

SOMMAIRE DES ANNEXES :

Annexe I : Arrêté du 5 Juillet 2010	I
Annexe II : Matrices théoriques	III
Annexe III : Lettre d'information vierge	VIII
Annexe IV : Formulaire de consentement vierge	IX
Annexe V : Entretien 1	X
Annexe VI : Entretien 2	XVII
Annexe VII : Entretien 3	XXI

Annexe I : Arrêté du 5 Juillet 2010

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Définition du métier, dans le respect de ce qui précède

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.

Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique.

Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne.

Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation.

Activités

1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

ANNEXE II

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Compétences (1)

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

Compétence 3

Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique.
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité.
5. Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité.
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
 - techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ;
 - techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ;
 - techniques de guidance et d'accompagnement ;
 - techniques de compensation et de remédiation.
7. Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.
8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance.
9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique.
10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie.
11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité.

Compétence 3 : mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie

- UE 2.3 S1 Dysfonctionnement des appareils musculo-squelettique et tégumentaire.
- UE 2.4 S2 Dysfonctionnement des systèmes nerveux et sensoriel.
- UE 2.5 S3 Dysfonctionnement cognitif et psychique.
- UE 2.6 S4 Dysfonctionnement cardio-respiratoire et métabolique.
- UE 3.4 S3 Modèles d'analyse de l'activité.
- UE 3.6 S3 Médiation, relation et cadre thérapeutique.
- UE 4.3 S4 Techniques de positionnement.
- UE 4.4 S2 Techniques de rééducation et de réadaptation.
- UE 4.4 S4 Techniques de rééducation et de réadaptation

Compétence 6

Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun.
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.

Compétence 6 : conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

- UE 1.3 S1 Psychologie-psychologie et santé.
- UE 4.2 S3 Techniques et outils de relation et de communication.

Annexe II : Matrices théoriques

Valeur théorique	Critères	Indicateurs	Indices
Modèle psycho-dynamique (Freud, Winnicott)	Fonctionnement psychique	Inconscient	Principe de plaisir, pulsions, envies, besoins, instincts
		Conscient-Préconscient	Principe de réalité, stabilité psychique, équilibre, conscience morale
		Conflit intrapsychique	Notion de structure, mécanismes de défense, stratégies adaptatives
	Relation thérapeutique	Transfert	Répétition, réparation, identification projective, comportement/ attitude du patient, alliance thérapeutique
		Contre-transfert	Réaction au transfert, affects propres, distance thérapeutique
		Cadre	Contenance, espace intermédiaire, symbolique, sécurité, relation de confiance, espace potentiel de création
	Transitionnalité	Espace transitionnel	Dedans-dehors, aire intermédiaire, objet transitionnel
		Créativité	Rencontre, médiation, personnalité entière
		Projection	Art, parole, lien dedans-dehors, expression affects

Valeur théorique	Critères	Indicateurs	Indices
Modèle cognitivo- comportemental	Aspect comportementaux	Conditionnement classique (Pavlov)	Apprentissage par répétition de stimulus-réponse associés, phénomène de généralisation
		Conditionnement opérant (Skinner)	Ajustement des comportements par rapport des conséquences, renforcements, aversion
	Aspect cognitifs	Croyances irrationnelles (Ellis, 1962)	Affirmations élevées et irréalistes. Modèle A-B-C
		Schémas de pensées dysfonctionnels (Beck, 1976)	Schémas cognitifs, processus cognitifs, pensée automatique, lien avec expériences de vie, distorsions
		Apprentissage social (Bandura, 1986)	Personne active dans l'apprentissage, relation personne-environnement- apprentissage-comportement, apprentissage par modèle
		Composantes de la relation thérapeutique	Empathie, authenticité, confiance mutuelle ... Relation de collaboration empirique Alliance de travail-alliance thérapeutique- compréhension-engagement- entente

	Relation thérapeutique		Support de l'apprentissage, du changement.
		Alliance thérapeutique	Caractéristiques du patient, caractéristiques du thérapeute, lien interpersonnel Alliance initiale, alliance moyenne, phénomène actif Rôle de la technique utilisée

Valeur théorique	Critères	Indicateurs	Indices
Concept de rétablissement	Phases du rétablissement	Moratoire	Déni, sentiment de perte, désespoir, révolte Enjeux : construire alliance thérapeutique, identification des ressources
		Conscience	Premières lueurs d'espoir, sentiment de pouvoir agir sur sa vie Enjeux : maintien et renfort de l'espoir, psychoéducation sur le rétablissement, traitement des troubles associés
		Préparation	Inventaire capacités/incapacité, valeurs personnes, connaissances maladie Gestion maladie, symptômes, insertion groupes, réduction crainte
		Reconstruction	Travail actif : établi objectif, responsabilités, contrôle sur la vie Prise en compte des projets et envies et attentes
		Croissance	Autogestion maladie, image positive, confiance en soi et capacités, maintien vision positive sur le futur

	5 dimensions selon CHIME	Connexion aux autres	Soutien des pairs, du groupe, des autres ; être membre de la communauté ; relations Soutien et collaboration
		Espoir et optimisme	Motivation de changer, avoir des rêves et aspiration, pensées positives, valorisation des succès et du rétablissement
		Identité	Reconstruction ou redéfinition d'une identité positive
		Sens à la vie	Expériences, spiritualité, qualité de vie, rôles et objectifs significatifs
		Empowerment	Responsabilités, contrôle sur sa vie, accent sur les points forts

Annexe III : Lettre d'information vierge

LETTRE D'INFORMATION

Dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

- IFE MONTPELLIER -

A l'attention de Mme,

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche je suis à la recherche d'ergothérapeute exerçant ou ayant exercé en psychiatrie. En effet, pour cette étude j'aimerais interroger des ergothérapeutes DE qui utilisent plusieurs références théoriques dans leur pratique. Ayant répondu à ma publication, vous pensez donc que vous piochez dans plusieurs modèles/approches théoriques pour élaborer vos prises en charge ergothérapeutiques dans un contexte de patients ayant des troubles psychiques.

Cet entretien réalisé doit être enregistré pour être utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées de manière confidentielle, c'est-à-dire que votre anonymat sera préservé. Il s'agira d'un entretien téléphonique d'environ 30 minutes.

Je vous remercie par avance pour l'attention que vous portez à ma recherche et pour le temps consacrée à celle-ci. Si vous avez la moindre question ou si vous voulez des renseignements par rapport à cet entretien ou autre, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : elisaa.lautar@gmail.com.

LAUTAR Elisa,

Etudiante en 3^{ème} année à l'IFE de Montpellier

Annexe IV : Formulaire de consentement vierge

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE
- IFE MONTPELLIER -

Je soussigné(e)....., accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Melle LAUTAR Elisa , élève de troisième année de l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Mme LAMOTTE Lucie, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont clairement été expliqués dans la lettre d'information.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées de manière confidentielle, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

Le,

Signature de l'étudiante

Signature du maître de mémoire

Signature de la personne

Annexe V : Entretien 1

Pour commencer, je voulais vous demander l'année et la ville d'obtention de votre diplôme d'ergothérapeute.

