

Institut de **F**ormation en **E**rgothérapie (IFE) de Berck-sur-mer
Institut **L**illois d'Ingénierie de la **S**anté (ILIS) de Lille 2



La prise en charge ergothérapique d'un adulte
schizophrène au sein d'une unité pour malade difficile :
vers la socialisation en phase aigüe ?

Mémoire de fin d'études

En vue de la validation des unités d'enseignements de recherche
du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute et de l'obtention de
la Licence sciences pour la santé parcours ergothérapie.

DORMONT Julie



Promotion 2015-2018
Session de Juin 2018

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement

Franck BOSETTI, maître de mémoire pour avoir été présent et pour avoir consacré du temps aux recherches tout au long de la réalisation de l'étude,

Aurore RAHIMI, psychiatre, pour m'avoir guidé dans ces recherches et soutenus tout au long de la réalisation de l'étude,

Jules POULAIN, ainsi que Sylvaine et Philippe DORMONT pour leur soutien moral et financier durant l'écriture de ce travail de recherche,

Marielle ROCHET pour avoir pris le temps, à plusieurs reprises, de fournir des documents en lien avec cette étude,

Evelyne RAUSCHER, Dominique JURION, Lucas TOUZE, Sandrine FONTAINE, Kévin PARISEL et Ophélie MATUCHET pour l'aide qu'ils ont apportée lors de la relecture des écrits,

l'ensemble des enseignants et responsables pédagogiques de l'IFE de Berck-sur-mer,

et l'ensemble des enquêtés, ergothérapeutes et psychiatres pour leur participation et le temps qu'ils ont accordés à la bonne réalisation de cette étude.

CITATIONS

« Le grand mal de notre société, c'est l'inquiétude : on est prêt à tout pour s'assurer un peu de sécurité, même à aliéner sa liberté. »

Jean-Marie POIRIER. Le prix du souvenir. 1958

« La psychiatrie avant d'être une discipline médicale est une pratique sociale justifiée par une clinique à accueillir.

Avant de traiter notre mission c'est d'accueillir. Il s'agit d'un impératif social et tout projet thérapeutique ne peut être posé préalablement à la rencontre que doit permettre cet accueil. Assumer que la rencontre est première c'est concevoir l'Institution comme destinée à rendre possible la rencontre »

Jean-Eude MAILLE. Soins psychiatriques et traitement de l'Autre. 2015.

« Autant savons-nous que le schizophrène combat le réel et l'objet à coups de hache et de laser, autant, plus que quiconque au monde, je soutiens que le schizophrène combat pour le réel, pour l'objet, pour la pensée et pour le Je. »

Paul-Claude RACAMIER. Les Schizophrènes. 1980. Page 13.

« La re-création d'une aire transitionnelle est une condition nécessaire (mais non suffisante) pour permettre à un individu, à un groupe, de retrouver la confiance dans la propre continuité d'être, dans sa capacité d'établir des liens entre lui-même, le monde, les autres, dans sa faculté de jouer, de symboliser, de penser, de créer. »

D. ANZIEU. 1981.

SOMMAIRE

| | |
|---|----------|
| Introduction..... | 1 |
| Cadre de référence | 1 |
| 1. Schizophrénie | 1 |
| 1.1. Historique et données épidémiologiques | 1 |
| 1.2. Définition | 1 |
| 1.3. Symptômes | 2 |
| 1.4. Types de schizophrénie | 5 |
| 1.5. Evolution | 5 |
| 1.6. Prise en charge | 6 |
| 2. Etat dangereux et schizophrénie..... | 9 |
| 2.1. Violence et schizophrénie | 9 |
| 2.2. Unités adaptées | 10 |
| 2.3. Dangerosité..... | 11 |
| 2.4. Soins psychiatriques sans consentement | 12 |
| 3. Unité pour malade difficile | 14 |
| 3.1. Définition | 14 |
| 3.2. Patientèle | 15 |
| 3.3. Prise en charge | 16 |
| 4. Ergothérapie et santé mentale | 16 |
| 4.1. Définition de l'ergothérapie | 16 |
| 4.2. Ergothérapie en santé mentale | 17 |
| 4.3. Ergothérapie au sein d'une UMD | 20 |
| 5. Enquête exploratoire | 21 |
| 6. Problématique | 22 |
| 6.1. Question de recherche..... | 23 |
| 6.2. Hypothèses | 23 |

| | |
|--|-----------|
| Matériel et méthode | 24 |
| 1. But de l'enquête | 24 |
| 2. Population d'étude et échantillon | 24 |
| 2.1. Population d'étude | 24 |
| 2.2. Biais de représentativité | 25 |
| 3. Recueil de données..... | 26 |
| 3.1. Méthode de recueil de données | 26 |
| 3.2. Présentation du guide | 26 |
| 3.3. Présentation des enquêtés | 27 |
| 4. Type d'analyse | 28 |
| 4.1. Entretiens réalisés avec les ergothérapeutes | 28 |
| 4.2. Entretiens réalisés avec les psychiatres | 29 |
| | |
| Résultats et interprétation des résultats de l'étude | 30 |
| 1. Entretiens réalisés avec les ergothérapeutes..... | 30 |
| 1.1. L'ergothérapie | 30 |
| 1.2. Contexte de soin | 31 |
| 1.3. Prise en charge de patients atteints de schizophrénie au sein d'une UMD.... | 32 |
| 1.4. Hâbiletés sociales et cognitions sociales | 33 |
| 1.5. Socialisation | 34 |
| 2. Entretiens réalisés avec les psychiatres..... | 35 |
| 2.1. Rôle du psychiatre | 35 |
| 2.2. Contexte de soins | 35 |
| 2.3. Rôle de l'ergothérapeute..... | 36 |
| 2.4. Socialisation | 36 |

| | |
|--|------------|
| Discussion | 38 |
| 1. Lien avec la problématique | 38 |
| 1.1. L'ergothérapie dans ce contexte | 38 |
| 1.2. L'ergothérapie et la socialisation en UMD | 39 |
| 2. Retour sur l'hypothèse | 40 |
| 3. Limites... .. | 41 |
| 3.1. ...de la méthodologie | 41 |
| 3.2. ...des résultats | 42 |
| 3.3. ...de l'étude | 43 |
| Conclusion et Perspectives..... | 44 |
| | |
| Bibliographie..... | 47 |
| Glossaire | 54 |
| Annexes..... | LVI |

INTRODUCTION

Lors d'un stage réalisé dans un Hôpital psychiatrique, j'ai eu l'opportunité de passer trois semaines au sein d'une Unité pour Malade Difficile(UMD). Dès le début de ce stage, je me suis intéressé à la communication des patients ayant des difficultés relationnelles. Pendant ce passage à l'UMD, j'ai notamment assisté à un passage à l'acte. Il s'agissait d'un patient qui tentait d'agresser physiquement un infirmier de l'unité, après le repas. Etant dans la salle de surveillance, j'ai suivi l'ensemble de la scène, participant même à la préparation de la chambre d'isolement où le patient allait être placé sous contrainte. Très rapidement, mon attention s'est portée sur une pathologie en particulier : la schizophrénie, car il s'agit d'une pathologie complexe -où l'on retrouve des troubles relationnels- présente chez de nombreux patients placés dans ces structures. Cette situation a amorcé une longue réflexion quant aux prises en charge réalisées auprès de ces patients qui présentent une certaine agressivité voire une certaine violence ; notamment, par rapport à la prise en charge en ergothérapie. Ma question de départ était : quel est l'apport de l'ergothérapie dans la prise en charge de cette agressivité ?

Lors de mes différentes recherches, je me suis intéressée à plusieurs concepts. D'abord à cette population contrainte aux soins, et plus particulièrement les patients souffrants de troubles schizophréniques. Cette pathologie étant complexe, j'ai donc effectué des recherches quant à sa définition, ses symptômes, ses différentes formes et évolutions, et sa prise en charge. Ensuite mes recherches se sont orientées vers les notions « d'état dangereux » de « dangerosité » et de violence souvent associé à la schizophrénie. Pour continuer ces recherches, j'ai pris connaissance de l'ensemble des unités adaptées en capacité d'accueillir ces patients, avant de décrire plus précisément les UMD. Enfin, j'ai tenu à établir un lien solide entre ces prises en charges et l'ergothérapie, en ciblant peu à peu de la définition générale, à une prise en charge possible au sein de ces structures. Pour finir, je me suis intéressé à la notion d'interaction sociale et en particulier les cognitions sociales. Ainsi, j'ai recherché des outils permettant de les entraîner et de situer la place de l'intervention d'un l'ergothérapeute dans cet entraînement.

Le but de ces recherches est, en questionnant l'impact du contexte de soin particulier sur pratique en ergothérapie, de faire le lien entre ces pratiques professionnelles réalisées au sein d'une UMD et l'amorce de socialisation de ces patients hospitalisés sous contrainte.

CADRE DE REFERENCE

1. Schizophrénie

1.1. Historique et données épidémiologiques

Depuis toujours, la maladie mentale fascine et apeure. En effet, le trouble mental est un concept difficile à cerner d'autant plus que la société, envahie par la peur, voit ces malades comme étant dépourvus d'affect et de raison. Bien que la schizophrénie touche 1% à 2% de la population Française -soit 600 000 personnes environ-, elle demeure très stigmatisée et incomprise. C'est pourquoi il est important de se pencher sur le concept de schizophrénie (1, 2, 3, 4).

E. KRAEPELIN parle en 1896 de démences précoces caractérisées par la perte de raison, des émotions, des affects, et par des troubles du langage, du comportement, et de la pensée (5). Mais c'est en 1911, qu'E. BLEULER crée le terme de schizophrénie en fusionnant deux racines grecques « *schizo* » qui signifie « fendre, séparer » et « *phrèn* » qui signifie « esprit ». Il pense que la schizophrénie résulte d'un ensemble de troubles mentaux où l'évolution en démence n'est qu'une des composantes potentielles de la pathologie -ne touchant que 20 à 30% des patients- (1, 5). En fait, E. BLEULER explique le caractère productif du syndrome schizophrénique, alors qu'E. KRAEPELIN définit le caractère démentiel du syndrome (1). C'est donc à cette époque, que le terme de Schizophrénie remplace celui de démence précoce (6).

1.2. Définition

Plusieurs auteurs définissent la schizophrénie et tous sont unanimes quant à la complexité des troubles schizophréniques. Il y a eu plusieurs hypothèses quant à l'étiologie de la schizophrénie: qu'elle soit associée à des facteurs histologiques, infectieux, inflammatoires, toxiques, biochimiques, humoraux, génétiques, ou constitutionnels, aucune recherche n'a encore démontré de manière spécifique l'origine de l'apparition de la pathologie (5). On considère donc cette maladie psychiatrique comme faisant partie des psychoses ayant une origine multifactorielle encore mal connue (7).

Les psychoses représentent l'« ensemble de troubles affectant sévèrement la relation à la réalité, aux autres et à eux-mêmes des patients qui en sont atteints »¹(6). Ces pathologies font partie des pathologies psychiatriques les plus invalidantes, et source de souffrance. Elle a pour conséquences de nombreux symptômes engendrant désocialisation et précarité(4).

D. GOURION et A. GUT-FAYAND expliquent que la société isole la personne schizophrène à cause de ses difficultés de communication et d'adaptation. Cela augmente le décalage entre cette personne et la société. « *La schizophrénie est une maladie de la communication, générant beaucoup de souffrances et de désarroi entre le malade et son environnement* »². Le fonctionnement au quotidien des personnes atteintes de troubles schizophrénique est altéré par la souffrance qu'engendre ce décalage. Aussi, près d'une personne sur deux attendent à leurs jours (1, 3, 6).

1.3. Symptômes

La schizophrénie est une pathologie d'évolution chronique c'est-à-dire que les troubles persistent au-delà de six mois. Elle présente un caractère très polymorphe, les symptômes sont très hétérogènes, inconstants et peuvent varier en intensité en fonction des individus (1, 8). Néanmoins, dans tous les cas, sont retrouvés des troubles de l'insight (difficulté de perception des conflits internes et donc difficulté de prise de conscience des troubles) (9). Malgré cette hétérogénéité, E. BLEULER, au 20^e siècle, définit une unité du trouble par la présence de deux syndromes : le syndrome dissociatif et le syndrome autistique (5).

Le syndrome dissociatif décrit par E. BLEULER reflète l'ambivalence, l'indifférence et la bizarrerie –ou le caractère insolite- qui envahissent l'affectivité, la pensée, le langage et le comportement du schizophrène. Ce syndrome se compose d'indices de rupture de l'unité psychique, à plusieurs niveaux. (5) Au niveau psychique, le patient présente une labilité non gérée des affects et une athymhormie –c'est-à-dire l'association d'une athymie et d'une anhormie. En d'autres termes, il s'agit d'une altération de l'affectivité dans les contacts avec les autres (5) ; Au niveau intellectuel,

¹ Franck N. *La schizophrénie, La reconnaître et la soigner*. 2006. p18.

² D.GOURION et A. GUT-FAYAND. *Les troubles schizophréniques*. 2011. P.5-6

le patient présente une altération du cours de la pensée, celle-ci ne se basant non plus sur la raison, mais sur des associations parasitaires ou imaginaires. Le patient peut ensuite présenter ce qu'E. STRANSKY appelle, en 1903 une ataxie intrapsychique -c'est-à-dire la « *perte de cohérence entre les idées et les sentiments d'une part et leur expression émotionnelle d'autre part* »³ (10). Elle est à l'origine de la discordance schizophrénique (5) ; Au niveau du comportement psychomoteur, le patient présente principalement un apragmatisme, c'est-à-dire une « *incapacité d'origine psychique d'effectuer complètement des actions nécessitant une certaine coordination, alors qu'elles peuvent être conçues* »⁴ (11). Il s'agit d'un trouble de l'activité volontaire qui entrave les relations avec autrui et qui peut être à l'origine d'autres symptômes (5). De plus, le patient peut présenter un état de « stupeur » (12), appelé syndrome catatonique (5). Plusieurs auteurs et notamment H. HEY pensent que le syndrome dissociatif correspond à l'expression d'idées délirantes, le délire étant un vécu d'expériences de dépersonnalisations et d'influences où les thèmes sont polymorphes et inconstants (5).

Le syndrome autistique correspond au repli sur soi, à une rupture de contact avec le monde extérieur. Cela sous-tend que la personne est isolée et fermée aux autres (5).

Dans le *Manuel alphabétique de psychiatrie* écrit en 1984 par A. POROT, les symptômes fréquemment rencontrés lors d'une schizophrénie sont : une labilité émotionnelle, une labilité de l'humeur, une mauvaise gestion des frustrations, une tendance au passage à l'acte et un vécu dépressif (5).

Alors que TANDON, en 2012, parle de quatre catégories composées par les symptômes positifs, négatifs, affectifs, et cognitifs(13), de nos jours, lorsqu'une personne est atteinte d'une schizophrénie, nous pouvons remarquer certains symptômes correspondant aux items que E. BLEULER a défini (1, 14). Ils sont regroupés en triade symptomatique :

- des symptômes positifs caractérisés par des hallucinations, des délires polymorphes etc ;
- des symptômes négatifs caractérisés par un retrait social, une perte d'intérêt pour la vie sociale, une apathie, un apragmatisme, une froideur émotionnelle,

³Dictionnaire médical de l'académie de médecine - version 2016-1. Ataxie psychique.

⁴Dictionnaire médical de l'académie de médecine - version 2016-1. Apragmatisme.

une pauvreté du langage, une incurie et une perte de motivation (1, 14, 15) résultant d'une difficulté d'appréciation des états mentaux d'autrui, c'est-à-dire que le patient n'accède pas au plan méta-représentationnel (13) ;

- et une désorganisation caractérisée par une incohérence dans le discours, engendrant des troubles du comportement et une impulsivité avec agressivité et passage à l'acte (1, 14).

Malgré cette divergence concernant la catégorisation des symptômes de la schizophrénie, certains symptômes sont rencontrés de manière récurrente (16). Les symptômes cités comme étant positifs sont les plus impressionnants. Les symptômes négatifs, plus fréquents au long cours, sont les plus invalidants -avec le retrait social et les difficultés cognitives-. En effet, les personnes atteintes de troubles schizophréniques voient leurs performances sociales diminuer, ils rencontrent des difficultés pour interagir avec le monde extérieur, mais aussi à propos des relations interpersonnelles -notamment à cause de perturbations du langage, et l'incapacité de prendre en compte l'autre etc-. De plus, une diminution des capacités cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives) est souvent observée (6, 17, 18). En d'autres termes, un trouble mental est caractérisé par une altération du fonctionnement de l'individu (13).

La schizophrénie est classée dans le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et dans la CIM-10 (Classification internationale des troubles mentaux).

Selon la classification Américaine *DSM-V en 2016*, le diagnostic de la schizophrénie repose sur la présence de certains critères. Notamment la présence d'au moins deux des symptômes suivants : « *idées délirantes, hallucinations, discours désorganisés [...], comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle)* »⁵(17). Le symptôme, présent de manière continue depuis au moins six mois, doit altérer le fonctionnement de l'individu dans un domaine prioritaire de la vie (travail, relations interpersonnelles, hygiène) par rapport au fonctionnement antérieur à la manifestation des symptômes (17).

⁵American PA, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Mini DSM-5 Critères diagnostiques. 2016. P.46-47

Selon la classification Française CIM-10, les personnes atteintes de troubles schizophréniques présentent « *des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés* »⁶. Ils ajoutent que dans la majorité des cas, les troubles cognitifs développés n'entravent pas l'état de conscience et l'intellect (16).

1.4. Types de schizophrénie

Il existe plusieurs types de schizophrénies décrites par plusieurs auteurs. E. BLEULER a décrit quatre formes classiques de schizophrénie: l'hébéphrénique où dominant les symptômes négatifs, la catatonique qui peut « *mettre en danger vital à court terme* »⁷, la paranoïde où domine le délire et la simple où dominant les bizarreries comportementales. Lorsque des troubles psychopathiques s'associaient à une schizophrénie simple, elle était appelée : schizophrénie héboïdophrénique. Nous pouvons ajouter à ces différents types la schizophrénie dysthymique, où sont associés les symptômes schizophrénique et maniaco-dépressifs (3, 5). La CIM-10 a complété cette liste avec: la schizophrénie indifférenciée, la post-schizophrénique, la schizophrénie résiduelle, et d'autres formes de schizophrénies -continue, épisodique avec déficit progressif, épisodique avec déficit stable, épisodique rémittente, rémission incomplète, rémission complète, autre, ou avec une évolution imprévisible et enfin la schizophrénie cénestopathique- (16, 19).

1.5. Evolution

Déclarée le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, il y a plusieurs modes d'entrée dans la schizophrénie (7). Il peut s'agir d'une décompensation brutale –appelée Bouffée délirante aigue (BDA)- où s'exprime un délire très dissocié, une schizomanie caractérisée par un repli sur soi est alors retrouvée chez ses individus. L'entrée dans la schizophrénie peut se déclarer par

⁶Atih : agence technique de l'information sur l'hospitalisation. CIM-10 FR, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3069/cim-10_fr_2017.pdf. p 183.

