

**Institut de Formation en Ergothérapie de BERCK-SUR-MER
Site de LOOS**

**Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS)
Université de Lille**



Questionner la pratique de l'ergothérapie en santé mentale

Association du modèle psychodynamique et de l'approche de réhabilitation psychosociale dans l'accompagnement de patients psychotiques

Mémoire de fin d'études en vue de la validation des unités d'enseignement de recherche du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute et de l'obtention de la Licence Générale en Sciences pour la Santé.

Remerciements

Pour m'avoir accompagnée dans ce mémoire d'initiation à la recherche, j'adresse mes remerciements :

- A mon maître de mémoire Dominique Sement, pour m'avoir guidée, encouragée, poussée tout au long de ce projet, pour ses riches, nombreux échanges et conseils,
- Aux ergothérapeutes qui ont partagé leur pratique en répondant à mon questionnaire,
- A Muriel Launois, Karine Riguet, Gaëlle Riou, ergothérapeutes et auteures d'articles, pour les échanges que nous avons pu avoir et qui m'ont permis d'affiner ma réflexion et de parfaire mon travail.

Pour m'avoir accompagnée durant ces trois années de formation, j'adresse mes remerciements :

- A Mme Heddebaut et l'équipe pédagogique de l'IFE de Loos pour leurs conseils, les échanges lors de ces trois années de formation,
- A mes tutrices et tuteurs de stage : Isabelle Valemborg, Guillaume Viellefon, Coralie Calonne, Donatienne Ruyant, Aurélie Goetals pour m'avoir fait découvrir ce métier passionnant,
- A l'ensemble des équipes qui m'ont accueillie durant mes stages,
- A l'ensemble des étudiants de la promotion de Loos 2016-2019 qui ont fait un atout de notre différence d'âge, à Tania pour notre soutien réciproque,
- A ma famille pour avoir été à mes côtés et avoir su s'adapter et vivre avec une étudiante pendant quelques années.

Table des matières

Résumé / Abstract

Introduction.....	1
Partie 1 : CADRE DE REFERENCE.....	2
1. Etat des lieux	2
A. Histoire de la psychiatrie et de l'ergothérapie en France	2
a. La notion de travail comme soin en psychiatrie	2
b. Les débuts de l'ergothérapie en psychiatrie.....	3
c. L'ouverture de la psychiatrie vers l'extérieur, la cité.....	4
d. L'arrivée de la réhabilitation psychosociale.....	6
e. L'évolution de la notion du handicap psychique.....	7
B. Les psychoses	8
a. L'évolutivité des psychoses	10
b. La perception du temps chez les psychotiques.....	11
C. Les modèles conceptuels et leurs impacts.....	12
a. La notion de modèle conceptuel	12
b. Impact du choix du modèle sur la pratique	13
D. Approches et modèles conceptuels pratiqués en psychiatrie.....	14
a. Le modèle psychodynamique	14
b. L'utilisation du modèle psychodynamique en ergothérapie.....	14
c. Le cadre cognitivo comportemental	18
d. L'utilisation de la réhabilitation psychosociale en ergothérapie :.....	19
E. L'accompagnement combinatoire ergothérapique du patient psychotique....	23
a. Le modèle de Mosey.....	24
b. La combinaison des approches dans la prise en charge de l'évolutivité de la psychose.....	26

c. La combinaison des approches dans la prise en charge du temps vécu de la psychose.....	28
2. Problématique.....	30
3. Variables et indicateurs.....	33
4. Matériel nécessaire à la réalisation de la recherche	33
PARTIE II : MATERIEL ET METHODE	34
1. Population.....	34
2. Questionnaire	36
Partie III : RESULTATS	38
1. Profils des ergothérapeutes répondants	38
2. Contexte professionnel	40
3. Evolution ergothérapie	41
4. Perception de l'apport d'une approche combinatoire	43
5. Les besoins du patient.....	44
Partie IV : DISCUSSION.....	47
1. Retour sur la problématique.....	47
2. Forces et limites de l'étude	48
3. Perspective	49
CONCLUSION.....	50

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Résumé

Description : La pratique de l'ergothérapie en santé mentale évolue et s'adapte au contexte institutionnel, législatif et sociétal. Elle évolue hors de l'atelier pour accompagner la réinsertion sociale des patients présentant une psychose, questionnant la posture de l'ergothérapeute. La désinstitutionnalisation des patients, conséquence des contraintes budgétaires des politiques de santé, amènent les professionnels à adapter leurs interventions de l'intra vers l'extra hospitalier. Davantage ouverte aux modèles conceptuels et aux données probantes, fruit de la recherche, la pratique de l'ergothérapie en santé mentale est questionnée.

Objectifs : Cette étude vise à questionner les ergothérapeutes sur la pratique d'une approche combinatoire du modèle psychodynamique et de la réhabilitation psychosociale.

Méthode : Un auto-questionnaire a été proposé aux ergothérapeutes travaillant en santé mentale afin de recueillir leur pratique, leur perception d'une approche combinatoire et ce qui les encourage à cette combinaison.

Résultats : Quarante-huit réponses au questionnaire ont pu être intégrées à l'analyse des résultats. Les ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont une pratique majoritairement combinatoire des deux approches.

Conclusion : Plus que le contexte institutionnel, ce sont le contexte sociétal et l'espoir apporté par la réhabilitation psychosociale qui encouragent à la combinaison du modèle psychodynamique et de l'approche de réhabilitation psychosociale. Via les formations, les ergothérapeutes recherchent des connaissances sur la théorie et la mise en application des approches. Enfin, avoir une approche combinatoire permet de répondre à l'évolution des besoins du patient et d'adapter les moyens en fonction de l'état clinique de la psychose.

Mots clé : ergothérapie – psychiatrie – santé mentale – psychodynamique – réhabilitation psychosociale – psychose.

Abstract

Description: The practice of occupational therapy in mental health is developing and adapting to the institutional, legislative and societal context. It is developing outside of the workshop to help social reintegration of patients with psychosis, posing a challenge for the occupational therapist's position. The deinstitutionalization of patients, budgetary constraints of health policies consequence, leads professionals to adapt their interventions according to the different mental health settings. More open to conceptual models and evidence, as a result of research, the practice of occupational therapy in mental health is questioned.

Objectives: This study aims to question occupational therapists on the practice of an associative approach to the psychodynamic model and psychosocial rehabilitation.

Method: A self-questionnaire was provided to occupational therapists working in mental health in order to collect their practice, their perception of an association of approaches and what encourages them to this association.

Results: Replies to forty-eight questionnaire responses were included in the analysis of the results. Occupational therapists who participated in the study have a practice which is mostly an association's practice of both approaches.

Conclusion: More than the institutional context, it is the societal context and the hope provided by the psychosocial rehabilitation that encourages the association of the psychodynamic model and the psychosocial rehabilitation approach. Through training, occupational therapists try to understand the theory and application of approaches. Finally, having an associative approach makes it possible to respond to the patient's changing demands and to adapt the means according to the clinical state of the psychosis.

Key words : occupational therapy —mental health – psychodynamic – psychosocial réhabilitation - psychosis

INTRODUCTION

Lors de mon stage en psychiatrie en première année, j'ai eu la chance de rencontrer deux ergothérapeutes avec des pratiques différentes. L'une utilise des médiations comme le collage ou l'argile pour des patients présentant une psychose en séance individuelle. Je découvre cette pratique utilisant un matériau support d'une relation, base d'un échange, de questionnement et d'interprétation entre l'ergothérapeute et le patient. Je suis alors frappée par la liberté de parole des patients. L'autre prend en charge des groupes de patients présentant une schizophrénie en période de stabilité clinique. L'un d'eux suivait un programme IPT (Integred psychological Treatment) de remédiation cognitive avec des séances interactives via des jeux de rôles. Il s'agissait de jouer des séquences mettant en jeu des situations d'interactions sociales plus ou moins agréables. Chaque jeu de rôle était initialement présenté et donnait lieu d'un échange préparatoire à la mise en action. Après chacune d'entre elles, leurs conduites, leurs ressentis étaient échangés. J'ai vécu ces séances comme un entraînement en séance, un coaching.

Cette expérience, complétée par les connaissances sur les modèles conceptuels apportées par la formation actuelle en ergothérapie sont à l'origine d'une curiosité. Pourquoi existe-t-il une telle diversité de prise en charge ? Comment s'opère le choix d'une orientation de pratique ? Existe-il de meilleures techniques ? Quelle est ma responsabilité en tant que future ergothérapeute d'avoir une pratique pertinente et adaptée aux patients, mais aussi en cohérence avec l'ensemble d'une équipe qui intervient pour les accompagner ?

Selon l'annexe 1 du décret du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'ergothérapie, l'objectif de l'ergothérapeute est de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap. Il est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. Il se fonde sur le lien entre l'activité humaine et la santé. [1] Comment faire le lien entre cet objectif pragmatique et une pratique fondée sur des modèles ? Est-il pertinent de combiner plusieurs modèles, plusieurs approches ?

Ces questions furent le point de départ de mon mémoire de recherche. Il s'articule en quatre parties. La première est consacrée à une compréhension des deux principaux modèles conceptuels utilisés en psychiatrie, via un regard historique, puis plus théorique et combinatoire des différentes approches. La deuxième partie explicite la construction d'un outil de recueil de données pour questionner la pratique d'ergothérapeutes. La troisième partie présente les résultats obtenus et la quatrième partie s'attache à les discuter.

PARTIE 1 : CADRE DE REFERENCE

1. Etat des lieux

A. Histoire de la psychiatrie et de l'ergothérapie en France

a. La notion de travail comme soin en psychiatrie

De l'antiquité à nos jours, les vertus thérapeutiques de l'exercice physique puis du travail ont été reconnues et ont évolué au fil des années. [2] Le précurseur de la psychiatrie, P.Pinel (1745-1826) est le premier à citer le travail comme composante d'une méthode médicale de traitement des maladies mentales. Il a notamment travaillé en tant que médecin chef à l'hôpital de la Salpêtrière de 1795 à 1820 avec J.B.Pussin (1745-1811), précurseur de la fonction d'infirmier en psychiatrie et J.E.Esquirol, médecin psychiatre aliéniste (1772-1840). Dans son « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » (1801), la notion de travail mécanique change la chaîne vicieuse des idées. L'effet thérapeutique est à la fois physique et traitement moral : détourner la pensée pour garantir les bonnes mœurs. [3] P.Pinel développe les connaissances sur la folie, elle devient un objet scientifique et désormais, la prise en charge des fous ne passe plus que par la médecine. [4]

J.E.Esquirol est un fervent défenseur de l'asile comme lieu et modèle d'application du traitement moral. Il participe à la loi du 30 juin 1838 obligeant chaque département français à se doter d'un hôpital spécialisé. Des établissements de soins consacrés aux aliénés, les asiles, vont voir le jour au XIX^e siècle et accueillent les patients aigus et chroniques. J.E.Esquirol organise l'asile pour isoler et extraire les aliénés de leur milieu d'origine où sont nées leurs idées pathologiques. L'autorité, voire la répression peuvent être utilisées pour faire accepter les erreurs de jugement, maîtriser les émotions. [4] Les médecins du courant aliéniste développeront des ateliers donnant aux malades mentaux une capacité d'agir mais en maintenant le principe asilaire dans son autarcie. [2]

A ce stade, le travail thérapeutique est palliatif sans se préoccuper de la cause. Le travail est imposé, vecteur de production (jardinerie, blanchisserie), de vente (produits agricoles) et de profit (le produit des ventes contribue au fonctionnement économique des asiles). Le manque de moyens et les abus sur le travail des aliénés qui en découlent, les ravages de la seconde guerre mondiale (50% de la population psychiatrique, soit 40 000 individus,

sont morts de faim ou d'abandon dans les asiles) sont à l'origine d'une forte contestation des pratiques dans les asiles.

Notamment, M.Foucault (1926-1984), philosophe français publie en 1961 « Histoire de la folie à l'âge classique ». Il récuse l'idée du regroupement en un lieu, l'asile, les personnes avec des troubles divers comme les hallucinations, les délires, la mélancolie ou encore les crimes et les larcins. Il met en exergue la référence normative avec l'angle unique du traitement moral qui s'adresse à la part de raison de l'aliéné et s'appuie sur la relation de dépendance vis-à-vis du psychiatre. [5]

b. Les débuts de l'ergothérapie en psychiatrie

De son côté, H.Simon (1867-1947), psychiatre allemand, organiciste, conçoit le traitement par l'activité comme symptomatique et préventif. De 1905 à 1945, il exerce cette thérapeutique par l'activité comme moyen d'éducation et d'occupation. Il n'utilise pas de moyens répressifs mais plutôt des récompenses. Ses écrits consacrés à l'ergothérapie (« les thérapies actives » 1929) mettent en avant la notion de gradation du travail et la nécessité de recruter un personnel qualifié (les infirmiers psychiatriques à l'époque). [6] L'environnement est adapté à cette pratique avec le rapprochement physique des ateliers, début de la psychiatrie institutionnelle. [3]

C'est dans ce contexte que se dégagent les réflexions menées par F.Tosquelles (1912-1994) médecin chef à la clinique de Saint Alban, J.Oury, médecin psychiatre (1924-2014) à la clinique de La Borde, G.Daumezon (1912-1979) médecin psychiatre à l'hôpital Sainte Anne. Les équipes réfléchissent, dans cette période troublée, aux principes d'une psychiatrie plus communautaire qui permettrait de transformer les relations entre les soignants et les aliénés dans un but d'ouverture au monde de la folie.

Fuyant le régime dictatorial espagnol de Franco en 1940, F.Tosquelles s'inspire des travaux d'H.Simon dont il a fait traduire le livre [6] et de J.Lacan (1901-1971), psychanalyste français, théoricien avec notamment son apport sur les psychoses. Dans l'établissement de Saint Alban en 1952, F.Tosquelles a redonné au travail son importance dans l'observation et l'analyse sémiologique de la personne en situation de travail. Pour lui, la psychiatrie porte l'accent sur deux plans : la thérapeutique par le langage (psychothérapie) et d'autre part l'ergothérapie et la sociothérapie en tant qu'organisation thérapeutique du travail et des échanges auxquels il donne lieu dans le groupe social. L'ergothérapeute, ou infirmier psychiatrique à l'époque, devient un professionnel dans le processus d'humanisation qui découle du travail via les divisions, les partages des

tâches, les échecs et les éventuels conflits qui en découlent. [7] C'est dans cette perspective du travail qu'apparaissent les articulations avec la psychanalyse. [8]

Pour J.Oury, interne en psychiatrie à Saint Alban en 1947 puis psychiatre et psychanalyste à la clinique de la Borde (1953-2014), la création de clubs thérapeutiques permet des sources d'activités diverses. Avec une gestion indépendante de celle de la clinique, le club permet un espace collectif extérieur à celle-ci. Le cadre est réfléchi, imposé, contenant et permet la mise en activité. Il propose la matière, l'objet, l'expérience les plus aptes à recueillir le vécu sensoriel et corporel et offre les soignants comme des réceptacles capables de résister aux projections. [9]

Dans ce contexte, en 1946, G.Daumezon, psychiatre français à l'hôpital de la Maison Blanche puis à l'hôpital de Sainte Anne crée des formations pour les infirmiers psychiatriques via l'association CEMEA. Les Centres d'Education aux Méthodes Actives sont un mouvement associatif de personnes engagées dans des pratiques autour des valeurs et des principes de l'Éducation Nouvelle et des méthodes d'éducation active, pour transformer les milieux et les institutions par la mise en action des individus. [10] Ces formations vont permettre la diffusion des pratiques initiées dans ce que G.Daumezon sera le premier à appeler la psychiatrie institutionnelle.

En 1952, l'arrivée de nouveaux médicaments, les psychotropes, permet d'augmenter considérablement le nombre de patients pouvant bénéficier des psychothérapies actives (au sens d'H.Simon). [4]

Désormais, l'asile devient l'hôpital psychiatrique, organisation thérapeutique, lieu de traitement permettant une humanisation des lieux avec de nouvelles méthodes thérapeutiques individuelles et/ou en groupe.

Ce courant, la psychiatrie institutionnelle, considère l'ergothérapie comme l'organisation thérapeutique du travail avec ce lien particulier entre soin, institution et travail. Le travail n'est pas un produit ou un rendement mais un effort, un engagement dans une relation humaine. L'association du thérapeute, de l'objet fabriqué et du malade lui-même deviennent ensemble conjointement soignants. [3]

c. L'ouverture de la psychiatrie vers l'extérieur, la cité

La circulaire du 15 mars 1960 introduit le développement de la psychiatrie de secteur dont la mission est de réinsérer les malades mentaux dans la cité. Il s'agit d'apporter des soins de proximité (développement territorial des soins) et de continuité (assurance d'une prise en charge évolutive quelle que soit la phase de la maladie). Selon P.Delion (1950),

psychiatre, psychanalyste, la psychiatrie de secteur et la psychiatrie institutionnelle se sont développées de concert même si un paradoxe apparaît. La psychiatrie institutionnelle prône des thérapies sur une longue période alors que la psychiatrie de secteur va favoriser la désinstitutionnalisation des malades mentaux. C'est l'arrivée d'une notion d'indépendance vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique tout en maintenant des structures d'accueil et de sociabilité. [11] L'ergothérapie va évoluer vers un processus thérapeutique à travers l'objet et la relation. L'activité devient un moyen permettant le passage du faire, à la production, à l'agir pour être en action dans un objectif d'autonomie et d'indépendance. [12]

Cette évolution de la psychiatrie de secteur est appuyée par la loi sur l'intégration des personnes handicapées du 30 juin 1975 qui définit les droits au travail, à un minimum de ressources et le droit à l'intégration scolaire et sociale. L'attribution de l'AAH (allocation adulte handicapé) permet d'envisager une vie en dehors de l'hôpital, dans un milieu ordinaire ou protégé. [3]

L'ergothérapie devient soutien et tutorat vers le travail comme épanouissement du malade mental. Les ergothérapeutes intègrent des structures extérieures à l'hôpital comme les hôpitaux de jour et les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. La notion de travail évolue comme moyen thérapeutique, support et objectif de réadaptation.

C'est dans ce contexte historique de la psychiatrie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur que naît officiellement la profession d'ergothérapeute.

Jusqu'en 1970, l'ergothérapie était pratiquée dans des ateliers gérés par des infirmiers psychiatriques. Mais la profession de l'ergothérapie a ses pionniers comme J.Roux qui crée en 1961 l'ANFE (Association Nationale Française d'Ergothérapie).

Sous l'impulsion de l'ANFE et de ses précurseurs, le diplôme d'état d'ergothérapeute est créé par le décret 70-1042 du 6 novembre 1970.

Dans les années 1970, les ateliers d'ergothérapie sont de plus en plus fréquents dans les établissements sanitaires. [13]

I.Pibarot, ergothérapeute, a œuvré pour organiser la profession et fut la première à conceptualiser le travail des ergothérapeutes en mettant l'accent sur la dynamique psychique. Elle s'appuie sur le travail de D.W. Winnicott pour comprendre la relation entre le soignant et le patient. D.W. Winnicott, pédopsychiatre, psychanalyste britannique (1896-1971) théorise les notions d'objet transitionnel, réducteur de l'angoisse de séparation et réceptacle des émotions négatives de l'enfant, ainsi que la mère

suffisamment bonne pour s'occuper de son enfant et le laisser évoluer vers l'autonomie et la séparation.

En psychiatrie, l'ergothérapie se pratique et se développe sur un versant intrapsychique dans un espace intermédiaire entre hôpital et extérieur. [2]

d. L'arrivée de la réhabilitation psychosociale

Dans les années 1960-1970, de nouvelles contestations se font entendre sous le mouvement appelé antipsychiatrie mené par R.Laing (1927-1989), psychiatre britannique, D.Cooper (1931-1986), psychiatre londonien et F.Basaglia (1924-1980), psychiatre italien avec les communautés thérapeutiques, villages destinés aux malades mentaux à Trieste et la loi sur la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie en 1978. Ils sont soutenus par M.Foucault lors de ses cours au Collège de France en 1973-1974 sur le pouvoir psychiatrique.

Au-delà des querelles idéologiques, ce mouvement permet un lent virage dans la psychiatrie, libérée de l'autarcie menée par les aliénistes et l'a ouverte à un jumelage avec la médecine organique, notamment la neurologie et les avancées des neurosciences. [5] Dans un contexte économique de désinstitutionalisation et de réduction du nombre de lits, cela permet à la notion de réadaptation psychiatrique (dénomination outre-Atlantique) de prendre désormais de l'ampleur en France. Le but de la réhabilitation psychosociale (dénomination française) est d'apporter la notion de rétablissement aux malades mentaux dits chroniques et de prendre en charge de manière précoce les personnes dès les premiers signes de troubles psychiques. La réhabilitation psychosociale est le processus de réintégration sociale d'un patient à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie ou d'un diagnostic de troubles psychiques. Elle a pour but de s'assurer que la personne présentant un trouble psychiatrique puisse avoir les capacités physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles nécessaires afin de vivre, apprendre et travailler dans la communauté, tout en requérant le moins de soutien possible des intervenants en santé mentale. [14]

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 encourage à la construction de projets territoriaux, une organisation des soins autour de l'objectif du rétablissement et l'accroissement des prises en charge ambulatoires, avec pour conséquence la diminution des hospitalisations. Le décret du 27 juillet 2017 préconise la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et la promotion des capacités de la personne, son maintien ou son engagement dans une vie active, sociale et citoyenne.

[15] Dans ce cadre, des structures de réhabilitation, les Centres de Réhabilitation Psychosociale (CRP) sont en cours d'ouverture sur le territoire français. [15-16]

Avec la réhabilitation psychosociale, l'ergothérapie prend une nouvelle dimension combinant une pratique de soins à l'intention de la personne et un ensemble d'actions auprès de son entourage. Elle va avoir une valeur d'accompagnement social. [2] La finalité est d'aider la personne à développer l'ensemble de ses habiletés pour lui permettre de vivre dans l'environnement de son choix.

e. L'évolution de la notion du handicap psychique

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des handicapés reconnaît la notion de handicap psychique et permet la notion d'aide humaine dans l'autonomie psychique, l'autonomie relationnelle. Cette loi modifie fondamentalement les attentes et demandes des personnes avec un handicap psychique et de leurs proches. En parallèle de la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades, les patients deviennent acteurs de leur prise en charge, leurs besoins exprimés deviennent des demandes pour plus d'autonomie et d'indépendance, d'amélioration de leur qualité de vie. [12] Ils sont désormais en droit d'attendre une modification de l'environnement pour réduire leurs situations de handicap. [17] La notion d'autodétermination, d'empowerment (pouvoir d'agir par soi-même, capacité à l'autonomisation) est abordée [18] et est portée par les associations d'usagers et de leur famille (UNAFAM : Union Nationale des Associations des Familles et Amis de Malades psychiques, FNAPSY : Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie). Dans cette évolution vers une insertion sociale, avoir un emploi n'est plus qu'une composante.

Via cet historique, trois grands modèles explicatifs de la psychiatrie se distinguent. Le modèle explicatif psychanalytique a apporté un corpus théorique. Il permet d'expliquer d'une manière cohérente la plupart des données psychopathologiques et a apporté une aide psychothérapeutique à la prise en charge des malades, sans pouvoir vraiment les guérir. Le modèle neurochimique se base sur la biologie moléculaire. Les découvertes neurochimiques de la psychopharmacologie ont véritablement transformé la vie des malades mentaux dès 1952, sans pour autant trouver l'étiologie générale des maladies mentales ni une action systématique sur les symptômes négatifs de la psychose (démotivation, apathie, repli social). Le modèle psychosociologique a permis de modifier

profondément l'attitude des soignants, notamment avec la psychiatrie institutionnelle. Il a aussi montré que la maladie mentale n'était pas l'atteinte d'un individu isolé mais souvent le symptôme du malaise de tout un groupe familial ou social. Il permet d'apporter une action thérapeutique familiale ou institutionnelle, sans parvenir à traiter les états pathologiques les plus graves.

Un modèle plus global permet de dépasser ces trois principaux modèles, le modèle biopsychosocial. A.Meyer, psychiatre suisse émigré aux Etats Unis d'Amérique (1896-1950) considère l'homme comme un être global ne séparant pas le psychisme du biologique. Selon ses travaux, les maladies mentales sont des modalités anormales de réaction au milieu. Il propose d'aider les malades en modifiant à la fois le milieu et leur aptitude à réagir vers une meilleure adaptation. Par ailleurs, A.Meyer est considéré comme un des pionniers du métier d'ergothérapeute aux Etats Unis avec son ouvrage « The philosophy of occupational therapy » en 1922.