E1 : Euh..alors attends, à chaque fois j'ai un doute, ça fait 39 ans que je bosse donc en 80 euh.. non non c'est 83. Ah non c'est plus que ça, ça fait 38 ans donc 39 cette année donc ça fait 80.

Et dans quelle ville vous avez été diplômée ?

E1 : Nancy.

Nancy, d'accord. Est ce que vous avez eu d'autres formations en lien avec la pratique en psychiatrie ?

E1 : alors je me suis formée en hypnose ericksonnienne et en thérapie brève. Sinon tout le restant de mes formations et procédés sont des formations ponctuelles, personnelles, didactiques, parce que je fais beaucoup de travail corporel. Mais ça c'est plus des expériences et des formations ponctuelles quoi, j'ai de nombreuses formations et de nombreuses pratiques. Les seuls diplômes que j'ai repassé à côté c'est hypnose et thérapie.

C'est un DU ou c'est une formation spécifique ?

E1 : Non c'est un diplôme de l'institut Utile, c'est un institut parisien qui délivre un diplôme, certificat d'aptitude à l'hypnose et aux thérapies. Pour le moment ils arrivent pas encore à se mettre d'accord sur un DU, ça ne va pas tarder à arriver, mais pour le moment ils ne sont pas encore d'accord sur les modes d'acquisition euh ... enfin ils ont pas encore réussi à faire quelque chose d'universitaire et de commun. Pour le moment c'est des écoles un peu dispersées. Ça devient de plus en plus sérieux mais ça prend du temps.

Ca fait combien d'années que vous exercez en psychiatrie ?

E1 : 37 ! 39 de boulot, 37 de psychiatrie.

D'accord. Actuellement vous êtes dans quel type de structure ?

E1 : Alors, j'ai toujours travaillé en hôpital, en intra hospitalier, que ce soit en unité libre ou en unité de soin protégé fermé et à coté j'ai fait donc des passages en CATTP. Donc des passages en CATTP pendant 3 ans, euh en addictologie pendant 5 ans, c'est à dire que j'avais euh quelques heures à faire dans ces services là à coté et là actuellement je fais quelques heures en éducation thérapeutique pour des gens qui sont en rhumatologie ou en chirurgie bariatrique et je fais des heures avec mes actions spécifiques à savoir l'hypno relaxation et travail de on va dire de gestion des émotions.

D'accord, ok, et donc en public rencontré de tout âge ou adulte essentiellement ?

E1 : Psychiatrie adulte. Et addictologie mais là c'est terminé je ne suis plus en addicto.

Dernière question un peu signalétiques avant de passer vraiment dans les questions par rapport à mon sujet, est ce que vous connaissez le concept de rétablissement ?

E1 : Le concept de rétablissement ? Ben non, non je ne connais pas, j'ai déjà entendu cette notion de rétablissement mais je ne...

Pour vous en quelques mots, ça serait quoi, d'après ce que vous avez entendu ?

E1 : Le rétablissement ? Alors déjà moi ça ne me parle pas trop, euh, l'idée de rétablissement moi je l'associe comme ça spontanément à l'idée de guérison, or, pour moi, en psychiatrie et en psychologie clinique il n'y a pas de guérison. Pour moi, il y a des troubles psychiques, des souffrances psychiques qui peuvent s'améliorer, se métamorphoser, se transformer mais un

rétablissement pour moi c'est un concept euh de rétablir quelque chose comme avant et pour moi il y a un changement de toute manière.

Justement non, euh vous verrez mes questions, du coup, c'est en fonction de cette réponse là et vous me dites que non, je vais vous dire la définition dans les questions mais le concept de rétablissement c'est pas euh se rétablir dans le sens de la guérison c'est plus comme vous l'avez dit surmonter les symptômes, aller au delà pour retrouver un but dans sa vie mais sans la guérison, c'est pas revenir à un état antérieur, c'est vraiment

*Bon alors, première question : **quelle définition pourriez vous donner de l'ergothérapie en psychiatrie ?***

E1 : Ahh, eh ben dis donc, ahh, sacré question, bouge pas ! Je suis partie j'avais un autre bruit, on va y arriver. Euhhh la définition de l'ergothérapie en psychiatrie ? Pour moi c'est une forme de euh, de thérapie qui va utiliser euh des médiations... Donc pour moi c'est une thérapie médiatisée euh qui va proposer au patient une relation grâce et à travers la médiation et des cadres thérapeutiques qui sont cohérents, qui sont adaptés qui sont pensés ... et cette thérapie va permettre au patient de, soit d'avoir un soin psychique, soit d'aller vers une réhabilitation personnelle. Pour moi le soin psychique j'ai plutôt tendance à le voir du côté euh psychodynamique c'est à dire essayer d'aider la personne à utiliser des médiations projectives, créatives, expressives pour qu'elle puisse un peu plus comprendre son fonctionnement psychique et la réhabilitation je la vois plus du côté de l'autonomie personnelle, l'amélioration de la qualité de vie et éventuellement au niveau social, des habiletés sociales et voilà de l'intégration et l'inclusion dans la société.

D'accord, très bien, vous allez peut-être répéter cela sur ma deuxième question, mais ça me va comme réponse. Vous, par rapport à cette définition de l'ergothérapie en psychiatrie, selon vous comment l'ergothérapeute travaille ? Vous avez déjà un peu répondu.

E1 : Travaille à quoi ?

Dans la proposition de moyens, comment l'ergothérapeute travaille en psychiatrie ?

E1 : Ben, il va poser un cadre, euh proposer une relation médiatisée, analyser sa relation, être en supervision si nécessaire, connaître ses médiations, euhhhh faire la distinction entre les activités qui sont thérapeutiques dont le but est de faire l'activité sur un objet ou des activités, des médiations d'expression, ou expressives ou impressives, qui sont des médiations plutôt centrées sur euh l'état psychique de la personne qui va se compliquer, qui va un petit peu se dire de cette façon là. Voilà l'ergothérapeute il est garant de son cadre, l'ergothérapeute il est responsable de la thérapie. Après il prend des notes, voilà, il rend des comptes, voilà quelques pistes déjà.

*Très bien, merci. Une autre question : **quels modèles ou approches théoriques interprofessionnelle guident votre pratique et est ce que ce sont les mêmes depuis le début que vous avez commencé à exercer en psychiatrie ?***

E1 : Alors le modèle principal qui guide ma pratique c'est le modèle psychodynamique, analytique, j'ai fait une psychanalyse en début de carrière, il n'a pas changé, il est toujours présent, simplement euh, il y a quelques années en arrière il était beaucoup plus pur parce qu'il était pratiqué aussi dans l'institution et que là il est entrain de se transformer progressivement parce que l'institution est entrain de glisser progressivement vers un modèle de TCC.

D'accord.

Donc euh moi je résiste autant que je peux mais euh à un moment donné on est contaminé aussi d'une certaine manière par le modèle autour. Quand j'enseigne, je suis enseignante, hein, à l'école de Nancy, quand j'enseigne aux élèves j'essaie de leur parler de, euh j'appelle ça d'avoir 4 paires de lunettes pour les ergothérapeutes.

