une relation. C'est grâce à ça qu'on symbolise aussi la contenance psychique pour accéder à l'autonomisation psychique justement progressive du patient. »		
	<i>Influence du cadre sur la volition et sur l'agir</i>		« Évidemment que le cadre qu'on instaure, favorise grandement le fait que les patients sont ravis de venir et de faire des choses. La manière d'être avec eux, ton mode relationnel peut tout changer. »	« On parle de favoriser l'autonomie psychique et malgré tout, dans le cadre institutionnel qu'est l'UMD, on est sacrément déconnecté de la vie active (...). Il y a vraiment une autre vie, des autres rituels très stricts, très imposants qui font que bah les automatismes de la vie quotidienne on les perd un petit peu parce qu'on est quand même beaucoup beaucoup beaucoup maternels et accompagnés par le corps soignant. »	« Au bout de 2 ou 3 semaines, quand ils connaissent bien l'activité et le fonctionnement de l'atelier, ils évoluent dans l'atelier par eux-mêmes. Souvent, quand il y a des nouveaux qui arrivent, chacun leur tour, ils s'expliquent, ça valorise aussi. Ça leur permet de montrer qu'ils sont capables de faire des choses. Souvent, ils ont été très dévalorisés, très montrés du doigt, traités d'incapables »	« (...) d'avoir des limites et du coup un rituel avec des choses hyper fixes, stables, qui vont pas changer. Parce que ça va être rassurant, apaisant ça va être organisateur pour le sujet. Je pense que ce qui est important effectivement c'est ça, c'est d'être que le cadre en tout cas qu'on va proposer que l'espace qu'on va proposer puisse être un espace organisateur. » « (...) les soignants qui sont autour des patients, vont venir contenir, porter le sujet là où personne ne l'a porté avant. Et pouvoir travailler avec sa réalité psychique »

				« (...) à la fois dans l'espace d'ergothérapie mais aussi dans temps informels »	« (...) le cadre participe à la participation. Du coup, parce qu'il nous permet à nous d'avoir des largesses dans nos activités. Parce que le cadre va être contenant. Et que du coup, l'agressivité, la violence va être contenue. »	
	Apport du cadre thérapeutique dans la pratique en ergothérapie	« Tout ce qui est sécurité, tout ce qui est cadre thérapeutique qui est ici plus que nécessaire et sur lequel on s'appuie tout le temps quand on fait les activités thérapeutiques et même les règles et le cadre que l'on impose aux patients pour venir en activité : les horaires (...) pour rentrer dans le fonctionnement du service »	« Il oriente tes objectifs. » « (...) quand tu es seul ou même à deux ou trois pour gérer un très gros groupe, on n'est pas tout le temps avec chacun. On voit bien que la manière dont tu conçois ton cadre d'activité va permettre d'aller cibler tel ou tel objectif thérapeutique. »	« (...) avec ce rituel, ce cadre assez posé quand même, le même, ça permet justement que le patient revienne petit à petit dans une réalité qui est certaine, et justement la prise de conscience des troubles s'effectue ici. »	« Il y a tout un tas de règles comme ça qui font le cadre. L'ergo, c'est un peu une ouverture dans ce cadre, que d'être tout le temps enfermé dans leur unité de vie. Ils sortent de l'unité de vie pour aller dans un autre service où il y a aussi des règles, mais où c'est déjà différent. Et où, en plus, ils sont mélangés entre les différentes unités. Donc ils voient d'autres personnes. »	« (...) le cadre qu'on va proposer, la contenance qu'on va proposer, le fait qu'on va garantir la place de chacun, la parole de chacun, que personne ne va disparaître, qu'on va pouvoir se rencontrer aussi dans quelque chose qui n'est pas menaçant, c'est ça qui compte le plus. C'est l'expérience de l'altérité à travers, effectivement, l'utilisation d'un média. » « (...) c'est dans ces expériences-là qu'on essaie de transitionnaliser quelque chose. »
	Intérêt de la mise en place d'une ritualisation dans le cadre	« (...) on parle aussi avec des patients atteints de troubles schizophréniques avec des troubles cognitifs qui ont peu d'accès au second degré ou qui sont très terre-à-terre, donc ils	« La ritualisation au niveau de l'autonomie... Moi, je voulais davantage plutôt parler de rassurance, de compétence. »	« Au début on accueille les patients avec un petit café, un petit thé pour justement un rituel d'accueil, les faire prendre conscience qu'ils ne sont plus dans les	« Elle va renforcer l'autonomie psychique dans le sens où, à un moment donné, ça devient automatique. Il n'a plus besoin de réfléchir, de se	« J'aurais tendance à vous dire non, elle ne renforce pas l'engagement dans la médiation. » « (...) ce que j'essaie de faire c'est d'engager une rythmicité. Je pense que c'est plus la