Ce modèle holistique (une vision globale du patient) permet de reconnaître la grande complexité de l'activité psychique humaine qui se situe dans un organisme biologique dynamique et dans un réseau d'interactions psychosociales multiples avec le milieu. [19]

Face à cette mutation sociétale, citoyenne et thérapeutique, le domaine d'intervention en ergothérapie est vaste, du soin à l'insertion sociale, du curatif au préventif. Face à l'évolution historique et législative de la psychiatrie, l'ergothérapie s'est toujours efforcée de s'adapter au changement pour rester au plus près des personnes, notamment les patients présentant une psychose. La psychose est une maladie mentale grave justifiant une prise en charge thérapeutique intensive, parfois une hospitalisation.

B. Les psychoses

Selon les théories et les époques, les psychoses ont eu des caractéristiques différentes mais il existe deux critères visibles communs : la perte de contact avec la réalité et les troubles de l'identité. La perte de contact avec la réalité correspond au manque de sens des choses ou à la construction d'une autre réalité à laquelle le patient adhère (délire) : croyance du vol ou du contrôle des pensées par un persécuteur qui entraîne des actes inappropriés, des erreurs de jugement, des troubles des perceptions et des sensations. Les troubles de l'identité peuvent correspondre à la perte de repère corporel, la modification de l'image du corps, le sentiment d'avoir un corps discontinu. La psychose se caractérise également par la gravité des troubles (incapacité à répondre aux

exigences de la vie quotidienne : soins personnels, gestion de son logement, de son budget, relations personnelles et sociales), entraînant des déficiences importantes pouvant aboutir à un handicap. Celui-ci est aggravé par l'absence de la conscience de la morbidité des troubles (c'est à dire la croyance à la réalité du délire et non comme une maladie nécessitant un traitement). L'étrangeté, la bizarrerie des troubles sont ressenties par l'entourage avec un sentiment de malaise dans la mesure où il n'est pas possible de leur donner une explication ou d'en discuter avec le psychotique, conséquence de la difficulté de communication, voire du mutisme. Il utilise parfois un langage incompréhensible (néologisme, paralogisme, pensée diffluite). Les manifestations comme le délire, les hallucinations sont fréquentes. Enfin, le repli sur soi même pouvant confiner à l'autisme s'accompagne d'une véritable rupture avec la réalité extérieure. [19]

Les critères distinctifs des psychoses peuvent être différents voire absents selon les personnes mais c'est leur association, leur persistance et leur régularité qui les caractérisent. [20]

Les psychoses se distinguent en trois grandes catégories : les schizophrénies, les psychoses chroniques non schizophréniques et les formes psychotiques des troubles thymiques.

La classification du DSM V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) retient le thème du délire des psychoses chroniques. Elles peuvent être de type érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, somatique, mixte, non spécifié ou avec contenu bizarre. [21]

La schizophrénie est considérée comme une des psychoses les plus graves et se caractérise en général par une altération massive de la personne avec des troubles du contenu de la pensée (idées délirantes), une désorganisation : trouble du cours de la pensée (relâchement des associations, passage d'un sujet à l'autre sans suite logique), de la perception (hallucinations), des affects (émoussés ou inappropriés), des troubles du comportement (apragmatisme, maniérisme gestuel, sourires immotivés). Cette perte de contact avec la réalité génère énormément d'angoisse, voire des passages à l'acte (auto-agressivité, plus rarement hétéro-agressivité). En complément de ces symptômes dits positifs, le schizophrène va avoir une tendance à se replier sur lui-même, diminuer son expression émotionnelle jusque l'incurie ou le retrait social provoquant une difficulté à rentrer en relation. [21]

Les formes psychotiques des troubles de l'humeur, les psychoses maniaco-dépressives, désormais appelées troubles bipolaires, correspondent à une succession d'états thymiques. L'épisode maniaque est une période délimitée où l'humeur est élevée,

expansive ou irritable de façon anormale et persistante. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour perturber le fonctionnement professionnel ou social. L'épisode dépressif est caractérisé par une mélancolie ou une perte d'intérêt ou de plaisir. Les troubles du sommeil, le ralentissement psychomoteur, la fatigue, le sentiment de dévalorisation, la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer vont jusqu'à entraîner des idées de mort récurrentes. [21]

Deux des spécificités des psychoses sont une évolution incertaine avec un risque de chronicité et la perte de contact avec la réalité dont la perception du temps qui passe.

a. L'évolutivité des psychoses

Les maladies psychiques sont des maladies chroniques qui évoluent par stades successifs, pas forcément de façon linéaire et quelquefois, des rechutes, des retours à un stade inférieur sont possibles. La notion de continuité des soins mis en place par la psychiatrie de secteur dans les années 1960 s'adapte au caractère évolutif propre à ces pathologies. Le patient doit pouvoir être accueilli et pris en charge quelle que soit la phase évolutive de sa maladie : de l'accueil à temps plein induisant une restriction de liberté à la réinsertion dans son environnement de vie. Les lieux d'interventions se diversifient dans les champs médico-sociaux.

Les aspirations successives du patient vont entraîner une approche différente dans la prise en charge qui lui sera proposée. [11] La prise en charge thérapeutique sera initiée le plus rapidement possible, multimodale (pharmacothérapie, soutien psychothérapique), initialement à visée curative pour influencer positivement l'évolution de la maladie. Puis, elle sera préventive des récives et surtout adaptée en fonction du patient (soutien social, mesures éducatives). Elle vise à la fois la réduction des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie. [22]

Dans un premier temps, la présence de symptômes aigus nécessite un protocole de soins spécifiques pour maintenir le patient dans un contact avec la réalité. Il est également nécessaire de mettre en place les bases d'une alliance thérapeutique avant d'entamer une démarche active permettant d'entamer un processus pour intervenir sur le fonctionnement psychique du patient. [23] Cela peut nécessiter une hospitalisation, rupture dans la vie du patient et de sa famille. Après ce temps de crise vient le temps de la reconstruction de soi, de son rôle et de sa réintégration dans la société. Enfin, avec

l'apparition des notions d'handicap psychique et de rétablissement, arrive l'étape de réhabilitation pour redonner au patient sa dignité et soutenir sa capacité d'émancipation avec l'objectif d'un minimum d'interventions professionnelles. [24]

b. La perception du temps chez les psychotiques

Le patient psychotique se construit une réalité personnelle qui le sépare de l'environnement extérieur. Il s'inscrit difficilement dans le temps mesure, le temps linéaire et social. Par exemple, la vue d'un patient psychotique peut renvoyer une sensation de paradoxe temporel. Sa barbe et ses cheveux longs mais soignés montrent l'image d'un soin quotidien mais ses vêtements usés et la longueur de sa barbe et de ses cheveux renvoient à une notion de temps suspendu, de temps non pris en compte par le psychotique. [25]

D'un point de vue non pathologique, selon E.Minkowski, psychiatre français d'origine russe (1885-1972), le « *temps vécu* » est une expérience, une sensation permettant d'être en phase avec l'environnement. [25] A l'inverse, il évoque, pour les psychotiques, la notion de temps vécu immobile ou circulaire, l'immobilisme et la perte de contact vital à la réalité. Cela se caractérise par une incapacité à se projeter dans l'avenir.

S.Resnik, psychiatre psychanalyste argentin (1920-2017) suggère que la psychose se caractérise par un gel des affects, c'est à dire l'incapacité de passer d'un état psychique à un autre et par conséquent de partager une réalité avec autrui.

En 2008, A.Biheran et S.Barthelemy, docteurs en psychologie, rapprochent le temps du psychotique au temps du mythe comme une réactualisation incessante du temps et des origines, soit un temps circulaire. Le mythe de Sisyphe, condamné à faire rouler son rocher en haut de la montagne, rappelle les rituels du psychotique, répétés chaque fois que ce dernier est confronté à une situation inextricable pour lui.

La rythmicité des rituels lui apporte une répétition sécurisante là où le temps social est vécu comme précaire. [26] Elle permet d'acquérir un sentiment de continuité de soi permettant de pallier l'angoisse et la perte.

Dans le mythe comme dans la psychose, il y a lieu de conjurer l'angoisse de la mort (Dans le mythe, la mort n'est pas une fin en soi mais une transformation, une métamorphose) en intégrant une vie non entravée par la notion de temps social. Les patients psychotiques éprouvent souvent un vécu mélancolique avec une difficulté à penser la perte et la mort. L'usage de la temporalité circulaire dans les rituels et les

répétitions semble être une tentative de lutte contre ce vécu. Le rythme organise l'expérience loin du chaos et instaure les débuts d'une sécurisation. [26]

Pour les patients psychotiques en phase aiguë, l'exacerbation des symptômes est le reflet de l'intensité de la temporalité.

Pour les patients psychotiques chroniques et institutionnalisés au long cours, cette temporalité, immobile, gelée ou circulaire entrave la possibilité d'une sortie de l'institution. Ils développent des mécanismes de défense entraînant l'inséparabilité, l'incapacité à sortir de l'institution. Deux mécanismes de défense ont été détaillés par des praticiens de l'Association Mentale du XIII^e arrondissement de Paris (ASM13) : l'adhésivité et l'incorporation. L'adhésivité se définit comme un collage physique constant avec l'institution ou ses professionnels : entrer sans cesse dans le bureau d'un soignant, créer le contact avec le corps de l'autre, soutien du regard, relation fusionnelle, immédiateté, intolérance à la frustration. L'incorporation se définit comme l'ingestion d'une substance, souvent associée à l'oralité forte chez les patients psychotiques comme la voracité, l'avidité, la potomanie, la glotonnerie ou encore des demandes pressantes, urgentes, immédiates. [27]

Pour la prise en charge des patients psychotiques, il est important en ergothérapie de travailler sur la perception de la réalité de manière sécurisante. Ce gage de sécurité est apporté par une démarche cohérente, intégrée à l'ensemble de la prise en soin pluridisciplinaire. L'évolution actuelle de l'ergothérapie avec la conceptualisation des pratiques apporte aux ergothérapeutes des outils pour s'adapter aux besoins du patient.

C. Les modèles conceptuels et leurs impacts

a. La notion de modèle conceptuel

Selon MC.Morel Bracq, ergothérapeute, un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie (étude de leurs origines et applications) et la pratique. [28] Un modèle conceptuel est une conception, une abstraction, une façon de penser une réalité. Cette conception guide la pratique en identifiant les concepts centraux. Un modèle

permet d'organiser la pensée, de structurer l'observation et l'interprétation. Il permet une identification rationnelle des problèmes.

Selon A.C.Mosey, ergothérapeute américaine, la sélection et l'utilisation d'un modèle distinguent le professionnel du profane. Cela différencie le processus d'intervention d'une simple relation d'aide par l'évaluation des résultats positifs et la possible généralisation à plusieurs situations. [29]

Le Livre blanc « Ergothérapie en santé mentale : enjeu et perspectives » réalisé par le GRESM (Groupement de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale) cite les approches psychodynamiques, de réhabilitation psychosociale, cognitivo-comportementales, systémiques ou de psychothérapie institutionnelle. Le choix d'une approche va donner une coloration particulière à la pratique de l'ergothérapeute. [24] L'approche se fait selon la formation de l'ergothérapeute et l'orientation de l'institution dans laquelle il travaille. [23]

b. Impact du choix du modèle sur la pratique

L'utilisation d'un modèle conceptuel permet de structurer la réflexion de l'ergothérapeute dans sa prise en charge, dans les choix et décisions thérapeutiques. L'ergothérapeute peut s'appuyer sur ses perceptions sociales, ses connaissances issues de la formation initiale ou continue, son expérience professionnelle mais aussi de l'identité professionnelle de l'ergothérapie et de la spécificité de sa pratique professionnelle avec celles de ses collègues thérapeutes. [30]

Les modèles complètent et étayent cette réflexion par des idées philosophiques en tant que références théoriques et hypothèses fondamentales, des concepts empruntés à d'autres professions ou propres à l'ergothérapie et des finalités ou objectifs spécifiques à l'utilisation d'un modèle. Certains modèles seront plus appropriés à des contextes d'utilisation (santé mentale, fonctionnelle, rééducation, réadaptation) et vont induire un type de relation patient/thérapeute. Enfin, chaque modèle aide à l'organisation des moyens d'action comme l'évaluation initiale, le recueil de données et à l'élaboration du processus thérapeutique. [28]

Ils sont une source de connaissances nécessaires à la réflexion. Les modèles et leur épistémologie permettent d'argumenter un cadre d'intervention et fournissent des outils d'évaluation cohérents issus de recherches avec des résultats probants. [28-31]

Enfin, l'utilisation de modèles combinés permet une pratique davantage pluri-conceptuelle pour s'adapter aux situations thérapeutiques de plus en plus complexes.

[31-32] Cela nécessitera une forme d'acceptation, d'accommodation, de composition du thérapeute au-delà de son orientation spécifique. La combinaison de modèles devra être pertinente pour ne pas tomber dans l'éclectisme. [31]

D. Approches et modèles conceptuels pratiqués en psychiatrie

a. Le modèle psychodynamique

Ce modèle est fondé sur les théories psychanalytiques. Il s'inscrit dans le modèle médical psychanalytique. Il est centré sur la prise de conscience de la dynamique psychique et introspective du sujet.

Il considère que le comportement est gouverné par des processus inconscients. La personnalité d'un individu est marquée par son développement psycho-affectif (conflit, anxiété, dépression, culpabilité). Les phénomènes psychiques résultent d'une dynamique de combinaison de forces antagonistes internes et externes. [23] Les symptômes d'une maladie psychique résultent de conflits inconscients non résolus, refoulés. Le modèle psychodynamique va permettre de comprendre comment ces conflits se sont élaborés jusqu'à produire une organisation psychique pathologique. [23] La psychanalyse propose d'aider la personne à découvrir les causes inconscientes de son mal-être ou de sa pathologie à travers un long processus d'analyse. Le but est de travailler à la compréhension des phénomènes inconscients qui perturbent sa vie et ses relations à la société. [28] Le modèle psychodynamique utilise des médiations lors des activités qui font tiers et qui contribuent à trianguler les liens, comme un kaléidoscope psychique. [23] L'espace transitionnel de la salle d'ergothérapie est comme un espace intermédiaire entre le dehors et le dedans, un espace permettant la créativité, la projection pour aboutir à un travail d'élaboration psychique. [23]

b. L'utilisation du modèle psychodynamique en ergothérapie

L'ergothérapie trouve sa spécificité dans l'utilisation de l'activité pour réduire les situations de handicap et s'appuie sur la triangulation patient- ergothérapeute-activité ainsi que sur la relation entre santé et activité. L'activité est une médiation, un terrain commun entre le patient et l'ergothérapeute. Fonder sa pratique sur cette triangulation permet de s'ancrer dans l'approche du modèle psychodynamique.

Dans ses écrits entre 1970 et 1980 sur l'application en ergothérapie des théories psychanalytiques et des travaux de D.W.Winnicott sur la notion d'espace potentiel, I.Pibarot, ergothérapeute, dénomme trois conditions pour que l'activité soit une modalité thérapeutique. En premier lieu, le contexte de bienveillance doit être « suffisamment bon » selon l'expression de D.W.Winnicott et offrir un espace de relation. Ensuite, l'activité doit correspondre au désir du malade. Enfin, l'activité médiatisée est le support d'une relation réelle entre l'individu et le thérapeute, deux personnes différentes via l'objet concret. Ce tiers symbolique est susceptible d'accueillir des gestes, une représentabilité, une projection de l'intrapsychique qui ne peut être mis en mot. Il permet la mise en lien entre l'intérieur et l'extérieur du psychotique et l'incorporation de ce qui est insupportable. [33-34] L'activité est un moyen d'observation actif au cours des conduites, des comportements et des individus dans un objectif de dynamisme curateur. [35-36]

Selon F.Tosquelles, la clinique d'activité devient une scène au cours de laquelle le patient, seul et avec les autres, montre ses ressorts pulsionnels et ainsi un pan de sa psychopathologie. Elle est aussi un support de reprise de contact avec le monde interhumain. L'activité devient le temps du rapport précis que le patient instaure avec sa réalité psychique, non plus de façon autistique mais partagée dans un cadre aux règles plus ou moins précises en fonction de l'objectif poursuivi. L'efficacité thérapeutique de l'activité est en lien avec la quantité d'initiative et d'activité propre que le patient et l'ergothérapeute pourront y faire exister. La science de l'ergothérapie sera de discriminer tous les types d'événements susceptibles d'être déclenchés dans la chaîne de séquences de l'activité. [7]

La pratique psychodynamique en ergothérapie se caractérise par la mise en place de trois moyens importants : une relation thérapeutique, un cadre et l'utilisation d'une médiation servant de support entre le patient, le thérapeute et la réalité.

1) La relation thérapeutique

L'abord de l'ergothérapeute sera bienveillant et non complaisant avec la pathologie. Il sollicite une activité responsable de la part du patient au-delà de sa plainte qui le ramènerait à l'inaction. [7]

La relation thérapeutique médiatisée va inciter le patient à aller de la dépendance (aide dans la relation à l'objet et à exister) vers une participation autonome maximale. La réalisation de ces activités avec plus d'autonomie va permettre au patient de prendre plaisir. [37]

Les activités donnent souvent lieu à des interprétations, à des questions posées au patient. [37] L'expression du problème psychique selon la théorie psychanalytique va s'élaborer à travers deux modalités en lien avec l'activité : la relation à la matière et la relation au thérapeute. Le patient se découvre capable dans le regard du thérapeute et dans le passage par l'acte sur cette matière qui lui obéit. Proposé par l'ergothérapeute, un autre « suffisamment bon » par sa double faculté de mise à distance et de mise en forme de l'effroyable des réalités internes et/ou externes, le passage par le médiateur pourra permettre une reconstruction de soi.

2) L'activité : l'utilisation d'un matériau

L'utilisation d'un matériau, d'un objet permet au patient de mettre en forme ce qu'il ne peut pas exprimer. [37] Le choix du matériau doit entraîner la prise en compte des désirs du patient, ses choix personnels afin de réinvestir ses goûts personnels. Il est un support pour réacquérir un mode d'expression personnel et reprendre contact avec la réalité. [37] L'activité, médiatrice et créative ou projective, est l'expression non-verbale des tensions, désirs, pulsions ou défense. Elle permet de relier, d'inscrire le patient dans une forme de réalisation en connexion avec l'ergothérapeute. Autour de l'objet devenu transitionnel selon D.W. Winnicott, dans la confrontation avec la sensorialité du matériau, au travers de la fabrication par la mise en situation dans le réel, le patient peut s'autoriser à sécréter de la matière psychique. Le médiateur proposé va s'offrir comme moyen détourné de façonner cette matière psychique. [38]

L'activité via une matière transformable va permettre de décliner différentes situations. Le modelage de l'argile plonge dans l'archaïque des éprouvés sensoriels impensables et innommables du patient psychotique alors que le collage inaugure un travail de reconstruction psychique et de ressaisissement à l'extérieur de soi. [33] Les activités dites projectives comme les arts graphiques, la peinture, le dessin vont permettre l'expression personnalisée portée par l'objet créé et questionner sur l'identité du patient et sa symbolisation. Les activités artisanales (vannerie, scrapbooking, reliure) vont encourager la capacité de la mise en activité avec des finalités de production, des réussites, des échecs, des frustrations et vont nécessiter un apprentissage. Enfin, des activités complexes associées à un projet social comme la cuisine, l'écriture d'un journal seront pratiquées en groupe et vont encourager la vie en société. [9]

3) *Le cadre*

Le cadre de l'activité est nécessairement organisé pour que le patient puisse reprendre confiance et se laisser aller à résoudre ses conflits intérieurs. La structure doit être en capacité d'assimiler ces conflits extériorisés, médiatisés. [7] La permanence du cadre va permettre une occurrence thérapeutique lorsque le patient reconnaît consciemment ou inconsciemment la capacité de celui-ci à être espace de résolution [12]. Le cadre réfléchi et imposé permet la mise en activité. Il offre la matière la plus apte à recueillir le vécu sensoriel et corporel, imagé ou verbalisé des patients et également les thérapeutes capables de résister aux projections.

Le cadre contenant, sécurisant offre au patient la possibilité de se rassembler, de se réinscrire dans une continuité du lien et de lutter contre le clivage, le morcellement et les situations de rupture. [39-36]. L'ergothérapeute est le référent d'un temps et d'un lieu précis pour arrêter l'errance du psychotique dans l'espace et dans le temps. Le cadre lui permet de déposer une trace et sa signification. Il existe un temps du choix de l'activité et un temps du devenir de l'objet réalisé en ergothérapie, temps concrets où le psychotique rejoint la réalité de la temporalité de l'atelier avec un début, une fin et la construction jour après jour d'une dynamique thérapeutique relationnelle. [40]

Par exemple, la proposition d'une activité modelage en groupe avec de l'argile permet un temps de régression vers l'auto-perception de ce qui se passe en soi, dans ce corps en souffrance. Matière malléable et symbolique, l'argile permet au psychotique de s'inscrire psychiquement dans une mise en forme dans le temps de création. Puis une incitation à la mise en mots durant un temps d'échange permet d'accéder à la reconnaissance dans le regard du groupe et éventuellement le questionnement interprétatif de l'ergothérapeute. Enfin, un temps de séparation avec le groupe et l'objet clôture la séance. [41]

Autre exemple, la réalisation d'un atelier reliure, activité artisanale, peut comprendre douze étapes successives s'étalant sur plus de deux mois de prise en charge. Garant de la technicité, l'ergothérapeute permet un cadre d'évolution du psychotique dans sa reconstruction psychique au fil des étapes de reconstruction du livre. Face à un patient en souffrance de concentration, de fatigabilité extrême et d'inhibition psychomotrice, l'atelier reliure permet au psychotique de s'inscrire dans le faire en lui donnant un cadre d'action régulier tout au long de la semaine, en venant ponctuer le temps pour pouvoir progressivement s'autonomiser jusqu'à la finalisation de l'objet [42].

L'approche psychodynamique avec son accent sur le contenu intrapsychique de la personne et sa perception de la réalité répond en partie au rôle de l'ergothérapeute en s'intéressant aux obstacles et aux entraves qui empêchent les personnes d'atteindre l'autonomie et l'épanouissement de soi. [43]

La limite de cette approche sera son aspect central sur l'objet réalisé en séance en atelier et moins sur les activités de la « vraie vie quotidienne ». [34] Elle est longue et subjective (dans l'évaluation du mieux-être intrapsychique du patient) et le contexte peut aboutir à une sortie d'hôpital sans tenir compte du parcours psychothérapeutique. Elle demande des compétences pour prévenir une mauvaise interprétation et requiert la supervision du thérapeute. Enfin, l'approche psychodynamique n'aurait pas permis aux ergothérapeutes d'affirmer leur identité professionnelle avec une intervention trop proche de celles des psychologues, art thérapeutes, psychomotriciens. Le mode d'intervention cloisonnée au mur d'un atelier aurait contribué à la chronicisation des malades dans l'institution. [44-81] Enfin, qu'en est-il du lien entre l'amélioration des conflits intrapsychiques et la capacité du patient à se maintenir à domicile ? [28-45]

c. Le cadre cognitivo comportemental

Ce second cadre vise la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes présentant une pathologie psychiatrique. Il permet une approche scientifique de la psychose comme une maladie neurodéveloppementale, une maladie du cerveau (déficit dans le développement du système nerveux central). En 1998, un modèle vulnérabilité/stress du Professeur P.Laborde, psychiatre à l'hôpital Louis-H Fontaine à Montréal, permet d'établir l'existence d'une vulnérabilité sur le plan neuropsychologique, découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale qui rend plus sensible aux stressseurs socio-environnementaux mentaux. Certains types de stress (toxique, social, pression de performance) vont avoir un effet déclencheur de la psychose. L'individu reste aux prises des symptômes et est sensible aux facteurs de risque de rechute. [45] L'amélioration des symptômes cliniques par les médicaments ne suffit pas à permettre une vie quotidienne adaptée et une réinsertion de la personne dans la société. Certains troubles du comportement subsistent liés à une fragilité psychologique due à des schémas de pensées inadéquats et ancrés. Ces pensées automatiques, ces biais cognitifs distordent la réalité et entraînent des interprétations et des émotions pathogènes. [6] Une altération des processus cognitifs a été étudiée et plusieurs fonctions

ont été isolées comme l'attention, la mémoire, les habiletés motrices. Elles peuvent générer des contraintes et des difficultés d'interaction avec l'environnement de la personne [46].