Donc on peut avoir une paire de lunette psychodynamique, qui va nous permettre de travailler avec des médiations projectives, créatives, médium malléable ou des choses de ce type là. On peut avoir une paire de lunette plutôt cognitivo-comportementale qui va nous permettre d'aller vers euh vers des travaux un petit peu autour des troubles cognitifs, des travaux de type un peu ETP aussi éducation thérapeutique par exemple. On peut avoir aussi une paire de lunette humaniste ou sociale quand on travaille aussi autour de ce qui est sociothérapie au niveau des groupes. Et puis on peut avoir une paire de lunette qui est plus centrée sur l'activité humaine et là on retrouve j'ai envie de dire la paire de lunette des ergothérapeutes qui bossent en fonctionnel où on va retrouver des activités, des champs classiques de l'ergothérapie à savoir la productivité, les loisirs, des choses comme ça.

Moi j'ai l'impression qu'on a besoin de ces 4 paires de lunettes là. Les 2 paires de lunettes psychodynamique et cognitivo-comportementale elles servent en psychique et les 2 autres paires de lunettes à savoir plus centrées sur les activités ou sur la dimension groupale elles sont plus sur la réhabilitation personnelle ou la réhabilitation groupale.

Voilà, c'est un petit peu les postures que j'ai, mais donc du coup comme maintenant je fais un petit peu d'hypnose et de thérapie brève, je vois les choses un petit peu différemment, avoir un petit peu plus de protocole, je commence à utiliser des bilans ELADEB c'est le seul que j'utilise. Donc si tu veux grosso modo ma paire de lunette principale c'est la psychodynamique mais il m'arrive d'en changer de temps en temps pour les autres pour voir les choses un peu sous d'autres angles. Mais même par exemple au niveau du travail corporel je vais me référer à Anzieu, au niveau du travail artisanal je vais me référer à Winnicott, au niveau du travail social, groupal je vais me référer à Anzieu qui travaille un peu sur les groupes, l'inconscient groupal, systématiquement j'ai quand même une petite tendance à avoir une vision un peu plus psychodynamique.

D'accord. Mise à part d'avoir une institution qui change, qu'est ce qui vous a amené à faire évoluer votre pratique du coup vers la complémentarité des modèles plus que ... ?

E1 : Comme j'enseigne à l'école d'ergo et que je suis formatrice à l'IFE, si tu veux c'est quelque part aussi la pression du groupe et l'évolution du métier.

Donc j'ai commencé à lire des livres comme « De l'activité à la participation » de Sylvie Meyer avec tous les collègues de l'ENOTHE, du réseau européen parce qu'il faut aussi définir un petit peu les différents termes de l'ergothérapie française et anglaise, bon moi je lis pas l'anglais donc je n'ai pas pu avoir accès aux travaux de Kielhofner sur le MOH j'aurais pu y avoir accès, je commence à lire un peu, je me rends compte d'ailleurs des convergences de pensées qui m'intéressent.

Mais c'est très clairement voilà, la pression du groupe, la redéfinition aussi depuis qu'il y a les assises nationales parisiennes l'ANFE, la redéfinition progressive des lignes et des concepts de l'ergothérapie. J'accompagne, si tu veux. Moi si on m'avait laissé toute seule dans mon coin je serai restée dans le psychodynamique et la médiation progressive.

Mon souci à force d'entendre par les uns « non mais ce que vous faites c'est pour les psychologues ou pour les arts thérapeutes » j'ai fini par effectivement rejoindre un petit peu plus cette bande d'ergothérapeute.

D'accord, ok, très bien bon on passe à une autre question du coup.

Par quels moyens concrètement, pas de type du coup comme activité créative, vraiment un moyen concret favorisez vous le processus personnel du patient qui l'amène à retrouver une identité positive, un but à sa vie en allant au delà de la maladie psychique donc le rétablissement comme défini tout à l'heure ?

E1 : Moi mes activités principales c'est sous l'angle du point du soin psychique ça va être l'hypno relaxation, les techniques corporelles, c'est principalement cet outil là que j'utilise euh voilà au niveau du soin psychique je suis dans ce domaine là.

D'accord

Et aussi la créativité euh groupale et personnelle et maintenant c'est plutôt ma collègue qui fait ça, moi je suis plutôt sur la thérapie psycho corporelle et puis relaxation. Et du côté de la réhabilitation, là je vais plutôt être du côté euh j'ai un groupe de jeu thérapeutique, on va être sur les outillages si tu veux les ADT. Les ADT sociales et aussi le travail d'introspection je travaille exclusivement avec des jeux d'expression, de discussion, mais d'abord d'introspection. On peut dire que le groupe de jeu thérapeutique est à cheval entre le soin psychique et la réhabilitation, enfin l'ADT sociale donc pour moi la réhabilitation sociale. C'est un peu à cheval entre les deux. Et puis j'ai un groupe qui s'appelle Autonomie et Projet lui qui est clairement sur le travail avec des gens psychotiques sur comment est ce qu'on peut co-construire ensemble des objectifs, co-construire ensemble des projets, les accompagner dans leurs projets, dans leurs réflexions personnelles.

Donc celui ci pour moi c'est de la réhabilitation au sens soit personnel quand ils sont sur des projets personnels ou des habiletés sociales et groupales quand on est en coopération ou du travail ce sont des sorties de groupe qu'ils préparent ou aujourd'hui on a fait une réflexion sur la dernière sortie bowling avec mes patients qui ont des problèmes, qui sont agoraphobes, aujourd'hui on a passé un temps à définir ce que c'était l'agoraphobie, à utiliser des cartes pour en parler, à essayer de trouver des stratégies ensemble, à définir comment on allait faire une sortie pour essayer d'aller travailler sur ça.

D'accord, ok, au niveau des étapes un petit peu pour arriver à amener le patient à aller au delà de la maladie psychique est ce qu'il y a des différences au début de la prise en charge du coup à la fin, comment vous organisez en fait les séances ?

E1 : Pour les ..., moi je fonctionne en terme de cadre, c'est à dire que j'ai des cadres thérapeutiques, nous avons des cadres thérapeutiques parce que nous en avons plusieurs et toutes les personnes dépressives, névrosées, anorexiques, alcooliques, etc, font un choix parmi ces cadres de thérapie et on les laisse évoluer dans leur processus. Donc en relaxation ça va être comment ils vont découvrir leur capacité à prendre soin d'eux, à être dans leurs corps et en thérapie médiatisée comme fait ma collègue ça va être les laisser créer, parler.

Donc si tu veux, nous n'avons pas des objectifs. Moi je suis amenée quand je suis à l'école d'ergo à donner des objectifs, j'en donne le moins possible parce que pour moi l'objectif, l'objectif principal c'est et moi je m'attache plus à poser un cadre, à offrir une relation et à laisser le processus thérapeutique évoluer.

D'accord

Donc, c'est pas du tout euh, je n'ai pas d'intention de protocole, petit à petit le patient il va où il peut et je l'accompagne comme je peux.

Par contre pour les patients psychotiques effectivement là ça nécessite un cadre un peu plus structuré, des intentions un petit peu plus, voilà, un petit peu plus d'intentions mais étant donné que j'ai reçu une formation à l'éducation thérapeutique et que ce type d'animation à savoir partir du savoir du patient et le laisser trouver les savoirs par lui même et développer ces propres capacités ça me plait bien.

Paradoxalement l'ETP, j'avais l'impression que c'était un truc très scolaire et finalement moi je m'y retrouve parce que c'est à partir du savoir du patient, des ressources, c'est les aider à les déployer comme des grands.