⁷Psycom. Schizophrénie(s), <http://www.psycom.org/Accueil/Troubles-psychiques/Schizophrenie-s>. p.5.

l'arrivée d'un passage à l'acte brutal. Cependant, dans la plupart des cas, il s'agit d'une évolution lente et insidieuse -rendant le diagnostic difficile-, l'entourage de la personne ne peut alors observer que quelques changements concernant l'investissement dans le travail, la tenue vestimentaire, le comportement et la thymie. De plus, un patient peut présenter d'autres symptômes qui peuvent alerter l'entourage. Moins connu, une personne qui entre dans la schizophrénie peut présenter des troubles cénesthésiques, c'est-à-dire que la personne aura des troubles physiques tels que des troubles digestifs, un amaigrissement ou autre. Il ne faut pas oublier que certains patients peuvent présenter des symptômes de manière cyclique où des périodes asymptomatiques sont associées à tort à une « guérison » (5). Selon la CIM-10 les troubles schizophréniques peuvent apparaître de manière continue, épisodique avec déficit progressif, épisodique avec déficit stable, épisodique rémittente, rémission incomplète, rémission complète ou autre type d'évolution (16).

1.6. Prise en charge

En 2011, près d'un quart des patients admis en hospitalisation concerne des patients atteints de troubles schizophréniques (4). Il est donc important de ne pas négliger la prise en charge de ces patients. La Haute autorité de santé (HAS) en 2015 a écrit les objectifs de l'hospitalisation de patient schizophrènes : « *protéger le patient et autrui, améliorer l'état de santé du patient, réévaluer le traitement si nécessaire, instaurer ou renforcer la relation thérapeutique* »⁸ (4). Face à un patient atteint de schizophrénie, certains objectifs de prise en charge interdisciplinaires sont donc constants, comme : établir un climat de confiance (20) ; diminuer et stabiliser l'ensemble des symptômes ; diminuer le risque de rechute ; diminuer l'agressivité et les conduites à risque ; et « *favoriser la reprise du contact, la réhabilitation socioprofessionnelle, l'autonomisation, la capacité à gérer ses propres problèmes* »⁹(1).

La prise en charge d'un patient atteint de schizophrénie doit donc se faire en multidisciplinarité, avec le médecin généraliste, le psychiatre, le psychologue, l'assistante sociale, les infirmiers, les ergothérapeutes, les éducateurs, les aide-

⁸Coldefy M., Nestrigue C. La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. p.3

⁹Gourion D. Gut-Fayand A. Les troubles schizophréniques. 2011. P144.

soignants et autres professionnels (1, 14, 17). Il est important de mobiliser tous les moyens accessibles et nécessaires pour une prise en charge efficiente (4), et ce, le plus précocement possible afin d'éviter la réduction des capacités cognitives et d'améliorer l'état général du patient (17). Le pronostic dépend alors de la précocité de la prise en charge mais également de sa régularité (5).

Cette prise en charge ne peut pas reposer uniquement sur les thérapies biologiques, c'est-à-dire la prise d'un traitement médicamenteux-neuroleptiques ou antipsychotiques utilisés depuis 1952, benzodiazépines et/ou thymorégulateurs- (21). En effet, malgré la modification favorable de l'évolution des patients atteints de schizophrénie, ceux-ci agissent principalement sur les symptômes positifs et certaines formes sévères de schizophrénie y sont résistantes, et dans certains cas, l'Electro-convulsivo-thérapie (ECT) peut être prescrite. (1, 5, 14, 17). Mais alors, qu'en est-il des symptômes négatifs et de désorganisation ?

1.6.1. *Prise en charge de la désorganisation et des symptômes négatifs*

Certains neuroleptiques dits désinhibiteurs agissent sur les symptômes négatifs, mais il existe également des techniques non médicamenteuses comme des psychothérapies individuelles, de groupes ou familiales, des Thérapies cognitivo-comportementales (TCC), de la sociothérapie ou encore des programmes de rééducation ou de remédiation cognitive-comme la réhabilitation psychosociale-pour identifier les composantes cognitives altérées et les compenser, les maintenir ou les améliorer (2, 5, 18). L'ensemble de ces moyens, qui touchent les sphères affectives, sociales ou médicales, aident le patient à éviter l'isolement progressif (2).

Si auparavant la prise en charge de patients atteints de schizophrénie était essentiellement basée sur la réduction des symptômes, aujourd'hui, elle est associée à un entraînement des habiletés (22), notamment des habiletés sociales « *ensemble des capacités cognitives et comportementales qui nous permettent de communiquer nos émotions et nos besoins, de façon compétente et d'atteindre nos objectifs interpersonnels* »¹⁰ (23). L. HAMON-DELBAR et A. MAGNERON ont montré que cet

¹⁰Se rétablir : outil d'intervention. Compétence, Un jeu pour entraîner les habiletés sociales. <http://www.seretablir.net/outils-interventions/competence/>.

Entraînement aux habiletés sociales (EHS) permet de réduire l'anxiété sociale, de limiter le repli sur soi, et de favoriser l'amour propre et donc le fonctionnement social de ces patients, diminuant ainsi l'installation des troubles cognitifs (24, 25). L'entraînement, réalisé majoritairement en groupe, consiste principalement en l'utilisation de jeux, de modèles, de feed-back, de méthode de résolution de problèmes, de tâches à réaliser etc (23).

La prise en charge ergothérapeutique auprès de ces patients ne doit donc pas être négligée, afin de restaurer les relations interpersonnelles visant au final à une autonomie dans la société (5). Et qu'en est-il de la prise en charge en phase aiguë ?

1.6.2. *Prise en charge en phase aiguë*

Un épisode aigu correspond à « *une période du temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.* »¹¹ (17). La confusion et l'adhésion au délire est à son paroxysme pendant cette période ; le patient est en rupture avec la réalité du monde extérieur (14, 26). Les travaux de LINK et al. réalisés en 1992, précisent que les patients qui ont déjà suivi plusieurs traitements et prises en charge sont les plus violents (21). Cependant, la violence est surtout retrouvée chez des patients en phase aiguë. Il s'agit donc d'une période difficile à appréhender qu'il ne faut pas négliger. Bien que délicat, le premier contact avec le patient est donc important. L'ensemble de l'équipe qui gravite autour du patient doit faire preuve de nombreuses qualités pour instaurer un climat de confiance afin que la prise en charge se passe dans les meilleures conditions possibles. Le soignant doit se montrer compréhensif, disponible, congruent, authentique, réactif, clair et respectueux. (20).

En phase aiguë, les psychiatres ne prescrivent pas de monothérapie, tant les symptômes sont forts. Ils associent des benzodiazépines à un antipsychotique (bien souvent par injection afin d'éviter la non observance de la prise du traitement) (21). En adhésion avec leurs délires, les patients ne peuvent pas encore suivre un programme d'entraînement aux habiletés sociales ou de remédiation cognitive car leur capacités cognitives se voient limitées (20). N. FRANCK explique que des moyens doivent être mis en place pour la réinsertion sociale, des patients souffrant

¹¹American PA, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Mini DSM-V critère diagnostiques. 2016. p 47

de schizophrénie stabilisée uniquement, afin qu'ils puissent en bénéficier pleinement (6). Pourtant, nous l'avons dit plus tôt, la précocité de la prise en charge détermine le pronostic du patient...

Quand un patient atteint de troubles schizophréniques est hospitalisé, l'un des objectifs principaux de prise en charge, selon D. GOURION et A. GUT-FAYAND, est « *Le maintien d'une bonne insertion sociale* »¹² (1). Il ne faut pas exclure ces patients de la société, mais à l'inverse, les réinsérer, car la qualité du soutien social détermine le pronostic. Cependant, la prise en charge dépend du profil, de la symptomatologie, de l'histoire de vie et des possibilités réelles de chaque patient (1, 2). En d'autres termes, la prise en charge d'un patient schizophrène varie en fonction de l'état de la pathologie (phase) et de l'intensité des symptômes mais également en fonction de ses déterminants antérieurs (vie sociale, environnement, etc) (4). Non stabilisée, la schizophrénie altère lourdement la qualité de vie du patient, c'est pourquoi on compte de nombreux actes violents, dirigés principalement contre eux-mêmes (2).

2. Etat dangereux et schizophrénie

2.1. Violence et schizophrénie

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence comme étant « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre-soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations.* »¹³(21). Monsieur MORASZ a classé la violence selon deux grands types d'agressions. Qu'elle soit passive ou active, l'agression peut être physique, psychique ou bien verbale (21). Il faut pourtant faire la distinction entre la notion d'agressivité et d'agression. L'agressivité est le fait de vouloir porter atteinte à un individu, alors qu'une agression est le fait de passer à l'acte sur l'individu avec plus ou moins de violence (27).

Il existe plusieurs types de passage à l'acte : les passages à l'acte de type auto-agressif (tentative de suicide, scarification, mise en danger de soi-même) et ceux de

¹²Gourion D. Gut-Fayand A. Les troubles schizophréniques. 2011. P.88

¹³Vacheron-Trystram M. N, Cornic F, Gourevitch R. La prise en charge des états réputés dangereux. 2010. p.3

type hétéro-agressif. Lorsqu'ils sont hétéro-agressifs, ils peuvent être tournés du patient vers le soignant, ou du patient vers un autre patient. Aussi entre 2004 et 2005, près de la moitié des hétéro-agressions ont été tournées du patient vers un soignant, ce qui justifie la majorité des hospitalisations en UMD (28, 29). Cela peut engendrer de l'appréhension de la part du soignant lors du premier contact avec un patient, limitant la création d'un climat de confiance. Néanmoins, il est important de noter qu'en crise, les actes hétéro-agressifs sont tournés en premier vers les proches de la personne (27). Une étude menée par SWANSON et al. en 1994, démontre que même si le risque de violence est présent chez les patients atteints de troubles schizophréniques ou schizophréniformes (21), il ne faut pas lier trop rapidement les termes d'agressivité et de violence avec la pathologie mentale, car de nombreuses personnes atteintes de troubles schizophréniques ne sont pas violentes. Bien que le risque d'infraction violente est quatre fois supérieur chez les schizophrènes comparé à la population générale, ces actes restent exceptionnels (30, 31). De plus, ceux qui commettent des actes criminels ou violents pendant le délire, ne sont pas forcément dangereux sur le long terme, car de multiples facteurs comme la prise de toxiques, où la présence d'un délire paranoïde ou persécutoire, influencent l'apparition de tels actes (1, 21).

Suite à la réalisation d'un acte hétéro-agressif violent ou d'un épisode hallucinatoire aiguë (situation d'urgence où ni le patient ni son entourage n'arrivent à gérer la situation), il est parfois nécessaire d'envoyer les patients schizophrènes en unité de soins adaptés.

2.2. Unités adaptées

G. DUBRET explique dans son article *peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ?*, les termes de soin et de punition. Bien souvent ces termes s'opposent. Après un passage à l'acte, un individu peut être jugé responsable de ses actes et donc pénalement responsable, il subit alors la punition. Or s'il est déclaré irresponsable de ses actes, le suivi psychiatrique sera privilégié notamment du fait d'une hospitalisation à temps complet ou d'une obligation de soins (32). Seulement, comme le pense M. FOUCAULT, parfois ces deux notions ne peuvent être complètement distinctes. En effet, depuis plusieurs années -et plusieurs faits divers criminels-, l'ouverture d'unités spécialisées permet l'injonction de soin, tout en

protégeant la société des individus potentiellement dangereux, c'est-à-dire pouvant porter atteinte à autrui ou à lui-même (31, 32, 33).

En France, il existe plusieurs structures permettant de mêler les compétences qui relèvent de la psychiatrie et du pénal. Elles permettent d'accueillir un patient suite à une agitation ou un fait violent ou agressif. Il y a : les UMD, les Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou hôpital prison, les Unité hospitalières sécurisée interrégionales(UHSI), les Unité psychiatrique intersectorielle départementale(UPID), les Unité de malades agités et perturbateurs(UMAP) et les Unité de soins intensifs psychiatriques(USIP) (34, 25). Ces unités doivent posséder une architecture qui garantit la sécurité aussi bien des patients que des soignants et thérapeutes, en assurant un soin psychiatrique optimal aux patients (31, 34). Pour autant, l'hospitalisation d'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique présentant une potentielle dangerosité ne justifie pas son contrôle social. La prise en charge en unité spécialisée a pour visée principale le soin (27). Ces unités ont alors des chambres d'isolement également appelées chambres de soins intensifs. Une étude menée en 1999 par J. PALAZZOLO révèle que l'isolement, permettant de maîtriser surveiller et protéger l'individu, est encore une notion controversée : entre la restriction de liberté trop brutale, et le retour à un sentiment d'unicité d'existence. L'isolement est donc régi par des règles strictes de mise en place afin d'éviter la déshumanisation de l'environnement et donc du sujet. Ainsi, lorsque la mise en chambre d'isolement n'est pas ou plus efficace au sein d'une unité psychiatrique générale, et/ou que le patient présente une agressivité, une agitation psychomotrice que le service psychiatrique ne peut plus gérer, il est souvent indiqué le passage vers l'UMD la plus proche (26, 36).

2.3. Dangerosité

Nous entendons parfois les médias relater les faits divers d'actes criminels commis par des « *schizophrènes dangereux* »¹⁴, l'imaginaire sociétal crée la peur, ce qui augmente la stigmatisation des pathologies mentales, alors que la dangerosité n'est pas une maladie et n'est pas obligatoirement liée aux maladies psychiatriques (26).

¹⁴Klein F, Oury J. L'ergothérapie en santé mentale. 2014. p.68

La notion de dangerosité est apparue en 1969, il s'agit de « *l'état d'un sujet estimé comme probablement dangereux et pouvant passer à l'acte délictueux ou criminel* »¹⁵. Ce n'est donc pas un concept purement psychiatrique. D'ailleurs, il est à noter que le pourcentage d'actes graves est faible chez les patients atteints de pathologie mentale, et que le taux d'actes criminels est similaire à celui des autres citoyens (1, 35). Avec les progrès considérables des technologies et des connaissances, la notion de dangerosité est « mesurable » grâce à des outils spécialisés : des échelles dites de psychopathologie générale ou des instruments spécifiques. Ainsi, les patients présentant un état déclaré comme ayant un degré de dangerosité assez élevé et donc comme étant potentiellement dangereux pour la société, peuvent être admis en hospitalisation avec ou sans consentement, où l'alliance thérapeutique et l'observance du traitement médicamenteux, visent à stabiliser l'état psychique du patient pour réduire cette dangerosité (33, 21). Bien sûr, cette évaluation qui permet de mesurer la gravité du passage à l'acte et sa violence est très normée. De plus, l'application d'un soin sans consentement est contrôlée régulièrement par des juges (35).

Même si la prise en charge en ambulatoire reste majoritaire pour les patients atteints de troubles schizophréniques stabilisés, une hospitalisation sous contrainte complète peut s'imposer, lorsqu'ils font une crise.

2.4. Soins psychiatriques sans consentement

La première loi relative aux hospitalisations en psychiatrie date de 1830. C'est en 1838, qu'une loi permet l'hospitalisation de personnes présentant un danger imminent pour la société (21).

Le placement en hospitalisation sans consentement peut être nécessaire lorsque la pathologie soustrait le patient de son libre jugement. C'est pourquoi la loi du 5 juillet 2011, relative aux hospitalisations sans consentement en psychiatrie, a modifié la loi du 27 juin 1990, relative à la protection des personnes hospitalisées pour troubles mentaux (29). Plus tard, la loi du 27 septembre 2013 modifie une nouvelle fois les modalités de la loi relative aux hospitalisations sans consentement (38). Désormais,

¹⁵Hecktor L. Attention, danger !. 2008. p.61 tiré du Nouveau Larousse encyclopédie.

pour ce faire, un tiers est dans l'obligation de signer une demande d'admission dans l'intérêt du patient (qu'il s'agisse d'un tiers, ou du représentant de l'état) (2), l'important étant d'assurer la protection de la santé du patient mais aussi celle de la société de manière immédiate (38). Il est tout de même assez rare qu'un patient soit admis sans son consentement. Seul 13% des patients ont dû être hospitalisés sans leur consentement en 2011, dont 70% en Soins psychiatriques sur demande d'un tiers(SPDT) et 29% en Soins psychiatriques sur demande du représentant de l'état(SPDTRE) (4). De plus, en 2015, le nombre total de patients admis sans leur consentement ne représente qu'environ 6% des patients ayant eu besoin de soins psychiatriques (38).

Dans les structures citées ci-dessus, les patients sont hospitalisés sous contrainte, ils peuvent être admis en : Soins psychiatriques sans tiers en cas de péril imminent (SPPI), en SPDT, en Soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence (SPDTU), ou en SPDTRE (7, 37, 38). L'hospitalisation en SPPI, correspond, d'après l'article L.3212-1-II-2° du CSP, à une situation d'urgence où le directeur de l'établissement prend la décision d'hospitaliser le patient. Un tiers doit cependant être informé de l'hospitalisation. L'hospitalisation en SPDT, correspond d'après l'article L.3212-1-I et II-1° du CSP, à une hospitalisation suite à la demande d'un tiers. Néanmoins, certaines conditions doivent être remplies : un contrôle du Juge des libertés et de la détention (JLD), une décision basée sur des certificats médicaux et une décision finale prise par le directeur de l'établissement suite à la demande d'un tiers. L'hospitalisation en SPDTU, correspond d'après l'article L.3212-3 du CSP, à l' « *existence probable d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* »¹⁶. C'est alors au directeur de l'établissement de prendre la décision de l'hospitalisation et de la dresser par écrit. L'hospitalisation en SPDTRE, correspond d'après l'article L.3212-1 du CSP, à une hospitalisation nécessitant l'intervention du représentant de l'état - c'est-à-dire sur arrêté du préfet- anciennement appelé Hospitalisation d'office(HO). Cette hospitalisation est mise en place lorsque le patient a besoin de soins, en toute sécurité ou pour lui ou pour autrui (38).

¹⁶S. Théron. Soins psychiatriques sans consentement. 2017. P.43

Il est important de savoir que les hospitalisations sous contrainte ne portent pas atteintes à la dignité du patient. De plus, les libertés des patients ne sont réduites qu'aux restrictions que son état nécessite (2). D'après l'article L.1111-4 du CSP « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »¹⁷ (40), cependant, des mesures particulières ont été mises en place concernant les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie notamment concernant les patients, qualifiés de difficiles, présentant une certaine dangerosité (21, 37).

3. Unité pour malade difficile

3.1. Définition

Une UMD est une structure de soins intensifs fermée bénéficiant d'un dispositif de sécurité et de surveillance renforcées. En effet, d'après l'article L.3222-3 du CSP, les UMD sont des services spécialisés qui n'admettent que des personnes qui « *présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique* »¹⁸ (7). Lorsqu'un patient arrive dans une UMD, l'objectif principal est de favoriser l'adaptation du comportement afin de permettre sa sortie dans son service psychiatrique d'origine (41).

Il existe actuellement dix UMD en France, permettant d'accueillir 530 patients -dont 92% d'hommes, soit seulement 40 femmes- (7, 31). Leur statut légal est réglementé par le décret du 1^{er} février 2016 (38). Elles sont implantées aux quatre coins de la France : à Montfavet dans le Vaucluse ; à Châlons-en-champagne dans la Marne ; à Plouguernevel dans les Côtes d'Armor ; à Henri Colin de l'EPS Paul-Giraud-Villejuif dans le Val de marne ; à Sarreguemines en Moselle ; à Cadillac en Gironde ; à Monestier Merlines en Corrèze ; au Vinatier à Bron dans le Rhône ; à Albi dans le Tarn ; et à Sotteville-lès-Rouen en Seine Maritime (7, 31). Les UMD sont réparties sur tout le territoire, pour permettre aux patients d'intégrer la structure la plus proche de leur hôpital psychiatrique d'origine. Cela favorise le maintien des relations

¹⁷Legifrance en ligne, Code de la santé publique – article L1111-4.