Le cadre cognitivo-comportemental encourage la mise en place de stratégies du changement. Fondé sur les théories de l'apprentissage, il suscite des espoirs de changement et des attentes positives d'efficacité. [47] Les schémas de pensée inappropriée se modifient par différentes étapes : une prise de conscience, l'analyse des dysfonctionnements puis la construction d'autres schémas plus adaptés. Le patient est positionné en tant qu'acteur dans l'analyse fonctionnelle historique des facteurs de déclenchement et de maintien de ses troubles actuels. Le cadre cognitivo-comportemental propose un affrontement progressif et l'exposition pour favoriser l'acceptation des émotions négatives ou positives. L'objectif est d'aboutir à une mise en place d'une réponse d'habituation émotionnelle, la disparition des comportements d'évitement et permettre une meilleure gestion de la vie ou prise de décisions.

d. L'utilisation de la réhabilitation psychosociale en ergothérapie :

La réhabilitation psychosociale est un processus individuel visant autonomie et adaptation sociale. Elle utilise des techniques adressées aux patients et à la société pour la rendre plus accessible et accueillante aux personnes en situation de handicap. Récemment, l'introduction des outils de remédiation cognitive a permis d'augmenter la réussite des pratiques de réhabilitation. [48-14].

L'ergothérapie trouve sa spécificité en utilisant l'activité comme outil thérapeutique en permettant une évaluation et une analyse fine du comportement. La mise en activité va mettre en évidence des schémas dysfonctionnels et des comportements inadéquats. Puis, l'activité aura un versant plus pragmatique de réadaptation sociale en abordant la gestion du budget, l'emménagement dans un appartement, la mise en place de loisirs. Le choix de situations problématiques du quotidien est le reflet de celles rencontrées par le patient. [28]

La finalité est d'aider la personne à développer ses habiletés psychiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles et lui permettre de vivre dans l'environnement de son choix. [49]

La réhabilitation psychosociale propose des outils tels que la remédiation cognitive (entraîner les fonctions exécutives déficitaires ou les compenser par des stratégies d'apprentissage pour exploiter au mieux les fonctions résiduelles), l'entraînement aux habiletés sociales et aux habiletés fonctionnelles (cognition sociale, relation

interpersonnelle, théorie de l'esprit, traitement des informations, style attributionnel) la perception et la connaissance sociale. Elle comprend un volet d'éducation thérapeutique du patient, de réinsertion professionnelle ainsi que des actions auprès de la famille pour l'aider à vivre avec un proche présentant une psychose. Elle aborde aussi la sensibilisation de la société au handicap psychique et la lutte contre les fausses croyances et les stigmatisations. [50]

Ce sont des outils mis à la disposition des thérapeutes pour rendre à la personne son statut de sujet et sa place dans la société en tant que citoyen à part entière. [16] La réhabilitation psychosociale a quatre dimensions : le rétablissement personnel (existence satisfaisante), le rétablissement clinique (extinction nécessaire des symptômes pour avancer), le rétablissement social (autonomie en termes de logement, d'emploi, de loisirs) et le rétablissement fonctionnel (connaissance de ses capacités, ses limitations, ses troubles et son traitement pour pouvoir faire face à l'adversité de la vie quotidienne). [16]

Les valeurs de l'ergothérapie et de la réhabilitation psychosociale sont communes avec les notions d'autonomie, d'adaptation, de compensation. [51] La réhabilitation amène les ergothérapeutes en psychiatrie à exercer in vivo, dans les environnements de la personne et à œuvrer dans une perspective holistique et écologiste. [45]

La pratique de la réhabilitation psychosociale en ergothérapie se caractérise par la mise en place de trois moyens thérapeutiques importants : une relation thérapeutique, un cadre et l'utilisation d'une activité en lien avec la vie quotidienne servant de support pour un entraînement, un travail cognitif pour acquérir une manière de faire et d'être avec la psychose en acceptant la pathologie. [52]

1) La relation thérapeutique

L'ergothérapeute partage son expertise avec la personne. [48] Il va soutenir et amener le patient à passer le cap de l'imprévu provoqué par les interactions sociales générées par la mise en activité. Via la situation, le patient va s'identifier à nouveau et reprendre une position active. L'ergothérapeute apportera sa connaissance du tissu social et culturel de la personne pour que cette mise en action soit remplie de sens et puisse contribuer à la confiance en soi, à l'estime de soi. [53] Cette quête de sens est essentielle pour être le support de l'implication et de la motivation de la personne dans l'accompagnement vers son milieu de vie. [46]

La réhabilitation s'accompagne d'un changement dans la conception du sujet. Il devient co-acteur et co-responsable de sa prise en charge établie avec son consentement libre et éclairé (Loi du 4 mars 2002). Il a une place centrale, sa parole a une valeur et sa collaboration est indispensable aux soins [44-53]

L'ergothérapeute va s'appuyer sur les ressources et les forces de la personne plutôt que sur la maladie, l'amener à adopter une démarche de résolution de problème et ainsi favoriser l'acquisition de nouvelles compétences.[46]

2) *Le cadre*

Le cadre mis en place par l'ergothérapeute permet de créer les conditions d'une transition. Toute personne dispose de ressources propres permettant de réfléchir et d'agir. Ces facultés sont altérées par la maladie mais elles existent et la prise en charge va permettre de les remobiliser. [53] L'activité en réhabilitation peut être vue comme une aire transitionnelle entre psychisme, intériorité et contrainte sociale pour influencer positivement la restriction de participation. L'atelier permet au psychotique de prendre conscience de ses comportements, ceux des autres et d'en comprendre le sens pour avoir une réponse la plus adaptée à la situation, auparavant problématique. [46] En institution, l'objectif est de créer un cadre suffisamment écologique par rapport à la situation des patients permettant une expérimentation contextualisée pour pouvoir transférer cet apprentissage à l'extérieur de l'atelier. [46]

Le cadre va permettre une compréhension des troubles, des facteurs déclencheurs ou protecteurs et permettre la réappropriation d'agir. La durée de l'intervention s'adaptera au rythme du patient à franchir les étapes, à sa capacité à reconstituer le lien social et à être clairvoyant sur sa situation de vulnérabilité face au stress. [53]

Par exemple, la réhabilitation psychosociale avec la psychoéducation permet de faire un lien protecteur entre l'adoption d'habitudes de vie régulière, de routine et de maintenir un rythme biologique jour/nuit chez les psychotiques biologiquement vulnérables à la désynchronisation. Celle-ci étant source de troubles du sommeil, de dérégulation émotionnelle et d'épisodes thymiques.

Autre exemple, lors d'une prise en charge à visée réadaptative pour favoriser le maintien à domicile, l'ergothérapeute va définir les problématiques liées à une mauvaise appréhension du temps comme une hygiène corporelle irrégulière, une mauvaise observance du traitement ou encore des absences aux rendez-vous. Des outils comme la mise en place d'un calendrier ou d'agenda permettront de compenser la mémoire

prospective (capacité à se souvenir des choses à faire dans le futur). Des rituels comme cocher les actions réalisées permettront d'éviter le stress. [54]

3) *L'activité en réhabilitation psychosociale*

L'activité est une mise en situation d'action pour enclencher la réhabilitation. Un patient psychotique n'a plus forcément les règles du jeu social faute de compréhension ou de pouvoir les appliquer. Il ne sait plus gérer la part d'imprévu ou le nécessaire échange avec l'autre. Pour amener de la clairvoyance au patient sur cette situation et détecter les schémas cognitifs déficitaires, l'ergothérapeute va observer, expliciter les comportements durant l'activité.

L'activité en groupe permet de réfléchir ensemble aux moyens de compensation en vue d'acquiescer une qualité de vie la plus satisfaisante possible. [46] Le retour à une vie autonome rend quelquefois difficile des actions simples, normalement automatisées. L'activité devra tenir compte de l'environnement du patient pour permettre la restauration de ces actions. Cependant, ce travail dépend de la motivation du patient à s'engager dans un processus de changement. Via les activités, les outils de la réhabilitation psychosociale, l'ergothérapie va participer activement à l'émergence de cette motivation dès le début de la prise en charge hospitalière, y compris en intra-hospitalier. [53] Dans un premier temps, une phase de traitement est instaurée afin de diminuer les causes et les symptômes de la maladie puis elle se poursuit par une phase dite de réadaptation pour redonner au patient les moyens d'agir, soit un savoir-faire. Enfin, la phase de réhabilitation a pour objectif de redonner au patient la faculté d'agir, soit le savoir être pour permettre un fonctionnement satisfaisant. [44]

En réhabilitation psychosociale, l'ergothérapeute développe les capacités du psychotique (habiletés psychiques, émotionnelles, sociales) jusqu'à lui permettre de fonctionner (vivre, apprendre, travailler, se socialiser) avec succès et satisfaction dans les environnements de son choix en aménageant les soutiens pour minimiser les interventions professionnelles. [49-51] Il sera catalyseur du changement en faisant émerger la lucidité du patient psychotique sur son désir de vie plus ou moins autonome. L'ergothérapeute peut intervenir dès le premier épisode psychotique [51] et ainsi faciliter la transition entre la situation de crise nécessitant une hospitalisation et la réinsertion dans l'environnement de choix du patient.

L'approche de réhabilitation psychosociale peut être vue comme normative, entravant la subjectivité et la liberté au nom de la défense des droits des personnes. [8] Ne s'intéressant pas à l'origine psychique des troubles, cette approche peut donner l'impression d'un travail superficiel, très dépendant de la motivation du patient à accepter le changement. Pour que celui-ci soit durable, il doit être associé à la capacité de l'accompagnement à accepter les retours en arrière, à l'existence de structures alternatives, d'un entourage facilitateur, à des moyens financiers en adéquation avec le projet et de la capacité d'accueil de la société pour les personnes présentant un trouble psychique. Enfin, où s'arrête l'intervention en ergothérapie dans cette approche : suivi à domicile, travail avec les associations, avec les collectivités locales pour faciliter l'insertion et ne pas laisser le patient livré à lui-même ? [28-27-55]

Exercer une pratique fondée sur des modèles conceptuels est une force pour la cohérence de la prise en charge et permet différents angles de vue. S'appuyer sur ces notions permet aux ergothérapeutes de réfléchir à sa pratique en fonction du patient, de ses besoins, de son projet de vie, de ses objectifs, de son environnement et des lieux de prise en charge.

E. L'accompagnement combinatoire ergothérapeutique du patient psychotique

Dans la préface de l'ouvrage collectif « Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation », H.Hernandez, ergothérapeute, vice-présidente de l'ANFE en 2007, propose que « *Au-delà d'une opposition historique entre psychanalyse et thérapies comportementales, le monde des ergothérapeutes se distribue aujourd'hui en un arc en ciel de postures. Cet arc serait ce qui permettrait d'accompagner la personne en souffrance physique dans diverses situations et ce, en institution comme dans la cité au-delà d'une opposition entre psychanalyse et théories comportementalistes* ». [56]

Cela interroge sur l'opportunité de combiner une compréhension du patient psychotique de la vision de la psychiatrie institutionnelle, berceau de l'ergothérapie en psychiatrie à la vision de la réhabilitation psychosociale, orientée vers la réinsertion, opportunité d'une pratique de l'ergothérapie en santé mentale.

a. Le modèle de Mosey

A.C.Mosey, ergothérapeute américaine propose en 1970 un modèle psychosocial, modèle de thérapie par l'activité avec le but de « *permettre au patient d'avoir une vie plus indépendante et de devenir un membre plus actif de la cité, tout en se comprenant davantage. Ces deux aspects, acquisitions d'habiletés et compréhension de soi, sont interdépendants, égaux en importance et sans lien de causalité* ». [43]

La conception psychosociale de la maladie touche aux aspects intrapersonnels, interpersonnels, sociaux et aux interactions qui influencent le comportement et le développement occupationnel. Elle place les interventions de l'ergothérapeute dans les activités expérientielles permettant de planifier, interagir, expérimenter des émotions et éprouver du plaisir à faire une activité.

La conception psychosociale de l'homme est explicitée par la multitude de facettes réparties en groupe d'habiletés nécessaires pour la gestion des activités quotidiennes, les interactions en groupe et la cognition (émotions, objectivité de la satisfaction et de sa perception, les besoins et les valeurs). Chacun de ces groupes est le sujet de grilles d'évaluation (observation, interprétation, confirmation avec le patient lors d'un échange), ces évaluations (initiales et périodiques) étant réalisées lors de mise en situation par l'activité.

Le traitement met l'accent sur la satisfaction des besoins, la capacité d'apprentissage et de progression, l'adaptation psychosociale pour permettre au patient de s'engager plus dans la communauté tout en se comprenant davantage. [43-57-58].

Le modèle de Mosey propose trois cadres de références : analytique, acquisitionnel et développemental.

Le cadre analytique s'intéresse au contenu intrapsychique avec l'existence de conflits entre les besoins, les pulsions et les désirs refoulés dans l'inconscient. C'est le contenu de cet inconscient qui est vu comme dysfonction selon Ann Mosey et les symptômes seront vus comme l'expression de cet inconscient. L'abord psychodynamique permet d'expliquer le lien entre le comportement, le contenu de l'inconscient et les expériences passées. Les médiations projectives sont utilisées pour observer et interpréter l'objet réalisé et les comportements. L'activité via le contact avec la réalité permet l'expression du contenu latent inconscient.

Le cadre acquisitionnel s'intéresse aux compétences nécessaires pour un individu pour l'interaction adéquate et satisfaisante avec son environnement. Ce cadre considère le

comportement comme résultant d'un processus d'interaction avec l'environnement et d'apprentissage. Un apprentissage inapproprié ou inexistant est considéré comme dysfonction empêchant une adaptation créative de l'individu à son environnement. Temporellement, ce cadre se situe dans l'ici et le maintenant, dans le présent. De nouveaux apprentissages via des entretiens, des mises en situation, des adaptations de l'environnement sont les principaux moyens du thérapeute. L'activité est alors porteuse d'un potentiel pour permettre le développement d'habiletés et l'expérimentation de succès et réussites.

Le cadre développemental s'intéresse aux compétences nécessaires pour un individu pour l'interaction adéquate et satisfaisante dans la communauté, la cité. Ces compétences sont interdépendantes et sont acquises par étape. Un manque d'apprentissage à l'âge approprié est considéré comme une dysfonction et la cause de l'apparition des symptômes. L'activité est un moyen compensatoire pour amener la personne à progresser d'un stade de développement à l'autre.

Ann Mosey propose une complémentarité de ces cadres. Selon elle, les concepts de conscient et d'inconscient sont compatibles avec les cadres acquisitionnel et développemental. Par exemple, elle suppose qu'un individu présente des conflits inconscients parce qu'il n'a pas appris les comportements nécessaires qui vont lui permettre de s'adapter à son environnement. Les conflits inconscients sont alors considérés comme un symptôme plutôt qu'une dysfonction. Une fois les habiletés nécessaires à une interaction satisfaisante développées, l'individu sera capable de gérer son contenu inconscient. [29]

En lien avec cette recherche, le cadre analytique est proche de l'approche psychodynamique et les cadres acquisitionnel et développemental permettent l'acquisition de nouvelles habiletés via des entraînements, des apprentissages en tenant compte de l'environnement du patient de manière similaire à la réhabilitation psychosociale.

Ce modèle peut être un cadre guidant pour faire le lien entre différents courants de pensée et montre la complémentarité de leur vision.

Les limites de l'utilisation du modèle de Mosey sont son évolution entre 1970 et 1996 entraînant des contradictions et l'inexistence de traduction française. [57]

b. La combinaison des approches dans la prise en charge de l'évolutivité de la psychose

Depuis ses débuts, la prise en charge en ergothérapie a tenu compte de l'évolutivité de la psychose.

Déjà en 1922, H. Simon abordait la responsabilité de l'ergothérapeute à développer les capacités psychiques dont dispose encore le malade via cinq niveaux de travaux en débutant par un travail simple sans attention ni indépendance pour aboutir à un travail égal à celui d'un ouvrier normal nécessitant attention et raisonnement [6]

G.Daumezon (1912-1979), psychiatre à l'hôpital de Sainte Anne, a mis en exergue les paliers de réalisation du travail thérapeutique : le travail d'accrochage pour rétablir le contact avec la réalité, le travail d'acquisition avec l'introduction d'une valeur sociale de l'objet, symbolique, marchande et enfin le travail productif pour se ré-entraîner au travail en lien avec l'extérieur. [59]

Dans une approche psychodynamique, P.Meunier Schoen, ergothérapeute, propose dans le même esprit en 2014 une grille de lecture des activités en ergothérapie, pilier du soin, selon la temporalité de l'agir du patient pour obtenir une progression (Annexe 1). Les matériaux ont des degrés différents d'adaptation, plus ou moins naturels, malléables pour la correction. Dans un premier temps, il propose des matériaux s'adaptant à l'agir du patient : activité d'expression directe comme le dessin, la peinture, le modelage. Dans un deuxième temps l'agir du patient s'adapte au matériau : activités artisanales nécessitant un apprentissage comme la menuiserie, le tissage, etc. Enfin l'agir du patient s'inscrit dans un projet social avec des activités complexes associées à un projet social (journal, cuisine) [9].

Quant à lui, le processus de rétablissement peut être vu comme une trajectoire. En 2003, R.Anderson, chercheuse australienne, propose un modèle de cinq étapes largement repris et complété par des outils d'évaluation validés. La première étape est appelée moratoire où la personne, confuse, a un sentiment d'impuissance par rapport à la maladie, perd tout espoir dans le futur se rendant complètement dépendante de la psychiatrie ou à l'inverse en déni total de sa psychose. La deuxième étape est la conscience où la personne présente les premiers espoirs qu'une vie meilleure est possible et qu'elle peut prendre en main certains aspects de sa vie. La troisième étape est l'émergence d'une confiance en une autre vie différente, la construction d'un projet de vie via une meilleure compréhension des troubles, une connaissance des services d'aides et le début de thérapies d'apprentissage, de résolution de problèmes et de

régulation émotionnelle. La quatrième étape est la phase de travail où la personne prend ses responsabilités grâce aux thérapies et au suivi pour intégrer sa propre vulnérabilité et les aspects positifs de son identité. Enfin, la cinquième étape correspond à la croissance, c'est à dire la capacité à faire face aux adversités de la vie. Les symptômes peuvent encore être présents mais ils n'entravent plus l'insertion psychosociale grâce à la connaissance de la gestion de la maladie, à une attitude positive et une confiance en ses capacités. La personne s'est construit un réseau de soutien autour de lui et il sait le solliciter pour éviter les rechutes [60].

L'évolution de la psychose peut être vue comme un phénomène dynamique. Elle peut se décomposer avec un premier épisode de décompensation précédé de prodromes (signes avant-coureurs), puis la stabilisation et enfin le rétablissement. Les éventuels stades évolutifs ne suivent pas un axe chronologique et linéaire. Par exemple, une rechute avec un épisode de décompensation est possible. [61] Les lieux de prise en charge sont différents.

En phase aiguë, lors du premier épisode ou d'une rechute, nécessitant une hospitalisation, la priorité est de maintenir le sujet dans un contact avec la réalité et de mettre en place les bases d'une alliance thérapeutique. L'approche psychodynamique en ergothérapie avec son versant intrapsychique peut être un moyen pour l'extériorisation du mal-être lors de cette phase. Elle va aussi permettre de comprendre le vécu du patient et de son entourage, essentiel à l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance. L'activité est le support de la relation entre le patient psychotique et l'ergothérapeute tout en ayant une fonction de pare-excitation (notion explicitée par la psychanalyse consistant à protéger l'organisme d'une destruction par les excitations intenses venant de l'extérieur). [43, 62] La réhabilitation psychosociale avec la remédiation cognitive et les entraînements aux habiletés sociales va pouvoir améliorer les cognitions froides comme la mémoire de travail, l'attention, la perception des émotions et les fonctions exécutives. L'objectif sera d'améliorer l'observance du traitement, favoriser l'acceptation de la maladie et de prendre en compte les éventuelles addictions associées, améliorer les fonctions cognitives, lutter contre les troubles du comportement et éviter une évolution vers l'isolement social. Une prise en charge précoce permet d'identifier l'attitude du patient vis-à-vis de sa maladie, de son traitement et de sa perception du rétablissement et de la rechute, de sa motivation. [51]

En phase chronique, la priorité dans la prise en charge sera donnée à l'évolution de la maladie et sur ses facteurs de risque. Elle se fera en ambulatoire avec la proposition d'accompagnement par un ergothérapeute en fonction du patient. Avec la position d'un patient acteur de sa prise en charge, rendu expert de sa pathologie, il aura la capacité de faire des choix dans sa prise en charge. Il utilisera l'activité comme un moyen de réacquérir la capacité d'agir (approche de réhabilitation psychosociale) ou la médiation comme moyen d'expression (approche psychodynamique) selon ses besoins.

Enfin, en cas de psychose ne réagissant pas aux traitements initiaux, un premier objectif est de vérifier l'observance du traitement ou le niveau de conscience du trouble. L'approche psychoéducatrice de la réhabilitation psychosociale permettra d'améliorer la connaissance de la maladie pour aboutir à une meilleure compliance et à la capacité de demander de l'aide en cas de situations génératrices de stress. L'approche psychodynamique pourra apporter un soutien et une adaptabilité à la réalité en évitant le retour à l'hospitalisation et en permettant une amélioration du fonctionnement global.

Par exemple, lorsqu'une sortie en appartement thérapeutique est projetée, il peut être nécessaire d'y apporter une double dimension. Une dimension de réhabilitation psychosociale est élaborée avec l'accompagnement du patient psychotique par l'intermédiaire d'apprentissages (courses, cuisine, ménage, loisirs). Mais lorsque ce « savoir-faire » ne peut s'exprimer, lorsqu'une situation est vécue comme trop anxiogène provoquant une décompensation, une dimension psychodynamique s'ouvre pour réfléchir avec le patient sur ce qui, pour lui, fait souffrance, génère du stress et donc fait obstacle à l'expression de certains actes dans la réalité [63]. Cette démarche peut trouver sa place dans une ré-hospitalisation ou mieux en amont dans un travail préventif à la rechute [63], l'appartement thérapeutique n'étant pas envisagé comme un lieu de crise. L'ergothérapeute doit pouvoir permettre cet esprit de complémentarité, cette possibilité pour le patient de demander un soutien ponctuel sans remettre en question son projet de logement et sa mission est d'accompagner avec cohérence l'évolution du patient avec sa temporalité propre. [64]

c. La combinaison des approches dans la prise en charge du temps vécu de la psychose

Plusieurs niveaux de temps vécu sont à distinguer : celui du patient, du soignant et celui de l'institution qui accueille cette rencontre. Fort de cette hypothèse, l'ergothérapeute se

devra d'aller à la rencontre du patient dans sa temporalité mythique. La régularité des rencontres, la contenance du cadre, la permanence de l'ergothérapeute auront un rôle crucial et sécuriseront le patient. Le travail thérapeutique consistera à amener le patient psychotique du temps mythique au temps social. C'est pourquoi la question temporelle peut remettre en cause la place du soin dans la psychose [26].

Pour envisager le temps vécu du psychotique comme un outil clinique, il est nécessaire de l'appréhender conjointement avec le temps du soignant et celui de l'institution et être sensible aux modifications de rythme qu'induisent les interactions entre les trois entités que sont le patient, le soignant et l'institution. Pour l'ergothérapeute, être à l'écoute du temps vécu par le psychotique permet un « *accordage* » (Barthelemy, Vollon 2013) dans la dynamique relationnelle afin de favoriser la consolidation de leur lien. Cet accordage temporel permet alors au patient et au soignant de trouver un temps vécu et un rythme associé qui leur soient propres, dans lesquels la rencontre clinique peut évoluer. [25]

Avec une approche psychodynamique, l'article de F.Lascaux, ergothérapeute, relate la prise en charge d'un psychotique présentant des éléments obsessionnels, des entêtements, rendant agaçante toute demande, des ritualisations en fin de séance. Le patient semble comme coincé, figé dans cette situation. L'observation fine du déroulé des séances par l'ergothérapeute permet d'identifier la nécessité d'un espace de parole avant la mise en action. Dans ce temps, le patient narre ses anecdotes de vie avec ses répétitions et ses élans agressifs. L'attitude silencieuse de l'ergothérapeute accompagnée d'une attention et d'un regard soutenu renvoie une image au patient, lui permettant de faire évoluer ce qui est figé et d'entrer dans l'espace intermédiaire que propose l'atelier d'ergothérapie. L'accordage temporel entre le patient, l'ergothérapeute et l'institution dans l'importance du temps d'accueil a permis de rassurer le patient, d'assurer sa mise en action et de s'attribuer un statut différent avec des possibilités d'accommodation dans la réalisation de ses activités et dans la clôture des séances. [65].