On ne travaille pas du tout par objectif. Je suis obligée d'enseigner comme ça, d'ailleurs ça me fait faire un grand écart assez compliqué pour moi parce que je travaille plutôt dans poser des cadres, analyser les processus qui se passent dedans et respecter le rythme du patient.

Donc dans ces cas là, je ne peux pas, euh si le patient peut avoir des objectifs et je peux négocier avec lui, et comment je peux l'aider à réaliser ses objectifs et ce n'est pas moi qui ait des objectifs. En tout cas, dans l'idéal.

Oui, ok. Au niveau de l'engagement du patient dans les soins en général, en tant qu'ergothérapeute, comment vous favorisez cet engagement là ?

E1 : Je lui propose des outils qui fonctionnent, je lui propose d'expérimenter ça et s'il estime que ça fonctionne pour lui, il sera engagé.

Parmi les modèles, du coup, sur lesquels vous vous appuyez il y en a un en particulier ou les deux qui participent à cet engagement ? Comment ?

E1 : Euh, au niveau du modèle ? C'est plutôt au niveau de la technique. Le modèle qui favorise l'engagement ? Non. Parce qu'en fait en terme de thérapie toutes les thérapies sont aussi efficace que d'autres à partir du moment où la thérapie correspond au patient et que les thérapeutes connaissent bien ses outils de thérapie.

Pour moi c'est l'efficacité. Si la thérapie est efficace, le patient va être engagé.

Si tu proposes des outils qui sont rapidement efficaces et qui permettent au patient d'avoir rapidement une sensation de changement, il va s'engager.

Dans l'occupation, si c'est flottant, si ça ne répond pas à quelque chose qui lui parle, il ne va pas s'engager.

Selon vous, quels sont les apports de l'intégration de plusieurs modèles pour permettre au patient de se rétablir dans le sens du rétablissement dont j'ai parlé avant ?

E1 : Alors, déjà pour moi l'intégration de plusieurs modèles c'est compliqué, euh je m'en rends compte quand j'enseigne, je t'ai parlé tout à l'heure de mes quatre paires de lunettes ce que j'essaye d'enseigner, ah ben d'ailleurs j'ai dit à un collègue que j'enverrai un schéma j'ai oublié de l'envoyer, je ne sais plus à qui je l'ai dit ça, à force de répondre à des tas de trucs j'ai complètement oublié à qui je dois l'envoyer. Parce qu'effectivement j'essaye de construire, en tout cas d'avoir une grille de lecture si tu veux en quatre visions différentes et que l'ergothérapie soit au centre et fasse un petite spirale pour osciller de l'un à l'autre, suivant le ... voilà. Mais pour moi, l'intérêt de euh, comment je pourrais dire ça, moi je pense qu'il faut avoir un modèle

principal qu'on a bien digéré et bien intégré ensuite on peut potentiellement s'intéresser à d'autres visions des choses mais si tu veux c'est petit à petit moi ce qui me permet d'avoir une vision intégrative des modèles et une vision holistique c'est de considérer que ce sont des points de vue. Ou si tu veux par exemple, le modèle psychanalytique et psychodynamique qui m'intéresse, l'outil c'est la psychanalyse, je ne suis pas psychanalyste. Le modèle cognitivo-comportemental m'intéresse parce qu'il y a des gens qu'il faut pour aider certains patients psychotiques il faut avoir une structure et une organisation cognitive pertinente donc ça moi je pense que pour les patients qui en ont besoin c'est pertinent. Ce n'est pas pour autant que je vais me lancer dans les TCC parce que je trouve qu'il y a trop de bilans, trop de protocoles, trop de normalisation, voilà.

Pareil au niveau du groupal, je pense qu'on peut regarder ça sous un angle un peu plus socio thérapeutique ou de dynamique de groupe ; et c'est pas la même chose, tu vois, donc après ça va dépendre si tu es dans un groupe à l'extérieur pour aider les patients à avoir des habilités sociales ou si tu es dans un groupe de thérapie où il faut coacher, travailler sur l'inconscient groupal et en dynamique de groupe. Dans ce cas là, je retrouve un niveau, tu vois, des fondements du psychodynamique. Donc du coup, moi j'essaye vraiment de chercher euh sous quel angle on va regarder les choses, tu vois.

Mmmm

C'est plutôt euh, donc l'intégration pour moi c'est sous quel angle en fonction de la pathologie, en fonction du patient, en fonction de l'institution, en fonction du moment et la thérapie en fonction de ce que je cherches, quoi, je veux dire si je cherche à aider la personne à rentrer chez elle ben je vais repartir presque sur des modèles j'ai envie de dire fonctionnels à savoir un bilan d'autonomie, chose que je fais très peu, parce que nous on va travailler de cette façon là par exemple pour des personnes âgées qui se posent pas la question de rentrer chez eux ou pour des personnes psychotiques euh et puis là je retrouve un petit peu les références plus classiques des ergothérapeutes somatiques et fonctionnels.

Donc c'est pas tellement, plus j'avance dans le métier, c'est pas tellement euh, je pense personnellement, moi en tout cas ça a fonctionné comme ça pour moi, j'ai un modèle de base et puis je vais un petit peu regarder ce qui se passe ailleurs et utiliser éventuellement des outils, c'est peut être au niveau des outils qu'il faut réfléchir. Donc moi j'ai un modèle conceptuel, une philosophie intérieure qui change assez peu, par contre je peux utiliser des outils euh d'autres thérapies, tester autre chose si c'est nécessaire pour le patient.

Mais fondamentalement, je ne pense pas qu'on puisse sauter d'un modèle à un autre.

Par contre, qu'en ergothérapie, on soit en train d'essayer d'utiliser un modèle intégratif, de créer un modèle intégratif, un modèle holistique qui reprenne un petit peu différentes euh, différents, différentes facettes, ça, je veux bien.

Le modèle interdisciplinaire de psy, autrement dit modèle psychodynamique, TCC qui ne sont pas un vrai modèle mais plutôt un ensemble de thérapies, thérapies interactives, systémiques et puis thérapie humaniste ça pour moi c'est pas utilisable directement en ergothérapie.

On peut s'en inspirer, je pense que c'est, d'ailleurs c'est ce qu'on est entrain d'essayer de faire avec les ergothérapeutes, c'est de créer un modèle d'intervention intégratif, quoi. Qui soit vraiment ergo, voilà. Pour le moment ce qui nous vient, ce sur quoi tout le monde a l'air de sauter ce sont les modèles d'occupation humaine, MCRO MOH, qui ont l'air intéressant, moi qui ne me conviennent pas trop encore une fois, parce qu'il y a trop de bilans. Et puis, c'est pas, ça

n'intègre pas la psychodynamique. Ça intègre la spiritualité du côté de la MCRO, ça intègre soi disant le psychique mais il y a une espèce de confusion au niveau du psychisme euh entre cerveau inconscient et entre euh voilà. Tu connais le fameux modèle bio psycho social ?

Oui

Le grand triptyque là. Ben souvent j'ai l'impression que dans le psycho on a un petit peu tendance à mettre du cognitif à la place. Pour moi, pour moi, le cerveau, le cognitif, il est dans le biologique, quoi, il est pas dans le psychique, mais bon. Les TCC mettent en avant plutôt le côté cerveau.