¹⁸Psycom. Unité pour malade difficiles (UMD). <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-pour-malades-difficiles-UMD>

sociales. Ainsi dès le début de la prise en charge, l'ensemble de l'équipe soignante doit, si possible, aller dans le sens de la réinsertion sociale du patient (38).

Les UMD entrent dans la catégorie des « unités adaptées » car elle sont constituées exclusivement de chambres individuelles, dites d'isolement tout en associant la sécurité et les soins nécessaires. Il n'est pas donc pas prévu, dans cette architecture très rigide, de cadre laissant libre la rencontre avec le patient et sa souffrance (26, 36, 38). Une UMD est divisée en plusieurs services : ceux où se trouvent les patients -chambres, salle commune- et les soins infirmiers, et ceux où se trouvent les salles d'activités généralement situées dans un autre bâtiment. Dans ces services d'activités se trouvent l'ergothérapie, la cafétéria, le sport, le bureau du psychologue, et les intervenants extérieurs (42).

3.2. Patientèle

L'arrêté du 14 octobre 1986 précise que pour être admis en UMD, les patients doivent présenter un danger pour eux-mêmes ou pour autrui, et donc avoir besoin d'une prise en charge thérapeutique disponible spécifique aux UMD (43). Les UMD sont des structures qui reçoivent des patients qualifiés de difficiles ou de potentiellement dangereux lorsque les services proposés dans leur unité de soins sont insuffisants. Elles peuvent également recevoir des détenus ayant des troubles mentaux. L'équipe soignante est donc constituée le plus souvent d'infirmiers masculins, permettant de gérer et de limiter les éventuels débordements dans l'unité. C'est pourquoi toute l'architecture d'un UMD est pensée pour être la plus sécurisée possible -alarme, systèmes de sécurité, caméra de surveillance- (38, 42). La Commission du suivi médical (CSM) composée de quatre psychiatres nommés par l'Agence régionale de santé (ARS) (38), intervient tous les six mois ou à la demande du patient pour vérifier que les droits du patient sont respectés pendant l'hospitalisation et que son état nécessite un maintien ou une sortie d'hospitalisation en UMD.

Le JLD, magistrat du Tribunal de grande instance (TGI) vérifie le respect des droits du patient et sur le bien fondé des soins sous contrainte. C'est la CSM qui statue sur le maintien ou la sortie du patient de l'UMD (38).

3.3. Prise en charge

Lorsqu'un patient arrive dans une UMD, la première chose à laquelle l'équipe soignante doit se consacrer et notamment le psychiatre, est d'adapter le traitement médicamenteux afin de diminuer l'ampleur des symptômes de la maladie et de permettre au patient de modifier ses comportements de manière adéquate (41, 44). P. KRATZ explique qu'une UMD respecte la règle des 3S: Soins, Surveillance et Sécurité (44). Cependant, C. KOTTLER, chef de service d'une UMD, explique que la sécurité accrue dans ces unités sert davantage à « intimider » les patients. Les patients ne doivent pas être pris en charge en fonction de leur dangerosité ou de leur statut pénal, mais en fonction de l'intensité des symptômes (29). C'est pourquoi la notion de réinsertion sociale ne doit pas être perdue de vue, surtout lors d'une hospitalisation sous contrainte. En effet, normalement, une hospitalisation dans une telle structure de soins n'est que provisoire dans le parcours de soins et de vie du patient. Il est donc important de ne pas négliger cette partie de prise en charge, afin de lui offrir une chance de se réinsérer dans la société, toujours dans cette recherche d'autonomie et de qualité de vie satisfaisante, à travers des espaces transitionnels où le cadre évolue de manière adaptée (29, 38, 41). La réinsertion sociale des patients repose sur la collaboration entre les professionnels intervenant dans la prise en charge (38).

4. **Ergothérapie et santé mentale**

4.1. Définition de l'ergothérapie

Le terme « ergothérapie » a été créé par G. DUHAMEL en 1943. Il s'agit d'une fusion entre le terme grec d'*ergon* (l'activité, le travail) et la thérapie (45). L'ergothérapeute est donc un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur la thérapie par l'activité humaine. Sa pratique vise à permettre à un individu d'augmenter sa participation lors de la réalisation de ses activités de vie quotidienne de manière autonome et sécurisée dans le but de diminuer ou de supprimer le risque d'apparition de situation de handicap (46).

C'est avant les années 2000, que les prises en charge deviennent de plus en plus holistiques. Basée sur des valeurs humanistes, la prise en soin ergothérapique tient compte de la participation, mais aussi de la motivation et de l'investissement dans les

activités de vie quotidienne, notamment toutes activités significantes (en lien avec l'expérience de vie du patient) et significatives (en lien avec l'entourage du patient). Pour cela, l'ergothérapeute peut intervenir sous différents aspects : des échanges formels ou informels, des évaluations ou bilans quantitatifs ou qualitatifs (afin d'établir le diagnostic en ergothérapie), des ateliers en individuel ou collectif répondant à plusieurs objectifs ciblés, ou des mises en situation écologiques ou non, et ce, toujours au sein d'une équipe multidisciplinaire (45). Il s'agit d'une profession réglementée par le CSP article L4331-1 et R4331-1 dont les trois années de formation sont fixées par le Ministère chargé de la Santé (46). Elle peut s'exercer dans plusieurs milieux uniquement sur prescription médicale car elle est à la croisée du secteur sanitaire, médico-social, et social (45).

4.2. Ergothérapie en santé mentale

L'existence de bénéfices quant à l'utilisation de l'ergothérapie auprès de patients atteints de troubles psychiatriques est évoquée par S. TRACY au début du XX^e siècle. Même si le travail est utilisé depuis l'antiquité pour améliorer le bien-être psychique et physique des individus, c'est plus tard, notamment avec les écrits de F. TOSQUELLES, qu'il s'est élargi aux activités de vie quotidienne. L'ergothérapie s'est ainsi développée parallèlement à l'histoire de la psychiatrie institutionnelle (26, 35).

L'ergothérapie a donc un rôle essentiel à jouer pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de troubles psychiatriques : « *évaluer les retentissements fonctionnels de la maladie sur les investissements professionnels, scolaires, relationnels et de vie quotidienne.* »¹⁹ (45). A travers diverses approches, qu'elles soient psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique ou de réhabilitation ou de psychothérapie institutionnelle, l'ergothérapeute s'attache à la dimension relationnelle pour permettre la mise en place de ce que WINNICOTT appelle un espace transitionnel (47). L'ergothérapeute crée un espace d'ouverture, de faire et d'être où le patient pourra se (re)construire en tant que sujet et citoyen (45, 46, 47). En effet, c'est lorsque le sentiment d'existence est absent que l'individu est vraiment privé de ses libertés, notamment relationnelles. Pour favoriser la

¹⁹Audoit C, Delfourme G, Folliet O, Gosme M, Guineau D, Katsaros I. Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. 2016. p24.

construction identitaire, la personne a besoin de se situer dans le réel par rapport à l'autre, c'est pourquoi, l'ergothérapeute n'occulte pas les capacités créatives et relationnelles du patient, mais au contraire les entraîne (47). L'ergothérapeute essaie donc par l'entraînement aux habiletés cognitives, affectives et sociales, de favoriser le potentiel fonctionnel d'adaptation et d'autonomie du patient dans la société (48).

4.4.1. Utilisation d'outils d'entraînement aux habiletés sociales

Par l'utilisation d'activité de médiation au sein d'un climat de confiance, l'ergothérapie permet de faire un lien entre le sujet et sa problématique. C'est pourquoi l'ergothérapeute a toute sa place au sein de programme de soin en psychiatrie, que ce soit des programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) ou des programmes de remédiation cognitive et d'habiletés sociales pour favoriser la réinsertion sociale (45). La réinsertion sociale correspondant à l'ensemble des moyens qui favorisent le retour pacifique et l'adaptation du patient dans la société, ainsi qu'à l'ensemble des dispositions qui le protègent quand ses difficultés sont trop importantes (6). Dans le champ de la schizophrénie, la notion de réinsertion sociale est à définir au cas par cas en établissant un projet propre à chaque patient.

4.4.2. Utilisation d'outils d'entraînement aux cognitions sociales

Concernant la cognition sociale, la prise en charge peut se baser sur des programmes de remédiation cognitive pour pouvoir améliorer les capacités relationnelles chez ses patients (13). Seulement, ces programmes ne sont utilisés que lorsque la pathologie du patient est stabilisée afin de favoriser sa réinsertion sociale (50).

Même si les processus neurocognitifs déficitaires dans la schizophrénie ne sont pas encore compris dans leur totalité, les personnes souffrant de troubles schizophréniques présentent, en lien avec leur isolement et leurs difficultés de participation à la vie sociale, des difficultés quant à la reconnaissance des intentions des autres (25, 13). C'est pourquoi, dès que le patient n'est plus dans la phase de déni des troubles, il est prêt à suivre des programmes d'entraînement visant à augmenter les capacités de cognition sociale (20) (ensemble des processus de traitement de l'information qui permettent à l'individu d'interagir avec les autres) (13). Les outils utilisés pour compenser ces déficits cognitifs, permettent d'impliquer le

patient « *dans la construction de sa propre trajectoire d'insertion sociale* »²⁰ (51), la cognition sociale comprenant la reconnaissance des expressions faciales, la perception sociale, la théorie de l'esprit, et la capacité d'attribuer à un événement sa cause (23).

Il existe plusieurs outils pour travailler les cognitions sociales : le programme SCIT (social cognition and interaction training) : programme d'entraînement de la cognition des interactions sociales ; le programme ToMRemed : programme de remédiation des troubles de la théorie de l'esprit afin de réduire les déficits et l'impact des symptômes sur la vie quotidienne, basé sur la capacité à attribuer des intentions à autrui ; le programme RC2S (Remédiation cognitive de la cognition sociale) : utilisé lors de prise en charge globale des troubles de la cognition sociale pour les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés ; le programme Gaïa : programme de thérapie individuelle des troubles de la reconnaissance des émotions faciales ; le programme MindReading ; ainsi que le jeu compétence (13). Ces programmes sont encore très récents.

Intéressons-nous plus particulièrement au programme RC2S mis en place en 2012 au centre hospitalier *le Vinatier*. Il s'agit d'un outil de remédiation cognitive, utilisé en psychiatrie pour les personnes souffrant de troubles touchant les cognitions sociales. Ce logiciel demande au patient d'aider un personnage fictif à faire face à des difficultés dans les interactions sociales en décryptant et analysant les émotions, les intentions et les états mentaux du personnage qu'il incarne mais également des autres personnages. Ce programme repose sur l'ensemble des composantes de la cognition sociale, et des objectifs individualisés. Il est réparti sur 14 séances d'1h30 par semaine (hors séances à domicile) (13). Seulement, ces outils sont-ils utilisés par les ergothérapeutes ?

La mise en place la plus précoce possible de l'ergothérapie dans le parcours du soin d'un patient atteint de troubles psychiatriques se déroule en trois temps : l'hospitalisation, où la prise en charge permet, en plus de faciliter l'adhésion au soin avec l'instauration d'un climat de confiance, la diminution de certains troubles et éviter la recrudescence des symptômes ; la réadaptation, une fois la crise passée, où l'ergothérapeute peut fonder sa prise en charge sur l'entraînement des cognitions

²⁰Bernard Durant. Schizophrénie, lien social et rétablissement. 2013. p78.

sociales ; et la réhabilitation où l'ergothérapeute base sa pratique sur la place du sujet dans son environnement (45).

4.3. Ergothérapie au sein d'une UMD

Au sein d'une UMD, la prise en charge en ergothérapie débute sur prescription médicale émanant du psychiatre, mais peut prendre fin sur demande de l'équipe pluridisciplinaire ou du psychiatre. Les patients sont en état de crise, ou dits non stabilisés (26). Il existe trois objectifs principaux d'hospitalisation en UMD : « *essayer de réintégrer le patient dans l'ordre d'une loi de vie humaine [...] et d'une loi sociale [...] et non pas d'une loi du plus fort [...]* ; *Assurer un contenant psychique et matériel pour des patients souffrant d'un vécu de dissociation, d'éclatement ou d'inflation du moi [...]* ; *Faire acquérir des règles de vie élémentaires à des patients immatures ou déstructurés [...]* »²¹ (42).

Peu d'écrits informent sur le rôle de l'ergothérapeute au sein de telles structures, de plus, concernant la légitimité quant à la présence de l'ergothérapeute au sein de ces structures, la hiérarchie ne statue pas. A ce sujet, F. KLEIN ajoute dans ses écrits que « *la direction des soins semble plus préoccupée par les critères de recrutement d'un plateau technique quasi exclusivement composé d'infirmiers de sexe masculin et doté d'une corpulence forçant le respect* »²² (26).

L'ergothérapie permet au patient placé en isolement dans ces structures adaptées de découvrir une nouvelle atmosphère, de nouvelles rencontres et de pratiquer une activité évitant ainsi les débordements psychiques face à l'enfermement et favorisant le maintien de la capacité d'agir (52). Seulement, en acceptant de créer, le patient se retrouve face à lui-même, à sa problématique, son vécu, mais aussi face aux autres. L'activité permet donc, grâce à l'instauration d'un climat de confiance et des activités de médiation, de favoriser le contact, les échanges et une meilleure adhésion aux soins (26). L'activité ergothérapique aurait-elle ainsi un but socialisant en UMD ? Comme l'a montré PLATON dans son mythe de la caverne, un homme privé de liberté peut se satisfaire de sa condition, car il s'y fait à sa propre réalité ainsi parfois

²¹Roth E.M, Heitzmann E. Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malade difficiles). 2008. p 83

²² F. KLEIN. L'ergothérapie en santé mentale. 2014. p.107

la contrainte qu'on applique au patient, ne le contraint pas. L'ergothérapie, créant des espace d'ouverture sur le monde est alors une prise en charge importante à réaliser, pour permettre au patient d'adapter sa réalité au réel du monde extérieur. (36). Cette prise en charge peut donc être vécue difficilement ou effrayer les patients car elle leur permet de créer, d'avoir des responsabilités etc, il est donc crucial de poser un cadre sécurisant avec un climat de confiance. Le docteur ROTH et l'infirmier psychiatrique HEITZMANN expliquent que « *les ateliers d'ergothérapie représentent un outil privilégié pour les soins et la réhabilitation du patient en UMD. Les rapports sociaux sont plus aisés, régulés, quand le patient se confronte à la matière et à l'apprentissage d'une technique. [...]* »²³ (42). Ainsi, même s'il est difficile d'offrir une prise en charge optimale lorsque les conditions et les contraintes d'hospitalisation sont strictes (obligation de vérifier le matériel chaque début et fin de séance, présence d'un soignant aux activités etc), cela est possible comme le démontre l'expérience de STÜRUP. En effet, pendant l'activité, le patient se retrouve face au thérapeute, à la matière et à lui-même. (42)

5. Enquête exploratoire

L'un des rôles principaux de prise en charge interdisciplinaire des personnes souffrants de troubles schizophréniques est la réinsertion sociale et de nombreux textes soulignent l'importance de travailler cette insertion sociale de manière précoce. Seulement l'UMD étant une structure particulière où le patient se trouve dans la phase de crise, peu d'outils peuvent être utilisés pour entrainer les habiletés sociales. De plus, les patients quittent l'UMD pour retourner dans leur unité d'hospitalisation d'origine, il n'est donc pas question d'une réinsertion dans la société. Seulement, est-ce qu'un travail sur la réinsertion dans la société est débuté en UMD ? Est-ce que cette réinsertion fait partie des objectifs au sein des UMD ?

Pour répondre à ces questions, j'ai réalisé une enquête exploratoire (annexe1). Malgré le peu de réponses apportées à mon enquête -seulement 4 réponses suite aux dix envois par mail et suite au post sur un réseau social du questionnaire, (annexe 2), j'ai pu y observer d'importantes variations de point de vue d'application : la notion de réinsertion sociale peut différer selon les individus, et selon les

²³ Roth E.M, Heitzmann E. Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malade difficiles). 2008. p 99

ergothérapeutes travaillant en UMD, la réinsertion sociale fait partie ou non des objectifs selon les professionnels et leur lieu d'exercice. Néanmoins, les enquêtés sont unanimes quant à l'importance de favoriser l'insertion sociale en ergothérapie. Une ergothérapeute exerçant en UMD explique que « *la réinsertion devrait faire partie des objectifs en ergothérapie en UMD... Malheureusement, l'enfermement s'oppose à une prise en compte aisée de cet objectif* » (annexe 2).

Nous connaissons l'importance de travailler les habiletés sociales et de favoriser l'insertion sociale de manière précoce. Seulement le rôle au sein des UMD n'est pas encore clairement défini.

6. Problématique

La schizophrénie est caractérisée par un ensemble de troubles invalidant très fortement la personne qui souffre de cette pathologie. Même s'il s'agit d'une maladie mentale définie cliniquement depuis plus d'un siècle, les prises en charge ne sont pas encore formalisées. L'apport des technologies ainsi que du développement des connaissances est actuellement en plein essor avec le développement de lois sur les conditions des malades. Malgré l'avancée de la science, la diversité des troubles cognitifs retrouvés chez les patients souffrant de schizophrénie altère fondamentalement les activités de vie quotidienne ainsi que leurs relations aux autres, résultant notamment des symptômes dits négatifs. Les personnes interrogées dans mon enquête exploratoire et les quelques textes trouvés sur la prise en charge au sein des UMD, sont unanimes quant à l'importance de la réinsertion sociale de manière la plus précoce possible. Et ce, dans le but de préparer le patient au mieux à son retour dans son environnement social. Pourtant, les résultats de mon enquête exploratoire, démontrent que la réinsertion sociale ne fait pas partie directement des objectifs en ergothérapie.

Lors de la phase aiguë de la pathologie en UMD, le rôle premier du psychiatre est de diminuer les symptômes de la maladie et d'éviter leur recrudescence par un traitement efficace et une bonne observance. Qu'en est-il cependant de l'ergothérapeute ?

Il s'agit d'un professionnel de santé qui base toujours sa pratique sur la création d'une relation de confiance avec les patients. Une fois la relation de confiance établie nous pouvons penser que le thérapeute peut débiter la socialisation en entraînant les cognitions sociales. Quelques outils existent afin d'entraîner les fonctions de la cognition sociale des individus. Néanmoins, ceux-ci sont réservés à la phase de stabilisation. Le rôle de l'ergothérapeute n'est pas clairement défini au sein de ces structures, et le caractère sécurisé et très fermé de ces unités limite la diffusion d'informations sur les différentes pratiques. Seule l'importance du maintien de la socialisation du patient, tout au long de sa prise en charge, est indéniable.

6.1. Question de recherche

En quoi la prise en charge en ergothérapie permet-elle de préparer les patients schizophrènes non stabilisés à la socialisation au sein d'une UMD ?

6.2. Hypothèses

Je pense que l'ergothérapeute est en mesure de débiter un travail de socialisation au sein d'une UMD ; et ce, en se basant sur les outils de développement des cognitions sociales notamment le RC2S, dans le but de favoriser la suite du parcours de soin du patient malgré un contexte particulier.

MATERIEL ET METHODE

1. But de l'enquête

L'enquête menée a pour but de recueillir le ressenti de plusieurs ergothérapeutes quant à l'importance d'une prise en charge ergothérapique au sein d'une UMD en prenant en compte les contraintes imposées par de telles unités de soins. Elle permet également de s'informer auprès des thérapeutes de l'importance qu'ils donnent à l'insertion sociale et à la socialisation de cette patientèle ; et à l'utilisation des outils afin d'y parvenir. Il s'agit donc d'une étude à visée qualitative et explicative de type transversale : après sélection des sujets, les recueils ont été effectués, rédigés puis étudiés.