Une étude de septembre 2017 a démontré qu'il existait un lien entre l'incapacité des patients souffrant d'une schizophrénie à percevoir et à anticiper le temps qui passe et leurs troubles liés à leur perception d'eux-mêmes. Cette perception du temps permet de lier des événements discontinus entre eux et d'obtenir un ressenti de continuité temporelle. Ce manque de lien dans le temps est générateur d'anxiété. De plus, l'étude a montré un lien entre un trouble important du vol de la pensée ou d'attribution des actes et une grande difficulté à prendre conscience du temps qui passe pour anticiper une action prévisible, soit à maîtriser intellectuellement l'écoulement du temps [66].

Dans une approche de réhabilitation psychosociale, la finalité de cette étude sera de mieux connaître les bases neurologiques des troubles de la prédiction temporelle (troubles cognitifs) pour mieux comprendre l'origine des symptômes cliniques. L'accordage temporel entre le patient, l'ergothérapeute et l'institution se fait grâce à une augmentation des connaissances sur la pathologie, sa transmission auprès du patient pour lui permettre un meilleur contrôle de ses symptômes et une amélioration de sa qualité de vie.

Par exemple, au sein de l'ASM 13, devant l'échec de la prise en charge de certains patients psychotiques chroniques, des actions combinatoires ont été introduites avec la perspective d'une séparation entre patient et thérapeute, d'une sortie de l'institution. En effet, la chronicité de ces patients est en lien avec les formes étranges de leur temporalité psychique. L'espace transitionnel et l'utilisation d'une activité créative, projective ou médiatrice dans l'atelier d'ergothérapie (approche psychodynamique) permettent de travailler sur le temps mythique durant l'hospitalisation. A partir du moment où les patients ont repris une certaine existence psychique, la notion de séparation, sortir de la psychiatrie peut être envisagée et remettre en marche une certaine temporalité. La préparation d'un retour à une vie autonome dans la cité introduit le temps social avec le développement des habiletés et des capacités du psychotique (approche de réhabilitation psychosociale). Les outils utilisés sont l'organisation d'un grand nombre de temps différents, comme le lieu des repas et l'importance d'une tenue vestimentaire adaptée au lieu (petit déjeuner en chambre possible en pyjama et déjeuner au self avec un travail d'hygiène et vestimentaire préalable). Les lieux et horaires des activités et des entretiens médicaux sont réguliers et déterminés. L'organisation permet de poser une limite entre le temps libre (pour se reposer par exemple) et le temps infini (inactivité), de distinguer l'avant, le maintenant et l'après y compris dans ce temps passé à l'institution [27].

Ces interventions montrent la possible complémentarité des paradigmes psychodynamique et de réhabilitation psychosociale pour prendre en charge la perception défaillante du temps vécu de la psychose.

2. Problématique

L'ergothérapie en santé mentale est en interaction avec son environnement, l'institution, son identité professionnelle et les patients. D'une intervention où la personne était considérée comme objet de soin avec sa souffrance et ses symptômes, elle évolue vers

une intervention où la personne est vue comme malade mais aussi comme membre d'une communauté avec d'autres. La personne est reconnue avec son autodétermination à l'autonomie, ses capacités à pratiquer ses activités, à assumer ses interactions sociales nécessaires à une qualité de participation sociale et une qualité de vie satisfaisante avec sa maladie dans l'environnement de son choix.

En s'appuyant sur le modèle explicatif biopsychosocial d'A.Meyer et sur le modèle proposé par A.Mosey, l'ergothérapie en santé mentale peut s'appuyer sur les approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale de manière complémentaire. [34] Elle pourra se pratiquer davantage sur un versant intrapsychique ou vers un accompagnement social. [2]

Au niveau de la formation initiale, les instituts de formation en ergothérapie (IFE) ont déjà fait évoluer les enseignements en psychiatrie. Dans les modalités du diplôme d'état de 1971, le modèle psychodynamique était le modèle sous-jacent.[28] Depuis 2010, l'enseignement de l'activité est désormais basé sur un lien permanent entre théorie et pratique. Une analyse d'activité peut être fondée sur différents modèles conceptuels pour apporter différents angles de vue. [67] Cet enseignement initial influence l'accompagnement ultérieur des patients. [13]

En 2018, une recherche sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes en psychiatrie montre une ébauche d'une pratique combinée des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale mais encore fortement influencée par la perspective historique propre à la France du modèle psychanalytique [68]. Au niveau conceptuel, elle recensait une utilisation de l'approche psychodynamique par la majorité des participants et une utilisation du cadre cognitivo-comportemental par un tiers des participants. Au niveau des médiations citées comme support de leur mission : les médiations expressives/projectives et artisanales sont très majoritaires (83.5% et 73.7%) par rapport à la remédiation cognitive (36.1%) traduisant un décalage entre l'intention d'une pratique combinée et sa mise en action via les médiations utilisées.

Dans un contexte économique avec la réduction des temps d'hospitalisation, une mutation sociétale autour des droits des malades, leurs revendications au rétablissement et à l'empowerment, la prise en compte du handicap psychique, les ergothérapeutes ont des atouts. Spécialistes du concept d'autonomie, ils analysent les situations de handicap. Depuis la psychiatrie institutionnelle se sont développées la psychiatrie de secteur, la

pratique en intra, en extra hospitalier et désormais la notion de rétablissement avec l'arrivée de la réhabilitation psychosociale. Ce contexte engage une réflexion sur les choix de modèles de pratique en ergothérapie en santé mentale.

Une utilisation complémentaire des approches permet d'utiliser les compétences des ergothérapeutes pour une meilleure prise de conscience des mécanismes psychiques mis en œuvre dans leurs difficultés quotidiennes mais aussi leurs compétences transversales : fonctionnelle, psychologique, relationnelle et cognitive. Cela donne une perspective d'évolution des pratiques pour l'ergothérapie en santé mentale. [34]

Cette complémentarité des approches permet aux ergothérapeutes d'avoir une approche orientée vers le rétablissement et une compréhension de chaque patient dans sa singulière expérience du rétablissement [69].

Cela amène à s'interroger sur la nature et la réalité de la possible combinaison des deux approches psychodynamique et réhabilitation psychosociale auprès des ergothérapeutes exerçant en santé mentale.

Question de recherche : Qu'est ce qui conditionne la possible combinaison des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale dans l'accompagnement et la prise en charge en ergothérapie de patients présentant une psychose ?

Hypothèse 1 : L'histoire, les évolutions sociétales des paradigmes de la santé mentale, les structures, les lieux de prise en charge, c'est à dire le **contexte sociétal et professionnel** dans lequel travaillent les ergothérapeutes, encouragent cette combinaison avec une prise en charge à visée d'inclusion sociale.

Hypothèse 2 : L'**évolution actuelle de l'ergothérapie en santé mentale** avec l'utilisation des modèles conceptuels favorisent une approche combinatoire.

Hypothèse 3 : Les spécificités de la psychose comme l'évolutivité ou sa perception du temps entraînent des attentes, des demandes ou des **besoins différents du patient** psychotique dans le temps de la prise en charge et encouragent cette combinaison dans l'accompagnement par l'ergothérapeute.

3. Variables et indicateurs

Afin de valider les hypothèses, c'est à dire l'existence d'un lien entre les éléments énoncés ci-dessus, les affirmations énoncées seront mises à l'épreuve au travers de la recherche via un recueil de données. Pour cela, il est nécessaire d'opérationnaliser les différentes variables identifiées, soit les définir et les mesurer.

Dans cette recherche, la variable dépendante est la combinaison des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale. Les variables indépendantes à l'étude sont le contexte professionnel et sociétal, l'évolution de l'ergothérapie en santé mentale et les besoins du patient. [70] Le tableau ci-dessous présente l'opérationnalisation des trois variables indépendantes (tableau 1).

Variables indépendantes	Indicateurs
<u>Hypothèse 1 :</u> Contexte professionnel et sociétal	Orientation de pratique de l'institution, de la structure
	Incitation du contexte sociétal vers l'inclusion, l'insertion sociale
	Type de structure (intra/extra hospitalier)
<u>Hypothèse 2 :</u> Evolution de l'ergothérapie en santé mentale	Formation initiale : Année d'obtention du Diplôme d'Etat
	Formation continue
	Orientation de l'ergothérapeute questionné
	Vocabulaire utilisé pour la description de la mission
	Perception par l'ergothérapeute de l'approche combinatoire
<u>Hypothèse 3 :</u> Les besoins du patient	Perception par l'ergothérapeute des principes du modèle de Mosey
	Orientation des moyens utilisés pour la prise en charge de l'évolutivité de la maladie
	Orientation des moyens utilisés pour la prise en charge du temps vécu

Tableau 1 Opérationnalisation des variables indépendantes

4. Matériel nécessaire à la réalisation de la recherche

La méthodologie de recherche reprend les étapes suivantes (figure 1) [70-71-72] :



Figure 1 : Etapes de la méthodologie de recherche

Détailler les étapes de la recherche permet d'en assurer la fiabilité et la reproductibilité.

L'objet de la recherche a été défini dans les parties précédentes, c'est à dire le lien entre une approche combinatoire des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale et le contexte, l'évolution de l'ergothérapie et les besoins du patient.

Les participants à cette recherche sont des ergothérapeutes. Un recensement de ceux-ci a été réalisé au préalable par plusieurs moyens : auteurs d'articles en lien avec le sujet du mémoire, intervenants auprès de l'IFE de Loos, réseaux sociaux et réseaux professionnels.

Dans le but de répondre à la question de recherche et de valider ou non les hypothèses, le recueil de données choisi est une recherche quantitative avec utilisation de statistiques pour l'analyse des réponses. L'outil de mesure utilisé est un questionnaire. Il est une méthode de recueil des informations en vue de comprendre et d'expliquer les faits s'appliquant à un ensemble (échantillon). La rédaction des questions a été appuyée par le travail exploratoire présenté dans la première partie « cadre de référence ». Elles ont été construites de manière à récupérer la mesure des indicateurs définis. (Annexe 2)

Sa validité est assurée par le nombre de réponses. Pour cette recherche, un minimum de trente réponses a été fixé. La collecte a duré quatre semaines.

L'outil utilisé est Google Forms application d'administration d'enquête permettant l'accès au questionnaire via Internet. L'analyse des données a consisté en statistiques descriptives via la réalisation d'un tableau Excel regroupant toutes les réponses et un codage de celles-ci.

PARTIE II : MATERIEL ET METHODE

Le choix d'un questionnaire a nécessité le recensement d'ergothérapeutes acceptant de participer à la recherche et la construction d'un questionnaire. [70-71-72]

1. Population

Le recueil de données est destiné à des ergothérapeutes exerçant en santé mentale. Les cadres ont été écartés de la recherche afin d'avoir uniquement des répondants opérationnels et sans mission d'encadrement. Aucune limite de durée d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé mentale n'a été faite pour intégrer des ergothérapeutes issus de formation initiale soumis aux décrets d'application successifs du diplôme d'état et ayant été plus ou moins confrontés aux évolutions de la psychiatrie à la santé mentale. De la même manière, la pratique des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale n'a pas été un critère d'inclusion car des

ergothérapeutes pratiquant une autre approche (systémique, ...) peuvent émettre un avis ce qui représente une vision extérieure et complémentaire à la problématique. Par contre, leur pratique devait intégrer des patients présentant une psychose.

Les critères d'inclusion sont donc : ergothérapeute, non cadre, travaillant en santé mentale et prenant en charge des patients présentant une psychose.

La collecte des contacts s'est faite par les adresses mails des auteurs des articles dans la revue Ergothérapie, des tuteurs de stage ou maîtres de mémoire d'étudiants de la promotion de Loos 2016-2019, les intervenants en psychiatrie de l'IFE de Loos. Ensuite, l'utilisation des réseaux sociaux comme quatre groupes Facebook regroupant des ergothérapeutes francophones et le réseau LinkedIn ont permis d'identifier des ergothérapeutes en psychiatrie. En cas de réponse positive d'un ergothérapeute à participer à la recherche, un mail avec le questionnaire lui a été envoyé. Enfin, le secrétariat de la formation continue de l'ANFE a été sollicité pour diffuser le questionnaire auprès d'ergothérapeutes ayant suivi des formations en lien avec la psychiatrie.

Le tableau 2 reprend la répartition des sollicitations par source.

Source	Nombre
Auteurs des articles	12
Tuteurs de stage, maîtres de mémoire, intervenants en psychiatrie de l'IFE de Loos, promo 2016-2019.	19
Facebook	14
LinkedIn	32
Secrétariat de formation continue ANFE	76
Total du nombre d'envois individuels et directs du questionnaire	153

Tableau 2 : Répartition des sollicitations par source.

S'ajoute à cela un mode de diffusion en boule de neige, plus difficile à évaluer, car le texte accompagnant le questionnaire invitait à participer à la diffusion du questionnaire.

Chaque envoi de mail individuel comportait le contexte de la demande, le lien vers le questionnaire sur Google Forms et le questionnaire en format .pdf.

Afin de garantir l'anonymat de répondants, il n'a pas été collecté d'adresse mail via le questionnaire. Il n'existe aucune possibilité de faire un lien entre les échanges par mail et les questionnaires remplis.

L'indication d'une adresse mail a permis à certains répondants de commenter le sujet du questionnaire. Ces échanges n'ont pas été repris dans l'analyse.

Au total, 52 questionnaires ont été retournés, 51 sur Google Forms et 1 sur le fichier PDF, soit un taux de réponse de 34 % hors mode de diffusion en boule de neige. Cependant, 4 ergothérapeutes ayant un poste de cadre ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Ainsi, 48 participants ont pu être inclus dans la recherche.

2. Questionnaire

La construction du questionnaire va permettre de traduire les variables et les indicateurs en questions. L'enquête par questionnaire vise à vérifier les hypothèses de la recherche en vérifiant les corrélations suggérées.

Le mode d'administration est un auto-questionnaire. Il est précédé d'un texte de quelques lignes pour le contextualiser à l'élaboration d'un mémoire dans le cadre de l'obtention du diplôme d'ergothérapeute.

Il comprend vingt questions réparties en trois grandes parties. (Annexe 3)

Partie 1 : Activité actuelle : Cette première partie a pour but de prendre contact avec les ergothérapeutes. Elle comprend six questions simples pour faciliter le démarrage des réponses. Les trois premières sont des questions fermées et dichotomiques permettant de vérifier les critères d'inclusion des répondants. Les trois questions suivantes permettent l'identification de la structure où travaillent les répondants, leur ancienneté dans cette/ces structures et leurs éventuelles autres expériences professionnelles en santé mentale. La question pour l'identification de la structure propose un choix multiple de réponses pour faciliter le codage et l'analyse. Une zone commentaire a été introduite pour laisser l'opportunité au répondant d'indiquer une structure non reprise dans la liste. Les deux dernières questions sur l'ancienneté du poste actuel et l'éventualité d'autres expériences sont des questions ouvertes demandant une réponse courte.

Partie 2 : Formation : Cette deuxième partie comporte quatre questions. La première question demande une réponse chiffrée avec l'année d'obtention du diplôme en formation initiale. Les trois questions suivantes recensent les formations suivies, les qualifications obtenues et les besoins en formation. Les répondants disposaient de zone de réponse libre.

Partie 3 : La prise en charge des patients présentant une psychose. Cette troisième partie comporte onze questions. Elle interroge sur la pratique et sur l'opinion des répondants quant à la pertinence d'une association des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale. Les cinq premières questions de comportement questionnent la pratique de ergothérapeutes dans leur prise en charge. Les six questions suivantes questionnent l'opinion ou la croyance des ergothérapeutes par rapport à ce qui conditionne le choix de leur pratique.

Les questions se présentent sous trois formats : dichotomique (oui/non), échelle d'attitude avec une échelle de Likert avec cinq choix de réponses (D'accord, plutôt d'accord, ne se prononce pas, plutôt pas d'accord, pas d'accord) et enfin des questions ouvertes avec des réponses courtes. L'ensemble des questions a été mis en lien avec les indicateurs des variables indépendantes et le type d'information recherchée. (Annexe 2) A la fin du questionnaire, une zone unique commentaires a permis aux répondants de compléter, approfondir, réagir suite aux réponses données.

Au niveau de la forme, le questionnaire était disponible sous un format PDF ou via un lien internet via l'outil Google Forms. Les paramètres de Google Forms ont été optimisés pour augmenter le nombre de questionnaires remplis exploitables. Le questionnaire n'a pas été modifié sur la durée de la collecte.

Le questionnaire prétest a été réalisé entre le 13 mars 2019 et le 15 mars 2019. Il a été envoyé à deux ergothérapeutes d'orientations différentes (l'une psychodynamique et l'autre de réhabilitation psychosociale) afin de vérifier la neutralité et l'objectivité des questions. Il a permis de clarifier certaines questions, de simplifier les consignes. La durée de réponse au questionnaire a été estimée à 15 minutes.

La collecte a duré du 17 mars 2019 au 12 avril 2019, soit quatre semaines.

A la clôture de la phase de collecte, le codage a été réalisé à partir de l'extraction sous un fichier Excel proposée par Google Forms. Le questionnaire répondu sous le format pdf a été ajouté à l'extraction. Inversement, les questionnaires ne répondant pas aux critères d'inclusion en ont été retirés. Les variables qualitatives nominales (binaire : oui-non ou multimodales : année de formation) ont été converties sous formes de données chiffrées, une modalité représentée par un chiffre. Par exemple, oui =1, non = 2. Ainsi le calcul (des effectifs cumulés, des pourcentages et des fréquences) peut être réalisé via

des formules de calcul dans Excel. Les variables ordonnées ont également été converties en modalités quantitatives selon leur progression (D'accord = 5, pas d'accord =1). Les questions ouvertes avec une réponse courte ont été analysées selon un regroupement par thème et champ lexical et un coefficient pour la fréquence d'apparition. Des tris à plat ont été réalisés pour examiner une seule variable à la fois. (Annexe 4) En complément, des tris croisés ont permis de croiser deux variables simultanément.

L'analyse des 48 questionnaires conformes aux critères d'inclusion ont permis la présentation des résultats.

PARTIE III : RESULTATS

1. Profils des ergothérapeutes répondants

Selon les critères d'inclusion de la recherche, l'ensemble des 48 répondants sont des ergothérapeutes en santé mentale, non cadre, prenant en charge des patients présentant une psychose.

Les structures où les participants sont les plus fréquemment en poste sont les unités d'hospitalisation (22), puis les hôpitaux de jour (15) et les Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (12) (tableau 3).

Structures	Nombre de fois citées	Pourcentage
Unité d'hospitalisation	22	25%
Hôpital de jour	15	20%
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	15	17%
Unité de Réhabilitation psychosociale	12	14%
Ateliers thérapeutiques	7	8%
Foyer de vie / Maison d'accueil spécialisée	1	1%
Centre médico psychologique	5	6%
Service d'accompagnement à domicile	2	2%
Addictologie	3	3%
Equipe mobile	3	3%
Total	88	100 %

Tableau 3 : Structures dans lesquelles les répondants travaillent, en nombre de fois citées et en pourcentage.

La majorité des répondants travaille sur plusieurs structures (tableau 4).

Nombre de structures	Nombre d'ergothérapeutes	Pourcentage
1 structure	20	42%
2 structures	15	31%
3 structures	10	21%
4 structures	3	6%

Tableau 4 : Répartition des ergothérapeutes selon le nombre de structures où ils travaillent.

En regroupant les structures en intra ou extra hospitalier, 48% des répondants travaillent uniquement dans des structures extra hospitalières, 35% occupent à la fois un poste dans une structure extra hospitalière et une structure intra hospitalière et 17% uniquement dans une structure intra hospitalière (figure 2).

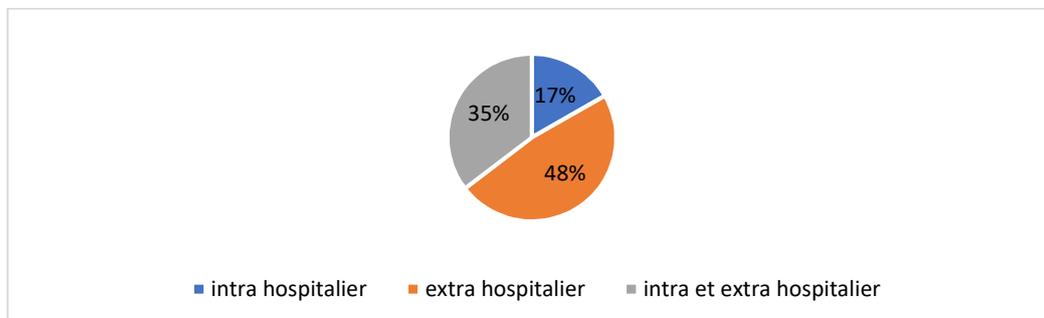


Figure 2 : Répartition des structures d'emploi des ergothérapeutes répondants.

La pratique de l'ergothérapie dans ces différentes structures peut s'appuyer sur différentes approches en lien avec les modèles conceptuels. Interrogés sur la qualification de leurs approches, les plus fréquemment citées sont l'approche de réhabilitation psychosociale (40), l'approche psychodynamique (36), l'approche sur l'occupation humaine (33) et enfin l'approche systémique (16).

En se focalisant sur les approches de réhabilitation psychosociale et psychodynamique, la pratique majoritaire est une approche combinatoire des deux précitées (65%) (figure 3). Seul 1 répondant n'utilise aucune des deux.

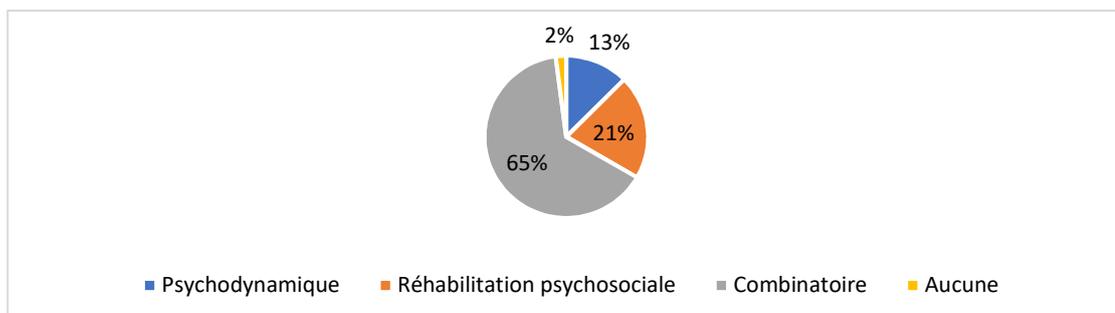


Figure 3 : Répartition des répondants selon leur orientation

Cette répartition en termes d'approche ne se retrouve pas dans l'analyse de la description de leur mission auprès de patients psychotiques. En effet, au niveau vocabulaire utilisé, les termes en lien avec la réhabilitation psychosociale (réinsertion sociale, qualité de vie, capacité d'agir, autonomie, connaissance de ses capacités, réadaptation, fonctions cognitives et environnement) sont plus employés que des termes en lien avec l'orientation psychodynamique comme les conflits internes, l'élaboration psychique ou le principe de réalité (figure 4).

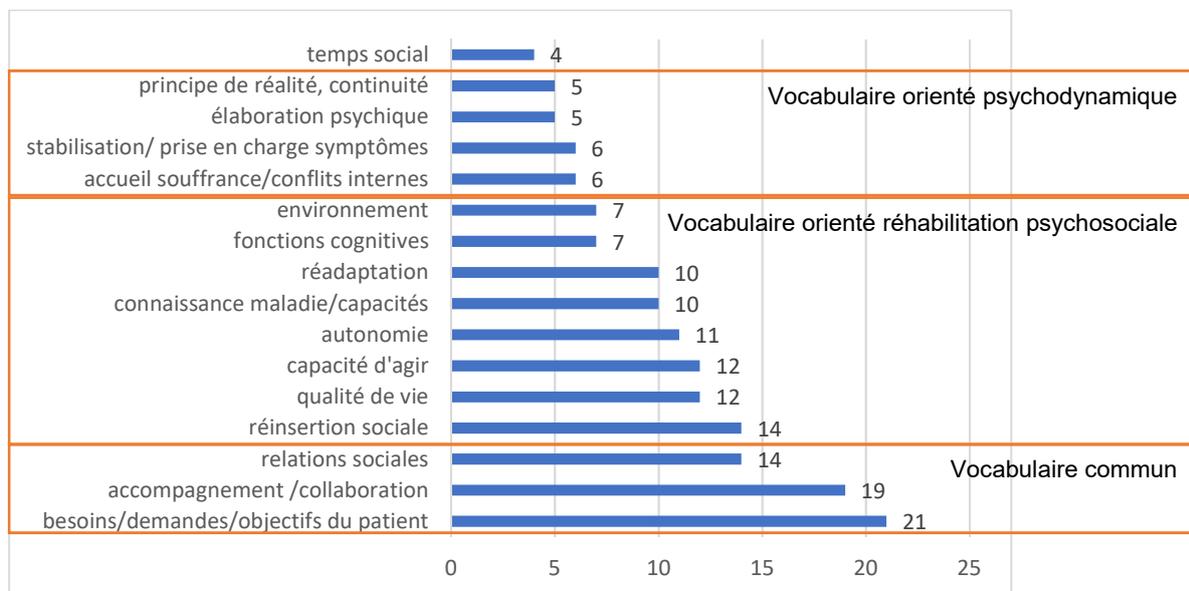


Figure 4 : Termes utilisés par les répondants pour décrire leur mission, en nombre de fois citées.

