



HAL
open science

La place de l'ergothérapeute dans les pratiques de soutien à la réinsertion en santé mentale

Bénédicte Léger

► **To cite this version:**

Bénédicte Léger. La place de l'ergothérapeute dans les pratiques de soutien à la réinsertion en santé mentale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01219483

HAL Id: dumas-01219483

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219483>

Submitted on 22 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

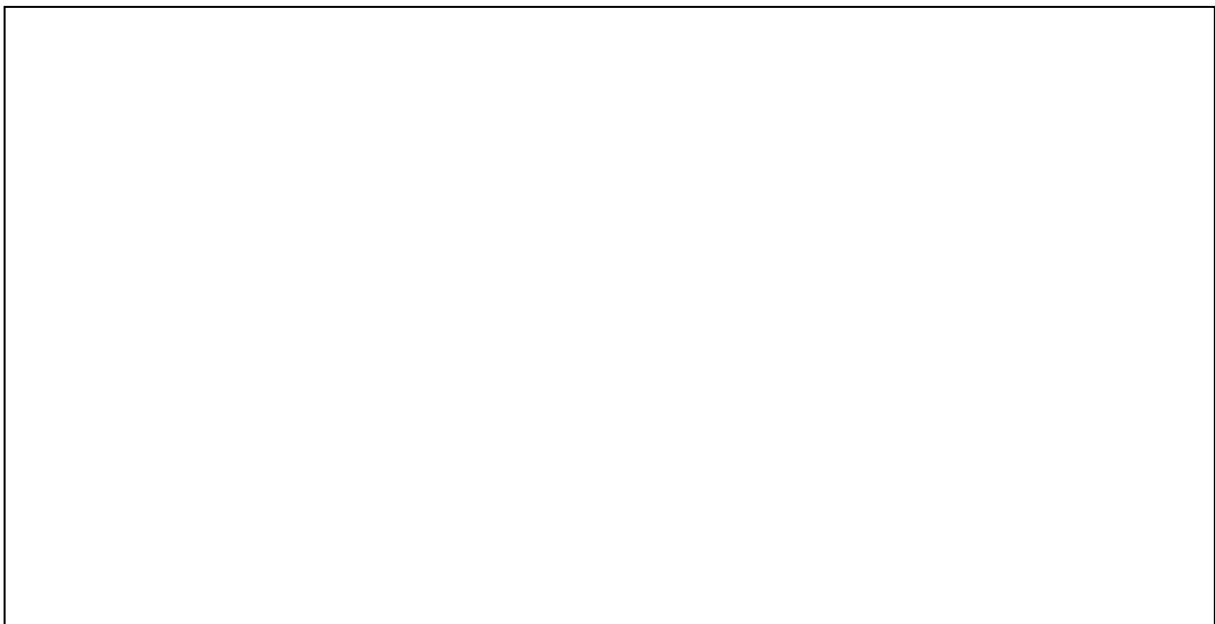
**INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION
EN ERGOTHERAPIE D'Auvergne**

LEGER Bénédicte

U.E. 6.5 : Mémoire
d'initiation à la recherche

Juin 2015

**La place de l'ergothérapeute dans
les pratiques de soutien à la
réinsertion en santé mentale**



Remerciements

Sous la direction de Mr CHANET Thierry, Cadre de Santé au CH Ste Marie, Clermont-Ferrand, maître de mémoire.

Je souhaite remercier Mr Chanet pour sa disponibilité et son accompagnement dans mon travail. Ses questionnements et observations m'ont aidé à prendre du recul vis-à-vis de ma réflexion et à mener à bien ce travail d'initiation à la recherche.

Je remercie également les professionnelles, qui m'ont accordé un peu de leur temps pour réaliser les entretiens et partager leurs expériences. Je veux aussi ajouter les professionnels rencontrés pendant mes stages, quelle que soient leur profession, avec qui j'ai échangé autour de leur regard sur l'accompagnement en santé mentale.

Merci Mme Peytavin et à l'IUFE d'Auvergne, de m'avoir permis de réaliser cette étude et d'avoir pu mutualiser les compétences de multiples intervenants, notamment Mme Grisoni pour son apport méthodologique, pour nous accompagner dans cette démarche.

Merci aux patients rencontrés, suivis lors des stages qui ont partagé leur vécu et ressenti, leur expertise.

Je remercie également ma famille pour son regard, son soutien et son optimisme, ainsi que mes amis. Et j'adresse une grande reconnaissance à mon soutien privilégié pour ses encouragements et sa patience pendant ses trois années.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE	4
1.1. Description de la pathologie : psychoses	4
1.2. Représentation de soi	11
1.3. L'ergothérapie.....	15
1.4. Vers la question de recherche... ..	21
2. PROBLEMATIQUE THEORIQUE.....	22
2.1. Le modèle d'Ann Cronin Mosey.....	22
2.2. La notion de rétablissement	27
2.3. La réinsertion socio-professionnelle.....	33
3. METHODOLOGIE	43
3.1. Contexte.....	43
3.2. Résumé des entretiens	46
4. RESULTATS.....	47
4.1 Analyse quantitative	47
4.2 Analyse qualitative.....	47
5. DISCUSSION	52
5.1 Lien avec les concepts développés	52
5.2 Réponse à la question de recherche.....	57
5.3 Critique et limites de l'étude	59
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	

INTRODUCTION

« Comment se reconnaître pour « un » est ce qui permet au sujet de se compter ou de s'inscrire « parmi d'autres » dans l'espace collectif et inversement » Peretti P.¹. Ce docteur en psychanalyse et anthropologue met en avant l'intrication entre la participation sociale et un déficit de construction psychique. Lors d'un atelier en psychiatrie intitulé « corps et représentation », deux patients ont exprimé la difficulté du regard de l'autre et l'exacerbation de leur comportement étrange que cela engendrait. Ils avaient une certaine conscience de l'image qu'ils renvoyaient. Ces éléments m'ont amené à faire un lien avec mes rencontres antérieures dans le cadre d'expériences d'encadrante sportive, ambulancière et accompagnatrice auprès de personnes en situation de handicap. Les difficultés de prise de conscience de soi, de l'autre, de représentation de soi et d'entrer en relation m'orientent vers des questions sur leur imbrication et sur l'apport de l'ergothérapie. Le rôle de l'ergothérapeute pouvant être défini en termes de réadaptation et réinsertion, une de ses finalités est d'accompagner la personne vers son autonomie. Dans la maladie psychique, le trouble de la perception du dedans et du dehors est prégnant. Il amène des difficultés, des questionnements, des erreurs et des interprétations. Comment prendre conscience de l'image que l'on véhicule quand nos représentations sont altérées ? Comment l'ergothérapie peut-elle accompagner dans ce cheminement vers soi pour aller vers l'autre ? Nous allons dans ce travail d'initiation à la recherche graviter autour de l'idée que l'ergothérapeute par sa pratique vise l'intégration sociale du patient psychotique.

Je vais, donc, tout d'abord, définir les termes sur lesquels va s'appuyer l'étude : la psychose, la représentation de soi et l'ergothérapie. Ceci me permettra de délimiter plus précisément la question de recherche. Nous poursuivrons par des concepts et notions plus théoriques avec le modèle de Mosey, le rétablissement et la réinsertion socio-professionnelle. Ce sera le moment choisi pour détailler la démarche de recherche réalisée dans le but de confronter la théorie à la pratique terrain. Je vous présenterais, dans la continuité, la discussion qui découlera de cette étude, ainsi que les limites de celle-ci.

¹ PERETTI Pascale *et al.*, *Penser l'ouverture au monde et la participation sociale des sujets « en situation de handicap psychique »*, Nouvelle revue de psychosociologie, 2012/2 n° 14, p. 217-236.

1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE

1.1. Description de la pathologie : psychoses

1.1.1. Définition et étiologie

La psychose est un ensemble de maladies mentales caractérisées par la perte du contact avec la réalité. C'est une « *Altération globale de la personnalité bouleversant les rapports du sujet avec la réalité.* »². Cette définition, que le Larousse nous donne, amène une ébauche de la pathologie et tente de mettre en avant l'impact de la maladie sur l'ensemble de la personne atteinte. Pour compléter cette définition, dans la littérature, l'opposition est faite à la névrose qui repose sur le refoulement et est consciente. Selon Jean-Louis Pedinielli et Guy Gimenez, « *les psychoses sont liées à une défense – comme le déni de la réalité, la projection ou l'identification projective – contre des angoisses de morcellement liées à une relation d'objet fusionnelle.* »³. Avant d'entrer plus dans les détails de la pathologie au paragraphe suivant, il est intéressant de préciser que, dans cette recherche, nous parlerons des éléments communs aux psychoses : perte de contact avec la réalité, troubles de la personnalité et non conscience des troubles. Dans le DSM-V, une réorganisation des définitions et délimitations des pathologies mentales a été réalisée. Il classe les psychoses dans le chapitre « Les schizophrénies et troubles psychotiques connexes ».

L'étiologie de la psychose est mal connue. Il est difficile d'établir une origine au premier épisode psychotique dans la majorité des cas. Il est par ailleurs souvent avancé une association de facteurs biologiques, notamment héréditaires⁴, de vulnérabilité ou de risque de développement de la pathologie. Des recherches en neuropsychologie amèneraient un éclairage sur un dysfonctionnement du système de neurotransmission au niveau de la dopamine et de la sérotonine. Tous ces éléments ne seraient qu'un terrain favorable à l'apparition d'une psychose qui se dévoilerait à la suite d'un événement stressant.

²<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychose/64878>

³ PEDINIELLI J-L., GIMENEZ G., *Les psychoses de l'adulte*, Armand Colin, Octobre 2014, p.10.

⁴ CRADDOCK et al, *Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis*, in The Lancet, n°381, 2013, p. 1377-1379.

1.1.2. Aspects cliniques

Les psychoses sont, comme nous l'avons exposé en amont, très variées. En revanche, trois critères au moins sont communs : la perte de contact avec la réalité, les troubles de l'identité et la non conscience des troubles sous-jacente.

1.1.2.1. Les critères majeurs

Le premier critère : la perte de contact avec la réalité renvoie à « *la disparition du sens des choses ou à la construction d'une autre réalité à laquelle le sujet adhère (délire)* »⁵. La réalité extérieure est désinvestie, un mécanisme de déni est alors mis en place ainsi qu'un surinvestissement du soi-même. Le délire devient alors une manière d'essayer de reconstruire une réalité perdue. Celui-ci est défini comme un ensemble d'idées, de croyances absurdes sans rapport avec la réalité. Des hallucinations peuvent également être mises en place et traduisent la présence d'une problématique dans le système symbolique de la personne. Ces hallucinations, distorsions des perceptions sensorielles, peuvent être visuelles, auditives ou autres et impacter les représentations des sujets malades. L'interprétation que se font les personnes psychotiques de la réalité en est alors modifiée. La perte de contact avec la réalité s'observe par les erreurs de jugements opérés, les troubles de perceptions et sensations ainsi que des actions inadaptées.

Le second critère : les troubles de l'identité sont multiples. Ils sont associés à des troubles des repères corporels, de l'image du corps, une difficulté d'identification sexuelle, un sentiment d'un corps étrange, vide, une dépersonnalisation de soi (en parlant de soi à la 3^{ème} personne). Le fonctionnement mental est perturbé ainsi que les perceptions. Le patient psychotique a une conscience de soi très altérée ou absente, ce qui rend délicat le lien entre le schéma corporel, l'image du corps et l'enveloppe psycho-corporelle. Ce lien favorise l'unicité de l'individu. En effet, le schéma corporel fait référence à l'organisation de notre corps dans l'espace, l'image du corps est la représentation de soi aux autres, ce que nous véhiculons. L'enveloppe psycho-corporelle met l'accent sur la peau comme contenant, comme frontière entre le dedans et le dehors et comme outil de communication.

⁵ PEDINIELLI J-L., GIMENEZ G., *Les psychoses de l'adulte*, Armand Colin, Octobre 2014, p.13

Le critère sous-jacent : la non conscience des troubles est présente dans chacun des critères précités et en découle. Le manque d'unicité limite la possibilité de se sentir soi et de se connaître en globalité donc de prendre conscience de ses difficultés, de ses forces également. La perte de contact avec la réalité induite par un trouble des perceptions montre la difficulté, pour une personne psychotique, d'avoir conscience de ses réelles capacités, de réaliser des interprétations cohérentes des stimuli environnementaux et d'analyser une situation. Ceci montre la difficulté de prise de conscience des troubles du patient par lui-même.

1.1.2.2. Les autres changements

Le changement de comportement peut être lent ou plus rapide mais il est lié aux thématiques du délire ou hallucination. C'est pourquoi, il peut être insidieux dans un premier temps et même convaincre l'entourage d'un changement d'avis. Les personnes peuvent très actives ou au contraire s'isoler, mais les comportements étranges se font de plus en plus présents et traduisent une perte progressive du contact avec la réalité. L'incohérence de comportement, de discours, l'impulsivité sont des signes du trouble.

Le changement dans les émotions est traduit par des changements brusques et sans raison apparente aux émotions. La distance que la personne met avec la réalité et les autres personnes qui l'entourent sont également des éléments à prendre en compte. Les sautes d'humeur imprévisibles sont un indicateur ainsi que l'émoussement affectif.

Les troubles cognitifs font leur apparition par une diminution de l'attention surtout celle soutenue. Par la suite, la mémoire de travail peut être affectée. Une des grandes difficultés est dans la problématique de l'anticipation et l'évaluation des conséquences d'une action. Ces erreurs de jugement sont un des points noirs dans l'insertion des personnes psychotiques du fait d'un comportement incohérent et souvent inadapté associé à un jugement altéré. De plus, il est monté des difficultés dans l'organisation. En effet, les capacités à planifier et à réaliser des tâches sont souvent impactées.

1.1.2.3. Les classifications

Le DSM V énumère un ensemble d'éléments dans les critères A pour définir les psychoses. Il parle de délires, hallucinations, pensée (discours) désorganisée, de

comportements anormaux ou grossièrement désorganisés (y compris la catatonie) et de symptômes négatifs (expressivité émotionnelle, limitée, avolition). Cette énumération montre la variété des symptômes et leur présence variable en fonction des spécificités pathologiques, ceci afin de tenter d'être au plus précis et faciliter la démarche diagnostic des médecins. Il est possible de classer ces différentes psychoses en sous-catégories :

- Les psychoses aiguës : bouffée délirante, confusion mentale, mélancolie, psychose puerpérale et psychose maniaco-dépressive ;
- Les psychoses chroniques : délire, paranoïa, paraphrénie, psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie.

1.1.3. Epidémiologie / Handicap

1.1.3.1. Epidémiologie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous précise que les maladies mentales se situent au 3^{ème} rang des maladies en termes de prévalence et représentent 25% des invalidités. Elles touchent une personne sur cinq par an et un tiers des personnes, prévalence sur vie entière. « *L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif).* »⁶. L'annexe 5 du rapport, nous dit que les affections psychiatriques de l'adulte jeune (15-44 ans) sont au 1^{er} rang des affections de longues durées (ALD) (33.9% chez les garçons et 29.9% chez les filles) devant la 2^{nde} cause d'ALD (diabète à 9.2% chez les garçons et tumeurs malignes à 12.3% chez les filles). Selon l'Institut Douglas, « *les jeunes hommes de 15 à 30 ans et les femmes de 18 à 35 ans sont particulièrement à risque. De 4 à 5% des jeunes vont vivre un épisode psychotique à un moment ou à un autre de leur vie. La plupart en guériront complètement.* »⁷

1.1.3.2. Situation de handicap reconnue

La loi du 11 Février 2005 (Annexe I), pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a reconnu le handicap psychique dans la définition du handicap. « *Constitue un handicap, au sens de la présente*

⁶ COUTY E., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, in rapport présenté à Mme Bachelot-Narquin, Janvier 2009

⁷ <http://www.douglas.qc.ca/info/psychose>

loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ». Cette démarche législative nous montre une prise de conscience de l'Etat dans l'importance d'un accompagnement des patients atteints d'une maladie psychique et leur reconnaissance.

1.1.3.3. Handicap social

Pour Loubat J-R.⁸, psychosociologue, « *il existe un lien entre la vie relationnelle d'une personne, l'image qu'elle possède d'elle-même et le look qu'elle donne à voir aux autres* ». La participation sociale ne nécessite pas uniquement l'accessibilité matérielle ou institutionnelle, il faut aussi s'appuyer sur les modes de communication et de relation : se présenter, être parmi les autres, engager et maintenir une conversation. « *Que peut faire une personne seule le soir dans son appartement urbain, si elle ne possède pas de relations établies ?* ». Dans le Manifeste de réhab', de Leguay D.⁹, la réhabilitation psychosociale est définie et souligne l'importance du travail sur le regard de la société et aussi sur l'acquisition de compétences sociales. Belio C., Prouteau A.¹⁰, psychologues, ont élaboré une grille d'analyse pour mesurer l'activité et la participation [Annexe II]. Cette étude montre que la perception qu'ont les personnes en situation de handicap de leurs ressources ou problématiques est souvent altérée. La conscience des troubles ou de leurs conséquences est un élément important pour une réelle participation sociale et la construction d'un projet de vie. Perez B.¹¹, ergothérapeute, montre en quoi, la réhabilitation psychosociale est possible qu'à partir du moment où la personne est à même de définir un projet, de définir ses besoins et d'évaluer ses capacités. Elle s'appuie sur la représentation de soi, la connaissance de soi, la prise de conscience de la pathologie et de ses possibilités. Nous garderons à l'esprit que 60% des personnes

⁸ LOUBAT J-R, *Personnes en situation de handicap : de l'intégration vers l'inclusion*, in Actes du colloque MODE H 2010, « de l'intégration vers l'inclusion des personnes handicapées ? », 10/2010, Tours

⁹ LEGUAY D. et al., *Le manifeste de réhab' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants*, in L'information psychiatrique, vol. 84, 2008, p.885-893.

¹⁰ BELIO C., PROUTEAU A., KOLEK M., and al, *Handicap d'origine psychique et/ou cognitive : quelles restrictions de participation au sens de la CIF. Résultats préliminaires d'un outil d'évaluation dérivé de la CIF*, in Annals of physical and rehabilitation medicine, 2013, Elsevier Masson

¹¹ PEREZ B., *Ergothérapie en psychiatrie : mise en place d'un programme de réhabilitation*, in Expériences en ergothérapies, 22^{ème} série, 2009.

handicapées psychiques perçoivent une allocation, principalement l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). 8% des personnes avec un handicap psychique « *seraient accueillies par Cap emploi, mais moins de 5% feraient l'objet d'un placement dans l'emploi* »¹².

1.1.4. Traitement et Evolution

D'une manière générale, le traitement est l'association de médicaments et d'une prise en soin pluridisciplinaire. Les médicaments sont une part importante du traitement car ils permettent de soulager les symptômes et de prévenir les récives psychotiques. Il existe deux catégories de médicaments : les neuroleptiques typiques (par exemple : chlorpromazine, halopéridol) et les neuroleptiques atypiques (par exemple : clozapine, rispéridone). Les neuroleptiques sont également classés en fonction du type d'effet psychique prédominant : sédatif (ils baissent l'agitation et l'agressivité) ; anti-déirant (ils diminuent les idées délirantes et hallucinations) et les désinhibiteurs (ils luttent contre l'abolie du malade). Pour le traitement d'un premier épisode psychotique, l'efficacité de ses médicaments est équivalente. L'orientation sera fonction de la tolérance aux effets secondaires. L'administration du traitement se fait sous une surveillance étroite au départ. Les effets secondaires s'estompent avec le temps et sont rarement graves. D'une manière générale se sont : fatigue, étourdissement, prise de poids, agitation, constipation, vision brouillée et rigidité. Le risque est essentiellement à plus long terme avec un risque de développer une « dyskinésie tardive » c'est-à-dire une maladie se traduisant par des mouvements involontaires de la langue, lèvres, mâchoires ou des doigts. Les nouveaux neuroleptiques atypiques n'auraient pas cet effet secondaire au long cours, notamment la clozapine.

En ce qui concerne les prises en soin non médicamenteuses, nous pouvons parler des thérapies cognitives du comportement, de psychothérapie de soutien, de programme de psychoéducation et d'accompagnement des familles. Elles sont réalisées par des infirmières, des psychologues, des psychiatres, des psychothérapeutes, des ergothérapeutes.

¹² AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., MESCLON-RAVAUD M., et al., *La prise en charge du handicap psychique*, in Rapport IGAS, 2011, [<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000570/0000.pdf>]

Certaines données sur l'évolution de la schizophrénie à court termes montrent l'importance d'une prise en soin la plus précoce possible. 15 à 30 % de rechutes sont décrites dans la première année et 40 à 60 % dans la seconde ¹³. Selon ce même article, et en référence à une étude de M. Shepherd et al. de 1989, « *un seul épisode, aucune détérioration (22% des cas), plusieurs épisodes, sans détérioration ou avec une atteinte minimale (35%), déficit après le premier épisode, avec exacerbation du trouble et sans retour à l'état normal (8%), handicap s'aggravant au fil d'épisode multiples et sans retour à l'état normal (35%)* ». L'article précise que les facteurs influençant l'évolution de manière négatifs sont : « *isolement social et familial, traitement tardif, la symptomatologie négative et le début insidieux* » et que la prise en soin précoce favoriserait une évolution positive. Lors de la Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie du 23 et 24 Janvier 2003, sur les schizophrénies débutantes, un échange a eu lieu sur les modalités du programme thérapeutique dans le cas de schizophrénie débutante. « *poser le diagnostic le plus précocement possible. [...] la durée d'évolution de la psychose non traitée influence le pronostic d'une manière péjorative.* »¹⁴

De manière plus générale en termes de psychoses, le diagnostic étant fait a posteriori, il est nécessaire de mettre en place un traitement qui sera ensuite ajusté en fonction du diagnostic fixé, pour limiter les conséquences de la pathologie psychotique. Conus P. insiste dans son intervention sur les troubles psychotiques « *La majorité des déficits (cognitifs, fonctionnels) et des comorbidités s'installent dans le 3 à 5 premières années de maladie : « période critique », souvent avant même que le patient ne se présente pour recevoir des soins* »¹⁵. Le schéma qu'il a présenté sur les « stades successifs d'un trouble psychotique » décrit le parcours du jeune patient et l'installation du handicap fonctionnel [annexe III].