2. Population d'étude et échantillon

2.1. Population d'étude

La population d'étude correspond aux soignants et thérapeutes exerçant au sein d'une UMD. Notre hypothèse reposant sur des pratiques spécifiques, la population cible, ayant motivée l'organisation de l'enquête, était composée exclusivement de professionnels. Il s'agissait en l'occurrence des ergothérapeutes et des psychiatres travaillant au sein des UMD. Une enquête auprès des patients sur l'intérêt de la prise en charge en ergothérapie aurait été intéressante mais extrêmement compliquée. La mise en place d'une relation de confiance est essentielle pour créer un climat favorable à l'échange, ce qui s'est révélé impossible. En effet, une UMD est une unité très fermée où les patients présentent une pathologie résistante ou une hétéro-agressivité, et leurs discours incohérents et non systématisés, de par la distorsion de la réalité à laquelle ils font face, auraient compliqué l'analyse de leurs réponses.

2.1.1. *Critères d'inclusion*

Il s'agit d'un secteur fermé qui n'existe qu'à dix endroits en France. Les critères d'inclusion étaient donc peu nombreux. J'ai donc recherché des ergothérapeutes et des psychiatres exerçant au sein d'une UMD. Il aurait été pertinent d'ajouter le critère d'inclusion suivant pour la première population interrogée : ergothérapeute connaissant les outils de développement des cognitions sociales. Seulement comme l'utilisation de tels outils est récente, cela limitait extrêmement les possibilités de

recueil d'information nécessaires à la réalisation de mon étude. De plus, même si cette enquête n'est pas à visée quantitative, il est intéressant de pouvoir constater l'état des connaissances de tels programmes auprès des professionnels de santé, visant à mettre en place un outil d'information.

2.1.2. Echantillonnage

La population accessible, auprès de laquelle nous allons réellement collecter de l'information, ne doit représenter qu'une partie de la population source, tout en respectant l'hétérogénéité des personnes la constituant. Seulement, après avoir contacté les vingt-six ergothérapeutes travaillant en UMD, je me suis rendu compte qu'il allait être difficile d'obtenir des rendez-vous pour nous entretenir avec des ergothérapeutes et psychiatres travaillant en UMD. En effet, l'éloignement géographique, l'exigence hiérarchique et professionnelle, et l'entente partagée sur un créneau horaire concernant la réalisation d'un entretien, ne sont pas chose facile. La population cible étant très restreinte, je n'ai pas effectué d'échantillonnage, au contraire, j'ai cherché à élargir nos critères de recherche. L'enquête a donc été menée auprès d'ergothérapeutes et de psychiatres exerçants au sein d'une UMD ou ayant travaillé au sein d'une UMD durant les deux dernières années ; et ce, auprès de chaque UMD de France. Après de plus amples recherches afin de trouver les contacts professionnels supplémentaires, j'ai pu réaliser deux entretiens supplémentaires auprès d'ergothérapeutes ne travaillant plus au sein d'UMD depuis moins de deux ans.

Afin de cibler cette population, j'ai effectué un sondage non aléatoire de type « sondage de convenance ». Il s'agit d'une méthode « non probabiliste » où les personnes contactées par téléphone ou par mails, pouvaient accepter ou refuser de répondre à l'enquête. J'ai notamment utilisé le « bouche-à-oreille », ainsi, lorsque je contactais chaque service d'ergothérapie d'une UMD, je leur demandais de transmettre le message aux psychiatres et vice-versa.

2.2. Biais de représentativité

Les biais de représentativité de la population cible sont certains. En effet, la population enquêtée est recrutée suite à un sondage non aléatoire, de convenance, ce qui a entraîné des refus de participation à l'enquête. De plus, les pratiques

pouvant différer selon les structures, et n'ayant pas pu obtenir de rendez-vous téléphonique avec des ergothérapeutes de chaque UMD -néanmoins contactés-, les résultats des entretiens réalisés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des pratiques réalisées en UMD. Entre en jeu également l'effet de halo, ou de contamination. Il s'agit d'un biais cognitif qui affecte la perception des gens, qui engendre une interprétation et une perception sélective d'informations allant dans le sens d'une première impression : « *il ne voit que ce qu'il veut bien voir* ». La manière de formuler mes questions était donc importante. De plus les ergothérapeutes interrogés sont certainement influencés par les méthodes utilisés au sein de leur structure.

3. Recueil de données

3.1. Méthode de recueil de données

La question de recherche visant à obtenir des réponses concernant le ressenti et l'implication quant à l'insertion sociale des patients par rapport à chaque professionnel ainsi qu'à décrire leur pratique, mon choix s'est porté sur la réalisation d'un entretien semi-directif, ou guidé, par la réalisation d'un guide où les thèmes, avaient un ordre réfléchi, et comprenaient une question principale ouverte, assez large et des questions de relance.

J'ai choisi de réaliser l'ensemble des entretiens par conversation téléphonique car cela facilitait la prise de contact avec les soignants au sein d'une structure très difficile d'accès. Cela facilitait également la prise de rendez-vous, notamment sur le temps de travail des enquêtés.

3.2. Présentation du guide

Concernant l'entretien avec les ergothérapeutes, j'ai d'abord déterminé des thèmes généraux qui se centrent progressivement sur la problématique donnée. J'ai donc abordé les thèmes suivants : dans un premier temps, le rôle de l'ergothérapeute pour cibler leur vision de l'ergothérapie au sein de leur structure ; puis le contexte de soin pour connaître l'impact qu'il a sur les prises en charge ; ensuite la prise en charge de patients schizophrènes au sein d'une UMD, pour y connaître leurs pratiques ; Puis j'ai tenu à poursuivre l'enchaînement de l'entretien en le ciblant sur les habiletés sociales et cognitions sociales, afin de déterminer leurs connaissances sur ces

thèmes et les outils ; pour enfin terminer sur le thème de la socialisation des patients au sein d'une UMD, et connaître l'engagement des prises en charge dans ce processus de socialisation. Dans chaque thème, je proposais une question ouverte assez large afin que chacun puisse répondre librement ce qui lui vient à l'esprit face à ce thème. Néanmoins, dans les cas de difficultés éventuelles à répondre et pour avoir des précisions, il a été énoncé des questions de relances associées à chaque thème. Cela permettait d'avoir l'ensemble des informations nécessaires afin de répondre à la problématique. Chaque thème, question et chronologie ont été réfléchis en amont afin d'amener l'enquêté sur le thème principal : la socialisation. Seulement, après avoir réalisé un premier entretien, j'ai dû retravaillé le guide d'entretien (annexe 3), en changeant l'ordre de quelques questions afin de les amener de manière plus logique et en y supprimant des questions trop complexes et jugées, après l'écriture des réponses attendues, inutiles à la résolution de la problématique (annexe 4).

J'ai utilisé le même principe pour l'entretien avec des psychiatres. J'ai choisi d'aborder la vision qu'ils ont de leur métier de psychiatre au sein de ce contexte particulier afin de faciliter l'échange suivant, ciblé sur le rôle de socialisation dans les prises en charge, et enfin sur le rôle de l'ergothérapie au sein des UMD. L'objectif principal, en créant un guide d'entretien pour les psychiatres, était de connaître à quel moment de la prise en charge de patients en UMD, l'ergothérapie a réellement sa place. Afin de créer un climat de confiance en début d'entretien, je me présentais simplement, et après leur avoir redemandé l'autorisation quant à l'enregistrement de l'entretien, je leur expliquais le déroulé et la mise en place du dictaphone -lors de l'actionnement du hautparleur, du dictaphone-.

3.3. Présentation des enquêtés

3.3.1. *Concernant les entretiens réalisés avec des ergothérapeutes*

L'entretien 1 a été réalisé avec une ergothérapeute diplômée depuis deux ans, ne travaillant plus à l'UMD depuis un an. Il était convenu que ce soit un entretien test, néanmoins, après neuf semaines de recherches, je n'ai pu m'entretenir qu'avec quatre ergothérapeutes. J'ai alors convenu avec l'ergothérapeute enquêtée, que je puisse analyser également ses résultats ; cet entretien étant réalisé dans les mêmes conditions que les entretiens suivants. L'entretien 2, a été réalisé avec une

ergothérapeute travaillant au sein d'une UMD depuis l'obtention de son diplôme il y a quatre ans. L'entretien 3, a été réalisé avec une ergothérapeute diplômée depuis dix ans travaillant au sein d'une UMD depuis sept ans. L'entretien 4, a été réalisé avec une ergothérapeute qui a travaillé cinq ans au sein d'une UMD jusqu'à l'année dernière. Après plus de onze semaines de recherches et de sollicitations au sein des UMD de France, deux autres ergothérapeutes ont pu répondre favorablement à la réalisation d'un entretien et honorer les rendez-vous téléphoniques. L'entretien 5 a été réalisé avec une ergothérapeute travaillant au sein d'une UMD depuis deux mois, et l'entretien 6 a été réalisé avec les deux ergothérapeutes d'une UMD, l'une diplômée en 2017, et l'autre en 2004.

3.3.2. Concernant les entretiens réalisés avec des psychiatres

J'ai pris parti de ne pas réaliser d'entretien test pour cette population car elle est très restreinte et difficilement accessible. L'entretien 1, a été réalisé avec une psychiatre diplômée depuis quelques mois, ayant effectué son 5^{ème} semestre d'internat au sein d'une UMD. L'entretien 2 a été réalisé avec une psychiatre diplômée depuis 2008, exerçant au sein d'un hôpital psychiatrique, sur un poste entre un UMD et un SMPR. L'entretien 3 a été réalisé, après douze semaines de recherches, avec une psychiatre diplômée depuis 2004, exerçant depuis quatre ans au sein d'une UMD. Malheureusement, seulement trois psychiatres ont pu répondre favorablement à la réalisation d'un entretien, en effet, après plusieurs sollicitations, leur charge de travail et leurs emplois du temps, ne leur permettaient pas d'accorder le temps nécessaire à la bonne réalisation d'un entretien.

4. Type d'analyse

4.1. Entretiens réalisés avec les ergothérapeutes

Pour repérer au mieux les données essentielles relatées par les enquêtés, j'aurai aimé analyser les réponses, par thème et par entretien comme des monographies. Seulement, cela nécessitait une rédaction trop volumineuse. J'ai donc analysé les résultats des entretiens par thème, soit : le rôle de l'ergothérapie, le contexte de soin, la prise en charge de patients atteints de schizophrénie au sein d'une UMD, les habiletés sociales et cognitions sociales et la socialisation. Afin de faire transparaître

la pertinence de la spontanéité dans les réponses, nous avons décidé de faire apparaître quelques citations dans notre analyse.

4.2. Entretiens réalisés avec les psychiatres

J'ai effectué le même procédé pour analyser les entretiens avec les psychiatres, soit : le rôle du psychiatre, le contexte de soin, le rôle de l'ergothérapeute, et la socialisation.

RESULTATS ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

1. Entretiens réalisés avec les ergothérapeutes

Pour faire transparaître la spontanéité et la pertinence des réponses apportées par les enquêtés, j'ai choisi d'insérer des citations dans l'analyse des résultats.

1.1. L'ergothérapie

Pendant les entretiens, chaque ergothérapeute a décrit son métier de manière similaire, notifiant la particularité du contexte de soin. En effet, l'ergothérapie est un métier basé sur le maintien de l'autonomie et de l'indépendance du patient, or, en UMD, « *il s'agit d'un versant très très très restreint de l'autonomie du patient parce qu'il [...] est privé de libertés* » (annexe CD1), les règles y sont strictes et l'hospitalisation sous contrainte restreint sa marge d'autonomie. Ces propos soulignent l'aspect particulier de ces prises en charge et mettent en évidence deux particularités du soin ergothérapeutique en UMD : le soin sous contrainte, et une vision singulière de l'autonomie. C'est pourquoi les objectifs ergothérapeutiques tournent autour de cinq axes : l'autonomie du patient –notamment psychique- ; la création du lien pour faciliter l'ancrage dans la réalité ; les interactions sociales comprenant la verbalisation et la gestion de la frustration ; le maintien des acquis et notamment des cognitions ; et le bien-être passant par l'« *accompagnement à la souffrance psychique* » (annexe CD4). L'ergothérapie proposerait, au sein d'un milieu réducteur de libertés, un espace ouvert de création et d'expression par l'utilisation de divers moyens et objectifs favorisant la mise à distance du délire. Pourtant, est-ce que cet accompagnement au sein d'une UMD se met en place dès l'arrivée du patient, en phase aiguë ? Concernant cette question les avis divergent. Certains expriment de manière spontanée que l'intervention de l'ergothérapeute commence « *à partir du début* », dès la chambre d'isolement pour limiter la rupture dans la continuité de vie du patient (annexe CD2), affirmant que lorsque le patient est très délirant, passer par des médias concrets en individuel semble être une solution pour débiter l'ancrage. D'autres expliquent en revanche, que la prise en charge ergothérapeutique n'est pas envisageable auprès d'un patient délirant, mais qu'elle se met en place quand il « *retrouve une certaine stabilité* » (annexe CD3) permettant en amont, une observation du patient.

Néanmoins, tous s'accordent pour souligner la pertinence d'une prise en charge en ergothérapie adaptée selon chaque profil. C'est pourquoi des patients bénéficient ou non de l'ergothérapie de manière précoce. Ces témoignages mettent en exergue la diversité des opinions et pratiques d'un même métier réalisé dans un contexte de soin similaire auprès de pathologies semblables.

1.2. Contexte de soin

Selon les enquêtés, le contexte de soin agit grandement sur la qualité des prises en charge. En effet, ce milieu fermé semble rempli de contraintes ; le matériel est vérifié constamment -les interviewés parlent d'« *hyper-vigilance quotidienne* » (annexe CD2)-, et la prise en charge doit toujours s'accompagner d'un autre soignant pour des raisons de sécurité. Ces deux facteurs peuvent entraver la création d'une bonne relation de confiance et de l'alliance thérapeutique ainsi que pour la réalisation de l'activité elle-même. Parfois même, la réponse donnée souligne un certain contre-transfert de la part du thérapeute : « *il y a un peu moins d'empathie [...] c'est quand même des gens qui ont fait des choses assez graves* » (annexe CD3). Néanmoins, certains pensent au contraire que ce contexte « *n'influence pas la relation thérapeutique* » (annexe CD5), mais qu'il oblige néanmoins la mise en place d'une organisation particulière pendant l'activité.

Ce contexte semble donc avoir un « *impact négatif* » pour l'ensemble des ergothérapeutes qui ajoutent la notion de charge de travail, de par le nombre important de protocoles à respecter dans ce cadre d'exercice « *rigide* » (annexe CD4). Ce contexte de soin entraîne également la perte d'autonomie du patient dont le projet central est de sortir de l'UMD, qui, suite à son adaptation retournera dans son hôpital d'origine. Ce contexte possède néanmoins un « *impact positif* ». Etant un milieu très fermé, il apporte un versant contenant et sécurisant pour les patients non stabilisés. Ces deux aspects semblent nécessaires pour apaiser ces patients et leur permettre de se retrouver ; seulement parfois, cet enfermement peut être mal vécu. Ce contexte a-t-il une influence sur l'agressivité au sein des ateliers ? A cette question, l'idée principale retrouvée dans chaque entretien est qu'il existe une agressivité en séance, mais que celle-ci « *reste très rare par rapport au nombre de régulations que l'on peut avoir à l'UMD* » (annexe CD2). Le fait de passer par un média semble diminuer les risques d'agression physique sur le soignant car le

patient semble trouver un bénéfice immédiat dans l'activité. De plus, le média utilisé lors d'une séance d'ergothérapie semble favoriser la mise en place d'un éprouvé relatif de liberté non disponible au sein de l'unité.

Néanmoins, même si le risque de passage à l'acte est faible, il peut se jouer « *des choses dans les ateliers, sur les affects, sur ce qui se passe avec l'objet qui est fait, [...] des choses que l'on ne comprend pas tout de suite* » (annexe CD1), entraînant un passage à l'acte potentiellement dangereux du fait des outils utilisés en séance. C'est pourquoi tous les professionnels sont équipés d'un dispositif de sécurité : dispositif d'alarme du travailleur isolé (DATI) ou protection du travailleur isolé (PTI) et sont formés, notamment avec la formation OMEGA : « *programme de formation qui vise à développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité* »²⁴(53).

1.3. Prise en charge de patients atteints de schizophrénie au sein d'une UMD

Les ateliers ou médias les plus récurrents au sein des UMD contactés sont : les activités de création et d'expression -argile, peinture, dessins, journal, photographie-, les activités complexes concrètes -cuisine, menuiserie, mosaïque, jardinage-, les activités de stimulation -cognitions, interactions sociales, émotions, maintien des acquis-, et les activités de bien-être -relaxation, snoezelen-. Cependant, le caractère instable de la pathologie ajoute une difficulté notable à la prise en charge. C'est pourquoi, pour favoriser l'adhésion au soin ergothérapique, il semble que la première chose à faire soit de susciter l'intérêt du patient pour des activités et de créer une relation de confiance soignant-soigné. L'idéal est d'être identifié par le patient comme « *quelqu'un de positif* » (annexe CD1) ; pour cela, il faut se montrer « *malléable* », à l'écoute (annexe CD2) dès la première rencontre en unité ou lors d'un entretien individuel. D'après les ergothérapeutes interrogés, il faut ensuite suivre les envies du patient, sa motivation pour débiter la séance où il n'y a « *pas d'enjeu autre que de passer un bon moment ensemble et de prendre ses repères* » (annexe

²⁴ASSTSAS : association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. Oméga de base. <http://www.asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>.

CD4). Certaines UMD utilisent la remise au travail par la réalisation d'ateliers manufacturiers afin de redonner une place dans la société au patient.

Le médiateur signifiant, instauré dans le cadre contenant qu'est l'UMD, permet de faciliter l'établissement de la relation de confiance, permettant ainsi d'inclure les objectifs ergothérapeutiques.

1.4. Habiletés sociales et cognitions sociales

La notion d'habiletés sociales et de cognitions sociales semble encore vague pour les thérapeutes. En effet, la majorité des personnes interrogées ne différencie pas ces termes, ne connaissant parfois que le terme d'habiletés sociales. Ils qualifient ce terme comme étant la capacité d'interagir avec autrui de manière adaptée en société, en utilisant l'ensemble de ressources à disposition. Néanmoins, une ergothérapeute interrogée, formée à la remédiation cognitive, différencie ces deux termes. Pour elle, les cognitions sociales correspondent à ce qui permet à l'individu « *d'avoir des relations sociales adaptées* », et les habiletés sociales, aux « *habiletés qui nous permettent de vivre en société de façon adaptée* » (annexe CD5).

Après avoir défini le terme de cognitions sociales aux personnes interrogées durant l'entretien, certains pensent que « *c'est quelque chose qui ne se fait pas assez* » (annexe CD2), que cela doit être plus travaillé dans les autres structures. Pour certains, la prise en charge effectuée priorise d'abord la diminution des angoisses et les besoins primaires « *avant de travailler sur la relation à l'autre* », c'est alors « *quelque chose qui intervient mais qui n'est pas au premier plan* » (annexe CD3). Pour d'autres, c'est la priorité et même « *la seule chose à faire* » (annexe CD4). La précocité d'une telle démarche peut interloquer mais elle est, pour certains thérapeutes, essentielle car l'arrivée d'un patient en UMD fait suite à un trouble à l'« *ordre social* » (annexe CD1).