Voilà, ma réponse était peut être un peu longue et pas claire mais en tout cas. Pour résumé je ne pense pas qu'on puisse s'inspirer de plusieurs modèles interdisciplinaires, je pense qu'il faut avoir fondamentalement digéré un modèle interdisciplinaire par contre maintenant qu'on a un modèle appliqué en ergo, le modèle appliqué en ergo aurait intérêt à être intégratif. Mais bon, ça, ça va prendre encore du temps.

C'est vous les jeunes qui ferez ça.

Oui oui [rires]

Merci beaucoup. Ma toute dernière question est : est ce que vous avez quelque chose à ajouter pour m'aider dans ma recherche ?

E1 : Ecoute, je pense que je t'ai raconté tout ce que j'ai pu te raconter ! [rires]

C'est vrai mais bon on ne sait jamais ! [rires]

Tu connais mon site ergopsy.com ?

Oui, très bien.

Bon c'est principalement là que je raconte un petit peu tout ce que j'ai à raconter. Là, d'ailleurs, je suis en ce moment entrain de rajouter dans les modèles, dans les modèles conceptuels, euh, il y a plus de modèles interdisciplinaires psychodynamiques mais une réflexion, ce que j'appelle une méditation personnelle, une tentative si tu veux personnelle d'essayer justement de digérer, là j'arrive dans une tentative cette année justement de passer à quelque chose d'intégratif. C'est ce genre de questionnement que je suis entrain de développer aussi moi. D'ailleurs, ce qui est très intéressant c'est qu'il y a beaucoup d'élèves qui développent là, qui posent des questions sur ça, sur comment intégrer, tu n'es pas la première, ceci étant ton mémoire si tu veux me l'envoyer, après, je vais l'intégrer dans le site car ça m'intéresse.

Avec plaisir

Tu n'es pas la première cette année à te poser des questions sur le modèle intégratif, qu'est ce que c'est un modèle, comment on intègre ceci ou cela. Il y en a une qui travaille, une fille d'ADERE qui travaille sur euh le modèle de MOSEY que je ne connaissais pas trop moi, où justement. MOSEY c'est un ergothérapeute qui essaye vraiment de faire le lien entre la psychodynamique et la réhabilitation.

Donc moi je pense que je vais me pencher un peu sur ça parce que on a euh pour le moment, on a plein de modèles ergo qui partent un peu dans tous les sens. Moi ce qui me désole c'est qu'on se précipite sur les américains en mode wahou c'est génial, on va appliquer ça à la lettre, donc moi ça, ça me ne me va pas du tout.

Mmmm, très bien merci.

Je vais couper l'enregistrement et le haut parleur.

Annexe VI : Entretien 2

Bon déjà je vous demander en quelle année et dans quelle ville avez vous eu votre diplôme d'ergothérapeute ?

E2 : 91. Créteil.

Est ce que vous avez eu d'autres formations en lien avec la pratique en psychiatrie ?

E2 : J'ai un DEUG de psychologie. Et puis dans le cadre de la formation continue, j'ai fait une formation de psychothérapeute.

Ok. D'accord. Donc là, vous exercez en psychiatrie en ce moment ?

E2 : Oui.

Depuis combien de temps et dans quel type structure vous êtes ?

E2 : En psychiatrie depuis 94. Et dans la structure où je suis actuellement, depuis 2005.

D'accord. Et vous êtes dans quel type de structure là ?

E2 : Mi temps en intra hospitalier, mi temps CATTP.

Euh, est ce que vous connaissez le concept de rétablissement ?

E2 : Euh ouais.

Est ce que vous pourrez me citer quelques mots, quelques phrases qui pourraient définir le concept ? Pour vous, qu'est ce que c'est ?

E2 : Vivre avec sa maladie, accepter sa maladie. Essentiellement.

Oui. Cette question elle me permet de euhhhh ça va me permettre l'explication avant là, c'est des questions plus pour euh analyser les réponses par la suite. Parce que dans mon mémoire c'est par rapport au processus de rétablissement aussi.

D'accord.

*Voilà. Donc la première question c'est : **quelle définition pourriez-vous donner de l'ergothérapie en psychiatrie ?***

E2 : [rires] J'avais la même question dans le questionnaire précédent ! Alors : euhhh pour moi c'est euh mmmhh euh l'ergothérapie en psychiatrie mmmhh est une profession para médicale et euh qui vise à la réduction de la souffrance psychique euh et un meilleur fonctionnement social de la personne malade.

D'accord. Selon vous, comment l'ergothérapeute travaille en psychiatrie, de façon générale ?

Comment il travaille ?

Oui

E2 : Euhhh, il travaille euhh comment dire enfin on travaille autour des activités, quelles soient activités de soin ou activités quotidiennes.

*D'accord. Donc ma deuxième question : **quels modèles ou approches théoriques interprofessionnelles guident votre pratique et est ce que ce sont les même depuis le début, depuis que vous avez commencé à exercer en psychiatrie ?***

Pourquoi interprofessionnelle ?

Parce que j'axe mon mémoire sur les modèles interpro.

E2 : D'accord. Ben moi j'ai été formée avec des références psychodynamiques voire psychanalytiques. Euh ben et puis dans ma vie perso, mon évolution j'ai intégré les approches plus humanistes, de psychologie humaniste et plus récemment les TCC.

D'accord. Comment organisez vous vos prises en charge autour de ces modèles ?

E2 : Comment j'organise mes prises en charge autour de ces modèles ? Euh ça me paraît vaste comme question, ça ! J'organise mes prises en charge soit par des séances individuelles soit des séances de groupe et des entretiens quelque soit le modèle en fait.

D'accord. Qu'est ce qui vous a amené à faire évoluer votre pratique du coup vers l'intégration de, vers la complémentarité des modèles comme ça ?

E2 : Euh psychologie humaniste, j'en ai fait l'expérience moi même et j'ai intégrer les choses apprises qui me paraissait importante et les TCC j'y ai été contrainte par ...

Je ne vous entends pas.

Hein ?

Je ne vous entends pas très bien par moments.

Oui il faut peut être que je parle plus fort. Ouais c'est très irrégulier. Mmm. Pourtant je ne bouge pas hein.

E2 : Euh, les TCC c'est contraint par la hiérarchie.

D'accord. Donc par rapport au processus de rétablissement, par quels moyens vous favorisez ce processus ? Est ce qu'il y a des différences dans la proposition de moyens entre les différentes étapes de rétablissement ?

E2 : Ben c'est à dire que ce processus m'intéresse euh pfff c'est pas quelque chose qui fait partie de mon quotidien en fait, c'est pas quelque chose auquel je pense dans ma pratique quotidienne

Mmm

Mmm. comment je l'ai défini tout à l'heure ? J'ai dit accepter sa maladie euh pour moi je pense que c'est inacceptable hahaha. Euhh même s'il y a des moments où il faut accepter qu'on ne peut pas tout changer bien sûr. Après j'ai dit quoi ? Fonctionner socialement ?

Oui. C'est euh ... ce que je vous demande c'est quels sont les moyens qui amèneraient le patient à retrouver une identité positive, un but à sa vie, en allant au delà de la maladie psychique ?