C'est pourquoi dans ce mémoire, nous parlerons de jeunes présentant une psychose et d'une prise en soin précoce et pluridisciplinaire. La partie suivante de cette étude sera l'occasion de détailler un des éléments impactés par la maladie : la représentation de soi.

¹³ BOURCET S, *Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence*, in *Adolescence*, n°52, 2005, p.225-239.

¹⁴ FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE, *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques*, in Conférence de consensus, Janvier 2003.

¹⁵ CONUS P., *Intervention précoce dans les troubles psychotiques : concepts et résultats*, in www.fondation-fondamentale.org, Janv 2015

1.2. Représentation de soi

1.2.1. Définitions

La représentation de soi renvoie à la manière dont une personne se perçoit. Cette perception globale est en lien avec les capacités que la personne s'attribue, son apparence, son intégration sociale ainsi que l'impression que cette perception lui renvoie. Selon Duval C. et al.¹⁶, la représentation de soi « *c'est la connaissance que le sujet a de lui-même, de sa personnalité, de son histoire, de son autobiographie.* ». Celle-ci repose sur la conscience de soi définie comme « *la conscience que l'individu a de lui-même, à tout point de vue : physique, perceptif, mental, émotionnel, etc...* ». Il est important à ce moment de l'étude de bien délimiter certains termes associés au concept de soi ou connaissance de soi. L'estime de soi, issue du jugement qu'une personne porte sur sa propre image, est définie comme un concept variable influencé par le regard social, sa propre évaluation, et en fonction de facteurs environnementaux. André C. et Lelord F., dans leur ouvrage sur l'estime de soi¹⁷, la décrivent comme la réunion de la représentation de soi et la valeur que l'on accorde à cette représentation. L'affirmation de soi serait plus en lien à l'image que l'on souhaite véhiculer et la connaissance de soi serait en relation à la perception que l'on a de ses propres capacités et compétences.

1.2.2. Les approches comportementaliste et psychanalytique

Nous allons voir, dans cette partie, que la représentation de soi est associée à la personnalité. Cette dernière est définie par le Larousse comme « *Ensemble des traits physiques et moraux par lesquels une personne est différente des autres* ». La construction de cette image de soi est théorisée en fonction des approches et courants de pensée.

Pour les comportementalistes, l'environnement joue un rôle structurant dans cette construction. Elle s'effectuerait donc par apprentissage. Thorndike E. L., en 1911, parlait de la loi de l'effet : « *Tout comportement qui conduit à un état satisfaisant de l'organisme à tendance à se reproduire dans la même situation* ». Il a émis comme hypothèse que l'apprentissage s'effectuait par essais / erreurs et que le comportement en découlait.

¹⁶ DUVAL C., DESGRANGES B., EUSTACHE F., PIOLINO P., *Le soi à la loupe des neurosciences cognitives*, in Psychologie Neuro psychiatrie n°7, 2009 p. 7-19

¹⁷ ANDRE C et LELORD F., *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Odile Jacob, 2002

L'approche psychanalytique, menée par Freud S. notamment, s'appuie sur la théorie des instincts. Dans la première topique de Freud, le conscient, le préconscient et l'inconscient sont qualifiés de divisions du psychisme, permettant de décrire le fonctionnement du psychisme¹⁸. Lors de la seconde topique, en 1920, Freud précise les divisions en ça, moi et surmoi, qui sont considérées comme complémentaires à la première segmentation. Le « *moi comme une instance de régulation des phénomènes psychiques, qui doit sans cesse trouver l'équilibre entre les exigences du ça – le réservoir des pulsions – et du surmoi – auparavant nommé instance critique ou critique de la conscience* ». La personnalité serait la résultante des tensions entre les différentes dimensions psychiques et des processus d'identification que Freud a illustré avec le complexe d'Œdipe. Winnicott D.W., montre l'importance d'un environnement « suffisamment bon » pour permettre le développement de l'enfant. La notion de self de Winnicott regroupe le ça, le moi et le surmoi de Freud. Il s'appuie sur l'environnement pour se construire, c'est la part créative de la personnalité. Anzieu D. dans son livre le *Moi-peau*¹⁹, part de cette segmentation de l'appareil psychique. Il parle de deux couches différentes « *dans leur structure et leur fonction* » qui constituent l'enveloppe psychique. La couche externe, la plus rigide, celle en contact avec l'environnement extérieur serait la protection contre les stimulations issues du monde extérieur. Il la nomme le pare-excitation. La couche interne, plus souple, permettrait le contact avec l'environnement interne et aurait une fonction réceptrice. « *C'est à la fois une pellicule et une interface [...] : une interface donc séparant ces deux mondes et les mettant en relation* ». La représentation de soi dépendrait donc de ce fonctionnement psychique dichotomique, du lien et de la cohérence de ces deux membranes constitutives du Moi-peau.

1.2.3. Les approches cognitive et psycho-sociale

L'approche cognitive, quant à elle, s'oriente vers deux courants : le constructivisme et l'interactionnisme social. Pour Piaget, le constructivisme, c'est dire que la construction de la connaissance et de la personne s'ancre dans l'action sur l'objet. Il existe pour Piaget une continuité entre les processus biologiques d'adaptation dans un environnement et les processus psychologiques. Vygotski parle d'interactionnisme social.

¹⁸ QUINODOZ J-M, *Lire Freud. Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*, Paris, Presses Universitaires de France « Hors collection », 2004, p.231-236.

¹⁹ ANZIEU D., *le Moi-peau*, édition Dunod, septembre 2011.

Il considère que les interactions sociales jouent un rôle important dans le développement de l'intelligence. L'enfant découvre avec l'autre avant de faire seul.

La représentation de soi et l'effet de la société sont expliqués par la théorie sociale. En effet, en psychologie sociale, le concept de soi est défini par deux groupes d'aspects, l'un privé et l'autre public. Les aspects privés rassemblent les pensées sur soi en lien avec les souvenirs, la connaissance et l'évaluation des caractéristiques personnelles. Les aspects publics quant à eux regroupent les éléments pouvant être perçus par l'environnement. Ce concept est considéré comme regroupant trois dimensions : cognitive, affective et comportementale. Brewer et Gardner parlent des trois composantes du soi dans leurs recherches²⁰ : l'identité personnelle ou individuelle (les traits individuels et caractéristiques propres), l'identité relationnelle ou interpersonnelle (les caractéristiques qui nous lient aux autres) et l'identité collective ou groupale (les caractéristiques du groupe auquel nous appartenons, les valeurs du groupe). Ces différentes connaissances de soi coexistent et seraient activées en fonction du contexte et de l'instant. La connaissance de soi et les interactions sociales sont interdépendantes. Les représentations de soi, liées au contexte ou moment, constituent la connaissance de soi. C'est pourquoi, les psychologues sociaux, parlent de malléabilité du soi en fonction du contexte et de stabilité et résistance au changement d'une manière plus globale. Il est avancé dans l'article de Jean-Gilles Boula²¹, que l'autre est important dans la construction de l'image de soi. Chaque personne cherche à se conformer à l'image qu'elle a d'elle-même. Si l'écart est trop important, l'estime de soi en sera diminuée. L'estime de soi est considérée comme la composante affective du concept de soi, la part évaluative. Elle est en lien avec les buts et valeurs des personnes et de la société.

Il est également possible d'ajouter l'approche neurobiologique et génétique. Celle-ci part de l'hypothèse que les dimensions de la personne sont les résultantes de facteurs biologiques.

²⁰ BREWER M., GARDNER W., *Who is this « we » ? Levels of collective Identity and self representations*, in *journal of personality and social psychology*, vol 71, n°1, 1996, p. 83-93

²¹ BOULA J-G., *Le soi et Rôle professionnel*, in

http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Soi_role_professionnel.htm, consulté le 11/02/15.

1.2.4. Soi et l'autre

« *Le soi se construit socialement, notamment sous l'influence d'autrui* »²², ces influences peuvent être d'ordres culturelles, sociétales, interpersonnelles ou groupales. Le soi des différents individus sera alors plus interdépendant ou plus indépendant en fonction que la société soit collective ou individualiste. Le contexte socio-culturel influence la relation à soi et l'importance que l'on lui donne. En effet, dans une société collectiviste, la relation au groupe est importante et la connaissance de l'autre sera plus développée. A l'inverse, dans une société plus individualiste, la valorisation de soi est importante et la connaissance de soi sera donc promue. Dans le groupe, l'individu verra un cadre de référence pour faire évoluer ou construire son soi afin d'être accepté.

« *L'impact sur le soi de l'opinion et des feed-back des autres personnes sera d'autant plus fort que ces dernières seront significatives pour l'individu.* »²³. La construction du soi débute dès l'enfance quand celui-ci intériorise l'image de lui, renvoyée par ses parents et se l'approprié ou non.

Dans la partie suivante, nous allons décrire et préciser le rôle de l'ergothérapie dans l'accompagnement de personne en souffrance psychique et ayant des troubles de la représentation de soi et de la réalité. Nous verrons que la relation à l'autre sera un élément pris en compte dans la démarche de soin.

²² MARTINOT D., *Le Soi, les autres et la société*, PUG, Janvier 2010, p.71.

²³ Ibid, p 76

1.3. L'ergothérapie

1.3.1. Ergothérapie en santé mentale

1.3.1.1. L'ergothérapie

L'arrêté du 5 Juillet 2010 (Annexe IV) relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute définit le référentiel d'activités de la profession. L'objectif premier de l'ergothérapeute est *«de maintenir, de restaurer, et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement »*. L'ergothérapeute travaille sur prescription médicale et le fondement de sa pratique est l'analyse de l'interaction entre la personne, son activité et son environnement. Le choix et la mise en place d'un médiateur permettent un travail et une prise en soin articulés autour des besoins et attentes du patient en fonction de son environnement et de ses capacités. L'ergothérapie est une thérapie par l'agir qui tend vers l'engagement de la personne dans l'activité pour atteindre le projet de vie défini. Par cette pratique, l'ergothérapeute vise l'amélioration des fonctions déficitaires, le développement des capacités résiduelles et stimule les capacités d'adaptation. La finalité est de réduire voire supprimer les situations de handicap. L'ergothérapeute est un pont entre la structure de soin et le milieu extérieur. Il a pour mission de favoriser, d'accompagner ce franchissement.

L'activité support, outil, moyen de l'ergothérapeute, est décrite par le Larousse comme « la faculté, puissance d'agir ». Une définition plus consensuelle est celle donnée par ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) : *« La réalisation d'une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations »*. L'activité peut être utilisée comme outil d'évaluation ou moyen de prise en soin. Il sera alors nécessaire de réaliser une analyse précise de celle-ci en terme de : *« connaissance des étapes et procédures, des objets et matériaux utilisés, de l'espace et du temps nécessaires, des gestes et actions indispensables en termes de capacités motrices et sensorielles, de capacités cognitives et procédurales, de capacités d'interaction et de communication, des risques encourus ainsi que des adaptations possibles. »*²⁴. Pour sa mise en place, l'activité doit avoir du sens pour la personne et permettre d'utiliser des

²⁴ SUREAU P., *L'activité comme processus thérapeutique*, in Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités, De Boeck Solal, 2013, p.188-191.

capacités stimulées, travaillées également dans d'autres contextes. Elle doit être un moyen de confrontation à la réalité de ses incapacités et capacités. L'activité est un médiateur et favorise la relation thérapeutique. Nous allons voir qu'en santé mentale, l'activité est un moyen pour permettre la verbalisation, la prise de conscience. Les difficultés, notamment, psychiques pourront alors être exprimées par la relation avec la matière, l'activité et avec le thérapeute.

1.3.1.2. En santé mentale

De Luca M.²⁵, psychiatre, donne une définition de l'ergothérapie. Il s'appuie sur le cheminement de la psychiatrie tout au long de l'histoire. « *L'environnement participe à la construction du sujet dans une dynamique d'échange, échange qui, dans l'ergothérapie, est médiatisé par l'activité et qui sort du support thérapeutique* ». Bagnères C.²⁶, ergothérapeute, parle de la « triangulation patient-objet-thérapeute ». L'ergothérapeute doit permettre que s'établisse la relation entre l'objet et le patient. « *Prendre le risque de créer, c'est s'inscrire dans la réalité...* ». Le thérapeute « *joue un rôle de miroir, permettant au patient d'intégrer l'expérience vécue et de se réapproprier ainsi ses affects* ». Donaz M.²⁷, ergothérapeute et psychologue clinicienne, dans son ouvrage parle du geste plastique pour permettre la représentation de soi. Elle nous indique qu'« *Il s'agit d'amener les patients à transformer leurs incapacités en capacités à métamorphoser leur réalité où il n'y a pas d'espace pour l'imagination esthétique créative* ». Pour Mutis M.²⁸, dans un atelier d'ergothérapie existe une dynamique de passage entre le dedans et le dehors. La mise en dehors d'éléments psychiques est permise par la parole, la médiation artistique ou le passage à l'acte. La médiation, le cadre et les règles permettent de créer la relation et de proposer une contenance aux patients. Ils permettent de réaliser des expériences dans un cadre positif et non persécutif. L'activité proposée avec un cadre défini accompagne la confrontation au principe de réalité et favorise la prise de sens.

²⁵ DE LUCA M., *Thérapies à médiation : ergothérapie, sociothérapie et médiations groupales*, in Elsevier Masson, Psychiatrie, 37-820-C-10, 2009.

²⁶ BAGNERES C., *La relation à l'objet, Ergothérapie en psychiatrie*, Solal, Marseille, 2007

²⁷ DONAZ M., *Entre créativité et soin psychique : être ou ne pas être ergothérapeute en psychiatrie ?*, in Ergothérapie en psychiatrie, Solal, Marseille, 2007, p. 71-91.

²⁸ MUTIS M., *Espace intérieur et espace extérieur*, in Ergothérapie en psychiatrie, Solal, Marseille, 2007

L'ergothérapie est en lien avec la réhabilitation psychosociale qui aide le patient à acquérir des outils pour devenir indépendant et autonome. Duprez M.²⁹, psychiatre, nous précise la complémentarité de la réhabilitation psychosociale et de la psychothérapie institutionnelle, et la place de l'ergothérapie. *« La réhabilitation psychosociale pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en oeuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. »*

Ce panel d'outils et de méthodes proposé aux personnes, dans leur milieu de vie, favoriseraient leur intégration. *« l'usager est le maître d'oeuvre des actions entreprises à son intention : il est placé au centre du dispositif et ses attentes et demandes fondent les interventions. »*. La loi du 11 Février 2005 reprend cette vision de la prise en soin. La mise en place de club et Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) font partie de ce mouvement où il est précisé que *« ce qui soigne dans la psychose c'est avant tout le développement ou le rétablissement du lien social. »*. Un des points communs avec la psychothérapie institutionnelle est cette notion. En effet, elle a émis comme hypothèse de départ dans la prise en soin des troubles psychiques *« le traitement de l'aliénation mentale ne peut être séparé de celui de l'aliénation sociale tant l'animal humain est lié dans le groupe social au sein duquel il évolue. »*. La relation à l'autre, l'intégration sociale sont des éléments importants à prendre en considération dans l'accompagnement des personnes souffrantes. La réinsertion dans le monde du travail fait également partie de cette participation sociale et de réinvestissement de sa propre vie. La loi du 11 Février 2005 renvoie à la notion de citoyenneté des personnes handicapées et d'accès aux droits fondamentaux. L'ergothérapeute utilise l'évaluation en continue lors du processus de réadaptation afin d'ajuster, de préciser son action et l'engagement de la personne. Nous allons, maintenant, préciser ce qu'est la participation sociale et le rôle de l'ergothérapeute.

1.3.2. Participation sociale

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la participation sociale, l'intégration sociale n'est pas que le fait d'avoir un logement et une reconnaissance d'un

²⁹ DUPREZ M., *Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle*, in L'information psychiatrique, vol. 84, 2008, p.907-912

handicap. La problématique pour la personne en souffrance psychique est également liée à l'inactivité, sa place dans la société et son impression d'utilité. Belio C., Prouteau A.³⁰, psychologues, ont élaboré une grille d'analyse pour mesurer l'activité et la participation. Cette étude montre que la perception qu'ont les personnes en situation de handicap de leurs ressources ou problématiques est souvent altérée. La conscience des troubles ou de leurs conséquences est un élément important pour une réelle participation sociale et la construction d'un projet de vie. Perez B.³¹, ergothérapeute, développe en quoi, la réhabilitation psychosociale est possible qu'à partir du moment où la personne est à même de définir un projet, de définir ses besoins et d'évaluer ses capacités. Elle s'appuie sur la représentation de soi, la connaissance de soi et la prise de conscience de la pathologie et de ses possibilités. Il est important de garder en mémoire la citation de Peretti P.³² « *Certaines dimensions plus fondamentales sont à prendre en considération, qui concernent la construction du psychonarcissisme, de la subjectivité et de l'identité, et qui impliquent que pour « habiter la cité », le sujet doit d'abord « habiter son propre corps »* ». En effet, avoir une représentation de soi cohérente est nécessaire pour entrer en relation avec l'autre et avoir un comportement adapté. Il est nécessaire de considérer aussi que « *l'Autre concourt [...] à construire des représentations de soi et alimente ainsi le concept et les connaissances de soi. [...] il anime le sentiment d'unicité puisque prendre conscience de soi c'est se distinguer, se percevoir et se sentir différent d'autrui.* »³³. L'ergothérapeute par ses observations et ses compétences en évaluation va accompagner la personne dans la compréhension de ses capacités et potentialités. Il va l'aider, grâce notamment à des ateliers de groupes, à construire le lien avec l'autre. La participation sociale, l'inscription dans une activité collective de loisir ou professionnelle seront travaillées par des mises en situation et facilitées par des adaptations de l'environnement ou de l'activité.

³⁰ BELIO C., PROUTEAU A., KOLEK M., and al, *Handicap d'origine psychique et/ou cognitive : quelles restrictions de participation au sens de la CIF. Résultats préliminaires d'un outil d'évaluation dérivé de la CIF*, in *Annals of physical and rehabilitation medicine*, Elsevier Masson, 2013.

³¹ PEREZ B., *Ergothérapie en psychiatrie : mise en place d'un programme de réhabilitation*, in *Expériences en ergothérapies*, 22^{ème} série, 2009

³² PERETTI Pascale et al., *Penser l'ouverture au monde et la participation sociale des sujets « en situation de handicap psychique »*, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/2 n° 14, p. 217-236.

³³ Ibid 28

Une des spécificités des psychoses est la perte de contact avec la réalité et les troubles de la personnalité. Nous précisons dans la partie suivante l'accompagnement ergothérapeutique de personnes psychotiques.

1.3.3. Ergothérapie et psychoses

Les personnes psychotiques se construisent une réalité personnelle qui les sépare de l'environnement extérieur. Il est important en ergothérapie de travailler sur la perception de la réalité de manière sécurisante. La cohérence de la démarche en ergothérapie intégrée à celle de l'ensemble de la prise en soin pluridisciplinaire est gage de sécurité pour la personne. Cela permet à la personne de faire du lien entre les personnes l'entourant et les actions réalisées. Une des premières étapes est la construction d'une relation de confiance, d'un lieu sécurisant et favorisant l'expression du ressenti et des envies. Ensuite, l'objectif est l'expérimentation des frustrations et les moyens de gestion. C'est alors la recherche de ses limites, les manques. La personne psychotique a également des difficultés dans la relation à son image et la représentation qu'elle peut avoir d'elle-même. Le travail sur l'image du corps, les limites entre l'environnement interne et externe sont expérimentés dans cette optique. La présence de l'autre favorise la différenciation à l'autre et permet la représentation de soi.

Pour tous ces objectifs, différentes activités peuvent être mises en œuvre. Elles peuvent être manuelles, d'expression, individuelles et en groupe. Les ateliers de groupe favorisent la construction de la relation à l'autre et l'intégration sociale. Archambeau S., animatrice et thérapeute au CH de Libourne a décrit sa démarche dans son ouvrage³⁴. Son approche des ateliers d'expression en service psychiatrique et hors mur s'appuie sur l'importance d'un travail pluridisciplinaire et une réflexion à plusieurs. Chaque orientation d'atelier vise des objectifs spécifiques en fonction de l'évolution de la personne et de ses besoins [Annexe V]. Le cadre de l'activité, celui de la relation sont définis afin d'aider la personne à se reconstruire et se sentir sécurisée. Chaque atelier ou activité est élaborée avec une idée de progression en prenant en compte la situation de départ de la personne, sa motivation, ses capacités et son projet de vie.

³⁴ARCHAMBEAU S., *L'atelier d'expression en psychiatrie*, trames, Editions érés, 2010.

Les activités d'expression peuvent être en première intention pour faciliter l'expression. Il est possible également de commencer ou poursuivre par des activités manuelles, dites artisanales, favorisant la concentration des personnes et accompagnant la décentration des symptômes. Elles permettent à la fois aux personnes de se mettre en activités, de prendre conscience de leurs possibilités et à l'ergothérapeute d'évaluer les capacités au niveau des fonctions praxiques et cognitives. Les activités en groupe aident l'observation des comportements et capacités relationnelles, elles accompagnent le travail sur la communication et la représentation de soi. Toutes ces observations et objectifs spécifiques sont des outils pour l'ergothérapeute qui lui permettent d'établir le plan d'intervention et les adaptations nécessaires pour soutenir le processus de réadaptation de la personne vers son projet de vie socio-professionnel.