Est-ce que les patients hospitalisés au sein d'une UMD peuvent bénéficier d'un entraînement aux habiletés sociales ? A cette question, les ergothérapeutes répondent que « *cela dépend du degré de non stabilisation* », que ce travail doit débuter « *quand il y a une diminution [...] de délire* » et des angoisses (annexe CD2). Il s'agit pour eux de la première étape vers la socialisation. Pour autant, cet entraînement doit passer par un média, un travail de groupe, « *des choses qui vont*

faire liens » (annexe CD1). Il existe plusieurs outils et programmes qui sont inconnus de la plupart des thérapeutes. Ils expliquent qu'il ne s'agit pas réellement d'un entraînement, mais plutôt d'une expérimentation permise par l'utilisation de médias et de conditions particulières en atelier. La prise en charge des habiletés sociales est donc basée sur un travail des émotions, et les seuls outils utilisés par les interviewés sont le Michael's game et le jeu Compétence, des jeux accessibles pour les structures, contrairement aux logiciels informatiques. En effet, le budget prévisionnel et le cadre très fermé ne permettent pas un accès aux ordinateurs.

1.5. Socialisation

Face à la question de la place de l'insertion sociale au sein des UMD, les réponses ont été franches et pleines de sens : « *la place que ça devrait avoir [...] ou la place que ça a réellement ?* » (annexe CD1). Ils ajoutent que certes, elle a une place importante dès l'entrée en UMD, mais qu'elle devrait être renforcée et améliorée car ce type de psychose affecte particulièrement le versant social. De plus, ces patients privés de libertés et de responsabilités sont hospitalisés au sein d'unités très fermées et sécurisées qui empêchent la spontanéité des relations. L'ergothérapeute a donc, d'après les enquêtés, un « *rôle clé dans ce domaine-là* » (annexe CD2), notamment afin qu'ils puissent gérer au mieux leur agressivité. Ce travail de socialisation s'effectue donc dans l'objectif d'amorcer une sortie de l'UMD, mais il ne s'agit que de « *prémisse d'une socialisation* » dans le sens de vivre avec les autres et non de vivre en société (annexe CD2). Cela peut passer par des médias de « *bien-être* » (annexe CD3). Certains expliquent qu'il ne s'agit pas du premier objectif de prise en charge en ergothérapie. D'autres affirment qu'il s'agit d'une priorité de prise en charge auprès d'un schizophrène, ajoutant même qu'il s'agit du « *cœur du métier* » (annexe CD4) afin de permettre une transposition des acquis en société.

Concernant l'utilisation d'outils de cognitions sociales, les ergothérapeutes interrogés pensent globalement que ce serait quelque chose d'intéressant, mais n'en connaissent pas les principes et utilisations. Après explication de l'outil RC2S, je me suis retrouvée face à la perplexité des ergothérapeutes, trouvant cet outil irréalisable au vue des profils pathologiques. Pour favoriser cette socialisation, les ergothérapeutes interrogées proposent la création de réunions soignant-soignés. Ces réunions auraient pour but de favoriser la participation à la vie communautaire

des UMD et la mise en place de plus de sorties hors UMD puis hors hôpital. En effet, à l'heure actuelle, le nombre de sorties en dehors des murs de l'UMD est restreint car elles doivent toujours être autorisées par le Préfet. Une ergothérapeute établit même un lien avec les détenus de prison, affirmant que « *l'enfermement est à double tranchant* » (annexe CD6). Les sorties en extérieur permettraient de préparer progressivement le retour dans la société. Seulement, pour cela, il serait préférable que les règles et protocoles soient assouplis.

2. Entretiens réalisés avec les psychiatres

2.1. Rôle du psychiatre

Les psychiatres interrogés ont cité leurs missions d'observation et d'évaluation auprès du patient ayant « *un tableau plus bruyant* » (annexe CD9) concernant leur état général, leur comportement, leur résistance aux traitements, ainsi que leur dangerosité en « phase agressive » (annexe CD8) et ce, afin de le stabiliser pour qu'il puisse retourner dans son service psychiatrique d'origine.

2.2. Contexte de soins

Les particularités de l'UMD sont multiples. Tout d'abord, le soin intensif réalisé en UMD fait partie de la « *chaîne médico-légale* » (annexe CD9). Cette hospitalisation dure au minimum six mois, uniquement sous contrainte sur demande du représentant de l'état. Ensuite, l'« *hyper-sécurité* » semble engendrer parfois un climat de « *peur constante* » (annexe CD7). La difficulté citée par les enquêtés est de ne pas « *choquer* » ni d'« *énervé* » le patient lors d'entretiens individuels. En effet, les patients peuvent présenter une certaine agressivité, même « *passive* », qui est liée principalement à leur vécu (annexe CD7, CD8). Pour autant, les enquêtés ajoutent que le taux de passage à l'acte n'est pas supérieur à celui présent dans les autres milieux psychiatriques, c'est le « *potentiel de violence* » qui est différent (annexe CD9). L'important est de prendre le temps de connaître le patient afin d'anticiper les passages à l'acte.

Les avantages apportés par ce milieu semblent être : un cadre contenant, la sécurité de chacun et une communication interprofessionnelle efficace. Néanmoins, ce contexte impose plusieurs contraintes. Il ne permet pas « *la flexibilité* » des

rencontres (annexe CD7) puisqu'il crée une dépendance : « *tout est réfléchi [...] tout est très surveillé, tout est très encouragé* », ce qui favorise une vision de l'enfermement « *de façon très persécutive* » (annexe CD8).

2.3. Rôle de l'ergothérapeute

Pour les psychiatres interrogés, l'ergothérapeute fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire gravitant autour du patient. De plus, il possède un rôle à ne pas négliger : « *redonner confiance en eux aux patients en passant par des activités diverses* » et en créant une relation différente de celles établies avec les autres soignants (annexe CD7). C'est pourquoi l'ergothérapie est généralement prescrite dès la sortie de la chambre d'isolement par le psychiatre.

Le métier d'ergothérapeute au sein des UMD semble s'être développé depuis quelques années. En effet, il n'intervenait que lorsque les symptômes étaient plus stables. Désormais, après une « *phase d'adaptation* » et une discussion en réunion clinique, il est sollicité pour réaliser la « *première prise de contact social* » (annexe CD8). L'ergothérapeute permet la création d'un « *espace où l'on sort un peu de la continuité des unités* » grâce à un support favorisant la relation de soin (annexe CD9).

2.4. Socialisation

Si le terme d'habileté sociale est aisément définissable pour les psychiatres interrogés, le terme de cognition sociale l'est moins. Ils regroupent derrière ce terme la capacité à se socialiser, dans le sens d'établir des relations interpersonnelles passant par la communication, l'interprétation des paroles d'autrui et l'adaptation à la situation. Selon les enquêtés, la socialisation peut être travaillée en ergothérapie à partir de la phase de stabilisation ou de préparation à la sortie de l'UMD parce qu'il est alors suffisamment stable pour aller à la rencontre des autres. Ce travail, axé sur la relation à l'autre, dépend des « *capacités intellectuelles du patient et de son vécu de la maladie* » (annexe CD7). La socialisation est nécessaire afin d'assurer la sortie du patient et son retour dans son unité d'origine dans les plus brefs délais, ce qui ne permet pas de programmer un projet-patient sur du long terme.

Certains psychiatres ajoutent que la place de l'ergothérapie dans la socialisation du patient est « *énorme* » (annexe CD8) et « *centrale* » (annexe CD9). Elle vise à diminuer l'isolement, tant physique que psychique du patient, au travers d'activités et à éviter une perte importante des capacités relationnelles. Au cours d'un entretien, la psychiatre m'explique qu'il arrive que ce travail débute dès la phase aigüe (annexe CD7), notamment grâce à des outils tels que le Michael's game ou à des sorties de l'UMD. Cependant, les psychiatres s'accordent sur un point : ils déplorent un manque de mise en place précoce de cette prise en charge à cause d'un nombre trop limité d'ergothérapeutes au sein des UMD du fait de raisons budgétaires.

DISCUSSION

1. Lien avec la problématique

Les connaissances sur les pathologies mentales et leurs symptômes ne cessent de s'accroître. La littérature tend à démontrer que les caractéristiques symptomatiques de la schizophrénie entraînent des difficultés dans les relations interpersonnelles et ainsi la vie en société. En effet, les symptômes dits positifs associés à des symptômes dits négatifs réduisent la capacité à s'exprimer de l'individu. Au sein des UMD, les patients se trouvent en phase aigüe donc symptomatique, il me semblait important d'éclaircir ces questionnements par rapport à la socialisation lors de cette phase, et notamment l'entraînement aux cognitions sociales par les ergothérapeutes.

1.1. L'ergothérapie dans ce contexte

Toutes les UMD de France emploient des ergothérapeutes. Pourtant, de nombreux praticiens pensent que l'intervention d'un ergothérapeute n'est utile qu'à partir du moment où le patient est stabilisé. A la question sur le rôle de l'ergothérapeute en phase aigüe, une ergothérapeute enquêtée nous a ainsi immédiatement mise en garde par rapport aux réponses que l'on pouvait me donner : « *S'il n'est pas stabilisé, il ne va pas en ergothérapie* » (annexe CD1). Or, l'ergothérapie est une profession en plein essor, et si elle est encore méconnue au sein des structures psychiatriques, l'intervention d'ergothérapeute auprès de patient non stabilisé en UMD a évolué depuis quelques années. Ainsi, s'il débutait effectivement sa prise en charge à partir du stade de stabilisation du patient, il peut désormais être amené à intervenir dès l'entrée du patient en UMD. Tous les patients ne peuvent cependant pas bénéficier d'une prise en charge en ergothérapie précoce, de par le caractère instable de la pathologie et de la dangerosité à l'entrée du patient, la prise en charge ergothérapique est donc toujours singulière.

Malgré un manque de connaissance sur de telles pathologies, l'impact sur le versant social de l'individu est indéniable. C'est pourquoi l'ensemble des réponses apportées par les deux populations interrogées sont unanimes quant à l'impact positif d'une prise en charge en ergothérapie notamment en phase aigüe. En effet, en plus de symptômes invalidant, l'enfermement peut être vécu différemment de la part des patients ; reprenant l'idée du mythe de la caverne de PLATON ; la liberté

–physique et psychique- peut être ressentie comme une contrainte et inversement. C'est pourquoi la vie dans ce lieu très fermé où le patient n'est plus amené à participer à la vie sociale peut être bien vécue. Cependant, le patient hospitalisé au sein d'une UMD devra, après plusieurs mois, regagner son unité d'hospitalisation d'origine et retrouver une certaine marge d'autonomie et d'indépendance. L'ergothérapie permet de travailler ces axes, seulement, est-ce que l'ergothérapeute a un rôle à jouer sur la socialisation en phase aiguë ?

1.2. L'ergothérapie et la socialisation en UMD

« *En quoi la prise en charge en ergothérapie permet-elle de préparer les patients schizophrènes non stabilisés à la socialisation au sein d'une UMD ?* »

Comme rédigé précédemment, le patient devra réintégrer son service psychiatrique d'origine. Il est donc important de favoriser une réinsertion optimale et progressive du patient afin de limiter les difficultés à vivre en société, qu'un enfermement sur une période relativement longue pourrait accentuer.

Malgré un contexte basé sur la sécurité de tous, l'ergothérapie utilise un ensemble de médiateurs pour entrer en contact avec le patient cliniquement instable ; et ce, d'une manière tout à fait différente des autres professionnels. Il permet donc d'apporter dans l'enceinte de l'UMD un espace de liberté, de création où l'objectif principal de l'activité est que le patient se sente « *à l'aise* », se sente « *apaisé* » et en confiance. Son objectif principal tend à préparer le patient à sa sortie de l'UMD, il est important d'axer la prise en charge sur la relation à l'autre, surtout suite à trouble grave à l'ordre public. La socialisation du patient au sein de telles structures semble donc débiter par la rencontre du patient avec autrui, et, puisque l'activité est un facteur diminuant le risque d'agressivité, l'ergothérapeute semble être le plus à même d'entrer en contact de manière précoce auprès du patient délirant -après le psychiatre-. C'est pourquoi, le média est choisi en fonction de la demande ou de l'envie du patient.

Il paraît judicieux de travailler les habiletés sociales avec ces patients ayant des difficultés quant à la reconnaissance des intentions d'autrui. En effet, la schizophrénie pourrait être qualifiée de *trouble du lien social*. Pour cela, les ergothérapeutes interrogés utilisent principalement dans leur prise en charge au sein

d'UMD le « *Michael's game* ». Il s'agit d'un jeu de collaboration utilisé pour réduire l'apparition d'idées délirantes. Basé sur le raisonnement hypothétique, il permet d'augmenter la capacité à interagir avec autrui, et donc à vivre en communauté (54). Cependant, chaque UMD ne semble pas avoir fait l'acquisition de ces outils.

Pour autant, selon les enquêtés, chaque activité mise en place par l'ergothérapeute permet de favoriser la socialisation du patient. Ainsi, peu importe le type de médias utilisé, la mise en place d'un espace ouvert, permettant la création, et offrant une confrontation avec la matière favorise l'inscription dans la réalité, tout en libérant la psyché des angoisses et des idées délirantes. Ces médiateurs utilisés en groupe favorisent les interactions et permettent progressivement d'augmenter l'autonomie, la participation sociale et la responsabilité. Et ce, en limitant l'apparition d'agressivité et en favorisant l'ancrage dans la réalité.

2. Retour sur l'hypothèse

« L'ergothérapeute est en mesure de débiter un travail de socialisation au sein d'une UMD ; et ce, en se basant sur les outils de développement des cognitions sociales notamment le RC2S, dans le but de favoriser la suite du parcours de soin du patient malgré un contexte particulier ».

N. FRANCK explique que « *les troubles de la cognition sociale sont très fréquents dans la schizophrénie, pour ne pas dire constants mais à des degrés de gravité variable [...] leur retentissement dans la vie relationnelle et sociale des patient est majeur et doit être souligné.* »²⁵ (13). Il est indéniable que l'ergothérapeute est en mesure de débiter un travail de socialisation au sein de ces structures au vue des résultats de notre enquête. Néanmoins, les ergothérapeutes ayant répondu à notre enquête semblent manquer d'informations quant aux outils d'entraînement aux cognitions sociales. Il est donc compliqué de savoir quel outil serait le plus adapté afin d'initier ce travail de socialisation. Néanmoins, après une brève explication du programme de remédiation cognitive RC2S en entretien, il semble impossible d'utiliser ce type de programme auprès de patients schizophrènes non stabilisés. En effet, même si le début du programme repose sur une discussion, les séances suivantes sont basées sur l'utilisation d'un avatar : « *personnage virtuel que*

²⁵Franck Nicolas. Cognition sociale et Schizophrénie. P124.

l'utilisateur d'un ordinateur choisit pour le représenter graphiquement, dans un jeu électronique ou dans un lieu virtuel de rencontre »²⁶ (56). Après réflexion avec les ergothérapeutes enquêtés, cette utilisation risquerait de favoriser l'arrivée d'une décompensation psychique. En effet, l'enquêté nous pose une question pertinente pendant l'entretien : « Ressentir et comprendre ces propres émotions c'est difficile, alors le fait de se mettre à la place du personnage... [...] Est-ce que se mettre à la place d'un personnage ça ne pourrait pas alimenter le délire... ? » (annexe CD6). Une recherche autour de cette notion nous amène à l'invalidation de notre hypothèse. De plus, l'utilisation de logiciels informatiques et l'accès à un ordinateur pour la réalisation de séances ergothérapeutiques n'est pas possible pour l'ensemble des UMD de France pour des raisons budgétaires. De plus, l'accès internet qu'offre un poste d'ordinateur interroge la notion de sécurité des recherches.

Les déficits de cognitions sociales semblent être la cause de 23% de la variance du fonctionnement (13), il paraît donc important de les solliciter et de les entraîner. D'autres outils semblent plus adaptés afin de les travailler au sein d'une UMD, comme l'outil *ClaCoS*²⁷ : batterie d'évaluation de la cognition sociale. Malheureusement, ces outils sont utilisés principalement par les neuropsychologues (55). Ainsi même si le rôle de l'ergothérapeute semble irréfutable auprès de patients schizophrènes afin de débiter cette socialisation, son rôle quant à l'entraînement des cognitions sociales reste encore à déterminer précisément.

3. Limites...

3.1. ...de la méthodologie

La communication téléphonique semblait être la meilleure solution. En effet, certains ont répondu à cet entretien sur leur temps de travail, ce qui ne permettait pas l'utilisation d'autre moyen de communication. En effet, les UMD étant localisées aux quatre coins de la France, cela facilitait la prise de contact. Cependant, l'utilisation du mode de communication téléphonique n'a pas permis de prendre le temps de créer la relation de confiance en amont de la réalisation de l'entretien. Cela a eu un impact sur l'investissement voué à la bonne réalisation de certains entretiens et à la

²⁶Larousse : dictionnaire de Français. Avatar. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/avatar/7021>

²⁷ Consensus autour de la cognition sociale.

spontanéité. De plus, le haut-parleur du téléphone nécessaire à l'enregistrement, n'avait pas une bonne qualité sonore, cela a rallongé le temps de retranscription - mots et termes difficiles à comprendre, problèmes de réseaux, éloignement du micro, intervention d'éléments extérieurs-. Enfin le fait d'avoir réalisé mes entretiens par téléphone ne m'a pas permis d'observer les éléments non verbaux : la gestuelle, la posture ou les mimiques faciales et donc d'interpréter à bon escient les temps de silence. De plus, la recherche d'adresses mails ou de numéro de téléphone d'ergothérapeutes et de psychiatre travaillant au sein d'une UMD a été très complexe.

Lors de la réalisation des entretiens téléphoniques, j'ai priorisé la prise d'information de manière structurée au détriment de la création d'une réelle conversation autour de notre problématique. Malheureusement, quelques soignants se sont vus dans l'obligation d'annuler certains rendez-vous téléphoniques. Cela a compromis non seulement la mise en place d'une relation professionnelle stable mais aussi le bon déroulement de l'emploi du temps que nous avons établi quant au déroulé de l'étude. De plus, pendant les entretiens, j'aurai dû me détacher du guide d'entretien. KAUFMANN explique que pour la bonne réalisation d'un entretien, il faut réussir à « *s'approcher de la conversation, du bavardage, mais sans déstructurer la prise d'information* »²⁸.

3.2. ...des résultats

Après avoir sollicité l'ensemble des UMD de France, cette étude a été menée auprès de sept ergothérapeutes travaillant dans six des dix UMD contactés. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des pratiques rencontrées sur le territoire. De plus, seulement trois psychiatres travaillant au sein de deux UMD m'ont recontactés. Les biais de représentativité sont alors certains.

²⁸Kaufmann J.C. L'entretien compréhensif. <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/2006/sem-rech-note-lecture.pdf>

3.3. ...de l'étude

L'étude porte sur ces structures d'hospitalisation récentes médiatisées à plusieurs reprises suite à différents faits-divers. Cela pourrait expliquer que la direction des soins exigeait parfois l'obtention du guide d'entretien avec l'explication de l'analyse envisagée. Il aura donc fallu près de treize semaines pour obtenir le nombre nécessaire de réponses positives d'enquêtés.

Ces structures étant récentes et fermées, peu d'études ont été menées auprès de ces structures, c'est pourquoi, il n'existe que peu d'articles qui explicitent réellement la vie au sein des UMD. J'ai donc sollicité des centres de documents où se trouvent des UMD pour obtenir les documents nécessaires à la réalisation de cette enquête.