2. Contexte professionnel

Les ergothérapeutes ont été questionnés sur l'orientation de la structure dans laquelle ils travaillent. Les approches les plus fréquemment citées sont l'approche de réhabilitation psychosociale (34), l'approche psychodynamique (28), l'approche systémique (20) et enfin l'approche sur l'occupation humaine (8), nettement plus minoritaire car il s'agit d'un modèle ergothérapique, contrairement aux modèles généraux précités. En termes de proportion, les institutions ont majoritairement une approche combinatoire psychodynamique, réhabilitation psychosociale et systémique (44%) (figure 5)

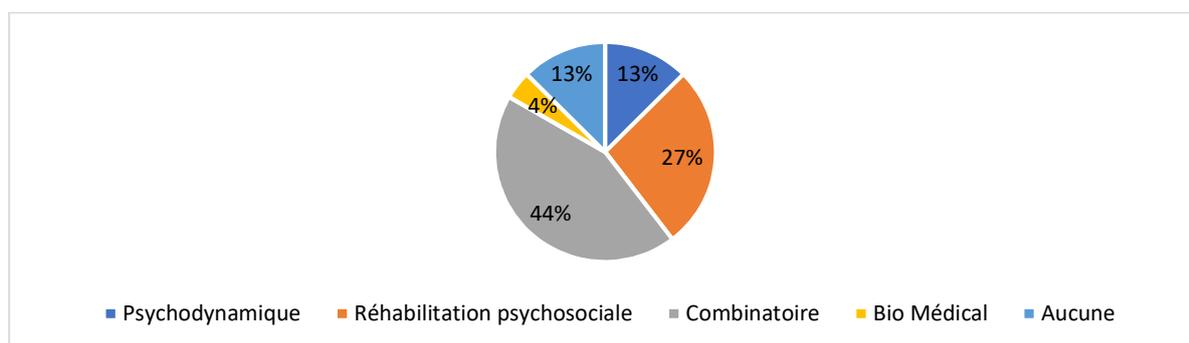


Figure 5 : Orientation de la structure d'emploi des ergothérapeutes répondants

Questionnés sur l'existence d'une incitation au choix d'une approche, une minorité (40%/45%) des ergothérapeutes se sent influencée par la structure et une majorité

(56%/58%) l'est par le contexte sociétal : réinsertion sociale, inclusion des patients (Tableau 5). Ce contexte sociétal les incite à choisir d'autres approches.

	Incitation de l'orientation de la pratique par la structure	Incitation de l'orientation de la pratique par le contexte sociétal
A choisir une approche	40%	56%
A intégrer d'autres approches	45%	58%

Tableau 5 : Proportion des ergothérapeutes à se sentir influencer dans le choix de leur pratique.

Un tri croisé des résultats permet de mettre en lien l'orientation des structures et l'orientation des ergothérapeutes. (Tableau 6).

	Orientation structure				
	Psychodynamique	Réhab	Combinatoire	Biomédical	Aucun
Orientation ergothérapeute					
Psychodynamique	2		1		3
Réhabilitation psychosociale		5	5		
Combinatoire	4	8	15	2	2
Aucun					1

Tableau 6 : Relation entre les orientations des structures et celles des ergothérapeutes.

En parallèle du fait que les ergothérapeutes se disent en minorité influencés par leur structure, la correspondance orientation structure / orientation ergothérapeute fait apparaître une forte majorité d'orientation similaire ou combinatoire.

Retour sur l'hypothèse 1 : L'histoire, les évolutions sociétales des paradigmes de la santé mentale, les structures, les lieux de prise en charge, c'est à dire le **contexte sociétal et professionnel** dans lequel travaillent les ergothérapeutes, encouragent cette combinaison avec une prise en charge à visée d'inclusion sociale.

Cette hypothèse est en partie validée. Les ergothérapeutes se disent influencés en majorité (56%) par le contexte sociétal et à choisir une association de pratique (58%). Au niveau de la structure, il existe une forte adéquation entre les pratiques combinatoires des structures et celles des ergothérapeutes, même si ces derniers ne ressentent pas d'influence sur le choix de pratique.

3. Evolution ergothérapie

Afin d'identifier l'incidence de la formation initiale, les répondants ont été répartis selon le décret légiférant leur Diplôme d'Etat (DE). Au fil des décrets, l'enseignement est passé

d'un enseignement exclusivement psychodynamique à l'apprentissage de plusieurs approches. Un tri croisé des données ne démontre pas de relation entre le choix d'une approche et la formation initiale (tableau 7).

	Psychodynamique	Réhabilitation psychosociale	Combinatoire	Aucun
DE de 1971		2	4	
DE de 1990	5	5	18	
DE de 2010	1	3	9	1

Tableau 7 : Lien entre formation initiale et choix d'une approche par l'ergothérapeute

Les réponses sur les formations continues n'ont pas pu être exploitées, faute de précision dans la question. (25 réponses imprécises sur les 48 réponses).

Au niveau des formations diplômantes ou certifiantes, 7 répondants ont eu une formation en lien avec l'approche psychodynamique (diplôme universitaire de psychologie, art thérapie, gestalt thérapie) et 6 répondants en lien avec l'approche réhabilitation psychosociale (Diplôme Universitaire de remédiation cognitive, Education Thérapeutique du Patient).

Il semble exister un lien entre ces formations et le choix de l'orientation d'une approche. En effet, pour ces 13 répondants, il existe une plus forte proportion à choisir une orientation unique plutôt que combinatoire en comparaison avec l'ensemble des répondants (tableau 8).

	Orientation de l'ergothérapeute			
	Psychodynamique	Réhabilitation psychosociale	Combinatoire	Aucun
Nombre d'ergothérapeutes ayant une formation diplômante ou certifiante en lien avec l'approche psychodynamique	2 (33%)	1 (17%)	3 (50%)	
Nombre d'ergothérapeutes ayant une formation diplômante ou certifiante en lien avec l'approche réhabilitation psychosociale		3 (50%)	3 (50%)	
L'ensemble des répondants	6 ((12%)	10 (21%)	31(65%)	1(1%)

Tableau 8 : Lien entre formation diplômante ou certifiante et choix d'une approche par l'ergothérapeute

Interrogés sur leur demande de formation, les ergothérapeutes répondants citent en majorité des besoins sur l'approche de réhabilitation psychosociale (30%) et le modèle d'occupation humaine (21%) (figure 6). L'approche psychodynamique ne représente que 7%. La catégorie « autres » reprend la relaxation, la médiation pleine conscience (3 répondants), l'hypnose (2), l'approche systémique (1) ou l'entretien motivationnel (1).

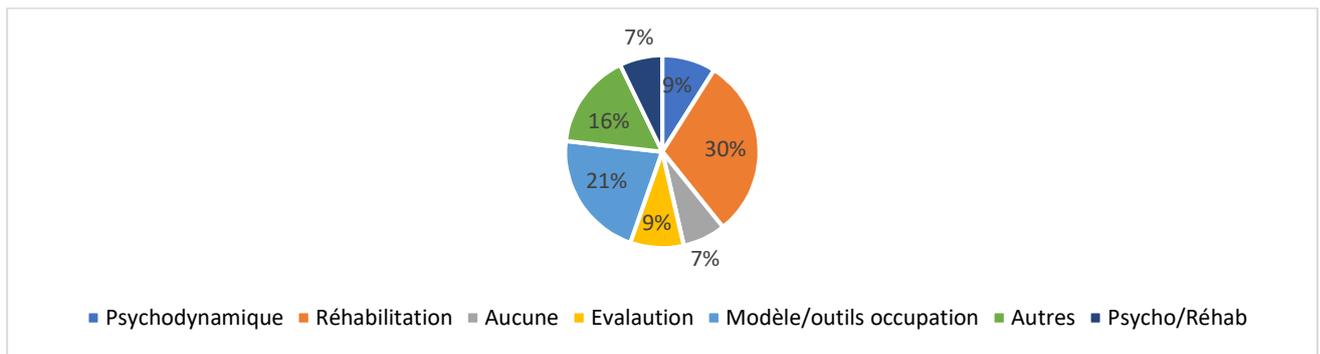


Figure 6 : Besoins en formation exprimés par les ergothérapeutes répondants

Les besoins en réhabilitation psychosociale et le modèle d'occupation humaine et ses outils représentent une forte majorité (51%). Ces formations sont en adéquation avec l'évolution de l'ergothérapie en santé mentale de l'intra vers l'extra hospitalier et l'évolution de l'identité professionnelle vers les sciences de l'occupation. Il existe une intention d'actualiser ses connaissances et peut être d'une évolution dans leur pratique.

4. Perception de l'apport d'une approche combinatoire

Interrogés sur une approche combinatoire des orientations psychodynamique et de réhabilitation psychosociale, les répondants ont émis leur entier accord sur sa faisabilité (66%). L'apport d'une approche combinatoire est globalement perçu. En premier lieu, il permet d'avoir plusieurs outils pour répondre aux phases de la psychose (60%), d'avoir une pratique sur le versant intra psychique et d'accompagnement social (50%) et de pouvoir s'inspirer des différentes théories pour comprendre la complexité de la psychose (49%). Cela confirme que le temps de l'opposition entre ces deux approches est dépassé. Les ergothérapeutes perçoivent la notion de boîte à outils à leur disposition et l'approche holistique du patient.

En second lieu, les apports cette approche combinatoire offrent des possibilités de continuité de prise en charge en ergothérapie tout au long du parcours de soin du patient (40%) et l'adaptation à ses besoins (44%). (Annexe 4)

Afin de s'appuyer sur le modèle de Mosey, l'avis des répondants a été demandé sur ses grands principes. La majorité des répondants est d'accord et plutôt d'accord avec les notions : développer les aspects intrapersonnels, interpersonnels, sociaux et interactions avec son environnement (94%), intervenir sur le fonctionnement cognitif, psychologique et d'interactions sociales (92%), aborder l'ensemble des incapacités des patients (93%), favoriser l'adaptation psychosociale du patient (85%), aborder la famille, la vie

quotidienne, le travail (89%), permettre de combiner les trois cadres analytique, développemental et acquis (72%). (Annexe 4)

Enfin, une dernière question aborde les modalités de mise en œuvre d'une approche combinatoire et montre les possibilités de la faire au sein de la prise en charge en ergothérapie par un même ergothérapeute (65%), des ergothérapeutes différents (56%) ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire (92%). Cela corrobore que leur avis sur la pratique d'une approche combinatoire ne relève pas d'une notion, d'un dogme exclusivement réservé à l'ergothérapie mais qu'elle peut aussi exister via la coopération au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Retour sur l'hypothèse 2 : L'évolution actuelle de l'ergothérapie en santé mentale avec l'utilisation des modèles conceptuels favorisent une approche combinatoire.

Cette hypothèse est validée par l'intention des ergothérapeutes à augmenter leurs connaissances dans leurs besoins en formation (notamment vers les modèles récents) et leur perception d'un apport favorable d'une approche combinatoire. Ce choix se fait en premier lieu via la boîte à outils désormais à disposition de l'ergothérapeute et le fait de pouvoir s'appuyer sur différentes théories pour étayer leur processus d'intervention, désormais perçues comme complémentaires. Toutefois, la formation initiale ne semble pas avoir d'effet direct sur le choix d'une approche, spécifique ou combinatoire.

A l'inverse, l'acquisition de formations diplômantes ou certifiantes (plus engageante en termes d'implication) a tendance à orienter les ergothérapeutes vers une approche unique, comme des experts de leur pratique.

5. Les besoins du patient

Pour la prise en charge de la temporalité circulaire des patients présentant une psychose, les ergothérapeutes ont été interrogés sur l'utilisation de neuf moyens. Le premier est le cadre, lieu et temporalité de prise en charge en ergothérapie, notion plébiscitée par la troisième recommandation du livre blanc « Ergothérapie en santé mentale ».

Les huit autres moyens sont partagés en quatre moyens orientés psychodynamique et quatre autres orientés réhabilitation psychosociale. Les réponses montrent une utilisation partagée et équilibrée des moyens des deux approches (figure 7).

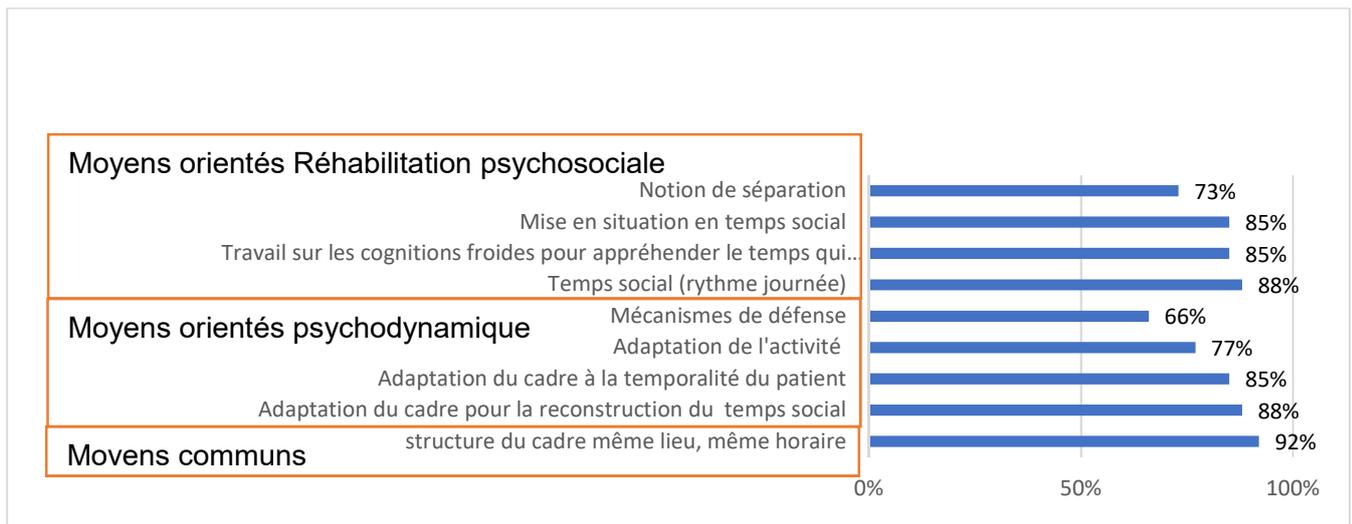


Figure 7 : Taux d'utilisation des moyens en lien avec la temporalité du patient psychotique.

La psychose est une pathologie chronique qui évolue par stades successifs, pas forcément de façon linéaire et quelquefois, des rechutes, des retours à un stade inférieur sont possibles.

Questionnés sur les principaux moyens utilisés selon les phases d'évolution de la psychose, les ergothérapeutes répondants ont évoqué des différences de prise en charge (figure 8).

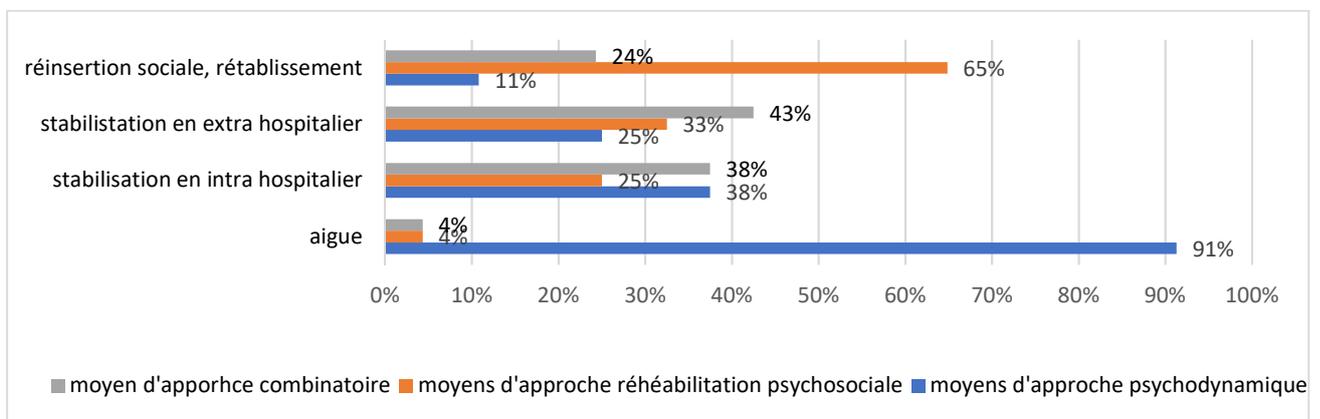


Figure 8 : Taux d'utilisation des moyens selon les phases de la psychose.

En phase aiguë, l'approche psychodynamique est plébiscitée en très grande majorité (91%). Les moyens cités sont les médiations expressive, créative, projective, artisanale, une prise en charge individuelle, les mises en situation d'activité dans un but d'observation et d'évaluation. Est aussi stipulée l'importance à ce stade d'un cadre contenant mais empathique. La phase aiguë est souvent le premier contact avec les soins psychiatriques et il semble primordial de favoriser la création de l'alliance thérapeutique, avec un accueil où l'expression des troubles est possible pour engager une adhésion aux soins. L'utilisation de la création permet l'expression (via le faire) pour favoriser une (ré) intégration dans le réel, la permanence de l'objet, la distinction moi-non moi. Côté

réhabilitation psychosociale, l'outil d'évaluation Eladeb est cité en utilisation avec le patient à cette étape. (Annexe 4)

En phase de stabilisation en intra hospitalier, l'approche combinatoire (psychodynamique et réhabilitation psychosociale - 35%) s'équilibre avec une approche exclusivement psychodynamique (35%). Aux moyens précédemment cités s'ajoutent la remédiation cognitive, les entraînements aux habiletés sociales et la psychoéducation. Côté psychodynamique, les médiations peuvent prendre une dimension plus technique avec des ateliers menuiserie à connotation de travail ou des activités plus verbalisantes comme le collage. La prise en charge évolue vers le groupe pour la socialisation pour le retour vers l'autre ou vers l'extérieur (promenade, courses, bibliothèque). (Annexe 4)

En phase de stabilisation en extra hospitalier, les moyens d'approche combinatoire et de réhabilitation psychosociale deviennent majoritaires par rapport au psychodynamique. Les moyens supplémentaires comportent l'éducation thérapeutique du patient, le travail de métacognition, via des activités de développement de soi. Les activités s'orientent vers la vie quotidienne (courses, trajet, routine, outils d'organisation dans le temps, visite à domicile...) ou vers l'accompagnement vers des logements adaptés. Les médiations utilisées vont favoriser l'expression en groupe, la canalisation, l'apaisement, la prise de plaisir, la revalorisation, la motivation. Les prises en charge se font en groupe restreint ou en individuel pour être au plus près du nouveau projet de vie de chaque patient. (Annexe 4)

En phase de réinsertion professionnelle, les moyens d'approche de réhabilitation psychosociale sont majoritairement cités (65%). En plus de la remédiation cognitive et des habiletés sociales est cité l'accompagnement dans les relations professionnelles, familiales et sociales. Les activités se tournent vers la socialisation avec des actions de bénévolat par exemple, mais surtout ayant du sens pour le patient pour favoriser son engagement et son investissement. L'autonomie devient le maître mot avec l'accès aux organismes de droit commun ou encore les groupes d'entraide mutuelle. L'ergothérapie devient un soutien au projet de vie en s'appuyant sur les ressources du patient pour diminuer/compenser ses difficultés. L'accompagnement est plus ponctuel et peut être fait par téléphone ou à domicile. (Annexe 4)

Cette association des moyens est confirmée par l'affirmation des répondants sur la possibilité de combiner ces pratiques différentes à la fois au même moment (60%) et à des moments différents (77%) pour un même patient.

	OUI
Pratique des deux approches au même moment	60%
Pratique des deux approches à des moments différents de prise en charge	77%

Tableau 9 : Avis des répondants sur les modalités de pratique d'approche combinatoire dans le temps de la prise en charge.

La difficulté pour un ergothérapeute à mettre en œuvre une approche combinatoire au risque de donner une image discontinue de la prise en charge semble écartée. (Question 8/11). (Seulement 6% des répondants sont d'accord avec cette difficulté et 15% plutôt d'accord).

Retour sur l'hypothèse 3 : Les spécificités de la psychose comme l'évolutivité ou sa perception du temps entraînent des attentes, des demandes ou des besoins différents du **patient** psychotique dans le temps de la prise en charge et encouragent cette association dans l'accompagnement par l'ergothérapeute.

Cette hypothèse est validée par le retour d'expérience des ergothérapeutes via les moyens utilisés pour la prise en charge d'un élément spécifique de la psychose, le temps vécu, circulaire. Les retours des ergothérapeutes répondants démontrent une réelle adaptation aux différentes phases de la psychose en combinant à degré variable les deux approches.

PARTIE IV : DISCUSSION

1. Retour sur la problématique

La littérature et le recueil de données complémentaire ont permis de mettre en évidence la possible et effective combinaison des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale pour les ergothérapeutes travaillant auprès de patients présentant une psychose et les facteurs encourageants celle-ci.

Les ergothérapeutes se disent influencés par le contexte sociétal actuel de la santé mentale avec les notions d'handicap psychique, d'empowerment et de rétablissement à visée d'intégration sociale. De manière générale, les approches des institutions et des ergothérapeutes y travaillant sont en adéquation sans que ces derniers ne se sentent influencés dans leurs choix de pratique professionnelle. Cette influence a peut-être lieu

avant, au moment de l'embauche d'un ergothérapeute. En effet, une structure aura tendance à choisir des candidats en adéquation avec leur projet d'accompagnement des patients et inversement.

Les réponses au questionnaire démontrent un intérêt pour une pratique basée sur des connaissances via les demandes de formations exprimées, notamment sur les modèles récents. Les offres de formation continue et, de manière indirecte, l'évolution des enseignements de la formation initiale (au travers des mémoires et des accueils de stage) stimulent et fournissent aux ergothérapeutes les apports théoriques et pratiques pour leur permettre d'évoluer dans leur pratique. La connaissance théorique des approches permet de situer la possible combinaison des approches. En effet, l'approche psychodynamique apporte un accordage, une confiance entre le patient et l'ergothérapeute avec la possible expression des expériences et des ressentis. Cette relation permettra l'acquisition des apprentissages proposés par la réhabilitation psychosociale. Cette combinaison permet de passer de la crise, du mal-être, de l'évènement déclenchant, de l'histoire personnelle, au quotidien relationnel, à la gestion des activités quotidiennes, à l'envie d'une qualité de vie malgré les symptômes chroniques à gérer.

Enfin, la pratique d'une approche combinatoire permet de répondre à l'évolution des besoins du patient en s'adaptant au mieux aux différentes phases de la psychose. Les moyens utilisés issus des deux approches sont combinés à degré variable en fonction de l'état clinique de la psychose et du lieu de prise en charge.

2. Forces et limites de l'étude

En comparaison avec l'article sur l'identité professionnelle de janvier 2018 [68], le lieu d'emploi de l'échantillon des répondants a évolué de l'intra vers l'extra hospitalier. En effet, dans l'article, les unités d'hospitalisation représentaient 55% des structures par rapport aux 25% de cette recherche. Dans les deux études, il est complexe de savoir si l'échantillon est représentatif (130 répondants pour l'article, 48 pour ce travail) mais cette évolution peut expliquer le deuxième phénomène observé. L'article relevait une utilisation de l'approche psychodynamique de 55.7% et de réhabilitation psychosociale de 38.2%, proportion non équivalente à celle de ce travail. (32% pour la réhabilitation psychosociale et 28% pour l'approche psychodynamique). Cette recherche tend à mettre en exergue une approche combinatoire plus présente dans la pratique que ne le laissait présager la lecture de l'article de janvier 2018.