Dans le courant actuel de la réhabilitation psychosociale en santé mentale, des initiatives voient le jour qui mettent en lien de plus en plus étroit des professionnels de la santé, du social et des entreprises, ainsi que des établissements de soins et médicosociaux. Lors d'une conférence sur la « Réhabilitation psychosociale au CHS de Savoie » [Annexe VI] animé par Dr Dubreucq du Centre de référence de réhabilitation de Grenoble et du RéHPsy, l'expérience de ce réseau a été décrite. La mission première est l'accompagnement individuel de la personne dans la réalisation de son projet de vie, en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire. Les moyens mis en œuvre sont : l'évaluation globale des symptômes, du fonctionnement cognitif, des habiletés de vie quotidienne et du potentiel de la personne. Il lui est alors fait une proposition en lien à ses compétences et sa problématique. La profession d'ergothérapeute s'intègre complètement dans cette démarche d'accompagnement de la personne psychotique pour lui permettre de reprendre en main sa vie.

1.4. Vers la question de recherche...

Comme nous l'avons précisé dans la problématique pratique, parmi les pathologies les plus préoccupantes du XXIème siècle, sont présentes des pathologies psychiatriques dont la schizophrénie. Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 présente l'importance de la prise en compte de cette problématique et précise que c'est un « *enjeu de société et de santé publique majeur* ». Ce plan s'inscrit dans la lignée de la loi du 11 Février 2005 qui stipule la nécessité de la participation sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap quelles qu'elles soient. La citoyenneté étant vue comme l'accès aux droits pour tous, la possibilité d'avoir des loisirs, un logement, un travail. Nous avons vu dans la première partie que la maladie se déclare surtout chez le jeune adulte. Les capacités cognitives et relationnelles diminuent avec le nombre d'hospitalisations. Il est important que les personnes puissent acquérir rapidement des compétences et connaissances vis-à-vis de leur maladie et limiter ainsi les réhospitalisations successives. La vision globale de la personne en ergothérapie et l'émergence du courant de la réhabilitation sociale, amènent la profession à s'intéresser à son rôle, à se positionner quant à ses fonctions et compétences. C'est pourquoi, j'ai souhaité approfondir, décortiquer le travail de l'ergothérapeute dans l'accompagnement à la prise de conscience dans leurs potentialités par les personnes psychotiques, de leur capacité à se réinsérer et notamment grâce au travail.

Comment l'ergothérapeute favorise-t-il, chez le jeune psychotique, la connaissance de ses capacités pour l'accompagner dans son projet de réinsertion socio-professionnelle ?

Afin d'avoir un éclairage théorique, la partie suivante, sera le moment choisi pour décrire différents concepts et modèle et tendre vers une cadre de lecture pour l'étude. Le modèle choisi est celui d'Ann Cornin Mosey, basé sur la thérapie par l'activité, il semble adapté à la vision ergothérapique. Le concept de rétablissement sera ensuite approfondi pour comprendre le courant de pensée actuel en psychiatrie et l'idée générale que le rétablissement est plus que la guérison. La dernière notion fera référence à la réinsertion professionnelle, où nous parlerons de la place du travail dans la société et les accès aux personnes en situation de handicap d'origine psychique.

2. PROBLEMATIQUE THEORIQUE

2.1. Le modèle d'Ann Cronin Mosey

2.1.1. La thérapie par l'activité

Ann Cronin Mosey ergothérapeute américaine née en 1938 a travaillé essentiellement en psychiatrie et est devenue professeur à l'Université de New York. Elle part de l'hypothèse que le développement de compétences de bases s'appuie les unes sur les autres et que l'apprentissage par étape permet de passer d'élément simple à l'acquisition de compétences plus complexes. Il faudrait acquérir des sous compétences. Les compétences d'adaptation permettraient à l'individu de maintenir son équilibre. Les trois cadres de référence en psychiatrie sont pour Ann Cronin Mosey :

- **le cadre analytique** : basé sur les théories psychanalytiques. Il s'intéresse au contenu intrapsychique qui oriente les comportements et l'activité comme intermédiaire entre la réalité et l'expression de l'inconscient. Ex l'approche psychodynamique
- **le cadre développemental** : basé sur les étapes de développement psychosexuel de Freud et d'Erikson, ici, l'activité est utilisée comme outil pour amener la personne à progresser et satisfaire ses besoins. Ex l'approche d'intégration sensorielle
- **le cadre acquisitionnel** : basé sur les théories de l'apprentissage de Bandura, Sullivan. Le comportement est considéré comme le résultat des interactions avec l'environnement, l'activité permet l'expérimentation. Ex l'approche cognitivo-comportementale.

Pour l'auteur, l'ergothérapie suit ces trois cadres de référence dans la prise en soin psychosociale. En 1973, A.C. Mosey publie « Activities Theory » qu'elle définit comme un type de traitement pour accompagner les patients dans la participation à leur propre vie et dans leur communauté. Elle développe sa thèse auprès de patients psychiatriques qui lui sont adressés pour des difficultés psychosociales. « *La thérapie par l'activité, située dans le présent (ici et maintenant), est orientée vers l'action et utilise les interactions de tous les jours afin d'aider l'individu atteint de maladie mentale à acquérir des habiletés, en*

vue d'améliorer son fonctionnement psychosocial »³⁵. Cette définition de la théorie permet de montrer l'importance de l'activité comme support à la prise en soin. Son but est l'acquisition d'habiletés et la compréhension de soi, deux notions « interdépendantes ». Pour Mosey, la maladie mentale est « l'incapacité à rencontrer ses besoins d'une manière satisfaisante, sans nuire à autrui. » Elle différencie quatre incapacités :

- incapacité à planifier ou poursuivre une tâche
- incapacité à interagir de façon confortable dans un groupe
- incapacité à exprimer ses émotions de façon satisfaisante
- incapacité d'avoir du plaisir au sein d'une activité récréative

L'Homme est considéré comme ayant une dimension psychosociale, il pense, ressent et agit. Mosey choisit de segmenter l'individu en trois dimensions interdépendantes afin de décrire son fonctionnement :

- **les habiletés de base :**
 - o *Habiletés de tâche* : l'utilisation d'outil, de matériaux, la capacité à organiser une tâche, à résoudre un problème, à suivre des ordres écrits et oraux
 - o *Habiletés d'interaction en groupe* : être un membre productif dans une variété de groupes (groupe de tâches individuelles, groupe centré sur une tâche commune, groupe à coopération minimale, groupe coopératif et groupe communicatif et autonome).
- **Le soi public :** lien avec les autres
 - o *Les activités de la vie quotidienne* : soins personnels, la locomotion et la communication (ces activités permettent l'accès aux autres dimensions de la vie)
 - o *Le travail* : demande des habiletés
 - o *Les loisirs* : les activités pour son plaisir et les activités communautaires
 - o *L'intimité* : amitié fortuite et intermittente, relation de camaraderie, relation d'amour, relation nourricière
- **Le soi privé :** éléments propre à l'individu, visible par le discours et le comportement

³⁵ HACHEY R., BOUGIE C., LADOUCEUR D., MORIN C., PHANEUF C., *La thérapie par l'activité de A.C. Mosey (description et application)*, in Santé mentale au Québec, vol. 6, n°1, 1981, p.45-60

- *Le système cognitif* : concept de soi, connaissance et représentation qu'elle a de l'autre et de son environnement.

- *Les besoins* : Mosey reprend les besoins de Maslow : besoins physiologiques, besoins de sécurité, d'amour, d'appartenance, de maîtrise, d'estime et d'actualisation de soi.

- *Les émotions* : liées à la satisfaction ou non des besoins

- *Les valeurs* : degré d'importance accordée

Elle préconise l'utilisation de l'évaluation afin d'établir les capacités et incapacités de la personne malade. Elle propose une évaluation initiale pour comprendre les dysfonctionnements, les habiletés du patient dans les différentes dimensions. Elle intègre dans la prise en soin des évaluations périodiques afin de mesurer les progrès ou d'explorer d'autres dimensions plus précisément. Chaque dimension dispose de sa grille d'évaluation et est décomposée en trois étapes : observation, interprétation et confirmation par le patient. L'échelle de cotation est ordinaire : 1 valeur représentant le plus de difficulté à 4 pas de difficultés dans la réalisation de la tâche. [Annexe VII]

Après cette phase d'évaluation, le traitement va être planifié en concertation avec le patient et en prenant en compte l'environnement physique. La démarche de construction du plan de prise en soin est décrite ainsi par A.C. Mosey :

- 1-Fixer des objectifs à court et à long terme

- 2-Rédiger un plan de traitement

- 3-Evaluer périodiquement

- 4-Modifier les buts et le déroulement du traitement

- 5-Décider de la cessation du traitement

« *Les objectifs sont formulés de façon observable, c'est-à-dire facilement reconnaissables pour que le client identifie ce qu'il sera capable ou devra cesser de faire* ». L'implication du patient est préconisée, sa compréhension et son adhésion. Les activités sont des moments d'expérimentation qui favorisent les apprentissages. Ceux-ci sont également obtenus grâce aux interactions et au travail de groupe et permettent de faire progresser les capacités.

2.1.2. 4 étapes de la thérapie

Mosey précise que les capacités d'adaptation permettent de participer aux activités et d'être en relation. L'acquisition de ces capacités est dépendante du stade de développement de la personne. Il est donc important de respecter le niveau de départ de la personne et son évolution, son rythme. L'ergothérapeute doit mettre en place un plan d'intervention favorisant la satisfaction des besoins répondant à la démarche de la pyramide de Maslow.

- « *besoins psycho-physique (physiologiques et environnementaux),*
- *Equilibre dans le temps et la régularité (schéma varié d'activités et rythme),*
- *Sécurité (physique et émotionnelle),*
- *Amour et acceptation (relation thérapeutique),*
- *Association de groupe (partage),*
- *Maîtrise (participation fructueuse à l'activité),*
- *Estime de soi (rôle valorisant, satisfaisant),*
- *Besoins sexuels (reconnaissance de ces besoins, possibilité de satisfaire ces besoins),*
- *Plaisir (selon la définition individuelle du client),*
- *Actualisation de soi (activités et relations significatives). »³⁶*

En partant des trois cadres de référence de l'ergothérapie : analytique, cognitivo-comportementale et développemental, l'auteure définit 4 fonctions « *acquises par étapes et universelles* » :

- 1- Intégration sensorielle : capacité à recevoir, sélectionner, associer les informations proprioceptives et tactiles pour une utilisation fonctionnelle
- 2- Fonction cognitive : capacité à percevoir, représenter et organiser l'information sensorielle dans un but de penser et résoudre des problèmes
- 3- Interactions sociales : capacité à participer à une variété de relations duelles et capacité à s'engager dans une variété de groupe de base

³⁶ MOREL-BRACQ M-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection ergothérapie, de Boeck solal, 2009, p.153-156.

4- Fonction psychologique : capacité à se percevoir comme une personne relativement autonome, holistique et acceptable, ayant une permanence et une continuité à travers le temps et capacité à percevoir sa propre nature sexuelle comme bonne et à participer à une relation sexuelle dans une durée relative

En lien avec les étapes du développement cognitif et social, l'observation et l'analyse de ces 4 fonctions permettent de définir le niveau de développement de la personne dans chaque capacité. Cela oriente le choix de l'activité et des interactions que le professionnel met en jeu.

2.1.3. Lien avec l'étude

Le modèle de Mosey peut permettre de construire une démarche de prise en soin. Il peut accompagner la construction d'un outil d'évaluation, d'analyse et de prise de décision pour le thérapeute. Comme la théorie de l'activité prend appui sur plusieurs champs de la personne, il aide la vision globale de la personne et son fonctionnement. C'est aussi un moyen facilitant la définition des priorités et ce sur quoi s'appuyer : capacités et besoins de la personne. Pour ma recherche, il me permet de considérer un maximum d'éléments et leurs sous-catégories afin d'élargir le champ de réflexion. Il fait le lien entre différents courants de pensée et montre la complémentarité de leur vision. C'est un cadre guidant l'observation et l'analyse. Ce modèle souligne le lien entre l'intrapersonnel, l'interpersonnel et l'environnement. Il précise l'importance de prendre le temps du patient et de s'appuyer sur son rythme. Aller vers les autres et être avec eux, est possible à partir du moment où certaines capacités sont acquises. Ressentir, comprendre, participer et se connaître sont interdépendants.

Nous allons poursuivre cette exploration par la description de la notion de rétablissement. Nous allons voir que le rétablissement nécessite la connaissance de soi, ses capacités et le cheminement décrit par Mosey.

2.2. La notion de rétablissement

2.2.1. Définition

Au-delà de la réinsertion, le processus de rétablissement permettrait la connaissance de soi, l'accès au sentiment de responsabilité et du pouvoir de choisir et d'agir. C'est un courant de pensée issu du mouvement des usagers aux Etats-Unis, où d'anciens patients du système ont partagé leur vécu pour exprimer le fait qu'ils s'en sont sortis. Un autre élément est à la base de ce courant, les résultats d'études transversales qui ont montré l'hétérogénéité de l'évolution de la pathologie schizophrénique quelle que soit la dimension : individuelle, interindividuelle et interculturelle.

Se rétablir d'un trouble psychique, c'est être capable de donner du sens à sa vie, d'élaborer de nouveaux objectifs et projets. « *Le rétablissement signifie non pas une guérison, mais plutôt une expérience d'adaptation aux symptômes, un mieux-être et une redéfinition de l'identité personnelle* » Noiseux S³⁷. C'est un processus actif, continu et personnel qui ne peut pas être décrit comme la conséquence de la maîtrise de compétences fonctionnelles et relationnelles. Il dépasse la stabilisation d'un état de santé ou son amélioration. Dans l'article de Martin B. et Franck N.³⁸, différents aspects du rétablissement sont mis en lumière. Le premier aspect insiste sur le fait que le rétablissement n'est pas un retour à l'état antérieur à la maladie. Le second aspect renvoie à la dynamique du processus, qui suivrait différentes étapes que nous détaillerons dans le paragraphe suivant. Le dernier aspect montre la dimension personnelle du processus où seule la personne elle-même peut influencer sur l'évolution de sa pathologie. Le rétablissement n'est pas l'absence des symptômes ou l'absence de rechute, mais la prise de conscience des troubles et de leur gestion. C'est un moment permettant de voir le chemin parcouru et d'apprendre à vivre avec. Selon N. Franck³⁹ « *l'acquisition d'une position socialement valorisée représente l'un des trois axes du rétablissement à côté d'une appropriation des déterminants de la maladie et d'une prise de contrôle de celle-ci* ». Patricia Deegan, partisane du mouvement des droits des

³⁷ NOISEUX S, *Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement*, in Santé Mentale, n°120, Septembre 2007

³⁸ MARTIN B., FRANCK N., *Rétablissement et schizophrénie*, in EMC Psychiatrie, Vol 10, N°4, Octobre 2013

³⁹ FRANCK N., *Remédiation cognitive et insertion professionnelle dans la schizophrénie*, in l'encéphale n°40, 2014, p.75-80

personnes handicapées, spécialiste du rétablissement et elle-même ayant été diagnostiquée schizophrène, a beaucoup écrit et étudié le rétablissement. Elle le lie à l'expérience de la personne par rapport à ce qu'elle accepte et dépasse comme incapacités.

De ces articles, ressortent des éléments communs et importants pour l'accès au rétablissement. L'étape initiale étant l'acceptation de la maladie, elle n'en est pas moins suffisante. En effet, les valeurs personnelles (famille, travail, créativité, spiritualité) seront des appuis pour l'usager. Le fait également de pouvoir dépasser la stigmatisation, de retrouver l'espoir et de le maintenir, l'autodétermination et la reprise du contrôle de sa vie, ainsi que la conservation de son identité seront aussi des conditions pour le rétablissement.

2.2.2. Les étapes du rétablissement

La reconnaissance de la présence du trouble permet l'accès au rétablissement. Dans son article, Noiseux S. décrit le commencement du processus : *«le processus de rétablissement émerge d'un mouvement de l'espace intérieur de l'être qui prend forme à partir du moment où la personne ressent ce profond sentiment de vivre une dérive, un enfer ou encore une déchéance génératrice d'une souffrance devenue intolérable par l'envahissement des symptômes associés à la maladie.»* L'instinct de survie serait alors le déclencheur du processus. La démarche d'introspection entamée donnerait naissance à des points de repères pour la personne. Elle retrouve ses souvenirs et lui donne accès à ses capacités et motivations. L'ouverture au monde extérieur pourrait alors s'engager et lui permettre de voir les possibilités d'aide et de soutien provenant de l'extérieur. La confrontation à la réalité donnerait selon Noiseux, la possibilité d'être acteur.

En référence aux articles de Provencher⁴⁰ (2002), Pachoud⁴¹ (2012) et Martin⁴² (2013), nous allons dresser le schéma de différentes étapes du processus de

⁴⁰ PROVENCHER H., *L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques*, in Santé Mentale au Québec, n°27, 2002, p.35-64

⁴¹ PACHOUD B., *Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes*, L'Information psychiatrique, 88, 2012, p.257-266

⁴² Ibid 34

rétablissement. Il se déclinerait en 5 étapes et leur identification permettrait la mise en place d'un accompagnement thérapeutique adapté.

Phase moratoire :

C'est la phase où la personne n'a pas conscience de ses troubles. La représentation de soi est altérée et différents signes permettent de savoir que la personne se situerait dans cette étape. Il y a donc : le déni, le repli sur soi, la révolte ou le désespoir ainsi qu'un défaut de motivation.

Phase de conscience :

C'est le moment où l'acceptation de la pathologie apparaît. L'espoir d'une amélioration naît de cette prise de conscience des troubles. La personne souffrante se rend compte des conséquences liées à sa maladie et la différenciation entre la maladie et soi peut apparaître. Le regard de la personne et de son entourage sur son devenir change. Elle apprend à faire avec.

Phase de préparation :

La croyance dans le rétablissement s'ancre dans la vie de la personne. Par la définition d'objectifs personnels, la personne s'approprie son devenir. Elle s'appuie alors sur ses propres valeurs (travail, famille, créativité, spiritualité) et prend connaissance de ses capacités et compétences. Elle identifie les ressources dont elle dispose : internes et externes.

Phase de reconstruction :

C'est le moment de la découverte du nouveau soi. La phase de dépassement de la stigmatisation et de la planification des actions. En effet, la personne à cet instant va commencer à construire une identité positive et réorienter son attention sur ses forces. Elle réalise une autoévaluation pour pouvoir élaborer et développer des actions dans le sens de l'amélioration de son état. L'empowerment⁴³ ou autodétermination sera alors la notion importante de cette étape qui amène un sentiment de contrôle de sa vie pour la personne. Ce sentiment de pouvoir décider et agir s'appuie sur les capacités d'autoévaluation et la prise de responsabilité individuelle.

Phase de croissance :

⁴³ Pouvoir d'agir

Nous parlerons ici de consolidation de l'identité. La personne apprend à se connaître, est capable de se définir en termes de traits stables. Elle connaît ses rôles sociaux et se détache de l'identité de malade mental. Un bien-être personnel peut être perçu par la personne grâce notamment au fait de savoir gérer sa maladie, d'avoir confiance en ses capacités et en se tournant vers l'avenir.

Cette réappropriation de son existence permet à l'individu de redéfinir son identité, de développer l'estime de soi et de s'engager dans l'action. Pendant tout ce processus, la reconnaissance par les tiers des potentialités de la personne est essentielle. Les entourages familial, amical et professionnel doivent être un soutien à la confiance et à l'espoir. Nous allons détailler les principes pratiques dans le paragraphe suivant.

2.2.3. Les principes pratiques

Le processus de rétablissement est un cheminement qui amène la personne à se réapproprier son existence, se réengager dans sa vie et choisir. Les éléments principaux à percevoir et intégrer sont l'espoir en une amélioration, le développement de capacités d'autoévaluation et l'engagement dans l'action. La personne va alors passer par la redéfinition de soi. Dans leur article⁴⁴, Favrod J. et Scheder D. précisent leur hypothèse quant à l'intervention des praticiens pour accompagner le passage d'une étape à l'autre du patient dans son processus de rétablissement. L'acceptation de la maladie est un facteur favorable à l'évolution du patient. Le soignant, thérapeute, doit faciliter le changement des croyances vis-à-vis de la pathologie et des représentations, notamment en utilisant des témoignages de personnes s'étant rétablies. Martin B. et Franck N⁴⁵, parlent de l'insight c'est-à-dire la conscience du sujet de sa pathologie. Ils montrent que les programmes de psychoéducation favorisent ce travail mais qu'il est important de faire attention à une confrontation trop directe avec la réalité. Ces programmes auraient également comme vertu de proposer un espace « *collaboratif et peu paternalisant* » qui permettrait l'empowerment. C'est un moyen pour aider la personne à différencier ce qui est la conséquence de la maladie et ce qui est de sa personnalité. Un des exemples est la

⁴⁴ FAVROD J., SCHEDER D., *Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention*, in revue médicale de la Suisse romande, n°124, 2004, p.205-208.

⁴⁵ MARTIN B., FRANCK N., *Facteurs subjectifs dans le rétablissement de la schizophrénie*, in Evolution psychiatrique, 78, 2013, p.21-40

baisse de motivation, conséquence de la maladie, ou le repli social, et est souvent en lien avec les altérations des perceptions.