La réalisation d'une enquête auprès des différents UMD de France a été relativement complexe. En effet, même si la population rencontrée dans ces structures est majoritairement composée de schizophrènes, nous l'avons vu, il existe une multitude de schizophrénie, où les symptômes s'expriment différemment. Les prises en charge, effectuées au cas par cas sont alors diverses. Il est donc difficile d'obtenir des résultats d'études représentatifs des prises en charge en ergothérapie.

Je me suis retrouvée devant une difficulté supplémentaire, lorsque j'ai constaté les méconnaissances des professionnels quant aux cognitions sociales et leurs entraînements. L'analyse repose donc essentiellement sur les recherches et sur les explications données pendant les entretiens sur la vie dans les UMD.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La schizophrénie est une pathologie mentale qui peut débiter brutalement, parfois même par un passage à l'acte. L'hospitalisation au sein d'unités appelées UMD, fait souvent suite à la réalisation d'un acte grave ou d'une décompensation majeure. La médiatisation de nombreux faits sociaux (annexe 6) semblent influencer la vision sociétale des prises en charge au sein des UMD. E. DURKEIM écrivait : « *au moment où un ordre nouveau de phénomènes devient objet de science, ils se trouvent déjà représentés dans l'esprit, non seulement par des images sensibles, mais par des sortes de concepts grossièrement formés* »²⁹ (57). Cette vision altérée de ces unités pourrait expliquer le faible nombre d'études effectuées à son propos et la méconnaissance du rôle de l'ergothérapie auprès de patients non stabilisés.

La réalisation d'entretiens auprès de professionnels exerçant au sein de ces unités a permis d'élargir ma vision concernant la place de l'ergothérapeute au sein de structures aussi fermées. Je m'étais particulièrement intéressée au contexte particulier de prise en charge auprès de patients ayant commis pour certains des actes criminels, hospitalisés sous contrainte où leurs libertés sont restreintes. Néanmoins, après avoir réalisé des recherches en amont pour la rédaction du cadre de référence, et entendu tous ces témoignages lors de nos entretiens j'ai mis en exergue que chaque contexte de soin possède des avantages et des inconvénients.

Pour autant, le résumé des réponses apportées et leur analyse met en avant le fait que ce milieu contenant et sécurisant pour les patients peut être un réel inconvénient quant au maintien de leur autonomie. Cela révèle l'importance de la place de l'ergothérapie au sein de ces structures. En effet, le patient schizophrène qui se présente à l'UMD est en grande souffrance psychique et l'ergothérapeute permet d'amorcer, au travers de l'utilisation de médias divers, un travail d'apaisement, de création, notamment de contacts interpersonnels.

EPICTETE définit l'homme libre comme celui « *qui vit à sa guise, [...] qu'on ne peut ni contraindre, ni empêcher, ni violenter, celui dont les propositions ne sont point entravées, dont les désirs se réalisent* »³⁰ (58). A travers les différentes activités de

²⁹Durkeim E. Les règles de la méthodologie. Barcelone: Flammarion;2017. P115

³⁰ Epictète. De la liberté. Barcelone: Folio sagesses; 2016. P.43.

création et en écoutant les envies des patients, l'ergothérapeute permet alors de redonner une place de sujet à l'individu dans un environnement qui réduit ses possibilités. Comme la schizophrénie est un trouble du lien social, le travail est axé principalement sur les relations sociales. Cela permet ainsi de débiter la socialisation du patient en l'amenant progressivement vers l'extérieur de l'UMD. Cependant, la prise en charge ergothérapeutique se doit de respecter les normes institutionnelles tout en utilisant l'ensemble des ateliers à sa disposition pour atténuer l'expression du délire et, entrer en contact avec le patient. Il s'agit donc d'une profession centrale dans la prise en charge de patients hospitalisés sous contrainte au sein des UMD, notamment afin de débiter sa socialisation.

Initié par une réflexion suite à une situation particulière, ce projet de recherche a permis d'enrichir mes connaissances quant à la diversité des prises en charge en ergothérapie. En effet, de nombreuses connaissances, qu'elles soient psychiatriques, psychologiques ou neuroscientifiques sont encore à acquérir par rapport aux pathologies mentales et à leurs prises en charge. En plus d'un enrichissement personnel, la réalisation de cette étude m'a permis de faire évoluer ma pratique professionnelle, afin de la rendre plus attentive et compréhensive à l'ensemble des composantes entrant en jeu lors des prises en charge au sein des UMD.

Nous l'avons dit, aujourd'hui, les ergothérapeutes qui exercent au sein d'une UMD entraînent surtout les habiletés sociales, notamment à l'aide du *Michael's game*. Mais qu'en est-il des cognitions sociales ?

E. BRUNET-GOUET et A. OKER expliquent qu' « *une meilleure prise en compte des troubles cognitifs des patients conduirait à mieux évaluer leur handicap et à améliorer leur prise en charge* »³¹. Ils ajoutent que ces objectifs ne sont actuellement pas entièrement remplis. (13). Il semble alors important d'informer les thérapeutes sur les cognitions sociales et sur les outils permettant de l'évaluer et de l'entraîner. C'est

³¹Nicolas F. Cognition sociale et schizophrénie Outils d'évaluation et de remédiation. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. P.59.

pourquoi la création de dépliants informatifs sur ces pratiques serait judicieux afin de pouvoir proposer une prise en charge la plus adaptée à la symptomatique du patient (annexe 7).

Au-delà de ces outils validés et en nous basant sur les propositions des ergothérapeutes, il serait avantageux de créer, dans le but d'améliorer ce travail de socialisation, une activité en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (annexe 8 et 9).

Nous savons que l'ergothérapeute est en capacité d'utiliser plusieurs outils et programmes à bon escient, cependant le neuropsychologue semble être le plus à même de réaliser des évaluations de la cognition sociale. Il pourrait être intéressant de travailler en binôme –ergothérapeute et neuropsychologue- afin de proposer des activités adaptés au potentiel cognitif de chaque patient.

Il serait néanmoins intéressant d'identifier les limites du champ d'intervention de l'ergothérapeute au sein de ces structures par rapport à celui des autres professionnels afin d'imaginer un outil adapté aux UMD et aux pathologies rencontrées, permettant de solliciter et d'entraîner les cognitions sociales.

BIBLIOGRAPHIE

Cadre de référence

- (1) Gourion D, Gut-Fayand A. Les troubles schizophréniques. Paris: Ellipse;déc 2011.
- (2) INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale. (Page consultée le 12/04/2017). La schizophrénie, [en ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>.
- (3) Psycom. (page consultée le 01/10/2017). Schizophrénie(s), [en ligne] <http://www.psycom.org/Accueil/Troubles-psychiques/Schizophrenie-s>.
- (4) Coldefy M., Nestrigue C. La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. Question d'économie de la santé. 2015 Fév; 206.
- (5) Porot A. Manuel alphabétique de psychiatrie. 4th ed .Paris: Presse universitaire de France; 1984.
- (6) Franck N. La schizophrénie, la reconnaître et la soigner. Paris: Odile Jacob livre de poche; 2006.
- (7) Psycom. (Page consultée le 27/01/2018). Unité pour malade difficiles (UMD), [en ligne]. <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-pour-malades-difficiles-UMD>.
- (8) MAYO CLINIC. (Page consultée le 11/02/2018). Schizophrenia, Symptoms& causes, [en ligne]. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>.
- (9) Dictionnaire médical de l'académie de médecine - version 2016-1. (Page consultée le 27/01/2018). Insight, [en ligne].<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Insight>.

- (10) Dictionnaire médical de l'académie de médecine - version 2016-1. (Page consultée le 27/01/2018). Ataxie psychique, [en ligne]. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=ataxie+psychique>.
- (11) Dictionnaire médical de l'académie de médecine - version 2016-1. (Page consultée le 27/01/2018). Apragmatisme, [en ligne]. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=apragmatisme>.
- (12) Dictionnaire médical de l'académie de médecine - version 2016-1. (Page consultée le 27/01/2018). Catatonie, [en ligne].<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=catatonie>.
- (13) Franck N. Cognition sociale et schizophrénie Outils d'évaluation et de remédiation. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
- (14) Ferenczi S., Neuburger R. Névrose et psychose. Paris: Payot&rivages; 2011-2013.
- (15) HealthyPlace : For your Mental Health ; (Page consultée le 17/02/2018). What are Schizophrenia negative and positive symptoms ?, [en ligne]. <https://www.healthyplace.com/thought-disorders/schizophrenia-symptoms/what-are-schizophrenia-negative-and-positive-symptoms/>.
- (16) Atih : agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (Page consultée le 12/02/2018). CIM-10 FR, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, [en ligne]. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3069/cim-10_fr_2017.pdf
- (17) American PA, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Mini DSM-5 Critères diagnostiques. Paris: Elsevier Masson; 2016.
- (18) Psychiatrie. (Page consultée le 01/10/2017). Historique de la prise en charge des schizophrènes, [en ligne].<http://psychiatrie.free-h.fr/psychoses/historique-prise-en-charge-schizophrenes.html>.
- (19) UNI : université de Neuchâtel. (Page consultée le 28/01/2018). Classification CIM 10, Schizophrénie, (en ligne).<http://taurus.unine.ch/icd10?select=2428>.

- (20) Barré Tranchery N. Accompagner le rétablissement d'une personne avec schizophrénie. Paris: l'essentiel; avr 2017.
- (21) Vacheron-Trystram M. N, Cornic F, Gourevitch R. La prise en charge des états réputés dangereux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
- (22) Gabrion F. L'observance du traitement psychosocial chez les détenus fédéraux présentant une schizophrénie. *Perspective Psy.* 2015; 54(3):.
- (23) Se rétablir : outil d'intervention. (Page consulté le 13/12/2017). Compétence, [en ligne]. <http://www.seretablir.net/outils-interventions/competence/>.
- (24) Hamon-Delbar L., Magneron E. Effet d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales chez un patient souffrant de schizophrénie : un cas clinique. Elsevier Masson France. 2013; (23): 159-170.
- (25) Gremaud K., Brana D., Nguyen A., Favrod J. Développer les habiletés sociales par le jeu. *Santé mentale.* 2013 déc; (183): 44-48.
- (26) Klein F, Oury J. L'ergothérapie en santé mentale. Eres; 2014.
- (27) HAS : haute autorité de santé. (Page consultée le 28/03/2017). Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf.
- (28) Strimatter, Bilwes, Brengarth et al. Prévention de l'hétéro-agressivité. Service qualité gestion des risques. Juil 2010.
- (29) Kottler C. L'expérience de l'UMD Henri-Colin. Eres. 2003 fév:(19); 19-20.
- (30) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1990 Sept;(157):345-50.

- (31) Vacheron-Trystram M-N., Cornic F., Gourevitch R. La prise en charge des patients réputés dangereux. Elsevier Masson, 2010.
- (32) Dubret G. Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? L'information psychiatrique. 2013Nov; 89(9): 705-12.
- (33) Humbert S. Prévenir les risques, juges et psychiatres faces aux mêmes objectifs. L'information psychiatrique. 2017;93(3):185-81.
- (34) Legifrance. (Page consultée le 03/02/2018). Circulaire interministérielle n°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice, [en ligne]. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf.
- (35) Hecktor L. Attention, danger !. Santé mentale. 2008 Mai; (128):60-64.
- (36) Verbeaux T. Une liberté paradoxale en UMD. Santé mentale. 2015 Juin; 199: 66-71.
- (37) Jonas C, Senon JL, Voyer M. Soins psychiatriques sans consentement. La Revue du Praticien. 2015 Déc 20;65(10):e128.
- (38) Théron S. Les soins psychiatriques sans consentement. Malakoff: Dunod; 2017.
- (39) Legifrance : (Page consultée le 27/01/2018). Code de la santé publique - Article L3222-3, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687976&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (40) Legifrance. (Page consultée le 28/01/2018). Code de la santé publique – article L1111-4, [en ligne].<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665>.
- (41) Schleining F, Kratz P. L'UMD pour renouer un lien thérapeutique. Santé mentale. 2008 Mai; (128): 56-59.

- (42) Roth E.M, Heitzmann E. Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malade difficiles). Travailler. 2008 Jan; (19): 81-102.
- (43) Legifrance. (Page consultée le 28/01//02018). Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072816> &.
- (44) Santé mentale : le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie. (Page consultée le 20/01/2018), [en ligne]. <http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/j-ai-voulu-me-defendre.html>
- (45) Audoit C, Delfourme G, Folliet O, Gosme M, Guineau D, Katsaros I. Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. Paris; 2016 Disponible en ligne sur le site <http://www.anfe.fr/>.
- (46) ANFE : association Nationale Française des Ergothérapeutes. (Page consultée en ligne le 02/02/2018). Définition, [en ligne]. <http://www.anfe.fr/definition>.
- (47) Winnicott D. W. Jeu et réalité, l'espace potentiel. Paris: Gallimard ; 15 Janv 2002.
- (48) Pibarot I. Une ergologie, des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine. Paris: Boeck-Solal; 2013
- (49) OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Quebec. (Page consultée le 03/02/2018). L'ergothérapie en santé mentale, [en ligne] <http://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html>.
- (50) UGECAM : Soigner, rééduquer réinsérer : la santé sans préjugé. (Page consultée le 11/02/2018). CRPS centre de la tour de Gassie, Prise en charge, [en ligne]. <http://www.ugecamaq.fr/etablisements/crps-centre-de-la-tour-de-gassies>

(51) Durand B. Schizophrénie, lien social et rétablissement, Santé mentale. 2013 Déc;(163):76-80.

(52) Riou G. Ergothérapie et troubles fonctionnels dans la schizophrénie. Santé mentale. 2015 Nov;(202):64-67.

Matériel et méthode

Kaufmann J.C. (Page consultée le 02/04/2018). L'entretien compréhensif, [en ligne]. <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/2006/sem-rech-note-lecture.pdf>

Kaepelin P. L'écoute, mieux écouter pour mieux communiquer. Paris : ESF ; 1987.

OpenEdition. (Page consultée le 28/04/2018). L'analyse de contenu dans l'analyse des représentations sociales, [en ligne]. <https://journals.openedition.org/sociologies/993#tocto2n1>

Résultats et interprétation des résultats de l'étude

(53) ASSTSAS : association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (Page consultée le 24/03/2018). Oméga de base, [en ligne]. <http://www.asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>.

Discussion

Se rétablir. (Page consultée le 29/03/2018). Outils d'interventions, [en ligne].<http://www.seretablir.net/outils-interventions/>

(54) Se rétablir. (Page consultée le 29/03/2018). Michael'sgame, [en ligne].<http://www.seretablir.net/outils-interventions/michaels/>

(55) CNNC : Congrès Nationale de Neuropsychologie Clinique. (Page consultée le 29/03/2018). ClaCoS (Consensus autour de la Cognition Sociale) : Une batterie d'évaluation de la cognition sociale pour une prise en charge dimensionnelle, [en ligne]. <http://www.cnnc.fr/2017/03/06/clacos-consensus-autour-de-la-cognition-sociale-une-batterie-devaluation-de-la-cognition-sociale-pour-une-prise-en-charge-dimensionnelle/>

(56) Larousse : dictionnaire de Français. (Page consultée le 26/04/2018). Avatar, [en ligne]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/avatar/7021>

Conclusion

(57) Durkeim E. Les règles de la méthodologie. Barcelone: Flammarion; 2017.

(58) Epictète. De la liberté. Barcelone: Folio sagesses;2016.

Annexes

(59) Larousse thématique. Dictionnaire de la sociologie. Paris: France Loisirs;1996

(60) Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. Belgique:De Boeck Solal;2009.

GLOSSAIRE

APA : American Psychiatric and Association

ARS : Agence Régionale de Santé

BDA : Bouffée Délirante Aigue

CIM : Classification Internationale des Maladies

ClaCoS : Consensus autour de la Cognition Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSM : Commission du Suivi Médial

CSP : Code de Santé Publique

DATI : Dispositif d'Alarme pour Travailleur Isolé

DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorder

ECT : Electro-Convulsivo-Thérapie

EHS : Entraînement aux Hâbiletés Sociales

EMAE : Echelle de Mesure de l'Activité Ergothérâpique

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HEPHO : Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidental

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

MOHO : Model Of Human Occupation

MRIGE : MindReading

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTI : Protection du Travailleur Isolé

RC2S : Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale

SCIT: Social Cognition and Interaction Training

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPDRE : Soins Psychiatrique sur Demande du Représentant de l'Etat

SPDT : Soins Psychiatrique sur Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatrique sur Demande d'un Tiers en Urgence

SPL : Soins Psychiatrique Libre

SPPI : Soins Psychiatrique sans tiers en cas de Péril Imminent

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TGI : Tribunal de Grande Instance

ToM : Theory of Mind

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMAP : Unité de Malades Agités et Perturbateurs

UMD : Unité pour Malades Difficiles

UPID : Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale

USIP : Unité de Soin Intensif Psychiatrique

ANNEXES

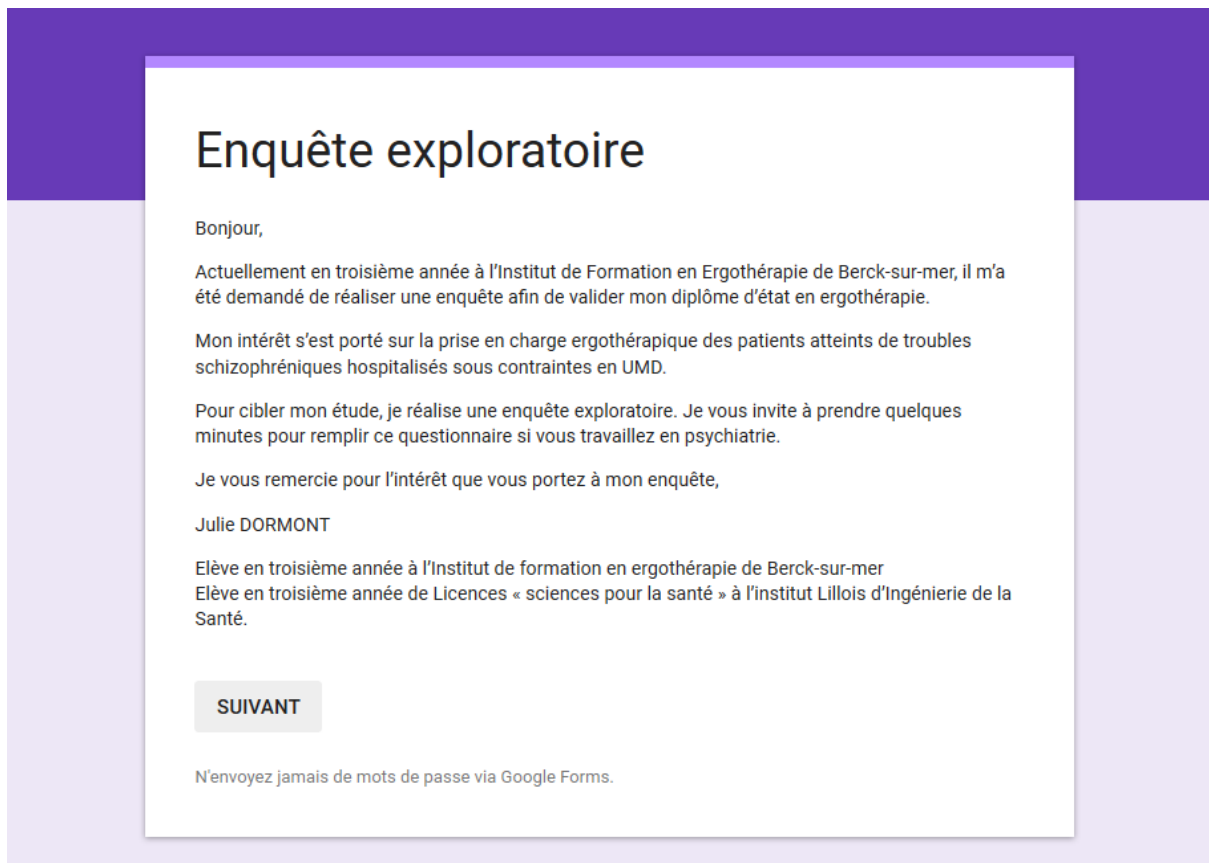
| | |
|---|-------|
| 1. Conditions de l'enquête..... | I |
| 2. Résultats de l'enquête exploratoire..... | IV |
| 3. Guides d'entretiens..... | VII |
| 4. Mail de demande d'entretien..... | XI |
| 5. Réponses attendues pour chaque question..... | XII |
| 6. Quelques définitions..... | XVIII |
| 7. Dépliant informatif sur les cognitions sociales et les habiletés sociales..... | XIX |
| 8. Proposition d'une activité favorisant la socialisation en UMD..... | XX |

1. Condition de l'enquête exploratoire

Pour avoir plus amples informations concernant ce sujet, nous avons réalisé une enquête exploratoire que nous avons envoyée à onze personnes comprenant des ergothérapeutes travaillant en UMD, d'autres travaillant en psychiatrie et des infirmiers travaillant en psychiatrie. Nous y avons inclus des personnes ne travaillant pas en UMD mais travaillant en centre psychiatrique, pour savoir si, selon elles, l'ergothérapeute est légitime de travailler sur l'insertion sociale des patients en UMD.