Ah parce que vous avez une définition du rétablissement bien particulière du coup !

Non non ça rejoint ce que vous avez dit, c'est pour ça que je ne vous ai pas contredit tout à l'heure.

Ouais mais quand même identité positive et un but dans la vie c'est précis quoi, c'est pas des choses que j'avais en tête.

Oui

Oui je trouve les questions assez larges, j'ai un peu du mal à rassembler toute mon expérience dans les réponses.

E2 : Euhh, identité positive euh ça c'est un travail sur l'image de soi, ça ; L'identité positive, ça va être euh ça va être par les productions euh qui sont faites à l'atelier ça va être dans des échanges euh des échanges soit de groupe soit en séances individuelles.

Trouver des buts dans la vie ça c'est peut être plus les échanges. Buts dans la vie, buts dans la vie. C'est pareil c'est pas des thèmes que j'ai dans la tête tous les jours. Avoir des buts, je pense par exemple à un groupe que j'ai fait aujourd'hui où on prépare une exposition où on va, euh qu'on va intégrer dans un musée, c'est un petit but dans les mois qui viennent, quoi !

Euh euh je sais pas si je suis claire ?

Si si.

Voilà bon. Donc, buts dans la vie, oui c'est des petits objectifs qu'on va, qu'on va travailler, je trouve. Ca dépend du temps qu'on dispose aussi pour travailler avec le patient.

On a moi par exemple qui travaille en intra hospitalier et en CATTP, en intra hospitalier les hospitalisations sont courtes donc les prises en charge sont courtes donc on travaille pas à très très long terme. Euh par contre au CATTP, je peux voir des gens depuis plusieurs années, là je peux peut être avoir avec certains des objectifs plus vastes.

Vous pouvez me donner des exemples ?

Là de euh d'objectifs à plus long terme ?

Oui et avec des moyens que vous utilisez pour cela ?

Euh bon là moi je pense à quelqu'un que je vois en séance individuelle, et que j'accompagne depuis plusieurs années et que euh son objectif est de retrouver une estime d'elle même donc là c'est du enfin une estime d'elle même profonde, c'est du long terme, c'est pas juste avec une réalisation euh on va dire jolie qu'on peut le résoudre quoi !

On fait un travail assez profond depuis 5 ans donc là on est sur du long terme. Euh euh donc si je prends notre groupe de cet après midi là pour préparer l'exposition euh c'est très valorisant parce que le groupe motive tout le monde même inconsciemment hein et même soignants, même stagiaires, tout le monde euh est motivé par le groupe pour dessiner par exemple et c'est très valorisant. Ca, c'est un objectif euhhhh qui aura un petit effet après l'exposition mais je ne crois pas que ça ait des effets à très long terme.

Mmmm. D'accord. Merci. Je passe à la question suivante : en tant qu'ergothérapeute, comment pensez-vous favoriser l'engagement du patient dans le soin, le soin en général ?

Comment je pense favoriser, c'est ça ?

Oui, comment favoriser l'engagement du patient dans le soin ?

E2 : Il faut que le patient ait conscience de ses troubles, de ses incapacités, il faut pointer ça. Il faut qu'il adhère à la méthode ou au médiateur ou à l'activité ou hein aussi donc moi je travaille ça si c'est nécessaire dans un entretien préalable.

Quand je fais un entretien préalable, je le fais pointer ses besoins, ses souffrances, ses manques donc ses besoins et j'assoie le projet thérapeutique en collaboration avec lui, on réfléchit ensemble à comment on peut euh travailler par rapport à ces manques là, ces besoins là.

D'accord. Parmi les modèles sur lesquels vous vous appuyez du coup, lesquels participent à cet engagement ? Et comment ?

Lesquels participent à cet engagement ? Le modèle psychodynamique et humaniste me donnent une écoute euh du patient, une disponibilité pour entendre ce qui ne va pas et l'accompagner euh dans cette prise de conscience si besoin.

En TCC, l'engagement du patient dans le soin ? Pouf. Vous pouvez reposer la question ?

Selon vous, parmi les modèles sur lesquels vous vous appuyez, le ou lesquels participent à l'engagement du patient dans le soin et comment ?

E2 : L'engagement du paa? Alors, ce que je fais en TCC, comment dire ? C'est la méthode en fait qui va motiver le patient c'est à dire que mon, ma petite expérience, ça fait deux ans que je fais des groupes d'orientation TCC, euh le Des patients c'est que il y a, c'est sérieux, on

parle, on apprend des choses, c'est cognitif quoi donc c'est ce sérieux en motive certains euh d'autres vont être plus motivés par quelque chose de plus créatif, voilà. En tout cas pour ceux là, j'ai remarqué qu'on pouvait toucher des patients qu'on ne touchait pas autrement par ce biais euh intellectuel finalement, cognitif.

D'accord. La dernière question c'est : selon vous, quels sont les apports de l'intégration de plusieurs modèles pour permettre au patient de se rétablir, dans le sens du rétablissement de tout à l'heure ?

E2 : Ben euh ça multiplie les méthodes et les outils en fait, donc voilà. Comme je viens de dire ça peut permettre de toucher des personnes différentes euh et puis ça enrichit aussi notre palette d'outils à nous et pour une même personne peut nous permettre d'avoir, d'enrichir notre regard ou notre euh pratique.

Très bien, d'accord.

Voilà.

La toute toute dernière question est : est ce que vous avez quelque chose à ajouter pour m'aider dans ma recherche par rapport à tous ces thèmes là ?

E2 : Euhhh est ce que j'aurais quelque chose à dire ? Mmmm, non je ne vois pas.

Très bien, je coupe l'enregistrement.

Annexe VII : Entretien 3

D'abord je voulais vous demander à quelle date, quelle année, et dans quelle ville vous avez été diplômée ergothérapeute ?

E3 : A Montpellier, en 1980.

D'accord. Est ce que vous avez suivi d'autres formations en lien avec la pratique en psychiatrie ?

E3 : Enormément de formations continues, mais pas des formations diplômantes.

D'accord. C'est à dire ?

E3 : C'est à dire par exemple initiation à l'art thérapie, premier niveau, deuxième niveau, qu'est ce qu'il y a d'autres ? Des choses sur l'écriture, euh j'ai deux pages de formation continue mais là tout de suite je ne pourrais pas les énumérer.

D'accord. Comment de temps ça fait que vous exercez en psychiatrie ?

E3 : Alors, combien d'années en tout ? On va les calculer parce que j'ai commencé à travailler en 92. En 92, j'ai eu mon premier poste en psychiatrie, je me suis ré absenté deux ans entre 2003 et 2005 et voilà, tout ce temps là jusqu'en 2008 j'étais dans des hôpitaux psychiatriques. En 2008, je suis arrivée sur Montpellier, j'ai fait des remplacements pendant une bonne année on va dire ensuite j'ai fait de la rééducation fonctionnelle et j'ai repris le poste ici en 2010 jusqu'à maintenant.

Et donc là actuellement dans quel type de structure, quel public ?

E3 : Donc actuellement, depuis 2010, j'exerce dans une, sur une plateforme entièrement dédiée au handicap psychique adulte.

D'accord. Est ce que vous connaissez le concept de rétablissement ?

E3 : Oui je connais le concept de rétablissement.