Au-delà des freins à la reconstruction que sont les déficits cognitifs, il existe des facteurs subjectifs. Les premiers sont pris en charge par la psychoéducation, la remédiation cognitive et l'entraînement aux compétences sociales. Ces outils cherchent à compenser ou contourner les déficits et donner des clés aux personnes dans leur vie quotidienne. En ce qui concerne les facteurs subjectifs, qui seraient la raison principale du handicap fonctionnel, Martin B. et Franck N. les rapportent à la représentation de soi. Ce serait plus exactement :

- La métacognition : la capacité à analyser sa propre façon de penser. C'est-à-dire un regard sur soi un outil permettant de se décrire, de parler de soi. La remédiation cognitive est le moyen utilisé pour découvrir des stratégies d'aider à contourner ou compenser les déficits cognitifs ;

- L'Insight : l'acceptation de la maladie, travaillé par la psychoéducation ;

- L'internalisation de la stigmatisation. C'est la représentation de Soi affectée par le stigmate, où la personne perd son identité au détriment de celle de malade mental. Les thérapies cognitivo-comportementales, la lutte contre la stigmatisation auprès du grand public et des projets d'ouverture vers l'extérieur sont des moyens pour aider la personne à garder ou retrouver son identité personnelle ;

- La motivation, qui permet la mise en action, se différencie en motivation extrinsèque (pour les autres) et en motivation intrinsèque (pour soi). Les supports utilisés pour accompagner et stimuler la motivation sont inspirés des sciences de l'éducation. Le thérapeute construira son intervention autour de l'animation de séances individuelles ou de groupe. Il cherchera à optimiser le sentiment d'efficacité personnelle, de contrôle de soi, à personnaliser les tâches et à faire le lien avec la vie quotidienne.

Le rétablissement : « *se pense alors moins en termes médicaux, voire fonctionnels, qu'en termes de définition de « soi » ou de redéfinition de Soi* ». Selon Pachoud B.⁴⁶, la réappropriation de son existence permet la redéfinition de son identité, la confiance en

⁴⁶ Pachoud B. *Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes*. L'Information psychiatrique, n°88, 2012, p. 257-266

soi et l'estime de soi et favoriserait donc l'engagement dans l'action. L'activité narrative pourrait aider à accompagner le processus « *les productions narratives pourraient bien-être, non seulement le témoin de cette relance d'une activité, mais un de ses ressorts* ». D'autres moyens sont à envisager comme les pairs aidants. En effet, ces derniers ont expérimenté le rétablissement, ils l'ont vécu et le partage de leur expérience peut être vecteur d'espoir pour les patients. Le respect de l'autodétermination est important, mais parfois, le thérapeute semble devoir être le moteur des prises de décision quand le manque de motivation est présent. Le mouvement de réhabilitation argue et œuvre pour une proposition, la plus large possible, de possibilités aux personnes en souffrance psychique. En effet, il invite l'utilisateur à s'approprier les outils proposés et les intervenants ne doivent pas se limiter à un courant de pensée et prône « l'éclectisme théorique ».

2.2.4. Lien avec l'étude

Le pouvoir d'agir, le fait de reprendre sa vie en main et l'espoir sont des éléments essentiels à la réinsertion de manière générale et plus particulièrement pour les personnes souffrant d'un handicap d'origine psychique. Le concept de rétablissement est associé et découle de la réinsertion. Il est issu d'un mouvement de pensée et de lutte pour les droits de personnes ayant un trouble psychique. Il me paraissait évident de le définir et de tenter de le comprendre pour réaliser cette étude. En effet, il est en lien avec la réhabilitation psychosociale et la recherche d'une multitude de possibilités de réponses à des problématiques individuelles de patients. Il montre l'importance d'accompagner et de soutenir la motivation de la personne dans la prise en soin globale. Il replace le projet de la personne au centre de la prise en soin. C'est également un argument de plus en faveur du patient partenaire de l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute dans son intervention coordonnée et globale a, dans cette perspective d'accompagnement au rétablissement, son rôle à tenir. Par l'activité il va pouvoir aider, soutenir la connaissance de soi du patient, notamment dans ses capacités à faire, à agir et à comprendre. Par son observation, ses évaluations en situation, il va accompagner la personne dans l'orientation de son projet. Cette vision pratique et concrète de l'ergothérapeute peut aider les transferts d'acquis et faciliter la mise en application des savoirs plus ciblés ou plus théoriques vus auprès des autres professionnels. La notion de rétablissement oblige également les intervenants, les soignants à ne pas attendre la guérison de la personne

pour enclencher le processus de réinsertion. Ce dernier est interdépendant avec la gestion de la pathologie, de ses symptômes et à la motivation pour sortir du statut de malade.

2.3. La réinsertion socio-professionnelle

La participation sociale développée dans le cadre de la problématique pratique renvoie à la réinsertion socio-professionnelle, aux rôles et statuts de la personne. « *Ce souci de réinsertion professionnelle des patients psychiatriques s'inscrit dans le cadre plus général des efforts visant à la réinsertion sociale de ces personnes, le travail apparaissant tantôt comme un aspect privilégié mais pas nécessairement requis de la réinsertion, tantôt au contraire comme une condition à une insertion de qualité.* »⁴⁷ Cette citation de l'article de Pachoud B. et Nascimento Stieffate M. pose la question de la place accordée au travail dans la réinsertion des patients. Dans cette partie, nous allons étudier la notion de réinsertion socio-professionnelle, la place du travail pour les personnes psychotiques, les freins à l'insertion et les démarches existantes.

2.3.1. Définitions des termes

2.3.1.1. La réinsertion

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTL) définit le terme réinsérer ainsi : « *Insérer de nouveau quelque chose quelque part ; assurer à un handicapé, à un ancien détenu une nouvelle insertion sociale* ». Il précise le terme réinsertion selon la définition de Lafon 1963, [(*Feuillets de l'Assoc. Nat. des Assistantes soc.*, n°30, janv., p. 32)] « *Remise dans la communauté, active et libre, de la cité et participation à la vie sociale générale, d'un malade (guéri ou handicapé) ou d'un inadapté* ». La réinsertion fait donc référence à la vie en société de manière générale, aux relations interindividuelles et à la place que la personne a dans cette société. L'intégration sociale suppose de pouvoir subvenir à ses propres besoins, donc de disposer de ressources. Elle impose également de devoir suivre un modèle dominant et implique la reconnaissance sociale, le fait d'occuper une place dans la société. Cette place devant

⁴⁷ PACHOUD B., NASCIMENTO STIEFFATRE M., *Psychopathologie et réinsertion professionnelle : une clinique pluridimensionnelle requérant des ressources théoriques pluridisciplinaires*, in *Cliniques méditerranéennes*, 2005, n°72.

être reconnue comme utile. A partir de ces éléments, nous pouvons voir, l'importance que peut avoir le travail dans la société. Nous allons approfondir cette thématique qu'est le travail dans le paragraphe suivant.

2.3.1.2. Le travail

Le Larousse définit le travail comme une « *activité de l'Homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose. Activité professionnelle régulière et rémunérée.* » G. Friedmann sociologue de la 2nde moitié du XX^{ème} siècle a étudié le concept de travail avec P. Naville. Il a décrit le travail comme un élément spécifique de l'espèce humaine et souligne différentes caractéristiques. L'utilité, car l'activité de travail est spécifique du fait de ses buts, son utilité et ce qu'elle produit. La lutte contre la nature, l'humain la transforme par des techniques et, en réaction, celle-ci modifie l'humain. Le travail doit être distingué de l'activité humaine car il implique une notion de contrainte. Cette activité de travail peut avoir des effets positifs ou négatifs sur l'individu. S'il est choisi librement, le travail correspond à des compétences personnelles, il est facteur d'équilibre psychologique et de structuration de la personnalité. Il peut être une réalisation de soi mais également une forme d'exploitation humaine. L'attitude à l'égard du travail est fonction de l'environnement qui l'entoure. « *Le travail est au fondement de l'ordre social, il détermine largement la place des individus dans la société, il continue d'être le principal moyen de subsistance et d'occuper une part essentielle de la vie des individus* »⁴⁸. C'est une norme sociale. Méa D. explique que la notion de travail est l'association de différents courants de pensée développés au fil des siècles :

- Le travail moyen de production
- Le travail faisant partie intégrante de l'être humain
- Le travail vecteur de répartition des revenus, droits et protections.

Ces courants sont la base des tentatives de définition, des représentations de chacun. Différents regards sont émis : Une vue technique du travail permet de définir le poste et les connaissances nécessaires pour réaliser la tâche de travail. L'approche physiologique s'attardera aux exigences physiques de l'activité. L'aspect moral permet d'établir les interactions entre l'activité et la personnalité de l'ouvrier : la satisfaction, les motivations. Le regard collectif se penchera sur les relations humaines au sein d'une entreprise. Le

⁴⁸MEDA D. , *Le travail*, P.U.F. « Que sais-je ? », 2010 (4^e éd.), p. 3-6.

dernier aspect est structurel et s'intéresse à la structure de l'entreprise, son mode de gestion et l'influence que cela a sur l'employé et donc son activité de travail.

2.3.1.3. Notions de rôle et besoin

Le travail semble être aussi un besoin. Il représente une valeur véhiculée par la société. C'est un élément important dans la vie de la société et des individus. C'est tout d'abord un besoin d'ordre économique pour subvenir à ses besoins fondamentaux et répondre aussi aux besoins liés à la société de consommation : le paraître, l'image de soi. Le Larousse définit le terme besoin comme « *une chose considérée comme nécessaire à l'existence* ». Dans la description de sa pyramide des besoins, Maslow indique que l'emploi arrive au 2nd niveau de besoin et est intégré aux besoins de sécurité. Les besoins sociaux dont l'appartenance et les relations humaines arrivent ensuite au 3^{ème} niveau de besoin. Nous pouvons voir le lien étroit entre la réinsertion professionnelle et la réinsertion sociale, où l'une et l'autre semblent en interrelation.

Le terme de rôle renvoie à différentes notions en fonction du contexte. Le Larousse donne la définition générale suivante « *fonction remplie par quelqu'un, attribution assignée à une Institution* ». De manière plus ciblée dans le champ de la sociologie « *ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu, du fait de son statut social ou de sa fonction dans un groupe* ». Le rôle implique que l'individu soit intégré dans un groupe et, en même temps, suppose qu'il remplisse la fonction qui lui est attribuée. Pour répondre à ses besoins, l'individu doit avoir un rôle dans la société ce qui renvoie à la notion d'utilité véhiculée par le travail.

La partie suivante va être l'occasion de faire un point sur l'insertion professionnelle de la jeune personne psychotique et les alternatives existantes.

2.3.2. Insertion professionnelle des jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques

« *S'interroger sur l'insertion professionnelle des handicapés psychiques, c'est chercher à comprendre à la fois ce qui fait difficulté ou obstacle à une telle insertion, mais aussi ce que peut leur apporter, au plan psychologique ou personnel, une telle insertion* »

professionnelle. »⁴⁹. En partant de cette réflexion, nous allons tenter de dresser un tableau de la réalité du terrain, de la place du travail chez ces personnes et chez les soignants, ainsi que leurs représentations. Ce sera aussi le moment de préciser les freins à l'insertion et de décrire les approches existantes, les alternatives.

2.3.2.1. Données statistiques et place du travail

« Le taux d'emploi correspondant des personnes ayant des TMG [troubles mentaux graves] est de l'ordre de 45 % à 55 %. Là encore, ce pourcentage est supérieur à ce que l'on a tendance à croire, en partie du fait que les individus souffrant des maladies mentales les plus graves ne font généralement pas partie de la population de référence utilisée dans les études sur la santé. ». En ce qui concerne le chômage : « les personnes ayant des TMG ont 6 à 7 fois plus de risques d'être sans emploi que celles en bonne santé »⁵⁰. En France, selon le rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 2011, « le recensement des personnes handicapées psychiques est difficile, mais les différentes études montrent un faible taux d'emploi, 60 % d'entre elles percevant une allocation, principalement l'allocation aux adultes handicapés (AAH). »⁵¹. Ces données chiffrées montrent l'impact des troubles psychiques graves sur les possibilités d'insertion ou de réinsertion professionnelle.

2.3.2.2. La place du travail

La place du travail pour une personne psychotique est peu documentée. Il est difficile de trouver des études sur cette question. L'étude de Bouvier C.⁵², sur le travail comme média thérapeutique, nous donne quelques informations sur le sujet. Elle parle des personnes schizophrènes « désinsérées » pour qui la question du retour à l'emploi est « autant porteuse d'espoir et de reconstruction, que d'angoisse persécutrice et de risque de désorganisation psychique ». Cette étude s'appuie sur des entretiens avec trois patientes schizophrènes. Il en ressort une vision du travail comme moyen de valorisation, de donner sens à sa vie, de construire un projet. Cela permettrait aussi de se détourner

⁴⁹ Ibid p.35

⁵⁰ OCDE, *le rapport Mal être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, in <http://www.oecd.org>, consulté le 19/04/2015.

⁵¹ AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., MESCLON-RAVAUD M., LECOQ G., *La prise en charge du handicap psychique*, in rapport tome 1 de l'Inspection générale des affaires sociales, Août 2011.

⁵² BOUVIER C., *La perspective du travail comme média thérapeutique en psychiatrie : étude psychodynamique de trois patientes schizophrènes en soin de réadaptation*, in *Evol. Psychiatrie*, n°73, 2008

de ses angoisses, de ne plus penser, de se confronter à la réalité et à une normalisation. C'est également un risque de réactiver « *ses angoisses d'incapacité, de persécution* », ainsi qu'un renvoi aux difficultés d'adaptation. Dans un article de Leroy C., portant sur la vision de personnes engagées dans un parcours de réinsertion professionnelle, « *le travail est un lieu privilégié du lien social et du statut social, il représente l'autonomie et la reconnaissance financière, une vie quotidienne et sociale rythmée, l'accès au non-travail, une forme de guérison.* ». Le travail vu par les personnes comme un support social et « *donne une sensation de maintien d'une cohérence, de protection contre un trouble* ». ⁵³ Il aiderait le patient à se sentir comme les autres, ce serait un signe d'amélioration de leur état.

2.3.2.3. Les différents freins

Quand elles sont interrogées, les personnes soulignent la difficulté de l'accès à l'emploi et le maintien notamment du fait de l'impact de la maladie : « *troubles de la pensée et de la cognition, difficultés dans la relations aux autres, manque de contrôle et de confiance* »⁵⁴. Les difficultés seraient également externes, liées aux conditions du travail, le stress, le rythme, les relations de travail et les compétences techniques. Ces compétences exigées par le travail peuvent, certes, être un frein mais la dimension humaine, les relations humaines de travail sont une difficulté majeure.

Les facteurs limitant l'accès ou le maintien à l'emploi sont pour Franck N.⁵⁵, « *troubles cognitifs, les addictions avec produits et les pathologies somatiques* » et s'y ajoute le déficit de motivation. Plus spécifiquement, au niveau des troubles cognitifs sont retrouvées les difficultés suivantes : la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives ainsi que la métacognition (représentation de son propre fonctionnement cognitif) et la cognition sociale (représentation du fonctionnement cognitif de l'autre).

« *La possibilité de réinsertion professionnelle est souvent vécue comme un gage de « normalité » sociale et en ce sens de « guérison », ce qui peut bien sûr contribuer à soutenir la motivation à la réinsertion professionnelle, mais peut aussi dans certains cas*

⁵³ BONNET C., ARVEILLER J-P., *Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques*, in l'information psychiatrique, Vol.84, 2008, p.835-840.

⁵⁴ Ibid

⁵⁵ Ibid 38

*rigidifier la décision d'une personne de retrouver un emploi en milieu ordinaire (voire tel emploi défini), sans accepter les phases préparatoires »*⁵⁶. Il sera alors nécessaire d'évaluer l'incidence des troubles sur les capacités professionnelles en ayant à l'esprit les symptômes positifs (ex : hallucinations) et négatifs (ex : perte d'initiative) de la psychose. L'interférence des troubles sur les capacités d'insertion est également à prendre en compte : adaptabilité aux contraintes du travail (déplacements, horaires, rythme, organisation, hiérarchie..), aux relations humaines, la connaissance de ses capacités et ses limites. Le sentiment d'efficacité personnelle⁵⁷ que Bandura A. a décrit, influence la motivation de la personne et la confiance en soi. Le concept de l'image de soi est altéré dans la pathologie psychotique, soit par l'impact des troubles de la perception, soit par le regard stigmatisant de la société ou par l'individu lui-même. Cette altération de l'image de soi a, comme nous avons vu dans la partie problématique pratique, des conséquences sur la confiance en soi, la perte d'initiative et de motivation. Il sera donc intéressant d'appuyer l'accompagnement sur ce domaine. Certaines approches, que nous verrons dans le paragraphe suivant, l'ont intégré dans leur programme.

Les traitements médicamenteux sont également des freins à l'insertion professionnelle, en même temps qu'elle la favorise. En effet, ils permettent de diminuer les symptômes de la maladie et d'améliorer le comportement. Mais ils ont des effets secondaires qui ralentissent la personne dans son fonctionnement, ainsi que des troubles métaboliques à surveiller.

D'autres freins à l'insertion de ces jeunes personnes sont à identifier. Les représentations que se font les soignants sur les envies, les possibilités et les limites des patients qu'ils accompagnent peuvent être un frein à la construction d'un projet professionnel cohérent et motivant pour le patient. C'est aussi la transition entre le domaine médical et celui social qui devrait être « *coordonnée dès l'entrée du malade dans le service d'hospitalisation* »⁵⁸. Parmi les freins à la réinsertion, il faut également ajouter les représentations de la société, du marché du travail « *Les représentations négatives des employeurs à l'égard de ce public semblent constituer un des principaux freins à l'inclusion*

⁵⁶ Ibid 45

⁵⁷ RONDIER M., A. Bandura, *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, in l'orientation scolaire et professionnelle, n°33, 2004, p.475-476.

⁵⁸ LEROY C., *Les contraintes du réel et la réinsertion*, in Jean-Paul Arveiller, Pour une psychiatrie sociale, Érès, « hors collection », 2002, p.179-180.

professionnelle des PSHP (personnes souffrant de handicap psychique) »⁵⁹. Plusieurs études montrent que le handicap d'origine psychique est perçu comme le plus négatif par rapport au handicap mental ou physique. Cette discrimination serait du fait de représentations sociales sur la maladie mentale : manque d'efficacité professionnelle, appartenance à un groupe identifié, difficultés d'adaptation, manque d'effort pour s'intégrer, imprévisibilité des symptômes. « Il génère un niveau d'incertitude élevé lié notamment à la capacité de la PSHP à occuper son poste de façon régulière et efficace, à son intégration dans l'équipe de travail mais aussi, à la capacité des managers à « gérer » les accommodements et ajustements nécessaires ».

Face à tous ces freins, des démarches d'accompagnement ont été mises en œuvre. Il est possible de les classer dans deux catégories selon l'angle choisi.

2.3.2.4. 2 approches relevant le défi de la réinsertion

Train and place

Le principe de train and place est la pratique traditionnelle de la réinsertion. C'est-à-dire une recherche de progressivité pour amener la personne vers l'emploi. Elle doit donc suivre un entraînement ou réentraînement cognitif, fonctionnel et comportemental. Les ateliers thérapeutiques permettent à la personne de se retrouver dans une situation de travail simplifié et de s'expérimenter face à des contraintes. Les stages en entreprise sont ensuite proposés afin de voir la faisabilité d'une insertion en milieu ordinaire ou protégé. Parmi le milieu protégé, il existe les Etablissement et Services d'Aide par le Travail (ESAT). Ils proposent des activités professionnelles encadrées et un soutien médico-social et éducatif. Leurs objectifs sont le maintien des acquis scolaires et professionnels et un accès à l'autonomie. Les entreprises adaptées sont une autre alternative et sont plus proches des conditions de travail ordinaire. Ce sont des entreprises en milieu ordinaire qui emploient majoritairement des travailleurs handicapés. Ce n'est pas une structure médico-sociale.⁶⁰

⁵⁹ LABERON S., *Les freins psychologiques à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique*, in l'Encéphale, n°40, p.103-114.

⁶⁰ PACHOUD B., CORBIERE M., *Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche*, in l'Encéphale, n°40, 2014, p.33-44.

Place and train

Cette approche est plus en lien avec les pratiques actuelles, où les professionnels cherchent à intégrer puis former et soutenir la personne dans sa réinsertion professionnelle. En effet, l'enjeu actuel est l'inclusion sociale « *la place et la fonction assignée au travail, non plus comme ressource thérapeutique et occupationnelle en institution, mais comme participation à la vie ordinaire* »⁶¹. En partant de cette observation, certains ESAT se définissent comme faisant du soin de réadaptation et d'autres ont comme objectif la « *transition vers le milieu ordinaire de travail* ». C'est pourquoi, en s'appuyant sur les recherches en lien avec la réhabilitation psychosociale, des réseaux se mettent en place pour favoriser l'accompagnement, le soutien et le maintien des personnes dans l'emploi. Des liens se tissent entre les ESAT, les centres de référence en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale (ex : C3R de St Egrève, REHACOOR à St Etienne...) ainsi que des entreprises, des structures médico-sociales. La recherche de partenariat avec des conseillers en insertion, la création de job coach et de programme de soutien à l'emploi. Le job coach ou conseiller en emploi spécialisé « *assume les différentes tâches que sont l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, et ensuite le soutien à la prise de poste puis tout au long de l'activité de travail selon les besoins de la personne.* »⁶². Dans les programmes de soutien sont mis en place des interventions sur l'amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi. « *Elle passe à la loupe le potentiel, les qualités, les acquisitions, les habiletés et les forces que l'individu possède* ». Ces interventions spécifiques visent la consolidation de la confiance en soi, la reconstruction de l'estime de soi et la construction d'une identité de travailleur. Le thème sous-jacent est la responsabilisation de la personne, la prise de pouvoir de son histoire, cet empowerment est un élément clé du rétablissement que nous avons abordé précédemment.

Les 2 approches reflètent l'évolution de la prise en soin et l'accompagnement en santé mentale. Nous voyons le passage du travail comme outil thérapeutique, dont le but est de réduire les symptômes et de resocialiser, vers le travail comme outil d'inclusion

⁶¹ Ibid 58

⁶² DE PIERREFEU I., CHARBONNEAU C., *Deux structures d'insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les ESAT de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec)*, in Encéphale, n°40, 2014,p.66-74.

sociale et de rétablissement. Ce changement de vision est en lien avec le déplacement de l'attention qui était surtout sur la maladie et ses symptômes et tend vers les conséquences de la maladie : les répercussions sur la vie personnelle, ses activités et les relations.