Le lien GoogleForm du questionnaire composé de six questions a été envoyé par mail afin que chacun puisse remplir les items de manière anonyme. Le lien était le suivant :

« https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfRQOjvCINRnK7LInmwW_J8n_udnMFD8vdoGtv3fkgnV23FXg/viewform ».



The image shows a screenshot of a Google Forms survey. The title is 'Enquête exploratoire'. The text of the survey is as follows:

Bonjour,

Actuellement en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Berck-sur-mer, il m'a été demandé de réaliser une enquête afin de valider mon diplôme d'état en ergothérapie.

Mon intérêt s'est porté sur la prise en charge ergothérapique des patients atteints de troubles schizophréniques hospitalisés sous contraintes en UMD.

Pour cibler mon étude, je réalise une enquête exploratoire. Je vous invite à prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire si vous travaillez en psychiatrie.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon enquête,

Julie DORMONT

Elève en troisième année à l'Institut de formation en ergothérapie de Berck-sur-mer
Elève en troisième année de Licences « sciences pour la santé » à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé.

SUIVANT

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Après nous être présentés, et avoir présenté les modalités de l'enquête exploratoire, nous avons réparti le questionnaire en trois parties :

The image shows a Google Forms survey interface. At the top, the title 'Enquête exploratoire' is displayed in a large, bold, black font. Below the title, a red asterisk indicates a mandatory question. The survey is divided into sections by a purple header bar labeled 'Section sans titre'. The first question is 'Comment définiriez-vous la réinsertion sociale? *', followed by a text input field labeled 'Votre réponse'. The second question is 'Est-ce que la réinsertion sociale fait partie des objectifs en ergothérapie en UMD ?', with radio button options for 'Oui' and 'Non'. Below this is a 'Pourquoi ?' section with another text input field labeled 'Votre réponse'. The third question is 'Si vous travaillez en UMD, faites vous de la réinsertion sociale ?', also with radio button options for 'Oui' and 'Non'. This is followed by another 'Pourquoi ?' section with a text input field labeled 'Votre réponse'. At the bottom, there are two buttons: 'RETOUR' and 'SUIVANT'. A small footer note at the very bottom states 'N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.'

Enquête exploratoire

*Obligatoire

Section sans titre

Comment définiriez-vous la réinsertion sociale? *

Votre réponse

Est-ce que la réinsertion sociale fait partie des objectifs en ergothérapie en UMD ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Votre réponse

Si vous travaillez en UMD, faites vous de la réinsertion sociale ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Votre réponse

[RETOUR](#) [SUIVANT](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Pour approfondir et faciliter la suite de nos recherches, nous avons créé une partie de renseignements dans le questionnaire :

Enquête exploratoire

Section sans titre

Pour m'aider à avancer plus rapidement dans mon mémoire de recherche

Avez-vous des contacts (noms, numéros) de psychiatres et ergothérapeutes travaillant en UMD partout en France ?

Votre réponse

Avez-vous quelques chose à ajouter ? (remarques, conseils, information)

Votre réponse

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Enquête exploratoire

***Obligatoire**

Quelle est votre profession ? *

Votre réponse

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation -
Clauses additionnelles

Google Forms

2. Résultats de l'enquête exploratoire

Voici les résultats non individuels de l'enquête exploratoire :

Comment définiriez-vous la réinsertion sociale?

4 réponses

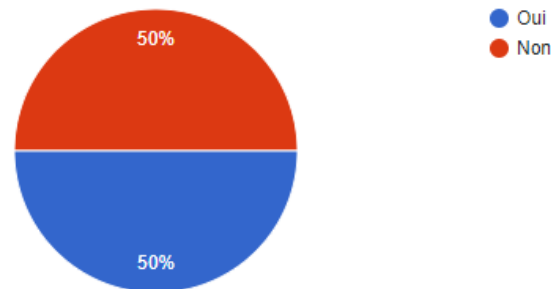
/ (2)

La définition de la réinsertion sociale sous tend qu'une personne a été dé insérée socialement, ce qui est le cas pour nos patients qui ont une rupture de longue date avec la société de par leur hospitalisation dans un lieu de privation de liberté. Il s'agirait donc de redonner à un patient la capacité, les informations et la compétence de reprendre une vie quotidienne en lien avec les autres membres de la société

Je pense que c'est tout ce qui a attrait à la réhabilitation du patient dans tous les domaines que ce soit au niveau de l'autonomie sociale, de l'estime de soi, des habiletés sociales et de la cognition, de la gestion de l'anxiété ou de l'insight

Est-ce que la réinsertion sociale fait partie des objectifs en ergothérapie en UMD ?

4 réponses



Pourquoi ?

3 réponses

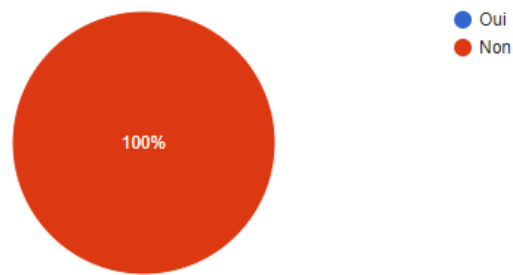
La réinsertion devrait faire partie des objectifs en ergothérapie en UMD... Malheureusement, l'enfermement s'oppose à une prise en compte aisée de cet objectif

Je trouve ça primordial, les patients sont amenés à sortir de l'UMD et pour certain à se réinsérer socialement. L'ergothérapeute a toute sa place pour réactiver l'autonomie di patient. Mais je ne sais pas si c'est fait sur le terrain

Un travail peut effectivement être commencé en UMD mais par la suite il y a des services spécifiques de réhabilitation.

Si vous travaillez en UMD, faites vous de la réinsertion sociale ?

2 réponses



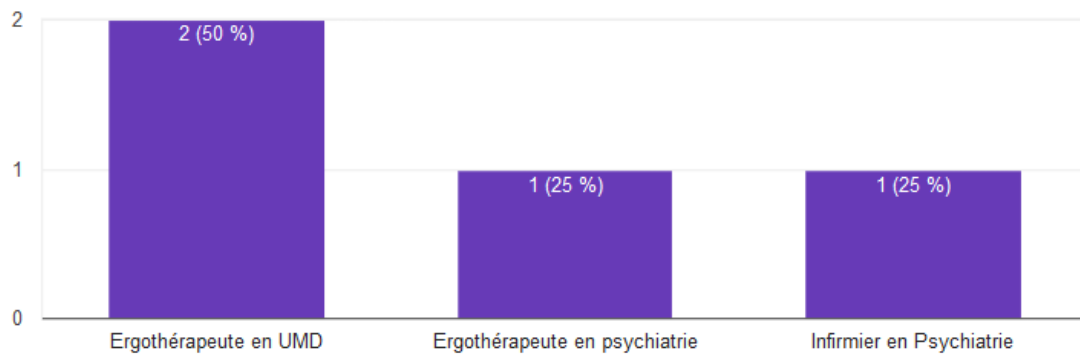
Pourquoi ?

3 réponses

| |
|--|
| / |
| Au sens où je la définie non. |
| Je ne fais pas de réinsertion sociale à proprement parlé, à l'UMD. |

Quelle est votre profession ?

4 réponses



Pour la partie des renseignements, nous la gardons confidentielle.

3. Guides d'entretiens

1. Pour les ergothérapeutes ayant de l'expérience en UMD :

| Thème | Question | Questions de relances |
|--|---|---|
| Rôle de l'ergothérapeute | Comment me décririez-vous le métier d'ergothérapeute en UMD ? | Quel est votre rôle ? Quels sont vos principaux objectifs de prises en charge ? Pour vous, à quel moment l'ergothérapeute à un rôle à jouer dans la prise en charge d'un adulte schizophrène non stabilisé ? Que peut apporter l'ergothérapie dans la prise en charge de patients non stabilisés en UMD ? |
| Contexte de soin | Le contexte de soin influence-t-il vos prises en charge ? | Si oui, de quelle manière ? Quel est son impact sur vos prises en charge ? Avez-vous accès aux activités de votre choix ? Est-ce que certains patients sont violents ou agressifs lors des prises en charge ? Est-ce une contrainte lors de vos prises en charge ? Selon vous quels sont les contraintes et avantages de la prise en charge ergothérapique en UMD ? |
| Prise en charge des patients schizophrènes | Que pouvez-vous me dire à propos de la prise en charge | Quels sont les ateliers proposés au sein du service en ergothérapie ? Comment se déroule la première séance avec |

| | | |
|--|--|---|
| | d'un adulte schizophrène non stabilisé ? | le patient ? Comment instaurez-vous la relation de confiance ? |
|--|--|---|

| | | |
|--------------------|--|---|
| Habiletés sociales | Qu'entendez-vous par habiletés sociales et cognitions sociales ? | « <i>Les habiletés sociales sont l'ensemble des capacités cognitives et comportementales qui nous permettent de communiquer nos émotions et nos besoins, de façon compétente et d'atteindre nos objectifs interpersonnels</i> »(23) |
|--------------------|--|---|

« *La cognition sociale correspond à l'ensemble des processus de traitement de l'information qui permettent à l'individu d'interagir avec les autres* » (42). « *Elle comprend la reconnaissance des expressions faciales, la perception sociale, la théorie de l'esprit, et la capacité d'attribuer à un évènement sa cause* » (47)

Que pensez-vous de l'entraînement aux cognitions sociales ?

Connaissez-vous les outils permettant de l'entraîner ?

Que pouvez-vous me dire dessus ?

Pensez-vous qu'un patient non stabilisé peut acquérir des habiletés sociales ?

Pour vous, est-ce que le travail de cognition sociale permet d'améliorer les habiletés sociales et donc de favoriser la socialisation ?

pourquoi ?

| | | |
|---------------|---|---|
| Socialisation | Pour vous, quelle est la place de l'insertion sociale dans la PEC d'un adulte schizophrène en UMD ? | Selon vous est-ce que le travail des habiletés sociales doit commencer en UMD ? Est-ce que l'amélioration des cognitions sociales fait partie des objectifs en UMD ? Selon vous, est-ce que ce serait possible et utile d'utiliser des outils d'entraînement aux cognitions sociales en UMD ? Lequel serait le plus adapté ? Pourquoi ? Travaillez-vous la socialisation en UMD ? Comment ? Que proposeriez-vous pour améliorer ce travail de socialisation ? |
|---------------|---|---|

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé d'état ?

Avez-vous travaillé autre part avant Si oui : dans quel type de structure ? Combien

de travailler à l'UMD ?

de temps ?

Depuis combien de temps
travaillez-vous à l'UMD ?

2. Pour les psychiatres ayant travaillé ou travaillant en UMD :

| Thème | Questions | Questions de relances |
|-------------------------------------|--|---|
| Rôle du psychiatre au sein de l'UMD | Que pouvez-vous me dire sur votre métier au sein d'une UMD ? | <p>Quel est votre rôle ?</p> <p>Quels sont vos principaux objectifs de prises en charge ?</p> |
| Contexte de soins | Le contexte de soin influence-t-il vos prises en charge ? | <p>Si oui, de quelle façon ?</p> <p>Quel est son impact sur vos prises en charge ?</p> <p>Est-ce que certains patients sont violents ou agressifs lors des prises en charge ?</p> <p>Selon vous quelles sont les contraintes et avantages dans la prise en charge en UMD ?</p> |
| Schizophrénie et socialisation | Pour vous quelle est la place de l'insertion sociale dans la PEC d'un adulte schizophrène non stabilisé en UMD ? | <p>Qu'entendez-vous par habiletés sociales et cognitions sociales ?</p> <p>Pour vous, est-ce que le travail de cognition sociale permet d'améliorer les habiletés sociales et donc de favoriser la socialisation ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pensez-vous qu'un patient non stabilisé peut acquérir des habiletés sociales ?</p> <p>Pensez-vous que l'on peut travailler les cognitions sociales avec un schizophrène non stabilisé ?</p> |

Selon vous est-ce que le travail des habiletés sociales doit commencer en UMD ?

Rôle de l'ergothérapeute

Que pouvez-vous me dire de l'ergothérapie au sein d'une UMD ?

Selon vous quel est le rôle de l'ergothérapie eu sein de l'UMD ?

Quel est l'intérêt d'avoir un ergothérapeute au sein d'un UMD ?

A quel moment d'une prise en charge estimez-vous que l'intervention d'un ergothérapeute est nécessaire/utile ? Pour quelles raisons ?

Quel est la place de la socialisation dans la prise en charge ergothérapique ?

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Avez-vous travaillé autre part avant de travailler à l'UMD ?

Si oui : dans quel type de structure ?
Combien de temps ?

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'UMD ?

Depuis combien de temps travaillez-vous avec des ergothérapeutes ?

4. Mail de demande d'entretien

Objet : **DORMONT Julie, mémoire de fin d'étude sur la prise en charge en ergothérapie d'un adulte schizophrène en UMD.**

Bonjour,

Actuellement en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Berck-sur-mer, il m'a été demandé de réaliser une enquête afin de valider le diplôme d'état d'ergothérapeute. Mon intérêt s'est porté sur la prise en charge ergothérapique des patients atteints de troubles schizophréniques hospitalisés sous contraintes en UMD. Après de nombreuses recherches, j'ai remarqué que peu de textes précisent réellement l'intérêt de la prise en charge ergothérapique au sein de telles structures. Pour réaliser mon étude, j'ai donc besoin de rencontrer des ergothérapeutes ainsi que des psychiatres exerçant au sein d'une UMD. C'est pourquoi j'aimerais vous rencontrer par Skype, par téléphone ou en face à face courant **Mars 2018** afin d'effectuer un entretien sur ce sujet de mémoire de fin d'étude.

Pour analyser au mieux les résultats, je suis dans l'obligation d'enregistrer notre entrevue à l'aide d'un dictaphone. Néanmoins, le respect de la confidentialité des réponses sera pris en compte, et chaque entretien sera analysé de manière anonyme.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à cette enquête,

En l'attente de votre réponse,

Cordialement,

DORMONT Julie

Elève en troisième année à l'Institut de formation en ergothérapie de Berck-sur-mer

Elève en troisième année de Licence « sciences pour la santé » à l'institut Lillois d'Ingénierie de la Santé.

5. Réponses attendues pour chaque question

1. Pour les ergothérapeutes ayant de l'expérience en UMD :

| Thème | Question | Réponses attendues |
|--------------------------|---|---|
| Rôle de l'ergothérapeute | Comment me décririez-vous le métier d'ergothérapeute en UMD ? | <p>Dans cette question j'attends de l'enquêté qu'il me décrive son rôle au sein d'une UMD, les différences éventuelles avec le métier d'ergothérapeute au sein d'une structure psychiatrique générale et les objectifs principaux de prises en charge en ergothérapie.</p> <p>Grâce à une question de relance j'essaye également de savoir, selon eux, le moment la plus propice à l'intervention de l'ergo-thérapeute et à quels moments il ne peut pas encore intervenir avec une justification</p> |
| Contexte de soin | Le contexte de soin influence-t-il vos prises en charge ? | <p>Dans cette question, j'attends qu'ils me décrivent brièvement le contexte de soins, et des hospitalisations avant de me donner leur ressenti quant à celui-ci : s'il a un impact qu'il soit positif ou négatif sur leur prise en charge.</p> <p>De plus, j'aimerais savoir si la violence et l'agressivité sont présentes dans les ateliers et à quelle intensité afin de pouvoir proposer en ouverture de sujet, un outil</p> |

prenant en compte cette notion et offrir un outil sécurisé et adapté. C'est également pourquoi je leur demande s'ils peuvent proposer les ateliers et médias qu'ils veulent au sein de leur structure.

Prise en charge
des patients
schizophrènes

Que pouvez-vous me dire à propos de la prise en charge d'un adulte schizophrène non stabilisé ?

Dans cette partie, j'attends des enquêtés qu'ils me livrent le panel d'activité à disposition dans leur UMD. Cela toujours en lien une proposition de solution réalisable au sein des UMD.

Les patients ont certes généralement l'habitude d'être auprès de « *blouses blanches* », mais certains d'entre eux, sont hospitalisés au sein d'UMD après être passés à l'acte sur l'un d'eux. Ce sujet portant sur la socialisation des patients, je me suis alors intéressés au premier contact avec le patient et l'établissement de ce climat de confiance avec lui.

Après la réalisation de deux entretiens, je me suis rendu compte que la question principale était trop vaste, je me suis donc

concentrée sur les questions de relance.

Habiletés
sociales

Qu'entendez-vous
par habiletés
sociales et cognitions
sociales ?

Pour me rapprocher peu à peu du thème principal, je demande d'abord à chaque enquêté ce qu'il entend par ces termes, car chaque thérapeute peut avoir une vision différente de ceux-ci et pour continuer l'entretien sans malentendu. J'attends des enquêtés qu'ils nous donnent leur définition de ces termes pour poursuivre l'entretien.

Ensuite je leur demande ce qu'ils pensent de l'entraînement aux cognitions sociales, s'ils connaissent les programmes validés afin de faire le lien entre les activités proposées, les objectifs de prises en charge et ces programmes d'entraînements.

Après avoir réalisé notre entretien test, je me suis rendu compte que le terme de cognition sociale était une notion trop inconnue des ergothérapeutes enquêtés, j'ai donc ajouté dès le deuxième entretien la définition exacte pour pouvoir terminer l'entretien.