Est ce qu'en quelques mots, quelques phrases vous pouvez le définir ?

E3 : Le concept de rétablissement, selon moi, c'est comment pouvoir reprendre sa vie en main avec les séquelles que l'on a de sa pathologie.

*Ok, très bien. Première question : par rapport vraiment à mon sujet, du coup. **Quelle définition pourriez-vous donner de l'ergothérapie en psychiatrie ?***

E3 : [rires] Alors ça c'est très large ! Donc je vais essayer de rassembler mes idées. Donc l'ergothérapie en psychiatrie d'ailleurs déjà maintenant je ferais bien la différence entre santé mentale et la psychiatrie. La psychiatrie étant ce qu'on peut appeler l'accident de la santé mentale, c'est à dire la maladie, la crise. Donc en santé mentale eh bééé, une petite relation avec l'OMS, vivre en équilibre physique, psychique, financier, sociétal. Oui, c'est très large, du coup. Donc l'ergothérapie en psychiatrie, on va dire puisque c'est votre question, ça serait aider les personnes à retrouver un équilibre malgré les troubles qu'ils présentent et malgré les séquelles qu'il peut y avoir après la crise.

D'accord. Selon vous, comment l'ergothérapeute travaille en psychiatrie de façon générale ?

E3 : De façon générale, comment l'ergothérapeute travaille ? Ca dépend de quel point de vue on se pose. Si c'est en terme d'organisation, je dirais que c'est en équipe pluri disciplinaire avec les prescriptions du médecin ou alors les indications des équipes. Du point de vue du patient, de la personne suivie, des résidents, ce sera en individuel ou en groupe, les séances sont à durée très

variables et avec des objectifs qui vont dépendre à la fois du service et des références de l'ergothérapeute. A savoir est ce qu'on va travailler plus du côté de l'expression, du conflit interne, de l'événement traumatisant, du déroulement de la vie ou est ce qu'on va être plus du côté pragmatique avec est ce que la personne, malgré ces troubles, sait s'occuper d'elle au plus, les soins personnels, les problèmes de communication, les relations aux autres etc.

Donc ce sont des champs très larges qui vont intervenir peut être à des moments différents de la carrière de l'ergothérapeute, ce qui est mon cas et puis moi, mon avis, c'est vraiment du à la structure dans laquelle l'ergothérapeute va évoluer, ce qui lui sera demandé, ce qui lui sera permis.

Deuxième question : quels modèles ou approches théoriques interprofessionnels guident votre pratique ? Est ce que ce sont les mêmes depuis le début ?

E3 : Ce ne sont pas les mêmes depuis le début ; effectivement quand j'ai commencé à travailler, en hôpital, à l'hôpital psychiatrique, je me suis retrouvée dans des hôpitaux prenant une franche approche psychanalytique et j'ai beaucoup travaillé, avec, donc à l'époque je me suis beaucoup re documenté parce que, le diplôme datant de 80, il est évident que des modèles sont arrivés après donc j'ai beaucoup travaillé avec le psycho, le modèle psychodynamique et ensuite en arrivant sur la plateforme, c'est un lieu de vie pour les résidents, donc euh j'étais vraiment frappée par les besoins qu'il y avait en terme d'accompagnement pour leur vie quotidienne ; donc la je me suis franchement intéressée au modèle de réhabilitation psycho sociale.

D'accord. Comment vous organisez vos prises en charge autour de ces modèles ?

E3 : Alors, chaque demie journée est connotée avec un atelier différent, un ou deux, ça dépend des journées, des suivis individuels, donc ces deux modèles là sont représentés dans la proposition d'atelier que j'ai mise en place.

D'accord. Troisième question : par quels moyens favorisez-vous le processus de rétablissement du patient ? Processus comme on l'a dit tout à l'heure comme trouver une identité positive etc ?

E3 : Par quels moyens ? Alors euh, tous les ateliers que je propose ont cet objectif que la personne ait le plus de pouvoir dans sa vie, le plus de pouvoir en terme de décision, de ce qu'il veut faire, d'orientation, éventuellement de parcours de changement de lieu et le plus de pouvoir de décision en terme d'activités qui ont un sens pour lui, qui lui permette d'évoluer, de se sentir bien, au mieux, on va dire.

Donc quels moyens je mets en place ? Ce sont ces fameux ateliers où le fait de pouvoir à un moment donné, parce que je le repère dans un atelier ou parce que je le repère dans les temps informels que nous avons dans l'espace convivial de notre lieu ressource, donc de pouvoir lui proposer un suivi individuel qui va être orienté sur quelque chose de précis pour lui.

Par exemple, actuellement, je suis quelqu'un pour des troubles du sommeil, à savoir qu'est ce que, ces troubles du sommeil, est ce qu'il a conscience que c'est une grosse partie psychologique. Du coup, comment on va agir sur cette partie psychologique et comment il va pouvoir reprendre la main la dessus.

J'ai eu fait avant ça un accompagnement de quelqu'un qui était en foyer de vie et qui souhaitait aller en foyer logement, donc, quel, à son avis, qu'est ce qui, quelles étaient les différences attendues entre ces deux lieux de vie, qu'est ce qu'il pensait trouver au foyer logement, qu'est ce

qu'il pensait savoir mener du quotidien, de faire les courses, la cuisine, tout ça, et comment que ça se passe au mieux s'il passait en foyer logement.

*D'accord. Est ce que, que ce soit aujourd'hui ici ou avant dans d'autres structures, est ce qu'il y a des différences entre vos proposition de moyens entre les différentes étapes du rétablissement ?
En fonction de la phase du processus ?*

E3 : Que ce soit ici à la plate forme ou avant ?

Oui

E3 : Oui, alors avant à l'hôpital c'était vraiment quelque chose de l'ordre de l'expression, donc c'était beaucoup orienté sur l'écriture, des ateliers d'écriture, euh le journal qui était une compilation des ateliers d'écriture avec tout un travail qui va à côté sur la mise en page etc. Il y avait déjà les, euh, j'avais mis en place le remue ménage qui était vraiment une approche de la remédiation cognitive. C'est les choses dont je me souviens le plus, ça fait 10 ans que je ne suis plus à l'hôpital, 11 ans même.

Et maintenant, quand je suis arrivée sur cette plateforme, il m'a semblé évident pour moi qu'il fallait que je conserve cet atelier d'écriture où c'est un lieu où ils viennent réfléchir sur ce qu'il leur arrive, leur relation au monde, aux autres, à la maladie, pouvoir s'entraider par rapport à ça et j'ai continué donc le remue ménage, qui est un lieu où ils viennent faire re fonctionner leur cerveau, avec une approche aujourd'hui où chacun doit trouver sa façon de raisonner, j'essaye de leur en fournir deux trois pour qu'ils aient un résultat. Donc ça leur permet en refaisant fonctionner les fonctions de base, l'espoir de pouvoir après les combiner pour avoir une action sur leur vie.