2.3.3. Lien avec l'étude

Le travail est vu comme un moyen de structuration du temps, d'inclusion sociale. Il permet à la personne de contribuer à une activité collective et améliore l'estime de soi ; c'est aussi permettre d'acquérir une identité socioprofessionnelle. Le travail est un moyen, un support et/ou un objectif dans le processus de rétablissement.

De ces lectures et réflexions, ressort un cheminement évaluatif pour accompagner la réinsertion du jeune psychotique. En effet, il semblerait intéressant de dresser le tableau des conséquences de la pathologie pour la personne. Ces observations seront associées à un bilan des capacités qui permettra de connaître la personne, son parcours de formation ou professionnel ainsi que ses motivations. C'est aussi un moyen pour la personne de mieux se connaître et de favoriser la reconstruction, la redéfinition de soi. A la suite de ces étapes, des conseils en orientation, par rapport aux types d'activités envisageables, au contexte également envisageable, pourront être recherchés et la nécessité ou non de suivre une formation.

Cette partie théorique sur la réinsertion socio-professionnelle du jeune psychotique montre l'importance de bien définir le projet, d'évaluer la faisabilité tant du point de vue de la personne que de l'environnement de travail. Nous voyons l'importance d'une définition cohérente du projet de la personne pour une réinsertion et un maintien dans l'emploi viable. Il semble que parfois il sera nécessaire de trouver d'autres alternatives au travail pour permettre la réinsertion sociale. La place de l'ergothérapeute dans l'évaluation des capacités, la mise en situation écologique, la recherche de compensation, d'adaptation ainsi que l'acceptation de limites à l'adaptation me semblent justifiées. L'ergothérapeute n'est pas le spécialiste du travail, mais il est formé à l'analyse de l'activité et à son adaptation. Le regard global sur la personne et son environnement permet de comprendre les difficultés d'insertion. Les alternatives au travail sont à

penser : les activités occupationnelles dans des associations (GEM ou associations ordinaires), le bénévolat.

3. METHODOLOGIE

3.1. Contexte

3.1.1. La démarche

La méthode choisie est une étude clinique sur la qualité du discours. En effet, j'ai fait le choix d'interroger des professionnels ergothérapeutes afin de confirmer ou infirmer les données théoriques. C'est également un moyen de compléter l'étude par des expériences de terrain et d'avoir une vision qualitative de la prise en soin en ergothérapie. J'ai opté pour des entretiens non directifs afin de favoriser l'expression des personnes et leur regard sur leur pratique personnelle. Je vais vous décrire dans le paragraphe suivant de quelle manière j'ai élaboré cette grille d'entretien afin de répondre à ma question de recherche.

3.1.2. Présentation de la grille d'entretien

Construction de la grille

A partir de la problématique théorique, les trois concepts et notions m'ont aidée à poser les bases de mes questions. En effet, j'ai pu dégager des critères sur lesquels je souhaitais travailler et questionner pour répondre à ma question de recherche. J'ai donc sélectionné certains éléments qui me semblaient pertinents pour mon étude. Le modèle de Mosey m'a permis d'aller chercher des éléments de réponses autour de l'activité et des objectifs associés, par les ergothérapeutes, dans le cadre de l'accompagnement de jeunes patients psychotiques et leur participation (Questions 1 et 2). Le concept de rétablissement m'a guidée pour interroger les ergothérapeutes sur la manière dont elles favorisaient l'expression, l'acceptation de la maladie ainsi que le sentiment de compétence (Questions 3 et 4). Enfin, la dernière notion, la réinsertion professionnelle m'a aidée à orienter plus spécifiquement les entretiens sur l'accompagnement dans l'élaboration d'un projet professionnel et la place du travail (Questions 5 et 6). [Annexe VIII] J'ai choisi le déroulé suivant :

- dans un premier temps, l'intervention ergothérapique pour mettre en avant les objectifs et la participation visés avec les activités ;

- ensuite, sur la connaissance de soi, un des principes du rétablissement, et en mettant en lumière le sentiment de compétence et l'expression de soi ;
- enfin, la notion de réinsertion socio-professionnelle permettant de préciser le champ d'intervention en zoomant sur le travail.

Les évolutions de la grille

J'ai apporté quelques précisions après le premier entretien réalisé et différents échanges auprès de professionnels (infirmiers, ergothérapeutes, professeurs d'activités physiques adaptées) lors de mon stage. Il en ressortait l'intérêt d'appuyer sur l'expression du ressenti, les envies. J'ai également reformulé les questions par rapport à l'insertion professionnelle en ciblant l'accompagnement au projet et l'utilisation d'outil, le travail pluridisciplinaire, ainsi que les représentations de la personne sur le travail.

Q1 : Dans les activités que vous proposez, quels sont les objectifs visés ?

Q2 : Comment favorisez-vous la participation de la personne dans l'activité ?

Q3 : Comment favorisez-vous l'expression des personnes sur leurs situation et envies ?

Q4 : Comment amenez-vous la personne à agir, à se sentir compétente ?

Q5 : Que mettez-vous en place pour accompagner un projet de réinsertion chez les jeunes patients ?

Q6 : Quelle est la place du travail chez les jeunes personnes psychotiques ?

3.1.3. Présentation des professionnelles interrogées

J'ai cherché à réaliser des entretiens avec des ergothérapeutes travaillant auprès du public ciblé, dans différentes structures afin de croiser les visions, les expériences. Trois entretiens d'une durée de 40 min à 1h ont été possibles. Les premières questions étaient des questions préalables, me permettant de vous présenter les personnes interrogées.

Ergothérapeute 1 : Diplômée en 1987, elle a travaillé dans plusieurs secteurs (SESSAD enfants, rééducation pédiatrique, adultes, maison de soin personnes âgées...). Elle a débuté en 1996 en psychiatrie enfant puis adulte, en centre hospitalier spécialisé, dans

un établissement sectorisé. Les personnes accueillies présentent tous types de pathologies psychiatriques et la prise en charge est globale. Les interventions, plutôt d'orientation psychothérapie institutionnelle, s'appuient sur des médias comme les activités artisanales et culturelles, essentiellement en groupe. Des activités hors services sont mises en place : jardin thérapeutique, collaboration avec des associations de la ville. Une réflexion institutionnelle est actuellement réalisée pour mettre en place une prise en soin avec orientation réhabilitation psychosociale. Différentes professions sont coordonnées pour la prise en charge globale : ergothérapie, ateliers thérapeutiques, activités physiques adaptées, cafétéria, bibliothèque.

Ergothérapeute 2 : Diplômée en 2008, elle a travaillé en rééducation pour adulte et en réadaptation, auprès des enfants. Elle travaille actuellement en CMP et ce depuis 2011. Celui-ci est découpé en 4 services d'hospitalisation complète et de jour. Elle intervient également au sein d'un centre expert schizophrénie. Ses activités sont le suivi en phase aiguë de patients hospitalisés, l'accompagnement dans l'élaboration d'un projet de sortie. C'est également des actions de conseils, d'évaluation pour affiner un diagnostic dans le cadre du centre expert. L'encadrement de séance d'éducation thérapeutique en lien à la schizophrénie fait partie également de ses activités. Les activités supports sont artisanales, créatives, de la vie quotidienne et les jeux.

Ergothérapeute 3 : Diplômée en 2008, elle a toujours travaillé en psychiatrie et dans le service actuel depuis 2009. C'est une structure référente en réhabilitation psychosociale qui propose un panel d'ateliers, de services aux personnes les sollicitant et exprimant un ou des besoins. La particularité de cette structure est d'être extra hospitalière et faisant partie d'un réseau de professionnels autant médicaux, que sociaux que du monde du travail ordinaire ou non. La démarche doit être volontaire. Les activités de l'ergothérapeute 3 sont l'évaluation des capacités, des besoins, l'accompagnement à domicile, l'encadrement d'atelier en lien avec l'ETP (Education Thérapeutique pour le Patient), un atelier « pro-famille ». Elle a aussi un rôle de coordinateur de parcours auprès de plusieurs patients afin d'être le lien privilégié avec l'ensemble des professionnels gravitant autour de la personne et un repère pour celle-ci.

3.2. Résumé des entretiens

Les entretiens ont été réalisés auprès de ces professionnelles exerçant dans différentes structures : centre hospitalier spécialisé, centre médico-psychologique, centre expert et centre de référence en réhabilitation psychosociale. Le lien de confiance et la place laissée à la personne pour s'exprimer sont primordiaux dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychique. Ces entretiens mettent en avant la variété des supports et démarches en fonction de l'approche institutionnelle. Ils illustrent l'exercice professionnel de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre de la réinsertion.

4. RESULTATS

4.1 Analyse quantitative

L'analyse quantitative permet de faire ressortir des éléments récurrents de manière chiffrée à partir d'un discours par exemple. A l'aide du logiciel « DICO » je peux effectuer une analyse quantitative, mais ne serait pas pertinente. En effet, les éléments qui en ressortiraient ne seraient pas contextualisés.

4.2 Analyse qualitative

La démarche de l'analyse qualitative suite à ces entretiens va me permettre de vous présenter dans un premier temps les résultats bruts et de réaliser une synthèse des réponses question par question. Je vous propose de préciser les mots et expressions clés de chaque entretien. En annexe IX est retranscrit l'ensemble des entretiens. Les questions sont en gras et, en italique, sont précisés les échanges que j'ai eus afin de reformuler les questions qui nécessitaient plus de clarté.

Question 1 : Dans les activités que vous proposez, quels sont les objectifs visés ?

Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Remise en mouvement psychique, revalorisation, ressentit des émotions plus rarement, évaluation de la compréhension, attention.	Premier objectif est d'établir une alliance thérapeutique. Travail sur les perceptions dans le cadre des groupes IPT (Programme intégratif de thérapies psychologiques [Annexe X]). Affirmation de soi, l'hygiène, évaluation capacités cognitives en situation. Evaluation du quotidien avec des mises en situation	Expression des besoins et du ressentit face à un événement. Comprendre les liens que fait la personne. Entretien permet d'évaluer les capacités métacognitives.

Élément commun : Les trois ergothérapeutes ont comme objectif commun dans leurs activités l'évaluation des capacités cognitives en situation et plus précisément la compréhension et l'attention.

Compléments : L'ergothérapeute 1 (E1) place la remise en mouvement en premier objectif, l'ergothérapeute 2 (E2) priorise l'établissement de l'alliance thérapeutique et l'ergothérapeute 3 (E3) l'expression des besoins.

Question 2 : Comment favorisez-vous la participation de la personne dans l'activité ?

Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Trouver une activité qui plaît à la personne, faire un bilan agréable-désagréable en fin d'activité avec la personne. Trouver du sens, une finalité. Les échanges entre les membres du groupe. Le groupe comme prise de distance par rapport au thérapeute. Limiter le nombre de personnes par groupe (3-4)	Ne jamais forcer la personne. L'envie fait partie de la motivation. Expliquer le pourquoi de l'activité ou séance. Importance de l'alliance thérapeutique. L'animation de groupe, l'adaptation. Le cadre de l'IPT.	Proposition de séance basée sur le besoin exprimé. Le travail de coordinateur avec un suivi régulier, lien de confiance. Solliciter la prise de décision, le rendre acteur. C'est la personne qui sollicite le service. Séance basée sur les difficultés exprimées et le projet exprimé. Supports vidéo, papier. Techniques d'animation

Éléments communs : Les 3 ergothérapeutes s'appuient sur les intérêts de la personne et cherche une activité qui ait du sens. Pour favoriser la participation il est nécessaire également de créer un lien de confiance. L'animation de groupe est importante pour faciliter la participation.

Compléments : E1 fait le point en fin d'activité pour que la personne exprime ce qui lui a plu et déplu. E2 utilise la mise en place des ateliers de l'IPT. E3 sollicite la prise de décision pour rendre acteur la personne.

Question 3 : Comment favorisez-vous l'expression des personnes sur leurs situation et envies ?

Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Première séance individuelle. Par la suite en fonction de la nécessité d'expression des personnes séance en individuelle. Petit groupe stable permet l'expression. Avant chaque synthèse un bilan en individuel. Travailler là où en sont les gens	Utilisation de l'ELADEB. L'activité choisie comme médiation, favorisant le lien de confiance et d'échange. Les programmes d'ETP (schizophrénie, bipolaire, insight) pour la connaissance et l'acceptation de la maladie.	L'entretien semi-structuré. Pas d'obligation de l'acceptation de la maladie.

Elément commun : De manière unanime, les professionnelles parlent de l'importance du lien de confiance.

Compléments : E1 parle de la mise en place séance individuelle si nécessaire et du bilan en fin d'activité avec la personne. E2 utilise l'outil ELADEB (Echelle Lausannoise d'auto-évaluation des Difficultés et Besoins)[Annexe XI] et les ateliers ETP sur la connaissance de la maladie. E3 réalise en premier un entretien semi structuré et précise pour la poursuite de la prise en soin qu'elle ne ressent pas la nécessité de l'acceptation de la maladie des personnes.

Question 4 : Comment amenez-vous la personne à agir, à se sentir compétente ?

Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Pas de recette universelle. Valoriser les moments de plaisir, de réussite. Faire un bilan avec la personne de ses capacités. Les faire changer d'activité, complexifier, adapter le niveau d'aide.	Mise en situation en limitant les échecs. Solliciter l'autoévaluation des personnes. Travail sur l'estime de soi par l'intermédiaire de l'activité. Feed-back à la fin de l'activité. Accompagner vers les GEM (groupe entraide mutuelle).	Mise en situation. Pointer là où la personne est en difficulté quand elle ne se rend pas compte. Mise en lien avec le projet de la personne. Retour sur l'activité ensemble. La personne est sollicitée pour s'exprimer. Mettre l'accent sur les ressources personnelles. Valoriser la moindre chose. S'appuyer sur les intérêts de la personne

Eléments communs : Les ergothérapeutes interrogées s'appuient sur la valorisation des réussites et le travail de l'estime de soi. Elles sollicitent l'autoévaluation de la personne et mettent en avant les points positifs. Elles parlent également de varier les activités.

E2 E3 utilisent les mises en situation.

Question 5 : Que mettez-vous en place pour accompagner un projet de réinsertion chez les jeunes patients ?

Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
<p>Echange sur leurs envies. Reprise d'étude ou travail. Difficulté de définir un projet réaliste. Leur montrer le besoin de rythme, d'occupation. Travail sur la concentration, la gestion de la frustration et des contraintes. Orientation vers structure de réadaptation professionnelle et réinsertion sociale. Complexifier les activités choisies au fur et à mesure. Observation des capacités d'attention, d'organisation, d'utilisation des outils adaptés. Evaluation, capacité à travailler en milieu ouvert par observation en séance.</p>	<p>Evaluation des capacités et compétences par l'activité. Travail pluridisciplinaire. Lien avec association de ville. Proposition d'orientation et échange avec l'ensemble de l'équipe. Voire complément d'évaluation par centre d'évaluation.</p>	<p>Avant l'équipe d'accompagnement suivait le modèle de réentraînement au travail. Mise en application du modèle « place and train » : placer pour stimuler la motivation à acquérir des prérequis. Accompagnement dans la recherche d'emploi. Se servir des échecs possibles avec la personne. Rassurer, sécuriser et appuyer sur les ressources de la personne. Accompagnement des employeurs. La connaissance de soi facilite l'élaboration d'un projet cohérent. Connaître les structures, les réseaux. Atelier de groupe sur la perception du travail, stage. Echanges autour des différents dispositifs. Travail individuel de recherche</p>

Eléments communs : L'évaluation des capacités et compétences en activité permet, selon elles, l'accompagnement du projet d'insertion. L'orientation et le lien avec les structures spécialisées sont privilégiés.

E1 travaille sur l'attention, l'organisation et la gestion de la frustration. Elle s'appuie sur les échanges autour des envies. E2 travaille de manière pluridisciplinaire en lien avec les GEM et des associations de ville. E3 travaille avec l'atelier de groupe sur la perception du travail, les stages, l'accompagnement à la recherche d'emploi. Un des principes est, selon elle, la sécurisation et le soutien tout au long du processus. Le lien avec les employeurs est recherché. Elle précise l'importance de la connaissance de soi qui sera facilitatrice.

Question 6 : Quelle est la place du travail chez les jeunes personnes psychotiques ?

Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Comme tous les jeunes. Important d'avoir de l'argent. Le regard social et familial. Avoir un logement et indépendance.	Première préoccupation. Impression de ne pas avoir les capacités, de ne pas connaître les démarches. Problématique ressentit par rapport aux troubles cognitifs et relationnels. Difficile de tenir un temps plein. Travail = problème.	Comme tout le monde. Travailler c'est ne pas être malade. Pour être utile, s'épanouir, être occupé, apprécier le temps libre, ne plus dépendre de la société, montrer qu'ils sont capables. Ressentent plus de pression, idéalisent l'accès au travail. Ne perçoivent pas toujours les contraintes, les démarches à faire.

Éléments communs : La place du travail est la même que pour tout le monde. C'est une préoccupation importante et problématique.

Compléments : E1 et E2 parlent d'obtenir de l'indépendance, de la difficulté du regard de la société.

E2 met l'accent sur le sentiment d'incapacité et E3 sur la non perception des obligations et démarches à effectuer.

5. DISCUSSION

5.1 Lien avec les concepts développés

Nous allons maintenant faire l'analyse des entretiens. Nous utiliserons les concepts développés dans la matrice et la partie problématique pratique. J'ai choisi de réaliser cette analyse en suivant le déroulement des questions : l'intervention ergothérapique, la connaissance de soi et pour finir la réinsertion socio-professionnelle.

5.1.1 L'intervention ergothérapique

Les différents entretiens mettent en avant l'importance accordée par les professionnels sur la réalisation d'une évaluation des capacités de la personne. C'est pour elles un objectif essentiel qui permet de connaître le patient et d'établir un plan d'intervention. Le modèle de Mosey théorise la démarche ergothérapique avec, en premier lieu la nécessité de réaliser cette évaluation. Mosey précise les différentes compétences à acquérir pour devenir indépendant : fonctions sensorielles, cognitives, relationnelles et psychologiques. Les ergothérapeutes interrogées y font référence et essaient dans leurs activités de les observer et de les solliciter. Nous pouvons voir que chaque professionnelle associe ensuite l'activité à différents objectifs qui renvoient au modèle. Chacune organise sa démarche en fonction du patient et de l'institution dans laquelle elle évolue. E1 exerce auprès de personnes se situant en phase post aigüe, c'est aussi le cas d'une partie des interventions de E2. Nous observons leur similitude en terme d'évaluation des capacités cognitives, les limites par rapport à l'expression du ressenti qui entre dans un autre cadre, à un autre moment de la prise en soin. L'expression des besoins est plus recherchée par E3 qui travaille dans une structure où les personnes ne sont plus institutionnalisées. Leur traitement est équilibré, leur maladie stabilisée, la personne, se trouvant en milieu ordinaire, est à même à ce moment-là d'exprimer plus aisément ses besoins. Il est donc possible de faire un parallèle avec le modèle de Mosey qui expose la nécessité d'un travail suivant les 4 étapes.

Les fonctions relationnelles et psychologiques sont sollicitées en s'appuyant sur les intérêts de la personne par les 3 ergothérapeutes. La relation thérapeutique est

recherchée pour favoriser l'engagement de la personne. Cette participation est facilitée également par l'animation de groupe, selon elles. Elles soutiennent ainsi les interactions entre membre du groupe. La variété des supports et des contextes : ateliers d'ergothérapie, ateliers d'Education Thérapeutique, stage et mise en situation, sont mises en avant dans leurs pratiques. Pour Mosey ce sont des outils pour développer les interactions en groupe. Chacune des ergothérapeutes exprime l'intérêt de stimuler l'expression du ressenti et utilise différentes méthodes en fonction de leur cadre d'exercice. E1 va s'appuyer sur un bilan de fin d'activité réalisé avec la personne en lui donnant le plus d'espace possible pour s'exprimer ou en l'aidant par petites questions. E2 utilisera les outils mis en place dans le service, notamment dans le cadre de l'IPT, afin de favoriser la motivation et E3 place la personne comme acteur en stimulant la prise de décision. En effet, les interventions de E3 sont basées sur le volontariat et les besoins exprimés. Cette dernière précise que la connaissance de soi facilite la construction d'un projet cohérent. Mosey fait référence au concept de soi et la connaissance de soi. Le sentiment de compétence, développé dans le paragraphe suivant, est en lien à la connaissance de ses capacités.

Les interventions de ces différentes ergothérapeutes suivent le modèle de Mosey : évaluation, définition d'objectifs, mise en situation de plus en plus complexe et bilan effectué avec la personne. Le référentiel de compétence de la profession d'ergothérapeute du 5 Juillet 2010 fait référence à ces éléments. L'activité est le support pour l'acquisition, le développement des fonctions, des compétences nécessaires à la vie autonome. Les personnes souffrant de troubles psychotiques ont, comme nous l'avons précisé auparavant, des difficultés de perception et un défaut de motivation. Percevoir, se connaître et connaître ses envies et besoins sont des objectifs qui peuvent être visés par l'ergothérapeute. Ce qui nous amène à l'analyse des questions faisant référence au concept du rétablissement.