Toutefois, il faut être prudent à la lecture de ces chiffres. Deux tentatives d'explications peuvent être avancées : le sujet du questionnaire a peut-être davantage suscité de réponses de personnes sensibilisées à la question de l'approche combinatoire ou comme le préconisait le livre blanc « Ergothérapie en santé mentale », la profession d'ergothérapeute est en pleine mutation et évolue vers de nouvelles opportunités de lieux de pratique. [24]

Concernant la construction du questionnaire, la formulation des questions a pu manquer de nuances. Par exemple, une réponse avec un niveau d'accord sur les moyens utilisés pour le rapport au temps du psychotique aurait permis une analyse plus fine. La question était construite avec une réponse dichotomique (oui/non). Il a pu exister un biais de positivité qu'une réponse avec un ordre de préférence aurait éliminé. De même, proposer une réponse courte au lieu d'une check-list pour les formations continues a rendu inexploitable les réponses.

Lors de la construction du questionnaire, un souci a été apporté vis-à-vis de son objectivité entre les deux approches. Le pré test a été réalisé auprès de deux ergothérapeutes d'orientation différente dans ce but. Le questionnaire a été construit de manière à isoler ce qui conditionnerait ou non une approche combinatoire. En finalité, les répondants ayant une approche majoritairement combinatoire, le questionnaire aurait pu chercher plus de retours d'expérience sur la manière dont les ergothérapeutes associaient les approches. (Quelles associations d'outils ? Quelles organisations dans la structure ? Au niveau pluridisciplinaire ?)

Enfin, dans un souci de clarté et d'information, un texte précédait le questionnaire pour en expliquer le contexte en citant l'origine du questionnement de la problématique (Livre Blanc d'ergothérapie en santé mentale, Articles d'Ergothérapies de janvier 2018). Il est légitime de se poser la question de l'effet d'un tel cadrage. A-t-il eu une influence sur certains ergothérapeutes à s'engager (ou non) dans le questionnaire ?

3. Perspective

Lors du choix du modèle de Mosey comme modèle chapeau à cette approche combinatoire, la question de l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine s'est posée. Ce modèle via une approche centrée sur l'occupation humaine permet l'évaluation et le maintien de la capacité d'agir à travers la mise en situation d'activité. Il s'attache à définir la participation occupationnelle (traduction du fonctionnement global de la personne et

de son degré d'engagement dans ses occupations). [73] Dans cette recherche, le modèle de Mosey a été privilégié car il permet un lien direct entre les approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale.

L'analyse du questionnaire démontre un intérêt des répondants pour ce modèle aussi bien au niveau pratique qu'au niveau des besoins en formation, intérêt en phase avec l'évolution de l'ergothérapie française vers les sciences de l'occupation. L'utilisation de ce modèle est peut-être une autre manière de sortir de la dichotomie des deux approches selon un autre angle de vue. Mais, cela serait l'objet d'un autre mémoire

CONCLUSION

Cette recherche quantitative, qui s'appuie sur un panel de 48 ergothérapeutes en santé mentale, permet d'obtenir un aperçu, pas nécessairement représentatif d'une pratique combinant approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale.

L'ergothérapeute est un professionnel aux compétences et aux domaines d'exercices multiples. Pour aider la profession à se développer, il semble maintenant nécessaire de fonder ses pratiques sur des modèles, des approches ayant démontré leur efficacité. Redéfinir la pratique pour faire connaître le potentiel permet de participer et d'évoluer avec les multiples changements que connaît la santé mentale aujourd'hui.

Durant mes rencontres en stage avec différents ergothérapeutes, j'ai pu saisir la capacité créative et réactive de cette profession. Par la lecture des articles, j'ai pu approfondir mes connaissances sur les multiples approches conceptuelles, saisir l'importance de les utiliser comme référence et leur imbrication plus ou moins simple selon un regard historique. La confrontation des informations théoriques de la littérature et le retour sur la pratique des ergothérapeutes par l'intermédiaire du questionnaire m'ont permis de percevoir l'ergothérapie comme une profession de santé multi-référencée, formée à différentes approches théoriques lui permettant de s'intégrer, d'échanger et de communiquer au sein d'une équipe.

Avoir des connaissances et une pratique combinatoire est synonyme d'ouverture, d'adaptation. S'essayer à une juste association de théories, de modèles, d'approches, de moyens, d'outils... permet de respecter la singularité de chaque patient et de pouvoir proposer l'accompagnement le plus adéquat, cela en santé mentale comme dans tous les autres domaines d'activités de l'ergothérapie.

BIBLIOGRAPHE

- 1 Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. [en ligne]. http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf . Consulté le 25/04/2019
- 2 Klein F. Préambule. In : Klein F. Être ergothérapeute en psychiatrie. Toulouse : Eres ; 2014, 9-15.
- 3 Mattei PO. Ergothérapie et psychiatrie. La lettre du psychiatre. 2008 ; 4 (5) : 134-138.
- 4 Klein A. Petite histoire de la prise en charge psychiatrique. Gestions hospitalières. 2018 ; 572 : 37-41.
- 5 Rose N. Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. Sociologie et sociétés. 2006 ; 38 (2) : 113-131.
- 6 Hermann S. Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique. 1929. [en ligne]. <http://www.dimensionsdelapsychanalyse.org/wp-content/uploads/2017/10/Hermann-Simon-Une-th%C3%A9rapeutique-plus-active-%C3%A0-lh%C3%B4pital-psychiatrique.pdf>. Consulté le 02/01/2019
- 7 Tosquelles F. Le travail thérapeutique en psychiatrie. 2^e édition. Toulouse : Eres ; 2009, 162 p.
- 8 Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. L'information psychiatrique. 2008 ; 84 : 907-912.
- 9 Meunier-Schoen P. De mémoire d'ergothérapeute : l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, une démarche engagée de l'ergothérapeute. In : Klein F. Être ergothérapeute en psychiatrie. Toulouse : Eres ; 2014, 41-53.
- 10 Cemea. Mieux nous connaître. Histoire des Cemea. 1944-1969. [En ligne]. <https://www.cemea.asso.fr/spip.php?article952>. Consulté le 13 janvier 2019.
- 11 Altobelli A. Frattiniv. Chaperot C. Psychothérapie institutionnelle, remédiation cognitive et organisation sectorielle : l'expérience du secteur G06 d'Abbeville. L'information psychiatrique. 2018 ; 94 (1) : 7-12.
- 12 Gable G. Naissance de l'ergothérapie. In : Caire JM. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. 2^e édition. Bruxelles : De boeck Solal ; 2013, 83-99.
- 13 Klein F. Le moindre des soins. In : Klein F. Être ergothérapeute en psychiatrie. Toulouse : Eres ; 2014, 19-38.
- 14 Anthony W. Liberman R. The practice of psychiatric rehabilitation : Historical, conceptuel and reseearch base. Schizophrenia bulletin. 1986 ; 12(4) : 542-558.
- 15 Franck N. Introduction : où en est la réhabilitation psychosociale en France ? In : Franck N. Traité de Réhabilitation psychosociale. Issy les Moulineaux : Elsevier ; 2018, 1-6.
- 16 Franck N. Réhabilitation psychosociale. Des outils thérapeutiques pour favoriser le rétablissement. Gestions Hospitalières. 2018 ; 572 : 51-53.

- 17 Combes C. L'ergothérapie, une valeur thérapeutique pour les sujets que nous accompagnons : partage d'une pratique. Ergothérapie. 2005 ; 20 : 21-28.
- 18 Leclerc C. Lecomte T. Interventions de pointe en réadaptation psychiatrique. In : Leclerc C. Lecomte T. Manuel de Réadaptation psychiatrique. 2^e édition. Presse de l'université du Québec ; 2012, 2-4.
- 19 Postel J. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Paris : Larousse ; 1993, 630p.
- 20 Gimenez G. Pedinielle JL. Les psychoses de l'adulte. 2^e édition. Barcelone : Armand Colin ; 2009, 120 p.
- 21 American psychiatric association. Mini DSM-5 critères diagnostiques. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson ; 2016, 348p.
- 22 d'Amato T. Saoud M. La schizophrénie de l'adulte. Des causes au traitements. Paris : Masson ; 2006, 230p.
- 23 Sement D. Le modèle psychodynamique. Ergothérapie. 2016 ; 62 : 43-48.
- 24 Riguet K et al. Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspective. GRESM. ANFE ; 2016, 62p.
- 25 Barthélémy S. Vollon C. Le temps vécu dans la psychose : un rythme circulaire. Santé mentale. 2013 ; 181 : 14.
- 26 Barthélémy S. Bilheran A. Pedinielle JL. La temporalité dans la psychose : une temporalité mythique ? Rythmicité circulaire et sacralité. L'évolution psychiatrique. 2008 ; 73 : 629-638.
- 27 Laugier F. Toliou A. Penser les soins spécifiques des patients psychotiques institutionnalisés au long cours. Médecine et Hygiène/psychothérapies. 2003 ; 29 : 175-196.
- 28 Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. 2^e Edition. Paris : Deboeck ; 2017, 261p.
- 29 Mosey AC. Theoretical frames of reference. In Mosey AC. Three frames of reference for mental health. Ninth printing. Thorofare, New Jersey USA : Charles B. Stack Inc. ; 1982, 5-27.
- 30 Platz F. Comment les modèles influent sur notre pratique. In : Caire JM. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. 2^e édition. Bruxelles : De boeck Solal ; 2013, 121-125.
- 31 Ikiugu MN. Smallfield S. Condit C. A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. Revue canadienne d'ergothérapie. 2009 ; 76 : 162-170.
- 32 Castano D. Morel Bracq MC. Zuna A. Quels modèles peuvent guider une pratique en ergothérapie auprès de personnes dépressives en psychiatrie institutionnelle ? Ergothérapie. 2016 ; 49 : 49-56.
- 33 Donaz M. Gestes et représentation de soi. Ergothérapie. 2005 ; 20 : 5-12.

- 34 Clavreul H. Launois M. Pour une ergothérapie intégrative : entre intérieur et extérieur. Ergothérapie. 2018 ; 66 : 7-17.
- 35 Botokbo r. A travers ses lieux d'exercices et modèles de pratiques, une histoire de l'ergothérapie pour poser les bases de son épistémologie. Ergothérapie. 2006 ; 21 : 5-13.
- 36 Pawar P. Psychodynamic Frame of reference. [En ligne]. <https://occupationaltherapyot.com/psychodynamic-frame-reference/> Consulté le 30 janvier 2019.
- 37 Dalmazir D. Spécificité de l'ergothérapie pour des patients psychotiques de longue évolution : le ciel bleu de Mary. Journal d'Ergothérapie. 1996 ;18(3) :109-120.
- 38 Sansberro C. Psychose : la réalité, l'ergothérapeute et le miroir. In : Klein F. Être ergothérapeute en psychiatrie. Toulouse : Eres ; 2014, 235-243.
- 39 Simmonet-Guéréau B. Construire la relation en ergothérapie. Une histoire d'attachement. In : Klein F. Être ergothérapeute en psychiatrie. Toulouse : Eres ; 2014, 193-219.
- 40 Arnaud C. Bernard Granger C. Fallissard M Jouan C. Montanier M. Nicolas C. Peulmeule L. Van der Becken. Ergothérapie et santé mentale : réflexions d'un groupe de travail. Journal d'Ergothérapie. 1994 ; 16(4) : 157-162.
- 41 Donaz M. L'argile : matière à créer, matière à symboliser, matière à se recentrer. Ergothérapie. 2003 ; 11 : 31-41.
- 42 Philippe I. De la reliure en psychiatrie, une voie vers la revalorisation. Une expérience en ergothérapie dans une institution de la MGEN. Journal d'Ergothérapie. 1998 ; 20(4) : 163-179.
- 43 Manidi MJ Ergothérapie comparée en santé mentale. Lausanne : ESEEP ; 2005, 345p.
- 44 Da Silva K. L'ergothérapie dans le processus de réhabilitation. Ergothérapie. Juin 2005 ; 18 : 43-52.
- 45 Da Silva K. L'ergothérapie : au cœur de la réadaptation. In : Hernandez H. Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation. Marseille : Solal ; 2007,177-189.
- 46 Lemarié K. Atelier de préparation à la réadaptation : handicap psychique et vie quotidienne : l'atelier de réadaptation psychosociale. Ergothérapie. Décembre 2012 ; 48 : 11-18.
- 47 Coutanceau R, SmithJ. Psychothérapie et éducation : La question du changement. Paris : Dunod ; 2015, 361p.
- 48 Franck N. Morin L. Valeurs de la réhabilitation psychosociale. In : Franck N Traité de Réhabilitation psychosociale. Issy les Moulineaux : Elsevier ; 2018, 16-25.
- 49 Person Yann. L'accompagnement en santé mentale, un enjeu de la réhabilitation sociale en psychiatrie : Journées européens d'ergothérapies Paris 11 et 12 juin 2009. Ergothérapie. 2010 ; 38 : 5-10.
- 50 Lepine C. La réhabilitation psychosociale en secteur médico-social. Ergothérapie. 2018 ; 68 : 39-47

- 51 Lloyd C. Waghorn G. Williams PL. Harris MG. Capra C. Early psychosis : treatment issues and the role of occupational therapy. *British Journal of occupational therapy*. 2008 ; 71 : 297-304.
- 52 Launois M. Activités ou médiations : Comment une activité ou une médiation peuvent-elles être ou devenir thérapeutiques ? *Ergothérapie*. 2018 ; 68, 31-38.
- 53 Person Y. Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action. In : Hernandez H. *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal ; 2007, 169-175.
- 54 Koubichkine A. Schoendorff M. Psychoéducation dans les troubles bipolaires et apparentés. In : Franck N. *Traité de Réhabilitation psychosociale*. Issy les Moulineaux : Elsevier ; 2018, 506-519.
- 55 Laulan L. La réinsertion sociale des patients psychotique. In : Hernandez H. *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal ; 2007, 177-189.
- 56 Hernandez H. Préface In : Hernandez H. *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. Marseille : Solal ; 2007, 7-8.
- 57 Morel Bracq MC. Le modèle de Mosey. In : Morel Bracq MC. *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. Paris : De Boeck ; 2009, 153-156.
- 58 Hachey R. Bougie C. Ladouceur D. Morin C. Phaneuf C. La thérapie par l'activité de A.C. Mosey (description et application). *Santé mentale au Québec*. 1981 ;1(6) : 45-60.
- 59 Krzyzaniak P. Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation. [en ligne]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01775336/document>. Consulté le 21 janvier 2019.
- 60 Pomini V. Bonsack C. Modèles théoriques du rétablissement. In : Franck N *Traité de Réhabilitation psychosociale*. Issy les Moulineaux : Elsevier ; 2018, 55-63.
- 61 Koenig Flahaut M. Castillo MC. Blanchet A. Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*. 2011 ; 514 : 339-346.
- 62 Coumeff S. Une définition de l'ergothérapie. *Ergothérapie*. 2006 ; 21 :53-54.
- 63 Martindale B. Summers A. The psychodynamics of psychosis. *Psychiatric treatment*. 2013 ; 19 : 124-131.
- 64 Deny D. Carnet de voyage en appartement thérapeutique. In : Klein F. *Être ergothérapeute en psychiatrie*. Toulouse : Eres ; 2014, 139-149.
- 65 Lascaux F. Un grain de sable bloque la machine psychique : aventure clinique et théorique. In : *Expérience en ergothérapie*. 22ème série. Montpellier : Sauramps Médical ; 2009, 233-240.
- 66 Martin B, Franck N, Cermolacce M, Falco A, Benair A, Etienne E, et al. Fragile temporal prediction in patients with schizophrenia is related to minimal self disorders. *Scientific Reports*. 2017; 7(8278) : 1-10.

67 Morel MC, Burgess K, Cirtautas A, Ferreira M, May G, Ellingham B, Randlow B. Evolution de l'enseignement de l'analyse d'activité en ergothérapie en France et en Europe. Ergothérapie. 2006 ; 21 : 21-31.

68 George M. Vivier L. L'ergothérapie en santé mentale en France : qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Ergothérapie. 2018 ; 68 : 19-30.

69 Makdisi L. Blank A. Bryant W. Andrews C. Franco L Parsomage J. Facilitators and barriers to living with psychosis : an exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. British Journal of Occupational Therapy. 2013 ; 76 9 : 418-426.

70 Guillez P. Tétrault S. Appropriation d'une terminologie scientifique In : Guillez P. Tétrault S. Guide pratique de recherche en réadaptation. Louvain la neuve : De Boeck Supérieur ; 2014, 50-68.

71 Vilatte JC. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. [en ligne]. http://ins.dev-projet.com/sites/default/files/pdf_actualites/vilatte-methodologie-enquete-questionnaire.pdf. Consulté le 18 février 2019.

72 Blais S. Michaud B. Tétrault S. Elaboration d'un questionnaire In : Guillez P. Tétrault S. Guide pratique de recherche en réadaptation. Louvain la neuve : De Boeck Supérieur ; 2014, 247-268.

73 Riou G. Réhabilitation : évaluer le profil occupationnel. Santé Mentale. 2018 ; 228 : 20-25.

Annexes

Annexe 1 : Proposition de lecture des activités en ergothérapie	I
Annexe 2 : Construction du questionnaire : élaboration les questions	II
Annexe 3 : Questionnaire	V
Annexe 4 : Résultats des questionnaires répondant aux critères d'inclusion	XI

Annexe 1 : Proposition de lecture des activités en ergothérapie

Dans son article « De mémoire d'ergothérapeute : l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, une démarche engagée de l'ergothérapeute », P Meunier Schoen propose une lecture des activités en ergothérapie.

« Pour pouvoir se déployer, les processus de symbolisation ont besoin de rencontrer une matérialité qui leur résiste et c'est en s'étayant sur une matière, tout en s'opposant à elle, qu'un symbole est réellement en mesure de prendre forme. Dans toute activité de liaison, la psyché doit soumettre ses réalités à l'épreuve de la réalité » [9].

Le matériau s'adapte à « l'agir » du patient : activité d'expression directe (dessin, peinture, modelage ...)	L'agir du patient s'adapte au matériau : activités artisanales nécessitant un apprentissage (menuiserie, cuir, tissage, macramé, etc.)	L'agir du patient s'inscrit dans un projet social : activités « complexes » associés à un projet social (journal, cuisine, etc.)
Particularités : Travail corporel plus que moteur. Matériau avec peu de contraintes. Contact direct avec la matière. Facilité d'emploi. Espace-temps modulable. Pas/peu d'outils nécessaires. Peu ou pas d'apprentissage. Représentation d'idées.	Particularités : Travail plus moteur que corporel. Matériaux avec contraintes. Différentes étapes dans la construction. Ordre chronologique dans l'espace-temps. Manipulations d'outils. Temps d'apprentissage. Elaboration d'un projet et construction d'objets.	Particularités : Travail pratiqué en groupe, corps groupal. Nécessité d'organisation, de planification. Enchaînement de séquence. Alternances de moments créatifs et de contraintes. Ordre chronologique dans l'espace-temps. Partage des actions.
Travail autour de : Imaginaire / imagination / affectivité / sensorialité. L'identité et la symbolisation en question. Activités pouvant être considérées comme ludiques ou constitutives de l'être.	Travail autour de : Capacités / Réalité / Entraînement des fonctions cognitives / Tolérance à la frustration. Endurance. Les capacités en question. Activités pouvant être considérées comme récréatives ou contraignantes comme constitutive du faire.	Travail autour de : Communication et rôle social. Positionnement. Réadaptation. L'intégration sociale en question. Activités socialisantes pouvant être considérées comme constitutives d'une appartenance sociale.
Posture de l'ergothérapeute : travailler à la verbalisation de la représentation.	Posture de l'ergothérapeute : travailler à la verbalisation des difficultés.	Posture de l'ergothérapeute : travailler à la verbalisation du vécu ici et maintenant.

Annexe 2 : Construction du questionnaire : élaboration les questions

POUR MEMOIRE :

Type d'indicateur

Un indicateur nominal : les modalités de réponses sont distinctes et pourraient être proposées dans n'importe quel ordre. Il suffit de compter le nombre de choix de chaque modalité. Si uniquement deux variables existent, on dit qu'elles sont dichotomiques. Exemple : oui/non ou l'année du diplôme. L'analyse se fait par fréquence ou pourcentage.

Un indicateur ordinal : un ordre existe entre les modalités de réponse, et celles-ci forment un ensemble de classes ordonnées. A nouveau, on compte la distribution des modalités. Exemple : degré d'accord avec une proposition. L'analyse se fait par ordre d'importance, par rang percentile.

Type d'information recherchée

Une information de comportement : les comportements englobent tout ce que les gens font.

Une information d'attitude : les attitudes correspondent à ce que les gens veulent faire, leur intention.

Une information de croyance : Les croyances représentent ce que les gens considèrent comme vrai ou authentique. Elles servent à révéler les perceptions des gens sur leur réalité.

Une affirmation d'attribut : Les attributs correspondent aux caractéristiques des répondants personnelles ou démographiques.

Critères de sélection	Indicateurs	Opérationnalisation	Type d'indicateur	Type d'information recherchée	Analyse	Numéro de la question
Inclusion/exclusion des répondants	Ergothérapeute	Question fermée dichotomiques : oui/nom	Nominal	Attribut des répondants	Fréquence, pourcentage	Partie 1 Q 1 sur 6
	Cadre	Question fermée dichotomiques : oui/nom	Nominal	Attribut des répondants	Fréquence, pourcentage	Partie 1 Q 2 sur 6
	Prise en charge de patient psychotique	Question fermée dichotomiques : oui/nom	Nominal	Attribut des répondants	Fréquence, pourcentage	Partie 1 Q 3 sur 6

Caractéristique des répondants	Indicateurs	Opérationnalisation	Type d'indicateur	Type d'information recherchée	Analyse	Numéro de la question
	Type de structure (intra/extra hospitalier)	Question fermée avec 13 choix de réponses (choix multiples)	Nominal	Comportement	Fréquence, pourcentage, nombre de fois citées	Partie 1 Q 4 sur 6
	Orientation de l'ergothérapeute questionné	Question fermée avec 4 choix de réponses (choix multiples)	Nominal	Comportement	Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q4 sur 11
	Vocabulaire utilisé pour la description de la mission	Question ouverte	Courte réponse	Comportement	Regroupement par thème. Nombre de fois citées	Partie 3 Q1 sur 11

Opérationnalisation des variables, type d'information recherchée, analyse

Variable indépendante	Indicateurs	Opérationnalisation	Type d'indicateur	Type d'information cherchée	Analyse	Numéro de la question
<u>Hypothèse 1 :</u> Contexte professionnel et sociétal	Orientation de pratique de l'institution, de la structure (psychodynamique, réhabilitation, autre, ...)	Question fermée dichotomiques sur l'orientation de la structure : oui/nom	Nominal	Comportement	Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q 5 sur 11
	Incitation de la structure sur le choix d'une pratique par le répondant	Question fermée dichotomique sur l'incitation de l'attribut avec deux choix de réponse	Nominal	Croyance	Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q 6 sur 11
	Incitation du contexte sociétal vers l'inclusion sur le choix d'une pratique par le répondant	Question fermée dichotomique sur l'incitation de l'attribut avec deux choix de réponse	Nominal	Croyance	Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q 7 sur 11

Variable indépendante	Indicateurs	Opérationnalisation	Type d'indicateur	Type d'information cherchée	Analyse	Numéro de la question
<u>Hypothèse 2 :</u> Evolution de l'ergothérapie en santé mentale	Formation initiale Année d'obtention du diplôme d'Etat	Question fermée	Nominal	Attribut	Fréquence, pourcentage	Partie 2 Q 1 sur 4
	Formation continue réalisée	Question ouverte	Courte réponse	Comportement	Regroupement par thème. Fréquence, pourcentage	Partie 2 Q2 sur 4 Q3 sur 4
	Demande de formation	Question ouverte	Courte réponse	Attitude	Regroupement par thème. Fréquence, pourcentage	Partie 2 Q4 sur 4
	Perception par l'ergothérapeute de l'approche combinatoire	Question fermée avec échelle d'attitude (échelle de Likert à 5 niveaux)	Ordinale	Croyance	Rang percentile	Partie 3 Q8 sur 11
	Perception par l'ergothérapeute des principes du modèle de Mosey	Question fermée avec échelle d'attitude (échelle de Likert à 5 niveaux)	Ordinale	Croyance	Rang percentile	Partie 3 Q 9 sur 11
	Modalité d'une approche combinatoire au sein d'une équipe	Question fermée dichotomique sur la répartition entre professionnels des approches différentes	Nominal	Croyance	Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q10 sur 11
<u>Hypothèse 3 :</u> Les besoins du patient	Orientation des moyens utilisés pour la prise en charge de l'évolutivité de la maladie	Question ouverte	Courte réponse	Comportement	Regroupement par thème. Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q2 sur 11
	Orientation des moyens utilisés pour la prise en charge du temps vécu	Question fermée avec 9 choix de réponses (choix multiples)	Nominal	Comportement	Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q3 sur 11
	Choix d'une approche par rapport à la temporalité de prise en charge	Question fermée dichotomique sur la pratique simultanée des approches différentes	Nominal	Croyance	Fréquence, pourcentage	Partie 3 Q10 sur 11

Annexe 3 : Questionnaire

Les champs de la psychiatrie et de la santé mentale sont en pleine mutation. Cette évolution invite les ergothérapeutes à questionner leur pratique. L'ergothérapie n'a eu de cesse de s'adapter à l'environnement institutionnel, sociétal et législatif pour répondre au mieux aux préoccupations actuelles de la santé mentale

Dans le cadre de mon mémoire de 3^e année d'ergothérapie au sein de l'IFE de Loos (59 – Nord), je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur le thème de l'approche combinatoire de plusieurs courants de pensée.