		ont besoin de repères stables, concrets, et tout ce qui est un peu imagé, c'est hyper compliqué pour eux. » « (...) je pense que le planning, il prend tout son sens dans la prise en charge du patient en UMD. La ritualisation des prises en charge aussi (...) pour créer des repères et que le patient se ritualise dans sa prise en charge. Ça favorise l'engagement parce qu'il n'y pas de surprise »	« Le fait d'avoir quelque chose qui a un caractère régulier, où il y a une rythmicité, c'est rassurant. » « Après, il y a le rythme de la séance, il y a le caractère régulier (...). Ça, c'est quelque chose de rassurant. C'est d'ailleurs pour ça qu'on bataille beaucoup, nous, ici. C'est pour pouvoir assurer et maintenir nos activités thérapeutiques. Parce qu'on sait que c'est important pour eux d'avoir ce repère qui soit rassurant. »	unités de soins, ils sont dans une autre unité, une unité transversale, un espace intermédiaire où ils peuvent se sentir bien. » « Ensuite on a le corps de la séance où on propose justement l'activité thérapeutique au sens propre où justement on est dans le soin pur et ensuite on a généralement un temps de débrief à la fin (...) pour ensuite après aller les raccompagner dans leur pavillon respectif. » « (...) la routine et les habitudes de vie à l'UMD, c'est un peu souvent les mêmes. C'est assez strict, les horaires sont fixes, il y a des temps en chambre, enfin c'est très très très ritualisé. Mais justement, en ergothérapie aussi, c'est ritualisé (...). C'est toujours un peu le même procédé de séance, le rituel d'accueil, le corps de la séance, la verbalisation à la fin de la séance. C'est très très important dans le sens	demander ce qu'il doit faire, etc. Ça va forcément le valoriser (...), ça la renforce la participation. »	rythmicité (...) qu'une ritualisation, (...), si un jour un patient veut changer quelque chose, on discute, on essaie de comprendre pourquoi ou ce qu'il se passe. Il ne va jamais arriver le même. Je ne vais jamais moi aussi être la même que la dernière fois. » « Je pense que ce qui est important c'est la cohérence et la rythmicité des choses. »
--	--	---	--	---	--	--

				où, comme je t'ai dit, les patients sont très désorganisés, très très très très délirants, peuvent être parfois même dangereux, on ne va pas se mentir dû à leurs idées délirantes. Et l'établissement de repères, de rituels, que ce soit en UMD enfin dans le cadre de soins, mais aussi en ergothérapie, est essentiel pour (...) favoriser l'unicité psychique. (...) l'unicité psychique, ça intervient aussi dans l'autonomie, la capacité de penser par soi-même. »		
	Ambivalence de la ritualisation auprès de patients schizophrènes	« (...) je pense que la ritualisation fait qu'il y a aussi le côté un peu automatique , le côté un peu sans réfléchir et de faire de façon automatique les choses et du coup plus forcément être conscient de ce qu'il fait. Mais en même temps, s'il fait son activité, c'est qu'il est déjà un peu autonome quand même dans l'activité. »	« C'est rassurant et ça amène une certaine contenance pour ces patients schizophrènes. Est-ce que ça facilite l'engagement ? J'imagine dans une certaine mesure, oui, effectivement. Maintenant, il ne faut pas non plus qu'elle soit délétère, cette routine. Donc il faut aussi parfois casser ce rythme là. Parce que tu peux avoir des	« Le cadre très ritualisé, très strict de l'UMD ça a l'avantage de contenir les patients en pleine crise. C'est prouvé scientifiquement que le cadre strict, les rituels, les habitudes permettent de contenir, et de faire descendre dans la réalité les patients qui ont commis des actes graves, ça c'est un bénéfice positif. Un peu plus négatif, c'est qu'au long	« Oui, complètement. On a des patients qui ont des capacités cognitives un peu supérieures aux autres, et qui en profitent. C'est marrant, parce que j'ai eu le cas ce matin, un patient qui (...) n'a pas de déficit, (...) n'est pas plus envahi que ça par un délire ou quoi que ce soit, avec des capacités disponibles. Il devait faire une des tâches	« (...) c'est une question qui est intéressante mais qui, peut s'entendre à différents niveaux. Les patients (...) ils sont très ritualisés pour certains. Il y a certains patients où vous changez quelque chose de leur quotidien (...), ça remobilise une angoisse mais qui est insupportable. »