5.1.2 La connaissance de soi

En effet, le processus de rétablissement favorise la connaissance de soi. Nous avons vu dans la problématique théorique que ce concept est en lien avec l'empowerment (le pouvoir d'agir, le sentiment de compétence). Les ergothérapeutes

interrogées sur les moyens de favoriser l'expression des personnes mettent en avant la nécessité d'une relation de confiance. Le cadre de l'expression des personnes sera différent en fonction de chaque professionnelle. L'une a choisi de mettre en place une séance individuelle si nécessaire et un échange avec auto-évaluation en fonction de l'activité. C'est pour elle un outil permettant, comme nous l'avons vu, la connaissance de ses capacités et aussi un moyen de prendre le temps d'échanger. Un même outil peut avoir des fonctions et objectifs différents, c'est la manière dont il sera utilisé qui permettra d'atteindre tel ou tel objectif. L'ergothérapeute 2 s'appuie sur l'outil ELADEB et les ateliers sur la connaissance de la maladie mise en place dans le service. Ils permettent d'accompagner la personne dans sa réflexion quant à ses difficultés, ses envies et sa situation. E3 utilise un entretien semi-structuré préconstruit. L'expression de sa situation, la conscience de sa pathologie sont le point de départ du processus de rétablissement tel que nous l'avons évoqué dans la problématique théorique. Les 5 phases du processus peuvent être accompagnées soutenues par l'ergothérapeute comme par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. La phase de conscience est donc accompagnée par les ergothérapeutes par un soutien à la prise de conscience et à l'expression. La phase de préparation est en lien avec la connaissance de ses capacités et compétences. Nous avons vu que le travail d'évaluation, de mise en situation et d'espace d'auto-évaluation permettent d'accompagner le passage de cette phase. En ce qui concerne le soutien pendant la phase de reconstruction, les ergothérapeutes s'appuient sur la valorisation des réussites. Elles précisent l'importance du travail de l'estime de soi. La planification, le développement de capacités d'adaptation, le sentiment de pouvoir agir sont stimulés par les ergothérapeutes par le fait de proposer une variété d'activités, de permettre aux personnes d'expérimenter. Les mises en situation sont également un support présenté par E2 et E3.

Les freins à la reconstruction sont les déficits cognitifs, travaillés en ateliers, où des exercices concrets sont proposés, ainsi que des compensations si nécessaire. Pour ce qui est d'un des facteurs subjectifs évoqués dans la définition du rétablissement : la représentation de soi, l'atelier « insight » est utilisé dans le service de E2 et E3. La métacognition est évaluée en entretien et en séance. Elle est exercée en séance et en bilan de fin d'activité. L'internalisation de la stigmatisation n'est pas évoquée en tant que

telle par les professionnels. Elle est sous-jacente à leur discours d'intégration vers des associations de ville, des ateliers extra hospitaliers et l'information des employeurs potentiels. Elle est également indirectement travaillée par les ateliers de connaissance de la maladie et sur la connaissance de ses capacités et compétences. La motivation est un élément clé de l'accompagnement et est souvent précisée comme quelque chose de complexe. Les professionnelles s'appuient sur l'espace ouvert à l'expression de la personne, à la recherche de ses intérêts et besoins, au fait de mettre du sens dans les activités proposées, ainsi que par le sentiment de compétence.

La dernière phase décrite dans le processus de rétablissement est celle de croissance. Elle renvoie à la place où se trouve la personne dans la société et au fait de se séparer de l'identité de malade mental. Cette phase est plus en lien avec la réinsertion socio-professionnelle et est se trouve plus détaillée dans le paragraphe suivant. Il me semble important de souligner que le processus de rétablissement nécessite de pouvoir proposer, à la personne, un panel de possibilités, de ressources. Comme l'a précisé l'ergothérapeute 3, la personne doit être acteur de son parcours, le processus de rétablissement nécessite le respect du choix de la personne et son accompagnement.

5.1.3 La réinsertion socio-professionnelle

La réinsertion de la personne est le support et la perspective du processus de rétablissement. Les entretiens et les recherches liés à cette étude montrent la place importante que prend le travail dans le projet de vie de la personne, de la même manière que tout à chacun. Savoir si cette importance revêt de la culture, l'éducation, la volonté de normalisation ou d'une envie personnelle de travailler n'est finalement pas la priorité. La difficulté est de savoir comment les accompagner dans ce projet, car le travail semble synonyme de réinsertion pour bon nombre. Les 3 ergothérapeutes expriment bien que la place du travail est la même que pour tous, que c'est une préoccupation prioritaire et en même temps une problématique. Dans les entretiens de E1 et E2, les personnes parlent du regard de la société et d'obtenir leur indépendance. Ces notions renvoient à la valorisation de soi et la construction de soi par le regard de l'autre, évoqué dans la problématique pratique. En effet, l'individu a besoin d'être parmi les autres pour se confronter, être vu et se construire, se connaître. Le travail est un support de ce

processus. Il permet d'être reconnu par les autres et favorise une meilleure estime de soi. E2 précise que le fait de ne pas travailler fait référence à leur incapacité et altère la confiance en soi. Le travail favorise la participation à la vie sociale, être reconnu comme utile, il donne accès à un rôle. Par ce sentiment de compétence développé, le travail répond à des besoins fondamentaux, tant au niveau sécurité que social.

Un bémol est apporté par E3 car les personnes semblent avoir quelques difficultés quant à la perception des obligations et démarches à effectuer. En effet, elles peuvent être mises en lien avec les troubles cognitifs, métacognitifs, le défaut de motivation présent dans la pathologie. Nous avons vu qu'il existe différents freins à l'insertion de ces personnes. Les freins intra personnels, en plus de ceux cités ci-dessus, il y a les difficultés d'adaptation, de relation aux autres, les addictions aux toxiques possibles. Les freins extra personnels sont quant à eux plus en lien à l'environnement de travail, qu'ils soient humain, matériel, organisationnel, avec une dominance par rapport aux relations de travail. Connaissant toutes ces difficultés, les ergothérapeutes cherchent à mettre en face une démarche permettant de faciliter l'accès à l'emploi. Les entretiens montrent que les évaluations des capacités en situation sont des supports pour l'élaboration d'un plan d'intervention et la mise en avant des capacités de la personne. C'est aider la personne à percevoir ses capacités et travailler ses difficultés qui entraveraient le maintien dans l'emploi. L'orientation vers des structures spécialisées dont l'insertion professionnelle est souvent évoquée, semblerait une des limites à leur pratique dans leur contexte de travail. En effet, le manque de temps ou spécificité est mis en avant pour l'accompagnement au projet professionnel. Il leur faut donc prioriser leur intervention. Différents choix sont effectués par les professionnelles. E1 part des envies de la personne et travaille sur les facteurs freins au travail : attention, organisation et gestion de la frustration principalement. E2, dans son discours parle surtout de l'accompagnement pluridisciplinaire pour construire en commun le parcours de la personne et éventuellement, l'orienter vers des associations. Quant à E3, le service a mis en place des ateliers plus spécifiques liés aux besoins exprimés par les personnes les sollicitant : perception du travail, mise en lien avec le réseau auprès de partenaire pour l'accompagnement vers l'emploi. Les échanges, lors des ateliers, des entretiens de suivi et la coordination de parcours, les mises en situation, favorisent la connaissance de soi qui

est facilitatrice de l'engagement dans l'emploi. Les recherches et les entretiens réalisés sur le terrain montrent l'importance de se connaître, de connaître ses capacités et difficulté. L'accompagnement ergothérapeutique est également là pour permettre de favoriser la prise de décision de la personne, la mise en lien des informations, l'amélioration de l'estime de soi et de découvrir ses motivations. Le travail en lien avec les partenaires extérieurs, associatif ou du monde du travail, semble essentiel pour faciliter l'intégration et le maintien.

L'évolution de l'approche « Train and place » à « Place and train » est donc également soutenue par les interventions des ergothérapeutes. Il est important de préciser qu'actuellement les 2 démarches existent et se côtoient. La difficulté se situe dans le changement de fonctionnement et de mode de réflexion. C'est également de savoir comment va être vu, compris et vécu cette démarche de « place and train » par les professionnels du monde du travail ordinaire. Quel accompagnement ? Quelle formation, information ? Et qui va l'effectuer ?

5.2 Réponse à la question de recherche

Dans cette démarche d'initiation à la recherche, je cherche à répondre à la question : **Comment l'ergothérapeute favorise-t-il, chez le jeune psychotique, la connaissance de ses capacités pour l'accompagner dans son projet de réinsertion socio-professionnelle ?**

Nous pouvons constater par cette étude que l'ergothérapeute s'appuie beaucoup sur l'évaluation des capacités. Il précise également l'importance de la relation thérapeutique qui n'est pas un objectif en soi mais bien un principe de prise en soin. Nous pouvons donc décrire les différentes actions, tâches qu'effectue l'ergothérapeute pour accompagner la réalisation du projet et mettre facilement en lien avec les compétences définies par l'arrêté de la profession.

Cette évaluation des capacités, souvent citée, permet de connaître le patient, de construire le plan d'intervention pour l'accompagner et est aussi un support pour que la

personne se connaisse. Les capacités évaluées sont les capacités cognitives, relationnelles, sensorielles et métacognitives.

Le cadre d'intervention de l'ergothérapeute est celui de son institution, du courant de pensée de celle-ci et des moyens mis à disposition. C'est également un cadre adapté à la personne accompagnée et au moment de sa prise en soin. L'engagement de celle-ci est recherché et l'exploration de ses besoins sera primordiale. Un entretien permet de prendre conscience de la motivation et des envies du patient. L'ergothérapeute doit pouvoir varier les supports et les contextes afin de favoriser les transferts d'acquis et développer les capacités d'adaptation. En effet, nous avons vu la difficulté rencontrée par les personnes quant à l'adaptation qui est l'une des conséquences de leur pathologie. Les techniques d'animation sont un outil utile pour stimuler, favoriser les échanges et la participation des personnes lors des groupes. Dans les ateliers d'éducation thérapeutique, ces techniques sont souvent utilisées.

Pour travailler, améliorer, solliciter l'expression de soi et la représentation de soi, les professionnelles s'accordent avec la littérature sur la nécessité de valoriser, de créer un espace d'échange et d'expression. Le cadre, les supports et les techniques d'animation doivent aider la personne à se connaître, à se construire ou se reconstruire. L'accompagnement, pour créer des liens entre les expériences et les ressentis, étaye, soutient la prise de décision. Un principe dans la démarche de l'ergothérapeute est de créer un espace sécurisant pour favoriser la prise d'expérience.

L'ergothérapeute a nécessité de connaître la personne, de comprendre où se situe celle-ci dans le processus de rétablissement afin d'optimiser son accompagnement, de l'adapter pour avoir une intervention juste. Il doit également favoriser l'ouverture vers l'extérieur et créer des partenariats.

Les compétences de l'ergothérapeute pour accompagner les personnes dans leur projet de réinsertion seraient : l'observation, l'analyse d'activité, la mise en place d'une relation thérapeutique, l'écoute, l'adaptation, l'organisation, l'animation et être le garant du cadre. L'ergothérapeute dispose, met en place des ateliers thématiques, seul ou, le plus souvent, en co-encadrement pour croiser les regards. Le courant de la réhabilitation psychosociale part du principe que la personne est actrice de sa prise en soin ou doit le

devenir. Il est donc nécessaire de pouvoir proposer des supports, moyens pour que la personne puisse développer des compétences. Dans cette « boîte à outils », l'ergothérapeute a toute sa place, il doit pouvoir proposer ses compétences professionnelles. Dans le cadre plus institutionnel, l'analyse d'activité, la création d'atelier thématique et d'espace sécurisé peuvent permettre l'expression des personnes et leur remise en mouvement. Son travail s'inscrit dans l'équipe pluridisciplinaire qui gravite autour de la personne et est en lien avec les partenaires extérieurs.

5.3 Critique et limites de l'étude

L'étude réalisée et la réponse à la question ne s'appuient que sur mon raisonnement, mon cursus, ma formation. Les entretiens et les lectures présentées ne peuvent donc n'être que subjectifs. Les résultats de cette étude ne s'appuient que sur des entretiens d'ergothérapeutes et leur vision, l'analyse de leur propre pratique. L'impact de leur pratique n'est pas décrit et une recherche sur les résultats pourrait compléter cette étude afin de voir les répercussions des prises en soin. En revanche, celle-ci me semble délicate à réaliser, le travail étant pluridisciplinaire, pour évaluer l'impact d'une pratique au sein d'un ensemble, le nombre de biais serait important.

La méthode étant une démarche clinique, elle est limitée quant aux nombres de résultats et ne représente qu'un extrait du terrain, elle n'est pas exhaustive de l'ensemble des pratiques. La variété des courants et approches rend également délicate la comparaison en terme de prise en soin. Le fait que les ergothérapeutes interrogées n'interviennent pas au même moment de la prise en soin est également une limite. C'est une étude qui est « ergo-centrée », il pourrait être intéressant de la compléter, l'approfondir par rapport au travail commun avec les autres professionnels.

5.4 Apports personnels de cette étude

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir une thématique pour laquelle j'ai une sensibilité. La lecture d'un grand nombre d'articles et études m'a ouvert sur les différentes pratiques et m'a fait découvrir le processus de rétablissement qui m'était totalement inconnu. Cette approche, manière de penser, a imprégné ma réflexion. Je me suis alors demandé comment sur le terrain une telle approche pouvait se

traduire. Les entretiens réalisés pour l'étude et des échanges plus informels m'ont montré les motivations et l'enthousiasme existant, ainsi que les questionnements existant quant à sa mise en pratique. Cette démarche ne pouvant être isolée à un seul thérapeute ou praticien, elle doit s'inscrire dans l'ensemble de la prise en soin de l'équipe pluridisciplinaire.

En termes d'apports de compétences, cet exercice m'a permis d'améliorer mes capacités de synthèse et de mise en lien. C'est un exercice exigeant pour lier la théorie et la pratique. Il permet de s'entraîner, d'affiner pour l'exercice de la profession, où la synthèse et la création de liens sont importantes.

Cette enquête a également été l'occasion de questionnements multiples et de prise de recul quant aux idées et réflexions antérieures. Le virage que prend actuellement la psychiatrie est un moment propice aux remises en questions, aux argumentations, aux démarches de recherche et de preuves d'efficacité. Cette dynamique m'a amenée à m'interroger sur les alternatives au travail. C'est aussi savoir jusqu'où doit on adapter, compenser, accompagner les difficultés ? Jusqu'à quel point une personne souhaite accepter les aides, les adaptations ? Qui doit s'adapter ? Quoi adapter ? Tant de questions qui, je pense, me suivront pendant ma pratique professionnelle et qui seront garantes d'une prise de recul, d'une analyse de ma pratique. C'est aussi une ouverture sur la réflexion autour du regard de la société vis-à-vis de la santé mentale et de personnes souffrant de troubles psychiques. Favoriser l'adaptation des personnes est une démarche, et adapter le monde environnant, la société en est une également.

CONCLUSION

Le travail comme préoccupation première de tous, un but et un moyen d'être comme tout le monde. Le travail comme source de contrainte, de fatigue, de difficulté. C'est une aspiration de chacun, un but et un moyen pour le rétablissement, la construction ou reconstruction d'une identité, le façonnement de la représentation de soi.

Nous avons vu que la psychose amenait des altérations des perceptions, des troubles cognitifs, des difficultés relationnelles. Les perceptions sont en lien avec l'image de soi et la perception du monde environnant. Les troubles cognitifs comprennent le traitement des informations et leur utilisation. Ces éléments impactent les relations. La prise en soin de ces troubles doit favoriser leur diminution, leur contournement, leur acceptation. Les traitements médicamenteux y participent, les effets secondaires peuvent freiner les capacités cognitives. Les traitements non médicamenteux sont là pour compléter, soutenir ce premier traitement et permettre à la personne de se prendre en main, d'acquérir des outils pour réaliser, atteindre son objectif de vie. L'ergothérapeute par sa vision globale, ses compétences dans l'analyse d'activité, l'évaluation des capacités et la mise en place d'adaptation, met la personne en situation de réussite, favorise le développement de nouvelles capacités.

Une remarque revient régulièrement dans les entretiens et études présentées : la motivation. C'est une notion élémentaire de la prise en soin sur laquelle elle s'appuie. Une des difficultés liées à la pathologie est ce manque de motivation pouvant être plus ou moins présent. Peu d'outil, moyen, méthode existent pour mettre en face de cette problématique. Un approfondissement sur cette thématique pourrait être optimisant pour la pratique ergothérapique et l'ensemble des professions. Une autre question récurrente m'est venue et reste pour le moment sans réelle réponse : Comment favoriser l'expression des besoins quand la personne n'a pas conscience de ses difficultés et/ou troubles ?

C'est là aussi une piste de recherche qui me semble intéressante, car l'approche réhabilitation psychosociale, qui est en train de prendre une place non négligeable dans le champ psychiatrique, s'appuie sur l'expression des besoins.

BIBLIOGRAPHIE

AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., MESCLON-RAVAUD M., et al., *La prise en charge du handicap psychique*, in Rapport IGAS, 2011, [<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000570/0000.pdf>]

ANDRE C et LELORD F., *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Odile Jacob, 2002.

ARCHAMBEAU S., *L'atelier d'expression en psychiatrie*, trames, Editions érés, 2010.

BAGNERES C., *La relation à l'objet, Ergothérapie en psychiatrie*, Solal, Marseille, 2007.

BELIO C., PROUTEAU A., KOLEK M., and al, *Handicap d'origine psychique et/ou cognitive : quelles restrictions de participation au sens de la CIF. Résultats préliminaires d'un outil d'évaluation dérivé de la CIF*, in Annals of physical and rehabilitation medicine, Elsevier Masson, 2013.

BONNET C., ARVEILLER J-P., *Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques*, in l'information psychiatrique, Vol.84, 2008, p.835-840.

BOULA J-G., *Le soi et Rôle professionnel*, in http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Soi_role_professionnel.htm, consulté le 11/02/15.

BOURCET S., *Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence*, in Adolescence, n°52, 2005, p.225-239.

BOUVIER C., *La perspective du travail comme média thérapeutique en psychiatrie : étude psychodynamique de trois patientes schizophrènes en soin de réadaptation*, in Evol. Psychiatrique, n°73, 2008.

BREWER M ., GARDNER W., *Who is this « we » ? Levels of collective Identity and self representations*, in journal of personality and social psychology, vol 71, n°1, 1996, p. 83-93.

CONUS P., *Intervention précoce dans les troubles psychotiques : concepts et résultats*, in www.fondation-fondamentale.org, Janvier 2015. Site consulté le 10 Avril 2015.

COUTY E., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, in rapport présenté à Mme Bachelot-Narquin, Janvier 2009.

CRADDOCK et al, *Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis*, in *The Lancet*, n°381, 2013, p. 1377-1379. Consulté dans pubmed le 03/02/2014.

DE LUCA M., *Thérapies à médiation : ergothérapie, sociothérapie et médiations groupales*, in Elsevier Masson, Psychiatrie, 37-820-C-10, 2009.

DE PIERREFEU I., CHARBONNEAU C., *Deux structures d'insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les ESAT de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec)*, in *Encéphale*, n°40, 2014, p.66-74.

DONAZ M., *Entre créativité et soin psychique : être ou ne pas être ergothérapeute en psychiatrie ?*, in *Ergothérapie en psychiatrie*, Solal, Marseille, 2007, p. 71-91.

DUPREZ M., *Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle*, in *L'information psychiatrique*, vol. 84, 2008, p.907-912.

DUVAL C., DESGRANGES B., EUSTACHE F., PIOLINO P., *Le soi à la loupe des neurosciences cognitives*, in *Psychologie Neuro psychiatrie* n°7, 2009 p. 7-19.

EVERT H., HARVEY C., TRAUER T., HERRMAN H., *The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis*, *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003, p.180-188.

FAVROD J., SCHEDER D., *Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention*, in *revue médicale de la Suisse romande*, n°124, 2004, p.205-208.

FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE, *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques*, in *Conférence de consensus*, Janvier 2003.

FRANCK N., *Remédiation cognitive et insertion professionnelle dans la schizophrénie*, in *l'encéphale* n°40, 2014, p.75-80.

HACHEY R., BOUGIE C., LADOUCEUR D., MORIN C., PHANEUF C., *La thérapie par l'activité de A.C. Mosey (description et application)*, in Santé mentale au québec, vol. 6, n°1, 1981, p.45-60.

LABERON S., *Les freins psychologiques à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique*, in l'Encéphale, n°40, p.103-114.

LOUBAT J-R, *Personnes en situation de handicap : de l'intégration vers l'inclusion*, in Actes du colloque MODE H 2010, « de l'intégration vers l'inclusion des personnes handicapées ? », Tours, 10/2010.

LEGUAY D. et al., *Le manifeste de réhab' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants*, in L'information psychiatrique, vol. 84, 2008, p.885-893.

LEROY C., *Les contraintes du réel et la réinsertion* », in Jean-Paul Arveiller, Pour une psychiatrie sociale, Erès, « hors collection », 2002, p.179-180.

MARTIN B., FRANCK N., *Rétablissement et schizophrénie*, in EMC Psychiatrie, Vol 10, N°4, Octobre 2013.

MARTIN B., FRANCK N., *Facteurs subjectifs dans le rétablissement de la schizophrénie*, in Evolution psychiatrique, 78, 2013, p.21-40.

MARTINOT D., *Le Soi, les autres et la société*, PUG, Janvier 2010.

MEDA D. , *Le travail*, P.U.F. « Que sais-je ? », 2010 (4^e éd.), p. 3-6.

MOREL-BRACQ M-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, collection ergothérapie, de Boeck solal, 2009, p.153-156.

MUTIS M., *Espace intérieur et espace extérieur*, in Ergothérapie en psychiatrie, Solal, Marseille, 2007.

NOISEUX S, *Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement*, in Santé Mentale, n°120, Septembre 2007.

PACHOUD B., *Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes*, L'Information psychiatrique, 88, 2012, p.257-266.

PACHOUD B., CORBIERE M., *Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche*, in l'Encéphale, n°40, 2014, p.33-44.

PACHOUD B., NASCIMENTO STIEFFATRE M., *Psychopathologie et réinsertion professionnelle : une clinique pluridimensionnelle requérant des ressources théoriques pluridisciplinaires*, in Cliniques méditerranéennes, 2005, n°72.