Pour terminer je cherche à savoir s'ils pensent que l'entraînement aux cognitions

sociales peut permettre de favoriser la socialisation des patients afin de cibler le sujet sur notre étude.

| | | |
|---------------|---|--|
| Socialisation | Pour vous, quelle est la place de l'insertion sociale dans la PEC d'un adulte schizophrène en UMD ? | <p>Il s'agit du thème essentiel de l'enquête. Il vise à valider ou non l'hypothèse posée et à répondre à la problématique.</p> <p>Dans cette question j'attends que les enquêtés me disent s'ils pensent qu'un patient hospitalisé en UMD est capable d'acquérir des habiletés sociales et de travailler ses cognitions sociales et de savoir si ce travail peut commencer au sein d'une UMD. Si c'est le cas, je demande si ce travail est essentiel au sein d'une UMD, s'il s'agit d'une notion importante en UMD.</p> <p>Ensuite je cherche à savoir s'il est possible d'utiliser des outils ou programmes d'entraînement aux habiletés sociales au sein d'une UMD (possibilités institutionnelles, administratives, architecturales, humaines) si ce n'est pas fait et lequel serait le plus adapté.</p> |
|---------------|---|--|

Pour terminer je pose clairement la question : Travaillez-vous la socialisation en UMD ? Afin de savoir si cela diffère en fonction des ergothérapeutes, des pratiques des ateliers à dispositions, de l'expérience, des différents UMD.

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé d'état ?

Je cherche à connaître le temps d'expérience en tant que professionnel de santé, et au sein d'une UMD pour analyser s'il y a un lien entre l'expérience professionnelle et la vision de l'ergothérapie quant aux pratiques au sein d'une UMD.

Avez-vous travaillé autre part avant de travailler à l'UMD ?

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'UMD ?

2. Pour les psychiatres ayant travaillé ou travaillant en UMD :

| Thème | Questions | Questions de relances |
|-------------------------------------|--|--|
| Rôle du psychiatre au sein de l'UMD | Que pouvez-vous me dire sur votre métier au sein d'une UMD ? | <p>A travers cette question, je cherche à connaître leur rôle, et leurs objectifs principaux.</p> <p>M'intéresser à ce qu'ils réalisent au quotidien me permet de faciliter l'établissement d'une relation de confiance pour la poursuite de l'entretien dans de meilleures conditions</p> <p>Ce thème a également pour but de connaître le lien entre le métier de psychiatre et d'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaires afin de cibler sur la pratique en ergothérapie plus tard.</p> |
| Contexte de soins | Le contexte de soin influence-t-il vos prises en charge ? | <p>Idem que pour le questionnaire destiné aux ergothérapeutes, je cherche à connaître les particularités du contexte de soin et les avantages et inconvénients à la pratique du métier de psychiatre.</p> <p>Je leur demande également l'intensité de la violence et agressivité des patients afin de voir s'il y a une réelle différence avec les réponses données par les</p> |

ergothérapeutes, et identifier la cause de ces potentielles différences.

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| Schizophrénie et socialisation | Pour vous quelle est la place de l'insertion sociale dans la PEC d'un adulte schizophrène non stabilisé en UMD ? | Dans cette partie, j'attends des enquêtés qu'ils me donnent leur définition des termes de cognitions sociales et habiletés sociale pour pouvoir terminer l'entretien sans quiproquo. |
|--------------------------------|--|--|

Puis je cherche à connaître si selon eux, l'entraînement aux cognitions sociales permet de débiter la socialisation des patients, et enfin si un patient hospitalisé en UMD peut acquérir des compétences en cognition sociales, et si cela doit être travaillé au sein des UMD.

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Rôle de l'ergothérapeute | Que pouvez-vous me dire de l'ergothérapie au sein d'une UMD ? | Dans cette partie, je cherche à identifier le rôle de l'ergothérapeute, du point de vue des psychiatres (prescripteurs), et le moment de prise en charge où ils jugent leur intervention utile et nécessaire. |
|--------------------------|---|---|

Enfin je termine par cibler sur notre problématique et demande : Quel est la

place de la socialisation dans la prise en charge ergothérapique ? pour voir s'il y a une corrélation entre la pensée des psychiatres et des ergothérapeutes.

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Avez-vous travaillé autre part avant de travailler à l'UMD ?

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'UMD ?

Depuis combien de temps travaillez-vous avec des ergothérapeutes ?

Par cette question, j'essaye de faire le lien avec la définition de l'ergothérapie pour savoir s'ils connaissent véritablement toutes les ressources de l'ergothérapie, de par leur temps d'expérience avec eux.

6. Quelques définitions...

1. Fait social :

« *Est fait social toute la manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ; ou bien encore, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses manifestations individuelles* »³² (57)

2. Monographie :

« *La monographie se présente comme étude du singulier et du particulier.* »³³ (59).

3. Socialisation :

« *Au sens fort, socialiser, c'est transformer un individu d'un être asocial en un être social en lui inculquant des modes de penser, de sentir, d'agir. Une des conséquences de la socialisation est de rendre stables les dispositions du comportement ainsi acquises. Cette intériorisation des normes et valeurs a également pour fonction de rendre siennes les règles sociales, qui sont par définition, extérieure à l'individu, et d'augmenter la solidarité entre les membres du groupe.* »³⁴ BERSTEIN, BOURDIEU, PASSERON, DURKEIM, PERCHERON (59)

³²Durkeim E. Les règles de la méthodologie. Barcelone: Flammarion;2017. P113

³³Larousse thématique. Dictionnaire de la sociologie. Paris: France Loisirs;1996. P154.

³⁴Larousse thématique. Dictionnaire de la sociologie. Paris: France Loisirs;1996. P208.

7. Dépliant informatif sur les cognitions sociales et les habiletés sociales

Face au manque de connaissances sur la cognition sociale, nous avons créé un dépliant informatif que nous souhaiterions distribuer à l'ensemble des ergothérapeutes travaillant au sein d'unité psychiatrique et pouvant potentiellement utiliser ou baser leur pratique sur les outils de la cognition sociale ou des habiletés sociales.

8. Proposition d'une activité favorisant la socialisation en UMD

(Dossier réalisé pour la soutenance de mémoire)

1. Présentation de l'activité

1.1. *Choix du projet*

La construction de ce projet fait suite aux perspectives évoquées lors de la réalisation de ce mémoire de recherche. Aujourd'hui, les professionnels interrogés entraînent les habiletés sociales des patients, mais relatent que ce travail de socialisation n'est pas pleinement exploité.

La réalisation d'entretiens auprès de plusieurs ergothérapeutes à mis en exergue :

- L'importance de pouvoir favoriser les cognitions sociales des patients dès leur passage en unité pour malade difficile (UMD) ;
- Les difficultés rencontrées par les professionnels exerçants au sein des UMD, lors de la mise en place d'activités qui permettent de favoriser ce processus de socialisation, notamment lors de la préparation des sorties hors UMD.

Nous avons démontré que l'UMD est une unité de soin intensif où les patients se trouvent isolés de la société. La socialisation de ces patients est d'autant plus importante au vu de leur admission en hospitalisation sous contrainte suite à un trouble à l'*ordre public*.

En plus de ces témoignages et de nos connaissances acquises grâce à la littérature, E. BRUNET-GOUET et A. OKER expliquent qu' « *une meilleure prise en compte des troubles cognitifs des patients conduirait à mieux évaluer leur handicap et à améliorer leur prise en charge* »³⁵. Malheureusement, cela n'est pas encore réalisé pleinement (13). Les outils validés de cognitions sociales semblent être inadaptés à une prise en charge aussi précoce auprès de patients schizophrènes. L'objectif de ce projet est donc de penser une activité basée sur l'expérience individuelle et interpersonnelle dont l'objectif principal est de renforcer la mise en place du processus de socialisation des patients lors de leur hospitalisation au sein d'une UMD. L'intérêt de ce dossier est de préciser les modalités et objectifs de l'activité évoquée dans les perspectives du mémoire.

³⁵³⁵ Franck. N. Cognition sociale et schizophrénie Outils d'évaluation et de remédiation. Issy-les-Moulineaux:Elsevier Masson ; 2014. P. 59.

1.2. Cahier des charges

Afin de répondre à l'objectif que fixés, j'ai tenu à réaliser le cahier des charges d'une activité par l'utilisation de la méthode « QQQQCCP », tout en sachant que celle-ci n'est pas unique.

Qui Ce projet est à destination des patients schizophrènes hospitalisés au sein d'une UMD, dont les symptômes se stabilisent progressivement.

Quoi Il s'agirait de proposer un projet sur un temps déterminé, en collaboration avec l'intervenant extérieur -ici le conservateur du musée d'une ville proche de la structure-, les professionnels de santé exerçant en UMD et les patients en fonction de leur état psychique et physique.

Ce projet nécessiterait la présence obligatoire de deux intrahospitaliers pour la bonne réalisation des séances.

Où Ce projet se déroulerait au sein de l'UMD, et se clôturerait par une sortie au sein du musée.

Quand Ce projet se déroulerait sur 8 à 10 séances à raison d'une séance par semaine (annexe 1, *Tableau 1*).

Comment Ce projet nécessite un accord de la direction de la structure, et un accord de participation de l'intervenant extrahospitalier.

Pour la concrétisation du projet en dehors des murs de l'hôpital, il sera nécessaire d'obtenir l'accord du Préfet.

Combien Ce projet serait proposé à un groupe fermé de 4 à 5 patients.

Pourquoi De nombreux professionnels interrogés évoquent l'utilité des sorties hors des murs de l'UMD et de l'enceinte de l'hôpital afin de favoriser la socialisation des patients. Seulement, la réalisation de ces sorties nécessite un accord du Préfet.

Ce projet réalisé au sein de l'UMD permettrait de renforcer le processus de socialisation mis en place dans chaque structure de France ; et ce, en créant un ancrage progressif dans la société.

2. Modèle conceptuel associé

2.1. *Choix du modèle*

Afin de répondre au mieux aux problématiques évoquées, il pourrait être intéressant de baser l'activité sur le modèle interactif décrit par M-C MOREL.

« Le modèle interactif peut être utilisé [...] lorsque le problème se situe dans des difficultés à identifier et exprimer ses désirs, et besoins propres, à établir des relations et communiquer, à prendre en compte les besoins et désirs des autres et à interagir socialement de façon adaptée »³⁶ (60)

Ce modèle s'appuie sur les capacités individuelles et la perception de la réalité de chacun, tout en favorisant les interactions. De plus, le processus de socialisation nécessite l'établissement d'interactions sociales. C'est pourquoi ce projet s'appliquerait sous forme d'activité de groupe fermé -de 4-5 patients- après sollicitation du psychiatre et fonction de l'état psychique et physique de chaque patient.

2.2. *Application de ce modèle*

L'utilisation de ce modèle pourrait être rattachée au modèle psycho-dynamique. En effet, la création d'un espace transitionnel permettrait de favoriser l'adhésion au

³⁶ Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. Belgique:De Boeck Solal;2009. P. 59.

projet et la relation aux autres. Il semble donc judicieux de passer par un média lors de la réalisation en co-animation de l'activité. Le média que nous avons sélectionné est l'argile, car il s'agit d'un atelier présent dans chaque UMD.

***L'idée est donc de proposer une activité autour de l'argile
en lien avec les apports du conservateur de musée.***

L'objectif à travers l'utilisation de ce média serait que chacun ait une meilleure connaissance de leur état mental et de celui des autres afin d'accroître leur capacité d'adaptation en société –capacité de relation, de communication-.

2.3. Avantage et inconvénient

Se baser sur ce modèle conceptuel possède un avantage certain : le groupe. En effet, le groupe va permettre de favoriser ce processus de socialisation sans sortir de l'enceinte de l'UMD.

A contrario, la bonne utilisation de ce modèle nécessite la mise en place d'un groupe fermé, c'est-à-dire que les participants sont les mêmes lors de chaque séance. Seulement, l'état psychique et physique des patients hospitalisés au sein de ces structures peut fluctuer d'un jour à l'autre. Cela réduit les possibilités de réalisation de cette activité à fréquence identique –même jour de la semaine-.

3. Déroulement du projet

3.1. Première phase

En amont de la réalisation des séances, il faut obtenir l'accord de la direction quant à la réalisation de cette activité, et l'accord du Préfet concernant la sortie des patients lors de la dernière séance, et le notifier auprès de l'ARS. Ensuite, les thérapeutes peuvent entrer en contact avec un conservateur de musée d'une ville voisine afin d'obtenir son accord pour dispenser des séances en co-animation avec deux professionnels intra hospitaliers.

A ce moment, les thérapeutes exposent les modalités d'interventions tout en s'assurant qu'elles sont comprises par l'intervenant extérieur. Ensuite les professionnels construisent le groupe fermé de patients en interdisciplinarité

(ergothérapeute, psychologue, psychiatre) avant d'organiser la logistique des séances (date, horaire, salle, co-animateur etc).

3.2. *Deuxième phase*

Après l'explication du projet aux patients, la première séance est consacrée à la prise de contact. En effet, c'est à ce moment que l'intervenant extérieur et les patients font connaissance, et que le groupe crée un lien. Ce lien est nécessaire à la réalisation d'un projet de groupe, notamment avec des patients qui possèdent des troubles du lien social.

Une fois cette relation établie, la réalisation du projet peut débuter. Le conservateur de musée peut commencer par demander les envies et désirs de chacun quant à la création en argile. Cela permet d'adapter le projet à chacun et donc d'accroître leur investissement.

Ensuite, le conservateur de musée peut montrer quelques techniques de création (sans geste trop technique pour éviter la mise en échec trop précoce). Un thème de création serait donné. Celui-ci pourrait être *Pop'art*. Ce thème permettrait de favoriser la créativité des patients tout en posant un cadre, évitant la recrudescence du délire. Chaque participant débiterait la séance par la création d'objets en argile de manière individuelle, puis à plusieurs. Cette progression dans l'activité permet de favoriser peu à peu les échanges.

3.3. *Troisième phase*

Après avoir peint les objets réalisés, les dernières séances seraient consacrées à la préparation de la présentation au sein du musée. En effet, pour que cette activité réponde au cahier des charges et à l'objectif qui est de favoriser le processus de socialisation, ce projet se terminerait dans le musée, en dehors des murs de l'UMD, et au contact d'autrui.

Pour la bonne réalisation de cette partie du projet, il faudrait que la population soit informée quant à la présentation d'un projet au sein du musée par des patients ayant des troubles psychiques (affiches, flyers à l'entrée du musée). Cela permettrait de faciliter les interactions.

4. Attitude du thérapeute

Au vu de l'état psychique des patients hospitalisés au sein de telles structures, les thérapeutes présents lors des séances devront adopter :

- Une attitude encourageante, sécurisante, contenant ;
- Un comportement qui favorise les échanges ;
- Une posture ferme mais empathique.

Pour cela, les thérapeutes devront rappeler le cadre en début de chaque séance, et faire preuve d'écoute active et d'observation lors du déroulé du projet.

Comme à leur habitude, pour la bonne réalisation d'un projet avec des patients en secteur psychiatrique fermé, les thérapeutes devront être à l'écoute de leurs propres émotions car l'état émotionnel que nous pouvons ressentir influence notre manière de penser et donc d'interagir avec autrui.

5. Faisabilité du projet

Une demande de sortie hors UMD nécessite une autorisation du Préfet. C'est pourquoi ce projet s'est basé sur une seule sortie de l'enceinte de l'UMD. Néanmoins, nous avons appris durant un entretien que la sortie occasionnelle d'un patient hors UMD nécessitait systématiquement, un accompagnement par au moins deux soignants -dont un infirmier et un homme (*annexe CD6*)-. Il faudra donc construire le projet en fonction des moyens humains nécessaires à la bonne réalisation de la dernière étape.

Des questions restent donc en suspens à ce jour :

- Le Préfet autorise-t-il les sorties en groupe en dehors de l'enceinte de l'UMD?
- Combien de soignants devons-nous mobiliser pour permettre une sortie de l'UMD avec 4 ou 5 patients ?

Pour répondre à ces questions, j'ai contacté une sous-préfecture ainsi qu'une ARS. Ceux-ci ajoutent que les sorties de l'UMD ne nécessitent pas forcément une autorisation du Préfet, lorsqu'elles durent moins de 12 heures. La présence de soignants est néanmoins obligatoire pour permettre les sorties hors UMD, ainsi qu'une notification auprès de l'ARS.

Concernant le nombre de patients autorisés en sortie, les personnes contactées nous ont expliqués que cela était géré en interne car les sorties accompagnées sont sous la responsabilité des soignants accompagnateurs.

Diagramme de Gantt

| | Semaine 1 | Semaine 2 | Semaine 3 | Semaine 4 | Semaine 5 | Semaine 6 | Semaine 7 | Semaine 8 | Semaine 9 | Semaine 10 | Semaine 11 | Semaine 12 | Semaine 13 | Semaine 14 | Semaine 15 | Semaine 16 | Semaine 17 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Demande auprès de la direction et du Préfêt | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prise de contact avec le CM | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Présentation des modalités au MC | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Création d'un groupe de patients | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ^{ère} rencontre | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réalisation du projet | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Détermination d'une date de présentation | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Présentation du projet dans le musée | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tableau 1 : Tableau de planification de l'activité

MC : Conservateur de Musée

Réalisation de la tâche

Marge de manœuvre de réalisation de la tâche

RESUME

Ce projet de recherche porte sur la prise en charge ergothérapeutique des adultes schizophrènes non stabilisés au sein des Unités pour Malades Difficiles (UMD). La littérature explique la complexité des troubles schizophréniques et l'impact sur la vie quotidienne des patients, notamment en période de crise. Le rôle de l'ergothérapeute est toujours de favoriser l'autonomie et l'indépendance des patients, mais qu'en est-il en phase aiguë ?

Nous nous demandons : « en quoi la prise en charge ergothérapeutique permet de préparer les patients schizophrènes non stabilisés à la socialisation au sein d'une UMD ? ». Mon hypothèse est que l'ergothérapeute se base sur des programmes de remédiations cognitives tels que le RC2S (programme de remédiation cognitive de la cognition sociale). Pour répondre à ces questions, nous avons fait le choix d'interviewer des ergothérapeutes et des psychiatres exerçant au sein des UMD.

Tous sont unanimes quant à l'importance du rôle de l'ergothérapeute, mais les avis divergent quant à l'ampleur de son implication dans la socialisation des patients. Ces résultats démontrent que l'ergothérapeute est effectivement à même de débiter un programme de socialisation du patient en créant un espace libre de créativité et en utilisant diverses activités. Néanmoins, il semble que celui-ci ne peut se baser sur des programmes de cognition sociale en UMD.

De nos jours, ce travail de socialisation du patient s'est développé et est en constante amélioration, malgré les contraintes apportées par l'institution. L'ergothérapie est une discipline aux multiples possibilités et cette démarche de socialisation en fait partie.

Mots clés : schizophrénie, ergothérapie, socialisation, Unité pour malade difficile (UMD), cognitions sociales.

ABSTRACT

This research project talks about the occupational therapy interventions management of unstabilized adult schizophrenics in difficult patient units (UMD). The literature explains the complexity of schizophrenic disorders and the impact on the daily lives of patients, especially in times of crisis. The role of the occupational therapist is always to promote the autonomy and independence of patients, but what about the acute phase?

We asked ourselves: "How does the occupational therapy intervention allow the preparation of unstabilized schizophrenic patients to socialization within a UMD?" My hypothesis is that the occupational therapist is based on cognitive remediation programs such as RC2S (cognitive remedial program of social cognition). To answer these questions, we made the choice of interviewing occupational therapists and psychiatrists practicing within the UMD.

All are unanimous about the importance of the occupational therapist's role, but opinions differ as to the extent of his involvement in the socialization of patients. These results show that the occupational therapist is actually able to start a patient socialization program by creating a free space of creativity and using various activities. Nevertheless, it seems that it cannot be based on social cognition programs in UMD.

To conclude, today, this work of socialization of the patient has developed and is constantly improving, despite the constraints brought by the institution. Occupational therapy is a discipline with multiple possibilities and this process of socialization is part of it.

Key words: schizophrenia, occupational therapy, socialization, difficult patient units (unité pour malade difficile), social cognition.