Il y a du résultat là dessus. C'est indéniable. Quand ils commencent ça leur permet d'évoluer et puis il y a tout ce que j'ai mis en place ici à côté, l'atelier de vie pratique où ils viennent euh parler de situations qu'ils ont vécu et comment est ce que chacun peut donner une proposition de si la situation se représente comment on peut l'améliorer, qu'est ce qui est de l'ordre de j'imagine que les autres pensent de moi, ou je vois bien où réellement il se passe un fait où plutôt je l'imagine ou des choses très pragmatiques, du style on commence par euh le budget, comment on établit son budget, comment il peuvent prévoir pour pouvoir gérer leur argent de la semaine pour les courses etc et ici j'ai aussi mis en action de façon très pragmatique des ateliers culinaires pour qu'ils puissent se remettre à cuisiner voire apprendre la base et avoir une vision d'un budget de nourriture, puisque ce n'est pas infini, et qu'il y a tant de façons de cuisiner, que ce soit toutes les boîtes de conserves, des surgelés ou des ingrédients frais.

D'accord. Question suivante : en tant qu'ergothérapeute, comment favorisez vous l'engagement du patient dans le soin ?

E3 : Comment on favorise l'engagement ? Alors déjà au début c'est de comprendre vraiment son besoin en aide, de le cerner avec lui, est ce que c'est bien ça que vous avez envie de travailler et la pose de rendez-vous, le rappel du rendez-vous, quand quelqu'un ne vient pas alors qu'est ce qu'il s'est passé pour vous. Est ce que vous étiez trop fatigué à ce moment là, est ce que vous avez plus envie de travailler, est ce que c'est le bon moment pour vous ou pas, etc, et puis quand un suivi s'arrête, que ce soit à ma demande ou à la demande de la personne, je dis d'accord mais vous savez que si à un moment vous avez besoin de euh, vous pensez que vous avez besoin que je peux vous aider à quelque chose, vous pouvez reprendre rendez-vous. Donc c'est déjà laisser

la porte ouverte, que ce soit en terme de rendez vous individuel ou même en terme d'activités de groupe.

D'accord.

Après évidemment c'est l'animation que vous avez au cours de l'activité qui va faire que vous laissez la possibilité aux personnes de réfléchir, de euh construire ensemble et d'exprimer quand il se passe quelque chose .

Et parmi les modèles sur lesquels vous vous appuyez, le ou lesquels participent à cet engagement ? Et comment ?

E3 : Evidemment, pour moi, le plus ça a été la réhabilitation psychosociale que j'étudie et que je continue d'étudier et puis euh le modèle psychodynamique que j'avais étudié par avant, et après je pense c'est les valeurs humaines intrinsèques, c'est, moi je suis une humaniste, je ne sais pas grand chose, et c'est à la personne, je ne peux que permettre à la personne de se révéler, ce n'est pas à moi de lui dire comment il doit être.

Alors, ensuite, selon vous, quels sont les apports de l'intégration de modèles pour permettre au patient de se rétablir ?

E3 : Alors quand j'ai fini mes études, j'étais diplômée en 1980, les modèles, on n'en parlait pas. C'est à dire qu'ils commençaient dans d'autres pays à être bien élaborés, bien posés, définis, avec un vocabulaire particulier pour chacun. L'apport de modèles à mon avis pour les ergothérapeutes c'est une base scientifique, qui doit être scientifique, c'est à dire que ça va être sur des choses euh des publications, et puis d'études qui ont été faites et sur leur application par la suite. Donc cet apport scientifique, je pense que c'est quelque chose de très important pour les jeunes ergothérapeutes qui peuvent s'appuyer dessus pour faire valoir le bien fondé de leur métier et des propositions d'activités qu'ils font.

On va sortir de la notion que l'on avait, je ne sais pas si vous connaissez ce terme là, moi quand je suis arrivée dans le milieu, c'était les bricolo thérapeutes, on faisait ce qu'on pouvait à bricoler dans notre tête, comme à bricoler avec les mains et euh on sort de ça. On vous demande plus de faire des travaux manuels en tant que tel ou comme j'ai pu avoir à le manier et on est plus dans quelque chose de réfléchi et qui ai du retentissement de ce que l'on fait sur la qualité de la vie de la personne, l'évolution de la personne.

Et au niveau du fait de la complémentarité des modèles ?

E3 : Au niveau de la complémentarité des modèles ? Donc il y en a encore un que je n'ai pas cité c'est le modèle de l'occupation humaine, bien-sûr je suis allé voir là dedans et en même temps j'ai regardé le MCRO, bon euh la complémentarité des modèles, moi je dirais que dans les modèles, souvent il y a des choses qui se recoupent qui sont euh mis en arborescence un peu différente, qui sont nommés un peu de façon différente mais ça se recoupe.

Et donc, pour vous, comment le fait d'utiliser différents modèles vous permet de proposer au patient une prise en charge ré axée sur le rétablissement ?

E3 : J'essaye de trouver le plus approprié des modèles au moment où j'en ai besoin. Et je pense que si j'étais mono modèle, ça serait une grosse perte pour la personne.

D'accord, toute dernière question : est ce que vous avez quelque chose à ajouter pour m'aider dans ma recherche ?

E3 : Moi je vous souhaite bon courage parce que euh il y a vraiment beaucoup de choses à faire en termes d'acceptation des ergothérapeutes sur cette question de connaître plusieurs modèles et de savoir les utiliser au moment qu'il faut, au meilleur moment, hein.

Le meilleur modèle au moment nécessaire et parce que ce que je constate, ce que j'ai entendu c'est qu'il y a des ergothérapeutes qui sont mono modèles où voilà, qui vont réfléchir, ils ont développé un savoir très intéressant dans un mais ils n'arrivent pas à évaluer de l'autre, avec un autre et à recouper et à pouvoir du coup être le plus adapté possible. Il y a une grosse formation continue et une formation menée auprès des étudiants mais ça je sais que vous l'avez, vous avez vraiment beaucoup de choses et c'est plus la question des personnes plus anciennes comme moi, qui n'ont pas eu euh, qu'il faut arriver à les rattacher à des modèles. Après c'est vraiment, je l'ai déjà dit, ça dépend de la structure de travail. Il y a des structures pour lesquelles faire un bilan, moi j'ai reçu un bilan côté par exemple à l'hôpital, ça n'avait aucun sens. J'aurais perdu du temps, de l'énergie, ça n'avait aucun sens pour mes collègues. Il faut adapter aussi à pour son équipe. C'est une grosse question de savoir est ce que l'ergothérapeute doit parler avec un langage spécifique pour montrer une différence et faire valoir un métier ou au contraire est ce qu'il doit parler avec un langage qui peut être compris par tous.

A mon avis, il faut mixer les deux, une fois de plus il faut savoir mixer les deux. C'est important dans un écrit qu'il y ai un vocabulaire précis quitte à l'explicitier après pour montrer vraiment qu'on a une spécificité et euh dans le langage courant en revanche on peut développer plus la partie être compris par tous.

Après, spécifiquement sur cette recherche là, euh ce que je pourrais vous dire là euh je vois pas quelque chose de plus.

C'est peut-être être clair, ça c'est quelque qui est des fois nébuleux pour moi parce qu'il y a des grilles qui circulent, je ne sais jamais si elles sont protégées parce qu'il faut dire quand même qu'il y en a qui les utilisent qui les ont eu en formation et puis qui les diffusent alors que théoriquement on devrait euh faire des formations sur certaines grilles et il est important de noter celles qui sont validées d'une part et celles qui sont protégées.

Et bien merci, je vais couper l'enregistrement.