PEDINIELLI J-L., GIMENEZ G., *Les psychoses de l'adulte*, Armand Colin, Octobre 2014.

PEREZ B., *Ergothérapie en psychiatrie : mise en place d'un programme de réhabilitation*, in Expériences en ergothérapies, 22^{ème} série, 2009.

PERETTI Pascale *et al.*, *Penser l'ouverture au monde et la participation sociale des sujets « en situation de handicap psychique »*, Nouvelle revue de psychosociologie, n° 14, 12/2012 p. 217-236.

PROVENCHER H., *L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques*, in Santé Mentale au Québec, n°27, 2002, p.35-64.

QUINODOZ J-M, *Lire Freud. Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*, Paris, Presses Universitaires de France « Hors collection », 2004, p.231-236.

RONDIER M., A. Bandura, *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, in l'orientation scolaire et professionnelle, n°33, 2004, p.475-476.

SUREAU P., *L'activité comme processus thérapeutique*, in Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités, De Boeck Solal, 2013, p.188-191.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychose/64878> consulté le 03/02/2014

<http://www.douglas.qc.ca/info/psychose> consulté le 03/02/2014

ANNEXES

Annexe I : Grille G-Map

Annexe II : Loi du 11 Février 2005

Annexe III : Stades successifs d'un trouble psychotique

Annexe IV : Arrêté du 05 Juillet 2010

Annexe V : Tableau d'Archambeau S.

Annexe VI : Conférence « Réhabilitation psychosociale au CHS de la Savoie » le 05/03/2015 Bassens

Annexe VII : Tableau grille d'évaluation Mosey

Annexe VIII : Matrice et critères

Annexe IX : Les entretiens

Annexe X : Définition de l'approche IPT

Annexe XI : ELADEB

ANNEXE I

Annexe 1. Grille de mesure de l'activité et de la participation G-MAP.

		L. Activité			Facteurs environnementaux															R. Participation					
		Sévérité			S.S. Disponibilité			S.S. Satisfaction			Attitudes			S. & Politiques			Sévérité								
		Null	Partielle	Totale	Aucune catégorie	Une catégorie	Deux catégories	Trois catégories	Insatisfait	Plutôt insatisfait	Moyennement satisfait	Plutôt satisfait	Satisfait	Facilitateur	Obstacle	Les deux	Indifférent	Facilitateur	Obstacle	Les deux	Indifférent	Null	Partielle	Totale	
Catégories	Items	0	1	2	0	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	
Soins personnels	Alimentation																								
	Hygiène																								
	Prendre soin de sa santé																								
Vie domestique	Vêtements, linge																								
	Entretien, ménage																								
	Gestion du budget																								
	Achats, courses																								
Relations interpersonnelles	Déplacements extérieurs																								
	Parents - fratrie - enfants																								
	Couple [si approprié]																								
	Relations sexuelles																								
	Amis																								
Productivité économique et sociale	Connaissances																								
	Inconnus																								
	École, formation, études																								
	Recherche de travail/formation																								
	Travail																								
Loisirs	Bénévolat																								
	Indépendance financière																								
	D'intérieur																								
Vie communautaire et civique	D'extérieur																								
	De groupe																								
	Vie associative																								
	Spiritualité																								
Vote	Démarches administratives																								
	Vote																								

C. Belio et al. / Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 57 (2014) 114–137

L. Activité: limitations d'activité ; R. Participation : restrictions de participation ; SS : soutien social ; S & Politiques : systèmes et politiques. La G-MAP est remplie à l'issue d'un entretien semi-dirigé.

Grille G-Map extraite de l'article BELIO C., PROUTEAU A., and al

ANNEXE II

EXTRAIT de la LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

• TITRE Ier : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1

Avant l'article L. 146-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 146-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 146-1 A. - Dans toutes les instances nationales ou territoriales qui émettent un avis ou adoptent des décisions concernant la politique en faveur des personnes handicapées, les représentants des personnes handicapées sont nommés sur proposition de leurs associations représentatives en veillant à la présence simultanée d'associations participant à la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 et d'associations n'y participant pas. »

Article 2

I. - Le chapitre IV du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Avant l'article L. 114-1, il est inséré un article L. 114 ainsi rédigé :

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » ;

L'article L. 114-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

« L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions. »

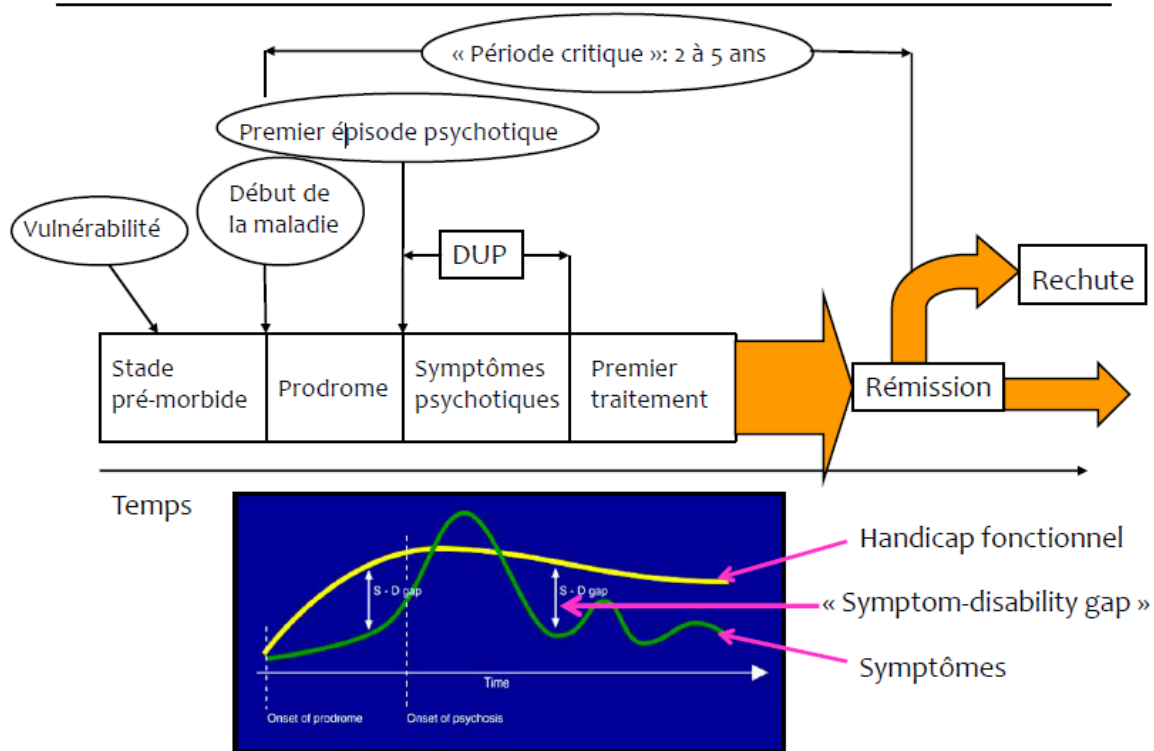
3° Le second alinéa de l'article L. 114-2 est ainsi rédigé :

« A cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées. »

ANNEXE III

Diapositive issue de la présentation de CONUS P., Intervention précoce dans les troubles psychotiques : concepts et résultats, in www.fondation-fondamentale.org, Janv 2015. Site consulté le 10 Avril 2015.

Stades successifs d'un trouble psychotique



ANNEXE IV

Extrait de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute Diplôme d'état d'ergothérapie : Référentiel de compétences

Le référentiel de compétences selon l'annexe II de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute Dans le respect du champ d'intervention des autres professions réglementées.

Compétence 1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.

Compétence 2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.

Compétence 3. Mettre en oeuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.

Compétence 4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques. En l'absence d'une orientation médicale impliquant un professionnel de l'appareillage.

Compétence 5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.

Compétence 6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.

Compétence 7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.

Compétence 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.

Compétence 9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.

Compétence 10. Former et informer.

ANNEXE V

ARCHAMBEAU S., *L'atelier d'expression en psychiatrie*, trames, Editions Erès, 2010, p.193

ATELIER D'EXPRESSION Orientation thérapeutique Effets Thérapeutiques	ATELIER D'EXPRESSION ET/OU DE CREATION ARTISTIQUE Orientation artistique ,Effets thérapeutiques	ATELIER SOCIOTHERAPEUTIQUE Orientation éducative, pédagogique et culturelle Effets thérapeutiques
<p>Centré sur la personne / Expression libre et spontanée Non-directivité des contenus, pas de consignes ni de conseils Médiateur comme support à l'expression et à la relation en petit groupe Favorise des représentations psychiques, met en forme des matières langagières dans la plus grande liberté d'expression possible Permet de donner forme à des affects, à sa réalité intérieure, partir de soi Permanence du lieu, des animateurs, du jour, de l'heure et de la durée Régularité de l'atelier : hebdomadaire si possible Engagement du participant, forme contractuelle de présence pour une continuité du travail entrepris Caractère intime et privé de ce qui s'exprime Temps de parole consécutif au temps de production : retour sur soi, mise en mots de ce qui a eu lieu Pas d'évaluation normative de ce qui s'y passe La production n'est pas une fin en soi mais un support à la relation. Les productions sont gardées, archivées et préférentiellement ne sortent pas de l'atelier L'animateur fait trace et mémoire des différentes séances Des liens sont à entretenir avec l'institution pour participer aux synthèses, faire des bilans. Une supervision est recommandée</p>	<p>Centré sur la production (pouvant devenir une œuvre) / Centré sur l' « objet » créé, esthétisé, fini Apports techniques, parfois conseils Le médiateur est travaillé esthétiquement, artistiquement Sculpture, mosaïque, fresque, collages, représentations théâtrales, expositions, publications Travail en direction d'un public restreint ou élargi Interventions extérieures d'artistes ou associations possibles Projet culture et santé, dimension culturelle Durée limitée dans le temps : début et fin datés Lieu aléatoire selon les besoins Jours et heures pouvant variés Engagement des participants souhaité mais groupes souvent ouverts Caractère collectif de ce qui s'exprime, pas de temps de parole défini Vente possible des créations Des liens sont aussi à entretenir avec l'institution et des transmissions peuvent s'envisager</p>	<p>Centré sur le projet de sortie ou sur l'accompagnement de la vie en appartement Acquisition de compétences sociales, d'un savoir commun : faire un repas, faire le marché, manger, utiliser du matériel informatique, etc... Viser à maintenir, préserver ou renforcer les acquis, favoriser les apprentissages : mémoire, concentration, lecture-écriture Vise à augmenter l'autonomie liée au quotidien et aux réalités des participants : gestion de l'argent, de l'intendance d'un appartement (chauffage, voisinage, hygiène) Remobiliser le corps et ses capacités expressives, sensibles : piscine, activités corporelles Permet de se réapproprier les codes sociaux : éprouver le goût de participer à la vie culturelle de la cité (cinéma, musique, théâtre, expositions...) Lieu aléatoire selon les besoins Jours et heures pouvant varier, les soignants aussi Engagement des participants souhaité mais groupes souvent ouverts La parole circule librement, elle est encouragée à des fins relationnelles Ces ateliers font souvent l'objet de comptes rendus pour évaluer la progression</p>

ANNEXE VI

Conférence « Réhabilitation psychosociale au CHS de la Savoie » Bassens le 05/03/2015.
Animée par Dr Dubreucq et la participation du RéHPsy et C3R (Centre de référence réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive).

Réseau de santé



RéHPsy

CCSMS Réseau Handicap Psychique





Le RéHPsy est en lien fort avec les autres réseaux de santé du département de l'Isère (Maison des Réseaux de Santé de l'Isère ou MRSI) et le réseau Raphaël dans la Drôme.

Soucieux de s'inscrire dans une dynamique plus large, il est aussi membre de la Fédération AGAPSY Rhône-Alpes, (Associations Gestionnaires pour l'Accompagnement des Personnes Handicapées Psychiques), de l'Union des Réseaux de Santé - Rhône-Alpes (URS-RA) et du réseau national Galaxie.

Des informations complémentaires sont disponibles sur notre site internet : www.rehpsy.fr puis prochainement sur : www.rehpsi.fr

Comment nous contacter ?

RéHPsy
Maison des Réseaux de Santé de l'Isère
Parc Hélopolis (porte C)
16, rue du Tour de l'Écu
38400 Saint-Martin d'Hères
Tél. : 04 76 24 47 46 • Fax : 04 76 70 02 94
contact@rehpsi.fr, puis prochainement : contact@rehpsy.fr

CRSHP - 10 rue de la République - 38000 Grenoble - 04 77 40 11 11

Objectifs du RéHPsy

- Coordonner les parcours de santé des personnes en situation de handicap psychique et faciliter leur rétablissement :
 - en apportant l'expertise de ses membres,
 - en favorisant l'accès aux soins et en coordonnant les différents intervenants,
 - en élaborant des projets individualisés d'insertion sociale et/ou professionnelle.
- Identifier les besoins non couverts et demander leur prise en compte par les pouvoirs publics.
- Contribuer à la déstigmatisation et à une meilleure connaissance du handicap psychique.

Interventions proposées

- **En faveur des personnes en situation de handicap psychique**
Au service de leur parcours de soin mais aussi d'insertion sociale et/ou professionnelle, le RéHPsy propose sans contribution financière :
 - Un temps d'évaluation croisant les approches sanitaire, médico-sociale et sociale pour identifier leurs besoins en fonction de leur projet de vie,
 - L'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé et l'accompagnement dans sa mise en œuvre,
 - Une coordination de l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes,
 - Des mises en situation (travail, activités, logement),
 - Des actions d'éducation thérapeutique.La personne est actrice de son projet qui est construit avec elle.
- **En faveur des aidants familiaux :**
 - Information / Conseil / Orientation,
 - Éducation thérapeutique.
- **En faveur des professionnels, institutionnels et libéraux :**
 - Information / Conseil / Orientation,
 - Actions de sensibilisation / Formation,
 - Concertations pluridisciplinaires autour de situations complexes,
 - Actions d'amélioration des pratiques.

Les missions du C3R Grenoble

Proposer des soins de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive sur le territoire Est de la région Rhône Alpes en lien avec les services et intervenants de psychiatrie.

Participer à la formation des équipes du territoire.

Contribuer à une coordination des partenaires sanitaires et médico-sociaux pour améliorer la cohérence du parcours de soins et d'insertion.

Contribuer au développement de la recherche dans le domaine des sciences cognitives et de la réhabilitation psychosociale.

Pour répondre à ces missions, le C3R s'appuie également sur le réseau RéHPSy et les Centres Experts Schizophrénie et Asperger Adultes.

Docteur Benjamin GOUACHE
Référent Centre de Réhabilitation Psychosociale

Docteur Julien DUBREUCQ
Référent Centres Experts - Recherche
Docteur Elisabeth GIRAUD-BARO
Référent coordination- Formation - Réseau

Infos pratiques C3R

5, rue de la zone
38 120 Saint EGREVE
Tel. : 04 76 56 44 40 / 04 76 56 44 41
Fax : 04 76 56 45 74
Accès : Ligne de bus n°1 depuis
Grenoble
Arrêt « La Pinée »



Et son annexe :
50 avenue Marcelin Deatheid
38 000 GRENOBLE
Accès : Tram A - Arrêt « Mominer »



Jours et horaires d'ouverture
Du lundi au vendredi de 9h à 17h



C3R

**CENTRE
REFERENT DE
REHABILITATION PSYCHOSOCIALE
ET DE
REMEDIATION COGNITIVE**

Les soins de Réhabilitation Psychosociale au centre référent.

Accompagnement individualisé de la personne en situation de handicap psychique, dans la réalisation de son projet de vie (logement et gestion de la vie quotidienne, vie sociale, travail), en partenariat avec les équipes adressantes.

OBJECTIFS

- ✓ Evaluer les symptômes, le fonctionnement cognitif, les habiletés de vie quotidienne et les ressources de la personne.
- ✓ Proposer un avis spécialisé pluridisciplinaire, en tenant compte des difficultés et des compétences de la personne.

MOYENS THERAPEUTIQUES

- ✓ Psychoéducation à destination des personnes et de leur entourage :
 - Connaissance de la pathologie et des traitements, gestion des symptômes (Michael's game, entraînement métacognitif)
 - Soutien et formation des familles (Profamille)
- ✓ Remédiation cognitive groupale ou individuelle :
 - Mémoire, attention, fonctions exécutives (Recos, Réhacom®)
 - Cognition sociale (Gaia, TomRemed)
- ✓ Entraînement aux Habiletés Sociales
- ✓ Ressources personnelles (Estime de soi, Gestion du stress)
- ✓ Ateliers d'acquisition et/ou de renforcement des habiletés de vie quotidienne
- ✓ Aide à la réinsertion professionnelle

Equipe du centre référent de Réhabilitation Psychosociale

Médecin, psychologue, neuropsychologue infirmier, ergothérapeute, assistant social, éducateur technique, aide soignant.

Les Centres Experts Schizophrénie et Asperger Adultes

Evaluation diagnostique, fonctionnelle et propositions thérapeutiques.

Equipe de liaison de réhabilitation psychosociale du C3R

Missions auprès des équipes sur le territoire Est (Isère, Drôme, Savoie, Haute Savoie) :

- ✓ Informer sur le retentissement des troubles psychiques sur le fonctionnement (troubles cognitifs...) et sur les possibilités de rétablissement.
- ✓ Favoriser le repérage des besoins de réhabilitation psychosociale.
- ✓ Sensibiliser aux outils de réhabilitation psychosociale.
- ✓ Aider à la construction du projet de la personne.

Mission de recherche
(développement de nouveaux outils et adaptation d'outils existants)

Le RéHPSy

Réseau de partenaires du secteur sanitaire, médico-social et social qui coordonne le parcours des personnes en situation de handicap psychique afin de faciliter leur rétablissement.

ANNEXE VII

TABLEAU I
*Grille d'évaluation des habiletés de tâche**

Comportement	Commentaires	Présent	Futur
Coordination			
Comportement bizarre			
Hyperactivité			
Hypoactivité			
Fiabilité			
Implication			
Concentration			
Directives			
Propreté vis-à-vis la tâche			
Attention aux détails			
Résolution de Problèmes			
Organisation de la tâche			

* Traduit de Mosey, A.C., 1913, *Activities Therapy*, N. Y., Raven Press, p. 90.

Voici une autre façon de coter :

La valeur 1 signifie que le comportement est inadapté la plupart du temps.

La valeur 2 signifie que le comportement est souvent inadapté.

La valeur 3 signifie que le comportement est occasionnellement inadapté.

La valeur 4 signifie qu'aucun comportement n'est inadapté.

ANNEXE VII

Matrice et critères

THEORIE/ CONCEPT	CRITERES	INDICATEURS	INDICE
Modèle d' Ann Cornin Mosey 1996	Intégration sensorielle	Capacité à recevoir Sélectionner information Associer les informations	Sensation corporelle Discrimination Catégorisation des sources d'information
	Fonction cognitive	Capacité à percevoir Organisation de l'information	Associer le stimulus et le ressentit ou la source Organisation temporelle Repères spatiaux Résolution de problème
	Intégration sociale	Capacité à participer à la relation Capacité à s'engager dans l'activité	Echanges avec d'autres personnes Etre intégré dans un groupe Etre actif et prendre des initiatives Etre attentif et finir l'activité
	Fonction psychologique	Capacité à se percevoir comme une personne relativement autonome Capacité à percevoir ses capacités de relations intimes	Etre capable de faire des choix Connaitre ses forces et faiblesses Etre capable d'anticiper et de s'adapter au changement Avoir une relation intime
Le rétablissement Provencher 2002 Martin 2013 Pachoud 2012	Redéfinition de soi	Processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental Processus de découverte d'un soi nouveau Complexité du soi	Les différentes phases du deuil : choc, négation, dépression, colère → Autoévaluation Puis espoir, adaptation : → L'acceptation Connaissance de soi : ses capacités et ses faiblesses Conscience de ses ressources et utilisation dans l'action

			Définition de nouveaux rôles
	Relation à l'espace temporel	L'espoir La spiritualité	Sentiment de compétences personnelles, de contrôle Objectifs significatifs, bien-être émotionnel et soutien social Donner un sens à sa vie, soutien
	Pouvoir d'agir (empowerment)	Processus Construit Transformation du sentiment d'impuissance Niveaux du pouvoir d'agir (psychologique, organisationnel et communautaire)	Changement comportementaux et cognitifs, prise de décision et choix Acteur pour atteindre ses objectifs : autodétermination Anticipation de situation de crise, Mise en place de stratégies adaptatives Acquisition d'habiletés pour l'autonomie Confiance en soi, ses capacités et sentiment de contrôle Différenciation soi et maladie
	Relation aux autres	Avec les membres de la famille Avec les pairs Avec les intervenants Avec les services de santé et soutien	Présence ou éloignement de la famille, importance perçue L'importance ou non des groupes de pairs, leur présence Présence, intérêt et importance perçues Confiance accordée, partage du pouvoir décisionnel

THEORIE/ CONCEPT	CRITERES	INDICATEURS	INDICES
Réinsertion professionnelle (Friedmann 1958, Pachoud 2014, de Pierrefeu et Charbonneau 2014)	Travail	Production	Objet, service
			Faire, avoir un but
		Identité	Place dans la société
			Statut d'être humain
		Contreparties	Droits
			Salaire
	Freins	Individuels	Capacités
			Représentation
		Collectifs	Adaptabilité
			Productivité
	Parcours	Train and place	ESAT, Atelier thérapeutique
		Place and train	Hors mur, entreprise « classique »

ANNEXE IX

Entretien ergothérapeute 1

Entretien ergothérapeute 2

Entretien ergothérapeute 3

Retranscription entretien Ergothérapeute 1 (1h)

En quelle année as-tu eu ton diplôme ? Alors j'ai été diplômée en 1987, ensuite j'avais travaillé dans un service de soin à domicile pour des enfants handicapés moteurs à l'APF. J'ai pendant ce temps-là, parce que c'était qu'un mi-temps, j'avais travaillé mais un peu moins longtemps dans un externat pour enfant polyhandicapé ensuite, j'ai travaillé ... Ensuite euh un peu moins d'un an dans un service de rééducation fonctionnelle adulte, euh, ensuite j'ai travaillé un an à peu près aussi dans une maison de soin médicale pour personnes âgées en Suisse. Et ensuite dans, en 1990, fin 1990, je suis arrivée, ah oui... J'avais fait aussi à l'accueil S où c'est des enfants handicapés moteurs avec troubles associés. Euh et je suis arrivée, euh, enfin au début je travaillais à la fois là et à la fois à l'accueil S et ici. Parce que à cette époque c'était pas facile d'avoir du boulot en ergothérapie en réalité. Y'avait pas autant de choix et du coup j'ai commencé à travailler dans un service d'enfant polyhandicapé Et quand il a fermé en 96, un petit peu, en psy et après un peu aussi parallèlement dans le service d'enfants autistes hospitalisés à temps complet et puis... quand ça a fermé, définitivement, je suis à plein temps dans le euh, dans ce service depuis 1998. Voilà ça c'est fait progressivement le passage, en 2 ans, j'ai commencé à temps partiel puis... Alors au départ mes collègues c'était des infirmiers. J'étais la seule ergo DE formée comme tel, les autres étaient des infirmiers qui avaient ou acquis une équivalence pour travailler en psy. Donc ils avaient présenté un mémoire où ils avaient dû aller 1 an à l'école, euh un an de formation pour avoir le droit d'exercice de l'ergo en psy. En fait c'est quand on a eu le décret d'acte en 86. Et qu'on a dit que les gens qui n'étaient pas ergo ne pouvaient plus faire de l'ergo. Voilà donc euh et ces ateliers accueillaient des gens à la demi-journée ou à la journée pour faire un travail à la commande, reliure bois imprimerie encadrement... alors à l'époque où j'y étais il n'y avait plus de rendement, en fait les patients changeant le style de chaque patient évoluant... parce qu'entre 1980-1990 ils ont commencé à développer le secteur et à vider l'hôpital, alors... passer de 1000 lits à 300 ! Du coup des patients habitaient à l'hôpital tout le temps avec des activités de qualité professionnelle et ceux-là après ils sont voilà ils étaient plus dans l'hôpital mais restaient des gens malades.