			patients qui, sont dans une forme d'apragmatisme, et qui vont s'enfermer dans quelque chose d'assez chronicisant. Ils vont vouloir faire toujours la même chose, comme le même dessin »	cours, ces habitudes, ces rituels ça enferme le patient (...) dans un processus où il n'y a pas de choix en fait (...) il n'est pas acteur tout simplement, (...) il subit le cadre, il subit les rituels. »	parmi les plus sollicitantes. Il fallait faire attention à mettre quelque chose dans le bon sens, et puis à faire un geste très fin. Il a réussi à me le faire à l'envers, parce que justement, pour lui, c'était encore trop simple quelque part. »	
--	--	--	---	--	--	--

RÉSUMÉ

Dans le domaine du soin, les dernières décennies sont marquées par des patients qui aspirent à plus d'autonomie et des professionnels de santé qui prônent davantage la participation du patient. Cet accès à l'autonomie, au cœur de la profession d'ergothérapeute, peut-être questionné au sein d'une Unité pour Malades Difficiles, à savoir dans un contexte de privation occupationnelle, exacerbé tant sur un plan psychique par la manifestation de la psychose du patient, que sur un plan environnemental par l'enfermement institutionnel et sociétal. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les leviers utilisés par les ergothérapeutes pour susciter la participation occupationnelle des patients dans les médiations thérapeutiques par le biais du cadre, favorisant ainsi une reprise de l'autonomie psychique.

Pour y répondre, une démarche hypothético-déductive associée à une méthode qualitative a été réalisée. Cinq ergothérapeutes de 4 UMD différentes ont été interrogés par le biais d'entretiens semi-directifs.

A travers les entretiens, le lien entre altération de l'autonomie psychique et l'hospitalisation en UMD de patients schizophrènes a été mis en évidence. Dans leur accompagnement, les ergothérapeutes vont s'appuyer sur un cadre thérapeutique contenant pour agir sur la sphère de l'habitation pour permettre la participation occupationnelle des patients dans les médiations et favoriser l'autonomie psychique.

Par le croisement des données de la littérature et celles des entretiens, la participation occupationnelle peut agir sur l'autonomie psychique mais la contenance du cadre thérapeutique peut devenir un frein pour l'habitation.

Mots-clés : Autonomie Psychique, « Unité pour Malades Difficiles », « Schizophrénie », « Privation Occupationnelle », « Ergothérapie »

ABSTRACT

In the field of healthcare, recent decades have been marked by patients seeking greater autonomy and healthcare professionals advocating for increased patient participation. This access to autonomy, central to the profession of occupational therapy, can be questioned within an Acute Mental Health Unit, in a context of occupational deprivation, exacerbated both psychologically by the manifestation of the patient's psychosis, and environmentally by institutional and societal confinement. The objective of this study is to highlight the strategies used by occupational therapists to encourage patient participation in therapeutic activities through structured interventions, thus promoting the recovery of psychic autonomy.

To achieve this, a hypothetico-deductive approach combined with a qualitative method was employed. Five occupational therapists from four different Secure Psychiatric Units were interviewed using semi-structured interviews.

Through the interviews, the link between the impairment of psychic autonomy and the hospitalization of schizophrenic patients in Secure Psychiatric Units was highlighted. In their support, occupational therapists rely on a containing therapeutic framework to act on the habitation sphere, enabling patient participation in activities and promoting psychic autonomy.

By cross-referencing data from the literature and the interviews, it is evident that occupational participation can positively impact psychic autonomy, but the containing nature of the therapeutic framework can become an obstacle to habitation.

Keywords: "Psychological Autonomy", "Acute Mental Health Unit", "Schizophrenia", "Occupational Deprivation", "OT"