Plus spécifiquement, l'enquête sera ciblée sur la prise en charge de patients présentant une psychose et l'utilisation des approches psychodynamique et de réhabilitation psychosociale.

Le questionnaire est composé de 6 questions sur votre activité actuelle, 4 questions sur votre formation et enfin 11 questions sur le thème du mémoire pour une durée de 15 minutes environ. Il s'agit d'un auto-questionnaire. Il est anonyme.

Il est disponible en version interactive à l'adresse : <https://goo.gl/forms/IKd7DmWL8LUbEFGD3>

Afin de pouvoir traiter au mieux les données recueillies, votre participation au questionnaire est souhaitée avant le 12 avril 2019.

Par avance, je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon étude ainsi que votre implication.

Pour toutes questions ou remarques, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse mail suivante : v.souflet@orange.fr

Merci,

Valérie Souflet

Votre activité actuelle (6 questions) :

Q 1 sur 6 : Etes-vous ergothérapeute en psychiatrie/santé mentale ?

OUI	NON

Q 2 sur 6 : Etes-vous cadre de santé ?

OUI	NON

Q 3 sur 6 : Accueillez-vous des patients atteints d'une psychose ?

OUI	NON

Q 4 sur 6 : Dans quel(s) type(s) de structure travaillez-vous actuellement ?

Nom de structure	
Unité d'hospitalisation	
Hôpital de jour	
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	
Ateliers thérapeutiques	
Foyer de vie / Maison d'accueil spécialisée	
Centre médico-psychologique	
Service d'accompagnement à domicile (SAMSAH, SAVS, SAISIC)	
Carcéral/ Unité d'hospitalisation spécialement aménagée	
Unité pour malades difficiles (UMD)	
Unité de réhabilitation psychosociale	
Addictologie	
Libéral	
Equipe mobile	

Autres :

Q 5 sur 6 : Depuis combien de temps y travaillez-vous ?

Réponse :

Q 6 sur 6 : Quelles sont vos éventuelles autres expériences en psychiatrie ?

Réponse :

Votre formation (4 questions)

Q 1 sur 4 : Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

Année :

Q 2 sur 4 : Depuis votre sortie de l'Institut de Formation en Ergothérapie, avez-vous suivi des formations ? (Formation ANFE, formation professionnelle, Diplôme universitaire, développement, ...)

Réponse :

Q 3 sur 4 : Avez-vous d'autres qualifications/diplômes/certifications que le diplôme d'Etat en Ergothérapie ?

Réponse :

Q 4 sur 4 : Quelles sont vos besoins ou demandes actuelles de formation (en lien avec la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie) ?

Réponse :

La prise en charge de patients présentant une psychose (11 Questions)

Q1 sur 11 : Comment présenteriez-vous votre mission/rôle auprès d'un patient présentant une psychose ?

Réponse :

Q2 sur 11 : Comment prenez-vous en charge les différentes phases de la maladie ?

Indiquez-le ou les principaux moyens utilisés par phase. Par exemple, médiation expressive, artisanale, mise en situation de vie quotidienne, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, entraînement aux habiletés sociales, OU aucun en cas de phase non prise en charge dans votre mission.

PHASES	MOYENS
En phase aiguë	
En phase de stabilisation en intra hospitalier	
En phase de stabilisation en extra hospitalier	
En phase de ré insertion sociale, rétablissement	

Q3 sur 11 : Quels moyens utilisez-vous pour prendre la charge la temporalité circulaire du patient présentant une psychose ? (Rechute, patients institutionnalisés hors du temps social, rituels, répétitions, absence de repère temporel, angoisse de la mort)

MOYENS	UTILISATION	
	OUI	NON
Structure du cadre : même lieu, même horaire		
Adaptation du cadre à la temporalité du patient. Ex temps d'accueil, du choix, d'action, d'expression, de clôture.		
Adaptation de l'activité au temps nécessaire à la reconstruction psychique. Ex : activité avec plus ou moins d'étapes (modelage versus couture)		
Travail sur la notion de séparation (sortir de la psychiatrie)		
Travail sur le temps social (repères dans le déroulé d'une année, connaissance de la date, rythme d'une journée)		
Travail sur les mécanismes de défense (adhésivité, rituels, obsessions, entêtement) et en favoriser la compréhension pour réduire leur apparition et permettre la mise en action lors de l'activité		
Travail sur les capacités cognitives froides (mémoire, attention, planification, organisation) pour une meilleure capacité à appréhender le temps qui passe		
Mise en situation incluant une notion de temps (se rendre à un rendez-vous à l'heure, utiliser les transports en commun, ...)		
Adaptation du cadre au temps nécessaire pour le patient à reconstituer du lien social (estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle avant d'aller vers les autres)		

Q4 sur 11 : Avez-vous une orientation de pratique :

NOM DE L'ORIENTATION	OUI	NON
Psychodynamique		
Réhabilitation psychosociale		
Systémique		
Occupation humaine		

Autres :

Q 5 sur 11 : Est-ce que l'institution dans laquelle vous travaillez a une orientation de pratique :

NOM DE L'ORIENTATION	OUI	NON
Psychodynamique		
Réhabilitation psychosociale		
Systémique		
Occupation humaine		

Autre

Q 6 sur 11 : Est-ce que les orientations de pratique de votre institution vous incitent à choisir une approche ?

L'ORIENTATION DE VOTRE INSTITUTION	OUI	NON
Vous incite à choisir une approche		
Vous incite à intégrer d'autres approches que celle que vous pratiquez		

Q 7 sur 11 : Est-ce que l'évolution de la santé mentale vers une réinsertion sociale et une inclusion des patients présentant une psychose vous incite à choisir une approche ?

EVOLUTION DE LA SANTE MENTALE	OUI	NON
Vous incite à choisir une approche		
Vous incite à intégrer d'autres approches que celle que vous pratiquez		

Q8 sur 11 : Répondez à la question en cochant 1 case par ligne pour indiquer votre avis avec la proposition

Selon vous, une approche combinatoire des orientations psychodynamique et de réhabilitation psychosociale :	D'accord	Plutôt d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
Est difficile à mettre en œuvre pour un même patient (risque de donner une image discontinue de la prise face au patient)					
Est complexe à mettre en œuvre pour un même ergothérapeute (fondements théoriques difficilement compatible en une pratique)					
N'est pas possible					
Permet la continuité du suivi des patients hors de l'atelier (structure extra hospitalière, médico-sociale, domicile, suivi ambulatoire, ...)					
Permet une meilleure adaptation de la prise en charge à chaque patient					
Est une opportunité pour intervenir de manière précoce sur les fonctions cognitives déficitaires avec la remédiation cognitive en complément de la médiation psychodynamique pour faciliter l'observance du traitement et l'acceptation de la maladie durant le temps d'hospitalisation.					
Est une opportunité de continuer le soutien à l'expression et à l'élaboration psychique par des médiations artistiques à l'extérieur (ambulatoire, à					

domicile) lorsque le « savoir-faire » ne peut s'exprimer					
Permet une pratique à la fois sur le versant intrapsychique et vers l'accompagnement social					
Permet d'avoir plusieurs outils pour répondre aux différentes phases de la psychose (aigue, stabilisation, réinsertion)					
Permet de pouvoir s'inspirer des différentes théories ou pratiques pour comprendre la complexité de la psychose dans l'accompagnement du patient.					
Permet de s'intégrer plus facilement dans un suivi médico-social					
Permet une approche singulière de l'ergothérapie par rapport à d'autres professionnels					
Facilite l'utilisation d'un vocabulaire commun avec l'équipe pluridisciplinaire et la coopération entre professionnels.					

Q 9 sur 11 : Répondez à la question en cochant 1 case par ligne pour indiquer votre avis avec la proposition

Selon vous, en généralité, une pratique combinatoire des orientations psychodynamique et de réhabilitation psychosociale pour une prise en charge en ergothérapie	D'accord	Plutôt d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
Permet de combiner trois cadres : analytique, développemental (inné) et cognitivo-comportemental (acquis)					
Permet de proposer aux patients présentant une psychose des expériences pour développer des aspects intrapersonnels, interpersonnels, sociaux et les interactions avec son environnement					
Permet d'intervenir sur le fonctionnement cognitif, psychologique et d'interaction sociale					
Favorise l'adaptation psychosociale du patient					
Permet d'aborder l'ensemble des incapacités des patients présentant une psychose (planification, interaction, gestion des émotions, reconnaissance du plaisir)					
Permet d'aborder les interactions familiales, les activités de la vie quotidiennes, l'école/travail, les loisirs, l'adaptation temporelle					

Q 10 sur 11 : Selon vous, quelles sont les meilleures modalités de mise en œuvre de cette approche combinatoire pour un même patient

Au niveau de l'équipe

	OUI	NON
Par le même ergothérapeute :		
Par des ergothérapeutes différents :		
Par des professionnels différents : ergothérapeute/psychologue par exemple.		

Au niveau du planning de prise en charge du patient

	OUI	NON
Pratique des deux approches au même moment		
Pratique des deux approches à des moments différents de prise en charge		

Q11 sur 11 : Selon vous, quelle est la limite d'une prise en charge en ergothérapie :

APPROCHES	LIMITES
Psychodynamique ?	
Réhabilitation psychosociale ?	
Combinant les deux approches ?	

Commentaires :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire et d'avoir ainsi participé à la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Pour toutes questions ou remarques, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse mail suivante : v.souflet@orange.fr

Annexe 4 : Résultats des questionnaires répondant aux critères d'inclusion

Présentation des résultats des 48 questionnaires intégrés dans la recherche.

Partie 1 - Activité actuelle (6 questions) :

Q 1 sur 6 : Etes-vous ergothérapeute en psychiatrie/santé mentale ?

OUI	NON
48	0
100%	0%

Q 2 sur 6 : Etes-vous cadre de santé ?

OUI	NON
0	48
0%	100%

Q 3 sur 6 : Accueillez-vous des patients atteints d'une psychose ?

OUI	NON
48	0
100%	0%

Q 4 sur 6 : Dans quel(s) type(s) de structure travaillez-vous actuellement ?

Structures	Nombre de fois citées	Pourcentage
Unité d'hospitalisation	22	25%
Hôpital de jour	15	20%
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	15	17%
Unité de Réhabilitation psychosociale	12	14%
Ateliers thérapeutiques	7	8%
Foyer de vie / Maison d'accueil spécialisée	1	1%
Centre médico psychologique	5	6%
Service d'accompagnement à domicile	2	2%
Addictologie	3	3%
Equipe mobile	3	3%
Carcéral/ Unité d'hospitalisation spécialement aménagée	0	
Unité pour malades difficiles (UMD)	0	
Libéral	0	
Total	88	100 %

Q 5 sur 6 : Depuis combien de temps y travaillez-vous ?

Années	De 0 à 1 an	De 2 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 15 ans	De 16 à 20 ans	De 21 à 30 ans	De 31 à 40 ans
Nombre de fois citées	5	18	9	9	3	3	1

L'ancienneté moyenne dans le poste actuel est de 8.5 années.

Q 6 sur 6 : Quelles sont vos éventuelles autres expériences en psychiatrie ?

Structures	Nombre de fois citées	Pourcentage
Unité d'hospitalisation	18	31%
Hôpital de jour	6	10%
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	5	8%
Unité de Réhabilitation psychosociale	0	
Ateliers thérapeutiques	1	2%
Foyer de vie / Maison d'accueil spécialisée	4	7%
Centre médico psychologique	1	2%
Service d'accompagnement à domicile	1	2%
Addictologie	1	2%
Equipe mobile	2	3%
Carcéral/ Unité d'hospitalisation spécialement aménagée	1	2%
Gérontopsychiatrie	1	2%
Pédopsychiatrie	2	3%
Stage	4	7%
Aucune	10	17%
Pas de réponse	2	3%
Total	59	100%

Partie 2 - Formation (4 questions)

Q 1 sur 4 : Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

Années	2018	De 2014 à 2017	De 2008 à 2013	De 2003 à 2007	De 1998 à 2002	De 1987 à 1997	De 1977 à 1986 ans
Nombre d'ergothérapeutes	1	9	9	11	8	5	5

L'année moyenne d'obtention de diplôme est 2004, soit une ancienneté moyenne dans l'ergothérapie de 15 ans.

Selon les arrêtés de DE	DE de 1971	DE de 1990	DE de 2010
Nombre d'ergothérapeutes	6	28	14

Q 2 sur 4 : Depuis votre sortie de l'Institut de Formation en Ergothérapie, avez-vous suivi des formations ? (Formation ANFE, formation professionnelle, Diplôme universitaire, développement ...)

Les réponses à cette question sont difficilement exploitables.

Q 3 sur 4 : Avez-vous d'autres qualifications/diplômes/certifications que le diplôme d'Etat en Ergothérapie ?

Formation	Nombre d'ergothérapeutes
Formation en lien avec l'approche psychodynamique	
DU psychothérapie institutionnelle	1
Deug psychologie	1
Master 2 psychologie	1
DU art thérapie	1
Sophrologie	1
Gestalt thérapie	1
Musicothérapie	1
Formation en lien avec l'approche de réhabilitation psychosociale	
ETP	4
DU remédiation cognitive	2
TOTAL	13

Q 4 sur 4 : Quelles sont vos besoins ou demandes actuelles de formation (en lien avec la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie) ?

Besoins en formation	Nombre de fois cités	Pourcentage
Réhabilitation psychosociale	6	13%
Entraînement aux habiletés sociales	1	2%
Remédiation cognitive	5	10%
Education Thérapeutique du Patient	1	2%
Réinsertion professionnelle	1	2%
MOH, MCRO, MOHOST	12	25%
Evaluation de l'adulte en santé mentale (ANFE)	5	10%
Psychanalyse	1	2%
Médiations	2	4%
Batterie d'Azima (médiations projectives)	1	2%
Psychologie	1	2%
Relaxation	2	4%
Pleine Conscience	1	2%
Hypnose	2	4%
Systemie	1	2%
Entretien motivationnel	1	2%
Aucune	5	10%
Total	48	

Partie 3 - La prise en charge de patients présentant une psychose (11 Questions)

Q1 sur 11 : Comment présenteriez-vous votre mission/rôle auprès d'un patient présentant une psychose ?

Réponse :

Je leur explique que mon objectif est que nous travaillions en collaboration afin qu'il connaisse au mieux sa maladie et qu'il gagne en qualité de vie, qu'il satisfasse des besoins qui sont significatifs intrinsèquement pour lui
Favoriser les relations sociales, la valorisation, l'expression... Stimuler les fonctions cognitives, la créativité, l'utilisation du corps, l'autonomie... Favoriser la prise de conscience des troubles, des difficultés, des capacités, l'adhésion aux soins, l'observance du ttt... Travailler ce que la personne a besoin de travailler =)
Travail autour de :: continuité psychique ; permanence de l'objet ; distinction moi/non moi ; principe de réalité ; habiletés sociales ; élaboration psychique ; etc.
L'accompagner vers la plus grande autonomie au quotidien, sur les plans social, professionnel, personnel
Ma mission est d'apprendre à mieux se connaître travailler sur les connaissances sur les signes annonciateurs de rechute. Travailler la sociabilisation. Et sur les déficits dysexécutifs
Accompagnement du projet de vie, notamment concernant le retour à l'emploi, en mettant en place les conditions optimales de réussite, de manière individualisée en fonction des besoins et souhaits de chacun, cet accompagnement peut être de l'information afin de faire des choix éclairés ou de l'accompagnement physique sur des rendez-vous, il peut également consister en des aides à l'organisation du projet
Entrer en relation pour accueillir la souffrance du patient et pouvoir élaborer et accompagner la personne dans un projet défini ensemble
Gain d'autonomie dans la vie quotidienne
Mes missions au sein d'un SAMSAH sont de pouvoir l'accompagner dans l'élaboration et la réalisation de son projet de vie (professionnel, personnel, social...). Cet accompagnement comprend une première phase où il s'agit d'apprendre à connaître le fonctionnement de l'usager dans sa vie quotidienne grâce à des évaluations en milieu écologique. Puis il s'agirait, grâce à ces évaluations, de lui proposer des stratégies ou des moyens de compensation en lien avec les situations de handicap qu'il éprouve dans ses activités de vie quotidienne.
Le professionnel de l'autonomie, qui travaille au moyen d'activités thérapeutiques variées.
En général ? je dis quelque chose du genre : "En tant qu'ergothérapeute j'essaie d'aider les gens à évaluer leurs ressources et leurs limites au niveau personnel, environnemental et dans leurs occupations (au sens large). Le but c'est qu'ils puissent se connaître le mieux possible, pour utiliser leurs capacités au maximum et se réaliser dans des activités qu'ils ont envie de faire ou qui sont importantes pour eux. Et pour ça, on utilise souvent les activités elles-mêmes, en pratique. "
Réadaptation éducation thérapeutique
Diminution des tensions internes, favoriser l'activité, éducation sur la maladie et la conséquence dans les avq, favoriser les interactions sociales, valorisation, prise de plaisir
Un travail permettant à la personne de se sentir un individu singulier, respecté dans sa différence, valorisé dans ses compétences et ses ressources, intégré dans la société
Accompagner la personne en situation de handicap psychique dans toutes les sphères de sa vie quotidienne, dans sa globalité pour lui permettre de retrouver une certaine autonomie mais surtout un équilibre lui permettant de retrouver un niveau de satisfaction le meilleur possible (mode de vie, état de santé global, ...)
Évaluation des besoins, accompagner la personne dans son projet de vie, lutter contre les symptômes, favoriser réinsertion sociale et professionnelle, favoriser l'autonomie au domicile...
Le médecin coordonne l'ensemble des soins qui vous sont proposés. L'infirmier est spécialisé dans les soins d'hygiène (corporelle, alimentaire, etc...) la délivrance des médicaments etc... ; le psychologue est spécialisé dans les soins passant par les échanges et la parole ; l'ergothérapeute pense qu'une personne va bien quand elle est capable de gérer ses activités : activités quotidiennes (se laver, s'habiller, manger...), activités professionnelles, activités de loisirs, activités de relations...

<p>Quand l'une de ces activités va moins bien, toutes les autres dysfonctionnent. Nous allons voir ensemble comment vous donner la possibilité de retrouver les activités qui vous permettent de vous sentir bien.</p>
<p>Évaluation des capacités et besoins de la personne, prise en soins par le biais d'ateliers et d'outils spécifiques issus de rps</p>
<p>Accompagnement dans la stabilisation clinique, dans l'élaboration et la mise en œuvre de son projet professionnel (ou projet de vie)</p>
<p>Évaluation, analyse des besoins, d'un projet, accompagnement individualisé et en groupe Accompagnement à la réinsertion, pec de la symptomatologie</p>
<p>J'essaie d'instaurer un lien de confiance, j'échange avec le patient sur ses centres d'intérêts pour l'amener à venir me rencontrer en extra hospitalier. Je lui présente l'activité comme un outil intéressant pour lui permettre de sortir de chez lui, éviter l'isolement, rencontrer d'autres personnes, rythmer la semaine, fixer des repères et apprendre de nouvelles techniques. Si cela fait partie de ses préoccupations, je nomme l'intérêt de remobiliser les fonctions cognitives. J'adapte le discours en fonction de la personne, de sa demande, de ses attentes.</p>
<p>Un accompagnement vers son objectif.</p>
<p>Accompagnement à l'autonomie et à une amélioration de la qualité de vie dans un suivi personnalisé tenant compte des habitudes, des ressources, des besoins exprimés.</p>
<p>Intra : Mobiliser le patient, soulager la souffrance et restaurer le contact avec la réalité ; CATTP : mobiliser, soulager la souffrance, accompagner dans la durée, réadapter à la vie sociale</p>
<p>Restauration image positive de soi, restaurer lien plus paisible avec le réel et les autres, appropriation de la démarche de soin, prise de conscience et reprise de confiance dans ses ressources, structuration temps et espace par activités significatives, inclusion sociale</p>
<p>Au même titre que dans le domaine de la rééducation fonctionnelle, mon objectif est d'évaluer dans un premier temps la situation globale de la personne que je reçois dans les différentes sphères de son environnement (social, familial, professionnel etc...), de cibler ce qui l'entrave dans la poursuite ou la construction de ses besoins et ses projets, puis de l'accueillir dans des ateliers à visée thérapeutique afin d'expérimenter, d'éprouver, de "rejouer" des situations pour lesquels la personne est entravée et d'établir avec elle, de nouvelles stratégies afin de compenser ou de trouver des alternatives qu'elle pourra s'approprier et transférer dans sa vie quotidienne afin d'améliorer son confort de vie.</p>
<p>Vaste question... En intra hospitalier dans le temps de la crise, un rôle de structuration, de reprise de repères (temporalité, ancrage dans la réalité) et préserver les fonctions cognitives, réduire les conséquences fonctionnelles de l'épisode, lutter contre apragmatisme et repli</p>
<p>Je commence par expliquer le postulat dans lequel évolue l'ergothérapie : un être humain en bonne santé est un être qui a la possibilité de réaliser les activités de sa vie quotidienne, professionnelle, de loisirs. La santé est conditionnée au bon fonctionnement d'un être humain au sein de son environnement. Ensuite je précise l'étymologie de la racine « ergon ». Puis, je commente et explique ce qu'est l'ergothérapie Dans un département de réhabilitation et plus concrètement dans un Cattp.</p>
<p>Je m'occupe de handicaps psychiques et du retentissement sur la vie quotidienne. Je propose donc des ateliers d'apprentissage ou réapprentissage de la gestion du quotidien, de communication interpersonnelle, de lien social, de prise de décisions pour sa vie personnelle, de compréhension de sa pathologie et de ses relations au monde et aux autres.</p>
<p>Amélioration de l'autonomie dans le quotidien (activités de vie quotidienne, organisation), amélioration de la qualité de vie, connaissance de sa maladie, amélioration des interactions avec les autres.</p>
<p>De façon globale améliorer l'autonomie et le bien être au quotidien</p>
<p>Diminuer les situations de handicap qu'il rencontre au quotidien (activités pragmatiques, relationnelles ...) en renforçant ses capacités (cognitives, conscience de soi, communication, estime de soi ...) et en compensant (développer des stratégies, aménager l'environnement physique et humain)</p>
<p>Travail sur les contenants psychiques, apragmatisme, ambivalence, isolement, persécution, travail d'expression médiatisé, évaluation de l'autonomie</p>

Je lui explique que je suis là pour faire en sorte qu'il ait la vie qui se rapproche le plus possible de son projet de vie personnel
L'ergothérapeute intervient pour évaluer les répercussions de la maladie et/ou symptômes dans la vie quotidienne ; il accompagne la personne afin qu'elle puisse participer aux activités qu'elle aura choisi et reprenne une autonomie satisfaisante dans son milieu de vie
Proposition d'un espace d'expression et d'expériences médiatisées pour des personnes en grande souffrance psychique et en souffrance de verbalisation/symbolisation
Il s'agit d'une rencontre avec avant tout la création d'une relation de confiance permettant aux patients de pouvoir adhérer aux soins et ainsi exprimer leurs besoins. Cela permettra de corréliser leurs projets de vie avec les projets de soins
Favoriser la qualité de vie du patient par une aide personnalisée sur les plans cognitifs (programmes de remédiation cognitive), fonctionnels, (domicile et vie quotidienne), mental (connaissance maladie et symptômes, programme sur les émotions)
<ul style="list-style-type: none"> - proposer un cadre contenant dans lequel un espace potentiel peut exister pour la personne afin qu'elle puisse travailler sur ses conflits intra psychiques - accompagner la personne dans ses capacités fonctionnelles et cognitives dans ses actes de la vie quotidienne quels qu'ils soient (soins personnels, déplacements, loisirs, travail, relations sociales, etc.) - favoriser l'intégration de la personne dans la société - accompagner les équipes et l'entourage de la personne dans la connaissance des troubles de celle-ci et dans les réponses possibles sur des problématiques rencontrées dans le quotidien
Accompagnement du fonctionnement au quotidien
Contact avec la réalité, le réel, le concret
Sur l'unité de réhabilitation psychosociale, mon rôle est d'évaluer les répercussions de la pathologie sur le fonctionnement quotidien, la participation et la satisfaction de la participation aux activités de vie quotidienne en identifiant les ressources et les difficultés subjectives au quotidien. Ensuite mon rôle est de favoriser le transfert des acquis et la généralisation dans le quotidien des stratégies acquise en prise en charge sur le plan de la participation sociale, cognitive ou environnementale. Et ce par l'utilisation de jeux, exercices, mises en situation, accompagnement in vivo et écologique pour cibler les besoins réels en réadaptation, rééducation ou mise en place de moyens de compensation.
Vaste question ... Tout dépend du stade de la maladie. Mais de manière générale, l'ergothérapeute a pour rôle de cerner le profil de patient, de comprendre son histoire, son parcours de vie, sa démarche de soin, etc. afin d'articuler un programme de soin autour d'objectifs personnels et signifiants. L'un des rôles de l'ergo est également d'évaluer les capacités et incapacités du patient dans les différentes tâches de vie quotidienne, dans le but parfois de travailler sur l'acceptation de la maladie, ou la recherche d'adaptations possibles et cohérentes pour le sujet. L'accompagnement tout au long de la prise en soin est primordiale, j'aime à dire que nous avons un rôle particulier, avec une relation soignant soigné particulière, on a souvent un positionnement bienveillant envers eux, et ils savent l'identifier. On a le rôle également de faire du lien avec les différents établissements extra hospitalier, d'évaluer les besoins et les compensations nécessaires pour optimiser les chances de stabilisation une fois sortie d'hospitalisation. On peut avoir la possibilité de proposer des exercices de remédiations cognitives, d'exercices cognitifs, des entretiens de motivations, des programmes d'ETP, etc.
Comme un accompagnement dans sa vie quotidienne pour trouver un mieux-être, que je l'aiderais à trouver ses propres solutions pour réaliser des tâches actuellement difficiles
Professionnelle permettant de l'aider dans ses activités quotidiennes en lui proposant d'agir sur ses difficultés et en l'invitant à participer à des activités qu'on aura choisies ensemble.
Favoriser le maintien ou la reprise des rôles sociaux de la personne, soutenir sa routine quotidienne et son engagement dans ses occupations, entraîner ses habiletés en tenant compte de son environnement social et physique
Préparer à se remettre en situation d'activité
Evaluation et prose en charge groupale (CATTP, outils divers de RC et cognition sociale)

Q2 sur 11 : Comment prenez-vous en charge les différentes phases de la maladie ?

Indiquez-le ou les principaux moyens utilisés par phase. Par exemple, médiation expressive, artisanale, mise en situation de vie quotidienne, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, entraînement aux habiletés sociales, OU aucun en cas de phase non prise en charge dans votre mission.

Moyens principaux de prise en charge en phase aigue
Entretien, Suivi individuel si besoin
Médiation artistique, individuelle
Entretiens, temps d'échanges autour de la cigarette, café, et après activité en individuel dans le service
Médiation artisanale, corporelle, projective, éducation thérapeutique
Alliance thérapeutique, cadre contenant, jeux cognitifs et d'expression, bilan eladeb, activités artisanales simples pour expérimenter le principe de réalité, la permanence de l'objet, la distinction moi et non-moi
Accueil dans un espace sécurisé ou l'expression des troubles est possible.
Médiation expressive, artisanale, entretiens
Activité simple et conviviale, petit groupe ou indi, activité sur lieu de soin
Entretiens, médiation projective, expressive
Médiation, séance individuelle, médiateur simple et court laissé au choix de la personne, peut être un simple temps de lecture ou d'écoute musicale aussi, et à toutes les étapes recours au MOHOST (peut être fait sans le patient en phase aigüe puis impliqué avec autres outils du MOH en phase de stabilisation)
Médiations expressive, artisanales
Médiations créatives, expressive, et différentes médiations habiletés sociales, mise en situation dans le but d'observation et d'évaluation des capacités.
En HDJ : évaluation clinique et orientation vers d'autres structures de soin
Médiations expressive, contenante et structurante
Réassurance / orientation vers une hospitalisation
Évaluation rapide standardisée, entretien, bilan d'autonomie course repas bus médiation signifiante
En individuel, médiation au choix du patient
Médiation proposant de la contenance si trouble dissociatifs, médiation expressive si repli sur soi, accompagnement de l'implication dans la vie quotidienne
Médiation artisanale et créative
Isolement, et service fermé (pas d'intervention de ma part mais c'est leur arrivée dans notre service)
Rare entretien pendant une rechute pour négocier avec l'accord du patient une demande d'hospitalisation complète. Si patient non réceptif pas de prise en charge en phase aigüe.
Entretien et médiations variées
Établissement de la relation de confiance

Moyens principaux de prise en charge en phase de stabilisation en intra hospitalier
Idem
Remédiation cognitive et entraînement aux habiletés sociales
Groupe peu importe la médiation
Individuelle ou groupe, préparation à la sortie, éducation thérapeutique
Atelier de médiations diverses en groupe et en atelier d'ergothérapie, activité psychosociales, VAD, sortie thérapeutique, entretiens, mise en situations de vie quotidienne
Entretiens et questionnaires, médiation artisanale, expressive, créative, activités de la vie quotidienne, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, entretiens avec les proches
Atelier thérapeutique et mise en place atelier cuisine et psychoéducation
Éducation thérapeutique, accompagnement sur structure extra, accompagnement dans les démarches activités de groupe

Techniques corporelles, artisanales ou créatives, permettant un soin psychique à visée d'expression, de conscience et de connaissance de soi,
Atelier de création ou expression / atelier artisanal / habiletés sociales / prise en charge en milieu écologique / activité physique / activité de relations / éducation thérapeutique / atelier de participation à un projet collectif
Médiation artisanale, créative, cuisine, ateliers techniques (encadrement, couture, confection d'objets à partir de récupération de palettes, à connotation de travail (conditionnement), projet d'atelier intégré en ESAT, psychoéducation, photo expression, remédiation cognitive envisagé dans l'avenir
Le but de notre action est d'instaurer un lien qui favorisera le suivi lors de la sortie. Je propose une activité verbalisante : le collage
Tout
Mise en place d'activités sur prescription médicale après entretien. Tout type d'ateliers selon objectifs. Ateliers d'expressions, artisanales, mise en situation courses et/ou cuisine, activités physiques, équitaérapie.
Id
Activités tout à tour à l'intérieur et extérieur de l'hôpital, recherche des points d'appui à l'extérieur, travail sur le sens des activités/ plaisir/ reconnaissance sociale/ constructivité, Activités a visée d'expression, restauration liens, autoévaluation des ressources/besoins remédiation
Mise en situation de vie quotidienne, médiation créative, expressive, projective
Activités de socialisation (en groupe, avec ou sans médiateur commun) et activités de réadaptation (cuisine thérapeutique), réhabilitation par des activités hors des murs de l'hôpital, début d'ETP, Dixiludo (habiletés sociales)
Bilan d'autonomie (mises en situation), outils de réhabilitation psychosociales (michael's game, programme insight...)
Entraînement aux habiletés sociales, stimulation cognitive, mise en situation, activité expressive
Idem
Entretien / activités occupationnelles
En individuel ou en groupe restreint, médiation au choix du patient
Activités créatives, projectives, relaxation
Mises en situation vie quotidienne, éducation thérapeutique, entraînement aux habiletés sociales + médiations créatives contenantantes ou expressives suivant les besoins
Activité du quotidien,
Idem + entraînement aux habiletés sociales et éducation thérapeutique 'indirectement)
Activités créatives, favorisant la responsabilisation, retour vers l'autre (activité de groupe par exemple), ouverture vers l'extérieur (mise en situation extérieure). Mises en place de normes sociétales à respecter pour favoriser le retour en société. Stimulation cognitive cognitifs.
Je peux reciter tout ce que vous avez mis dans votre introduction : médiations artistiques, manuelles, expressives, créatrice, projective. Avec des mises en situations, de la remédiation cognitive, entraînement aux habilités sociales (etp, compétences, programme écrit par les stagiaires ou des étudiants). De multiples activités et médiations thérapeutiques (terre, atelier polyvalent ergo, jardin thérapeutique, balnéothérapie, cuisine thérapeutique, dixiludo, compétences, randonnée, etc). De entretiens, des VAD
Travail en collaboration avec une collègue. Pas de suivi en hdj.
Entretien, médiations variées, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, accompagnement sur l'extérieur (promenade, courses, café, biblio, ...) et sur le lieu de vie, ETP.
Préparer la sortie, le projet personnel

Moyens principaux de prise en charge en phase de stabilisation en extra hospitalier

À travers des activités de développement de soi, de l'ETP, un début de travail de métacognition

Outils de remédiation cognitive, éducation thérapeutique, ateliers vie quotidienne, sport...

Selon chaque cas : Évaluation et tout le panel proposé dans l'énoncé de la question sauf ETP

Médiations créatives, jeux de société, avq,
Remédiation cognitive et entraînement aux habiletés sociales
Remédiation cognitive
Travail en coordination avec les organismes de soin extrahospitalier (CMP, HDJ) afin de favoriser l'accès et le maintien au soin dans le but d'accompagner l'élaboration et/ou la réalisation du projet de vie de l'usager. Les moyens utilisés dans cette phase sont des entretiens individuels en ergothérapie voire en alliance avec l'infirmière psy présente sur le SAMSAH.
Idem + EHS et activités quotidiennes dans la communauté (ex courses, trajets...)
Idem
Intégration dans des groupes d'expression à visée psycho-dynamique ou à des groupes d'expression à visée d'interactions sociales
Entretiens, activités diverses permettant l'établissement d'une Relation de confiance, rassurante (choix en fonction de désirs, centres d'intérêts, des envies : activités créatives, cognitives, expressives, ...), l'intégration dans le service, permettant d'établir une base stable pour le travail à venir. Puis selon les personnes bilan de vie quotidienne (passage en revue de tous les domaines de la vie quo : état actuel, souhaits, pb/besoins/ressources et projets), dépistage pb cognitifs, ... Mise en place de solutions permettant de répondre aux besoins fondamentaux et aux besoins prioritaires des personnes, leur permettant d'avoir des conditions de vie décentes, sécuritaires, stables, etc (logement, besoins alimentaires, hygiène en général, ...) et dans la mise en place de routines : accompagnement aménagement logement, achats alimentaires et autres, visites et interventions à domicile,... Selon les problématiques, la symptomatologie présentées par les patients cela peut aussi être des activités permettant l'apaisement, la canalisation, la prise de plaisir, la revalorisation, la motivation, la remise en mouvement du corps et de l'esprit, ...
Médiation thérapeutique adaptée au profil de la personne / programmes
Idem ci-dessus
Médiation artisanale, remédiation cognitive, entretien
VAD, atelier de réadaptation atelier d'expression atelier à médiation corporelle sport entretien évaluation avec outils divers ...
En fonction des aspirations du patient : activité artisanale (couture), théâtre ou écriture
Tout
Médiation expressive, entretiens
Autonomisation du patient dans la réalisation voire l'animation de l'activités, activités extérieures bénévoles ou accomp à la reprise du travail. Domicile si possible. Outils d'organisation dans le temps. Remédiation cognitive
Idem ci-dessus (à personnaliser en fonction du projet de soin)
En HdJ et CATTp, je faisais : activités sur l'extérieur (bibliothèque, musées, courses), remédiation cognitive (mickael's game, ludotruc, IPT), habiletés sociales (dixiludo ou Lieberman)
Entretien d'accueil, médiations créatives, Activités artisanales,
Remédiation cognitive, mise en situation de vie quotidienne, entraînement aux habiletés sociales, entretiens individuels éventuels, médiation artisanale ou expressive.
Outil de réhab, aide à l'organisation, aide dans les activités de vie quotidienne dans les appartements alternatifs à l'hospitalisation
Entraînement aux habiletés sociales, transfert dans la vie quotidienne (pec indiv)
Diminuer les situations de handicap et de souffrance du patient
Socialisation, expression
Organisation de la vie quotidienne, préparation d'un nouveau projet de vie réaliste
Médiation de tous types selon les objectifs thérapeutiques, mise en situation d'avq ou professionnelle, programme de réhabilitation ou remédiation cognitive, entretien, accompagnement dans des démarches case management

En individuel ou en groupe restreint, médiation au choix du patient
Médiations projectives, manuelles, créatives, cognitives
ETP, remède co,
Mise en situation écologiques, intégration sociale, médiations créatives contenant ou expressives suivant les besoins
Gestion de stress
Idem avec plus d'entretien
Activités créatives pour favoriser la continuité de soin, stimuler l'hédonie. Cadre responsabilisant. Pourquoi pas un lien avec des ESAT pour une reprise d'activité professionnelle.
Médiation corporelle et d'expression, remédiation cognitive, resocialisation
Suivi en hdj avec des activités en premier lieu manuelles en intérieure puis sportive ou culturelle en extérieur
Médiations variées, entretien, ETP, entraînement des habiletés cognitives et sociales
Stimuler les fonctions résiduelles
Evaluation médiation expressive remédiation cognitive

Moyens principaux de prise en charge en phase de ré insertion sociale, rétablissement
Remédiation cognitive métacognition avec en parallèle groupe de développement personnel, projet pro
Idem
Évaluation ; mise en situation d'activité ; accompagnement
Remédiation cognitive. Et entraînement aux habiletés sociales
ETP pour la reprise de transports en commun, accompagnement du projet d'emploi
Entretiens individuels et/ou de groupe ; l'accompagnement dans les relations familiale, professionnelle et/ou social, accompagnement vers des activités de socialisation (bénévolat, activités en groupe à l'extérieur et faisant sens pour la personne). Inclure au maximum l'utilisateur dans les démarches à réaliser afin de favoriser son engagement et son investissement ("ne pas faire à la place de"). Favoriser l'accès aux organismes du droit commun (mise en situation, accompagnement). Coordination avec les établissements de travail adapté (ESAT, entreprise adaptée...) ou organisme de réinsertion sociale.
Idem + entretiens avec employeurs/collègues/DRH si souhait d'emploi
Intégration dans des groupes et des activités visant à retrouver un sentiment de citoyenneté, de participation sociale
Travail sur le projet de vie de la personne et comment tendre vers sa réalisation : quel projet, possibilités, comment l'atteindre, quel besoin, comment le mettre en place, Psycho éducation, entraînements aux habiletés sociales, jeux (compétences, Michael's Game,), accompagnement à l'ouverture sur l'extérieur et à l'inclusion dans la cité, à l'orientation professionnelle... Sans oublier de maintenir ou continuer le travail de l'étape précédente avec les mêmes outils si besoin.
Médiations, programmes, accompagnements dans la cité
L'hdj est par ailleurs intra hospitalier et intersectoriel, en phase de mutation vers un centre de rps, ce qui lui permet d'accueillir un vaste public, les temps d'hospitalisation sont quant à eux écourtés, les ateliers
Médiation artisanale, entraînement aux habiletés sociales, entretien, accompagnement dans la réalisation de son projet professionnel
Idem supra
Les mêmes activités que précédemment citées, avec davantage de contraintes.
Tout

Je fais des entretiens en binôme avec l'équipe d'appui au rétablissement, quelques VAD, par la suite peut-être coanimé des ateliers de type ETP.
Entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive
Idem phase précédente, mais lien par mail/téléphone + li3n médecin traitant + gem ou autre asso
Idem ci-dessus
Entretiens, bilans (Eladeb, savoir habiter, EMAE), visite dans des appartement de réinsertion, mise en situation 'de Vie quotidien, entraînement aux habiletés sociales, médiations expressives
Remédiation cognitive, mise en situation de vie quotidienne, entraînement aux habiletés sociales, entretiens individuels éventuels, médiation artisanale ou expressive. Je suis des personnes en hébergement et en accompagnement en même temps.
Suivi par des entretiens, remise en place d'aide au niveau organisation si besoin, ouverture sur l'extérieur et des activités de loisir
Élaboration et soutien du projet de vie, en s'appuyant sur les ressources du patient pour diminuer / compenser ses difficultés
Idem
Visites à domicile, CATTP
Participation une ou deux fois par semaine à des activités autonomisant ou à des programme, entretien une fois par mois, accompagnement ponctuel pour des démarches case management
En individuel, groupe restreint ou grand groupe, médiation au choix du patient
Idem mais plutôt accès sur le travail cognitif pour la réinsertion et les ateliers ciblant le transfert des acquis
Réhab psycho-sociale, activité créatrice
Idem
Réhabilitation
Idem
Rééducation cognitive. Exercices de réadaptation. Prise en charge ciblé sur l'extérieur (reprise du travail, activité sociale, participation aux AVQ). Proposition de moyens de compensation au quotidien.
Idem précédent, principalement remédiation et en plus des mises en situation écologique ou accompagnement vers des partenaires
Accompagnement au domicile, accompagnement dans les démarches administratives
Accompagner les projets
Evaluation remédiation cognitive entraînement aux habiletés sociales

Q3 sur 11 : Quels moyens utilisez-vous pour prendre la charge la temporalité circulaire du patient présentant une psychose ? (Rechute, patients institutionnalisés hors du temps social, rituels, répétitions, absence de repère temporel, angoisse de la mort)

MOYENS	ORIENTATION	UTILISATION
		OUI
Structure du cadre : même lieu, même horaire	Ergothérapie	92%
Adaptation du cadre à la temporalité du patient. Ex temps d'accueil, du choix, d'action, d'expression, de clôture.	Psychodynamique	85%
Adaptation de l'activité au temps nécessaire à la reconstruction psychique. Ex : activité avec plus ou moins d'étapes (modelage versus couture)	Psychodynamique	77%
Travail sur la notion de séparation (sortir de la psychiatrie)	Réhabilitation psychosociale	73%
Travail sur le temps social (repères dans le déroulé d'une année, connaissance de la date, rythme d'une journée)	Réhabilitation psychosociale	88%

Travail sur les mécanismes de défense (adhésivité, rituels, obsessions, entêtement) et en favoriser la compréhension pour réduire leur apparition et permettre la mise en action lors de l'activité	Psychodynamique	66%
Travail sur les capacités cognitives froides (mémoire, attention, planification, organisation) pour une meilleure capacité à appréhender le temps qui passe	Réhabilitation psychosociale	85%
Mise en situation incluant une notion de temps (se rendre à un rendez-vous à l'heure, utiliser les transports en commun, ...)	Réhabilitation psychosociale	85%
Adaptation du cadre au temps nécessaire pour le patient à reconstituer du lien social (estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle avant d'aller vers les autres)	Réhabilitation psychosociale	88%

Q4 sur 11 : Avez-vous une orientation de pratique :

NOM DE L'ORIENTATION	OUI
Psychodynamique	36
Réhabilitation psychosociale	40
Systemique	16
Occupation humaine	33

Autres : aucune :1

Q 5 sur 11 : Est-ce que l'institution dans laquelle vous travaillez a une orientation de pratique :

NOM DE L'ORIENTATION	OUI
Psychodynamique	28
Réhabilitation psychosociale	34
Systemique	20
Occupation humaine	8

Autre : orientation biomédicale : 2

Q 6 sur 11 : Est-ce que les orientations de pratique de votre institution vous incitent à choisir une approche ?

L'ORIENTATION DE VOTRE INSTITUTION	OUI	Pourcentage
Vous incite à choisir une approche	19	40%
Vous incite à intégrer d'autres approches que celle que vous pratiquez	21	45%

Q 7 sur 11 : Est-ce que l'évolution de la santé mentale vers une réinsertion sociale et une inclusion des patients présentant une psychose vous incite à choisir une approche ?

EVOLUTION DE LA SANTE MENTALE	OUI	Pourcentage
Vous incite à choisir une approche	27	56%
Vous incite à intégrer d'autres approches que celle que vous pratiquez	28	58%

Q8 sur 11 : Répondez à la question en cochant 1 case par ligne pour indiquer votre avis avec la proposition

	D'accord	Plutôt d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
N'est pas possible	4%	2%	11%	17%	66%
Permet d'avoir plusieurs outils pour répondre aux différentes phases de la psychose (aigüe, stabilisation, réinsertion)	60%	36%	0%	0%	4%
Permet une pratique à la fois sur le versant intrapsychique et vers l'accompagnement social	50%	42%	2%	6%	0%
Permet de pouvoir s'inspirer des différentes théories ou pratiques pour comprendre la complexité de la psychose dans l'accompagnement du patient.	49%	34%	11%	2%	4%
Permet une meilleure adaptation de la prise en charge à chaque patient	44%	42%	8%	0%	0%
Permet la continuité du suivi des patients hors de l'atelier (structure extra hospitalière, médico-sociale, domicile, suivi ambulatoire, ...)	40%	35%	13%	6%	6%
Est une opportunité pour intervenir de manière précoce sur les fonctions cognitives déficitaires avec la remédiation cognitive en complément de la médiation psychodynamique pour faciliter l'observance du traitement et l'acceptation de la maladie durant le temps d'hospitalisation.	36%	30%	23%	2%	9%
Est une opportunité de continuer le soutien à l'expression et à l'élaboration psychique par des médiations artistiques à l'extérieur (ambulatoire, à domicile) lorsque le « savoir-faire » ne peut s'exprimer	30%	34%	30%	6%	0%
Permet une approche singulière de l'ergothérapie par rapport à d'autres professionnels	33%	27%	19%	15%	6%
Est complexe à mettre en œuvre pour un même ergothérapeute (fondements théoriques difficilement compatibles en une pratique)	10%	31%	4%	27%	27%
Permet de s'intégrer plus facilement dans un suivi médico-social	23%	44%	19%	8%	6%
Est difficile à mettre en œuvre pour un même patient (risque de donner une image discontinue de la prise en charge au patient)	6%	15%	17%	43%	19%
Facilite l'utilisation d'un vocabulaire commun avec l'équipe pluridisciplinaire et la coopération entre professionnels.	6%	15%	17%	43%	19%

Q 9 sur 11 : Répondez à la question en cochant 1 case par ligne pour indiquer votre avis avec la proposition

Selon vous, en généralité, une pratique combinatoire des orientations psychodynamique et de réhabilitation psychosociale pour une prise en charge en ergothérapie	D'accord	Plutôt d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
Permet de proposer aux patients présentant une psychose des expériences pour développer des aspects intrapersonnels, interpersonnels, sociaux et les interactions avec son environnement	42%	52%	4%	2%	0%
Permet d'intervenir sur le fonctionnement cognitif, psychologique et d'interaction sociale	36%	56%	4%	4%	0%
Permet d'aborder l'ensemble des incapacités des patients présentant une psychose (planification, interaction, gestion des émotions, reconnaissance du plaisir)	35%	48%	11%	7%	0%
Favorise l'adaptation psychosociale du patient	34%	51%	13%	2%	0%
Permet d'aborder les interactions familiales, les activités de la vie quotidienne, l'école/travail, les loisirs, l'adaptation temporelle	31%	48%	13%	8%	0%
Permet de combiner trois cadres : analytique, développemental (inné) et cognitivo-comportemental (acquis)	23%	49%	19%	4%	4%

Q 10 sur 11 : Selon vous, quelles sont les meilleures modalités de mise en œuvre de cette approche combinatoire pour un même patient

Au niveau de l'équipe

	OUI	Pourcentage
Par le même ergothérapeute :	31	65%
Par des ergothérapeutes différents :	27	56%
Par des professionnels différents : ergothérapeute/psychologue par exemple.	44	92%

Au niveau du planning de prise en charge du patient

	OUI	Pourcentage
Pratique des deux approches au même moment	29	60%
Pratique des deux approches à des moments différents de prise en charge	37	77%

Q11 sur 11 : Selon vous, quelle est la limite d'une prise en charge en ergothérapie :

Les réponses à cette question sont difficilement analysables.