Quelles sont tes principales activités ? Les principales activités c'est des activités euh, artisanales, on utilise des mises en situation artisanales, euh, voilà principalement la vannerie, la poterie, la peinture sur soie, après il peut y avoir d'autres activités annexes comme la couture le cartonnage, un peu le travail du bois, selon, la sculpture sur pierre selon le profil des patients qu'il y a.

Les patients sont orientés par le médecin, le psychiatre de l'unité ? Voilà on est un service intersectoriel, alors tous les médecins de l'hôpital, peuvent faire des prescriptions, pour que des gens viennent bénéficier de l'ergothérapie. Plus d'un 40 aine de médecin mais tous ne prescrivent pas nos services.

D'accord, après au niveau proportion homme-femme ? c'est difficile, ben en fait, moi il se trouve que j'ai plus de femmes dans mes patients et des collègues qu'ont plus d'hommes, j'aurais tendance à penser qu'on a plus de femmes globalement mais pas sure. Le problème de nos activités, c'est que quand tu dis activités artisanales, dans le l'image collective c'est plus des trucs de femme...non je sais pas ? (*et la tranche d'âge ?*) Elle est très variée, alors à la louche euh... je pourrais dire sur l'année dernière, la moyenne d'âge est un peu ... 35 ans, et on reçoit des gens ... le plus jeune doit avoir 14 ans et le plus âgé 80 env.

Au niveau des pathologies, la proportion des psychoses au sein du service? ... J'essaierais de dire qu'il y a une majorité maintenant.... Euhh, ça peut varier en ce moment, on pourrait imaginer qu'à l'hôpital psy y a des psychotiques à 90 % mais en réalité, ... y a aussi pas mal de personnes qui sont qualifiées d'état limite ou qui sont pas qualifiées, les gens qui ne sont pas psychotiques on en reçoit aussi. .. Je pense quand même que la majorité doit être diagnostiquée psychotique. ..

Des ateliers ou des situations de travail avec d'autres professionnels existent, quelles professions travaillent en commun ? Ah travail en commun, alors moi le seul travail en commun que j'ai c'est une infirmière à l'atelier thérapeutique... où j'interviens sur leur activité pour euh... pour d'une part apporter une vision un peu rééduc et d'évaluation, adapter et puis organiser le travail et amener une activité plus de type artisanale parce que parfois il manque de travail... des fois ils sont en manque d'activité. Je pense que l'intérêt des ateliers il pourrait y avoir ou infirmier et ergo ou et normalement il faudrait aussi un moniteur d'atelier quelqu'un plus technique. Au niveau évaluation on n'a pas le même regard que les infirmiers et c'est aussi intéressant... Et y a d'autres partenariats, des activités qui se font. ...ah je fais aussi une activité hors hôpital c'est dans une association en centre-ville et là je n'ai pas une étroite collaboration parce que je ne fais pas l'activité avec elle, mais je travaille beaucoup avec une animatrice pour adulte. Qui s'occupe des activités adultes et des gens du RSA à l'association. Donc voilà on collabore sans co animer ensemble. Après ça peut arriver, enfin moi j'ai eu un patient qui est devenu animateur à l'association en fait elle l'a encadré pour faire ça et y en a certains qu'ont rejoint son groupe d'activité avec un petit soutien de notre part pour fluidifier la communication, quelque chose comme ça. Disons qu'il y avait une personne qui avait fait des études de poterie et avait encadré en centre de rééduc et il se demandait s'il n'allait pas faire que ça dans sa vie. Alors dans un premier temps, on lui a proposé de... mais il avait du mal à décrocher d'ici, il venait en ergothérapie, il s'est essayé à titre bénévole dans l'association, elle l'a aidé à organiser son activité, tout ça, et puis y a des fois où il était un peu euh du genre si quelque chose ne lui plait pas partir sans dire au revoir. Donc j'ai dû reprendre avec lui, reparler à la dame de ses difficultés et ils ont pu...

Question 1 : Dans les activités que tu proposes, quels sont les objectifs visés ?

La plus grande partie des gens qui viennent ici sont en HC, et je dirais que la majorité des gens qu'on reçoit c'est plus pour de la remise en mouvement, ils sortent de leur phase aigüe et ils ont besoins d'être revalorisé et puis remis, euh de remettre du mouvement psychique en fait...*(est-ce que la remise en mouvement psychique comporte aussi le travail sur le ressenti, en terme d'objectifs ?)* Euh oui, oui, voilà c'est pas le plus courant mais moi j'ai déjà eu comme prescription de travailler sur le ressenti des émotions. Quelqu'un qui paraissait complètement... ouais sans émotions quand elle parlait, accéder à ses émotions, après je suis pas sûre d'être très efficace sur ça... Euh c'est plus se rendre compte qu'on ressent des choses, quelqu'un qui était complètement bloqué sur ça. Objectif plus spécifique, plus rare, après ma collègue fait un peu ça dans son groupe corporel. Après on peut travailler sur ce qui est agréable, désagréable, mais c'est pas des objectifs qui nous sont spécifiés. C'est plus pour savoir de ... que les gens puissent savoir ce qu'ils aiment ce qu'ils n'aiment pas et faire les bons choix sur les activités à l'extérieur de l'hôpital. *(Tout ce qui est capacité cognitive : percevoir une info, la comprendre ?...)* Oui alors ça on nous demande plus facilement quand même. Ca peut être d'une façon générale, ou plus spécifique, mais euh... alors révisons alors sur l'attention, la concentration, la compréhension, euh... après s'il sait lire écrire compter, s'organiser, voilà des choses comme ça courante. La plupart du temps, après sur la mémoire, moi je ne suis pas aussi spécialisé qu'une orthophoniste. On peut pas dire d'où ça vient, mais c'est déjà arrivé qu'on travaille sur la mémoire. ...Alors d'une part pour améliorer les capacités et comment compenser une absence de mémoire, des alternatives, agenda mise en place...des façons c'est pas suffisant.

Question 2 : Comment favorisez-vous la participation de la personne dans l'activité ?

Bah on essaie de trouver une activité qui leur plait et qui a du sens pour eux, mais comment on fait ?? c'est ça la question ?? Haha. Quelqu'un de déprimé, il peut... Euh des fois on arrive pas et ça s'arrête *(essayer de trouver quelque chose qu'il faisait déjà essayer de comprendre ce qu'il faisait, ce qu'il aime bien faire ? ... ou faut-il à un moment donné imposer une activité ?)* Bah si vraiment la personne est vide, mais il faut qu'elle soit d'accord pour tenter une activité, puis à ce

moment-là on fait un bilan à la fin ce qui a été agréable et désagréable dedans, pour essayer d'en trouver une autre qui soit pertinente pour la personne, qui est du sens. En général on y arrive, la plupart du temps, les gens y trouvent et puis après des fois, ils ne comprennent pas euh, y a certaine personne, comme Mr D par exemple au début des activités il ne voyait pas, il ne voyait que la contrainte de l'activité, et après une fois faite une qu'il a ramené chez lui ; il a vu que ça pouvait servir, et là ça a pris du sens pour lui. Mais il peut y avoir de la lassitude dans le temps aussi. .. oui mais des fois c'est enclencher... l'activité, c'est...(du coup comment tu arrives à stimuler la prise de décisions, faire un choix ?) Oui, alors là je réfléchis, parce que les gens sont tellement différents. .. Parfois les gens veulent faire de la vannerie mais ne savent pas ce qu'ils veulent faire. ... Toi tu as l'impression que les gens ils savent ce qu'ils font ici ? ou pas ?(des fois, j'ai l'impression que c'est difficile de se lancer sur quelque chose parce que il n'y a pas forcément d'idée de quoi faire !) Des fois ils savent pas quoi faire puis des fois... y a les 2 extrêmes, ils ont pas envie de faire quelque chose parce que ils ont pas d'endroit pour vivre, ils ne sauraient pas où le mettre après. L'objet lui-même n'est pas intéressant pour eux. Donc là c'est plus dur de motiver à faire des choses... hors de la finalité de l'objet, alors des fois on y arrive bien et des fois c'est plus compliqué. Et sinon, le pire qui peut arriver c'est quelqu'un qui veut absolument faire un objet pour offrir à quelqu'un qu'il aime beaucoup, et faut que l'objet soit parfait, et ça ça arrive... et là du coup tout le jeu c de les détache, voilà de leur dire, on oublie ça, on oublie ça, on... qu'ils n'aient pas la pression, qu'ils puissent élaborer tranquillement, qu'il soit désintéressé du résultat, dans un premier temps, enfin bon quand je dis ça je me comprends...qui s'éloignent de comment ça va faire plaisir à la personne, ce que je vais faire, parce que,... et ça c'est aussi compliqué que de motiver des gens. La plupart du temps les gens y arrivent à finir par faire quelque chose... ils voient un peu ce que les autres font, ça peut les rassurer, parce que peuvent avoir peur de pas réussir. Des fois ils essayent pas parce qu'ils ont peur de pas réussir. Donc de voir les autres faire, après d'arriver à leur faire croire que c'est pas grave si ils ratent, ils se lancent, qu'il y ait d'autre personne ça aide. La plupart du temps ça aide, d'une part pour prendre de la distance par rapport au thérapeute, mettre la juste place. Parce qu'il y a des gens ils peuvent ou se sentir persécuter par nous, ou alors au contraire nous phagocyté, alors ça met une juste place. C'est pour ça que même si les gens font pas la même chose dans le groupe, c'est bien pour la personne. Et puis la vie, la relation humaine c'est en générale en petit groupe... On a choisi de faire pas trop grand, parce que... alors là ça va être l'extrême, quelqu'un comme Mr J le lundi matin, c'est un type qui erre dans le service. Des gens très psychotiques si le groupe est grand, ils vont penser qu'ils peuvent se barrer sans que personne s'en aperçoive. En fait on a tous ça, si tu arrives dans une foule tu te sens incognito, ben pour un psychotique, la foule est beaucoup plus petite...Donc ils vont se sentir inexistant, ne pas s'impliquer et ils ont plus de mal à s'impliqué dans ce qu'ils font, c'est pourquoi on fait des petits groupes. Qui n'ont pas de justification quand les gens sont stabilisés. Quand ils vont pas mal, ils sont prêts, si ils sont plus dans la réhabilitation tout ça, qu'on aimerait bien qu'ils se débrouillent tout seul. Le problème c'est comme notre public il tourne beaucoup, et quand ils vont un peu bien ils font autre chose que de rester dans l'atelier, on arrive pas à créer un groupe plus conséquent de gens stabilisés.

Question 3 : Comment favorisez-vous l'expression des personnes sur leurs situation et envies ?

Si y a des gens, on a vraiment l'impression qu'ils ont besoin d'exprimer des choses, on les prend tout seul, pas forcément tout le temps, mais ça peut être une fois dans la semaine....Après on peut les garder un peu après le groupe ou avant. Après si c'est un groupe qui se connaît très bien, on peut parler dans le groupe. C'est rare, à part la 1ere séance, c'est rare qu'on prenne à partie les gens sur leur situation. Après si y a une synthèse, je leur dis que je vais faire un compte rendu, il reste un peu plus et après on discute. (Pour les personnes qui ont du mal à se rendre compte de leur difficulté, de leur maladie ?) Oui... Alors quand même en général, les gens quand ils viennent, ils sont d'accord pour venir, ils se doutent bien que s'ils viennent en ergo, et en général ils ont un projet d'amélioration quand ils viennent. Si ils ont un projet d'amélioration, c'est bien qu'il y a

quelque chose qui va pas. Après euh, on est pas forcément d'accord sur l'ampleur de la chose qui va pas, à un moment donné. Et après on peut juste observer comment ça s'améliore cette vision... D'ailleurs de mettre les gens face à leur limite ça peut arriver. Ça marche pas forcément du premier coup, même si ça rate ils peuvent dire que c'est exprès, ahahah. Mais à force ça peut, ou à distance, en fait on sème des petites choses, on fait des essais et ça marche pas forcément à tous les coups, et des fois ça marche après coup. Je me souviens d'une dame qui faisait des choses qu'elle n'emmenait pas, elle disait qu'elle faisait des choses pour sa fille, mais c'était moche. Elle faisait très grossier, moins bien que ce qu'on pouvait imaginer qu'elle fasse. Puis elle était mieux, elle est sortie longtemps après je l'ai rencontré, elle me dit, vous vous souvenez comme je faisais des choses moches. Tu sèmes des petites graines et après le gens ils prennent quand ils peuvent et si ça leur sert. Après il arrive, que les gens ne veulent plus venir en ergo, parce qu'ils ne supportent pas ce à quoi ça leur met face, ou alors ils n'ont pas de difficultés. Et viennent plus. En générale ceux qui acceptent sont d'accord pour qu'on fasse quelque chose ensemble. Et après on ne peut faire que ce sur quoi ils sont d'accord de faire. Aller trop vite ou avoir un projet, c'est le risque, des gens qui n'ont pas du tout d'idée au début tu es un peu obligé d'imaginer les choses pour eux, d'imaginer comment ils iront mieux et tout ça, mais faut juste savoir que c'est ton idée et pas la leur et que eux quand ils ont enfin une idée, lâcher la tienne et prendre la leur, les accompagner. C'est des petites erreurs qu'on peut faire. Certains qui n'ont pas d'idées peuvent te laisser croire que, se laisser porter, te laisser croire que c'est une idée à laquelle ils adhèrent et à un moment donné ça te revient dans le nez...Ce qui est important c'est de travailler là où en sont les gens. *(d'avoir un projet, d'éventuellement d'imaginer un projet qu'ils pourraient avoir, est-ce que donner à la personne l'espoir d'amélioration?... comment le doser ?)* Ooh ben, l'amélioration de l'état est toujours possible, y a rien de figé. Après je sais jamais comment iront les gens, je les accompagne, c'est une aventure à chaque fois. On peut pas savoir. Y a qu'est ce qu'ils pourront faire et qu'est-ce qu'ils voudront faire, et là voilà, ça colle pas ... trop haut ou trop bas mais surtout pas dans la même direction !

Question 4 : Comment amènes-tu la personne à agir, à se sentir compétente ?

Ah des fois ça va pas mieux, ahaha, tu espères mais bon, tu fais comme si ça peut marcher. Eh ben ouais c'est pas facile. Y a pas de recette universelle. Y a une personne déprimée tu peux pas dire 1ere semaine tu fais ça ... Mais je sais même pas si c'est une bonne idée. Parce que y a des gens on pourrait dire, il faut faire ressortir à la personne le plaisir du moment présent, qu'est ce qu'il y a de plaisant, valoriser ces moments, quand ça peut l'être parce que quand ils vont pas bien tu n'as rien du tout. Et puis essayez de voir qu'est ce qui vous fait plaisir, et déjà tu vois que ça va mieux quand il y a des petites choses quand il peuvent parler avec plaisir de petites choses, quand ça va vraiment pas bien, ils arrêtent de venir en ergo, ils ont de la sismo...J'ai pas de recette... Donc les gens déprimés, moi je les attends, ils savent qu'ils sont attendus et au bout d'un moment, c'est déjà valorisant. On essaye de dire que... que ce qui est important c'est le geste plus que le résultat. Après il y plusieurs chose de s'accrocher sur des petites choses. On les oblige un peu à les tirer du lit. *(Valoriser, s'accrocher aux petites choses, aide la personne à se sentir capable ?)* En fait la plupart du temps, pour ces gens-là, je m'arrête je fais, on fait un bilan pour le médecin et est-ce que vous êtes d'accord que ça vous savez le faire?... *(partir plus sur une auto-évaluation)* Moi en général je leur donne des exemples, 'je vais mettre ça, est-ce que ça vous convient ?' ils ont accès à leur dossier, donc je préfère qu'ils sachent. C'est un temps, une dame qui doute beaucoup d'elle donc si tu lui dis « tout ça va », elle sera d'accord, n'empêche dans un moment de moins bien, elle va se sentir nulle quand même. C'est pas des choses qui vont durer... Après si les gens sont vraiment capables, faut qu'ils passent à autre chose, faut que ça bouge, *(dans une autres activité, un autre atelier, histoire qu'ils se rendent compte qu'ils passent à l'étape supérieure.. !)* oui, après ils peuvent avoir la mémoire courte, Mme C. qui ne prenait aucune initiative elle n'en a pas souvenir, elle pense peut-être qu'elle a toujours été comme ça, donc ... elle ne pense pas qu'elle évolue, ou c'est parce qu'on ne se connaissait pas c'était l'apprentissage.

Alors elle sait que la situation évolue, mais ne l'attribue pas forcément à la maladie. C'est pas très grave au fond... Alors elle peut être contente d'elle, de ce qu'elle fait, mais le problème c'est que si elle va moins bien elle n'aura jamais la gestion de ça ! Parce que l'intérêt de savoir quand tu vas bien ou pas bien, c'est que quand tu commences à aller pas bien, c'est de se rendre compte que quand ça descend, comme si tu n'as pas conscience de comment c'est quand t'es pas bien, et quand tu es bien, tu peux pas éviter les rechutes. (*Voir le chemin parcouru, c'est aider à connaître ses ressources ? et celles extérieures ?*) Sur l'entourage ? (*plus dans la manière savoir si.. qu'ils se rendent compte de l'aide qu'ils peuvent avoir autour ?*) Mme C je crois qu'elle a pas conscience, elle sait que son frère l'aide que c'est un soutien pour elle... que c'est rassurant de savoir qu'elle peut compter sur lui. Mais il a signé pour l'hospit, ça elle ne comprend pas ! Elle comprend pas qu'un jour elle a été moins bien... Après si tu lui demande si elle a besoin d'une aide-ménagère elle te dira non, moi je vais bien, je gère très bien ma vie... Les ressources extérieures sont pas toujours fiables, on sait pas jusqu'où on peut demander aux ressources extérieures... Après ils savent s'isoler... c'est aussi la pathologie qui est comme ça.

Question 5 : Que mets-tu en place pour accompagner un projet de réinsertion chez les jeunes patients ?

Eh ben on essaie de voir avec eux. Quand ils sont tout jeune moins de 25 ans il se pose toujours, la question des études, même s'ils ont fini, ils se disent qu'ils peuvent reprendre. Surtout si ils se sentent pas, si ils sont apragmatiques, si ils sont pas dans l'action, ça les sécurise. Tu as envie de les envoyer, si ils sont diminués, faire une évaluation professionnelle ou une formation très professionnalisant et eux ils disent j'hésite entre prof de judo ou astrophysicien... Pas toujours collé à ta réalité à toi, même s'ils ne savent pas faire du judo, trouvent que ça pas l'air trop dur.

Question 6 : Quelle est la place du travail chez les jeunes personnes psychotiques ?

C'est pas accessoire, mais ils voudrait un taf comme tous les jeunes (sans critique les jeunes de maintenant) pas trop d'effort et très bien payé. C'est important d'avoir des sous. En plus nous dans les jeunes, plus que la majorité ordinaire ont des conduites toxicomaniaques et qu'ont besoin de sous pour acheter de la drogue. Il en faut toujours pas mal. Et après ils vont dire, « je me débrouille, je peux me prostituer, ça ramène facilement, pourquoi se faire chier à travailler pour 1000 euros ». (*Donc c'est le travail gagner de l'argent ?*) Pour les jeunes oui ! Ils n'aiment pas les contraintes. Et après leurs parents c'est pas dit qu'ils travaillent aussi. Pour les plus âgés, y a ceux qui ont déjà travaillé et le travail correspond plus à quelque chose. Après y a ceux qui doivent faire face à leur famille, qui dit pourquoi tu ne travailles pas fainéant !! le regard social. Après nous, j'essaie toujours de les convaincre, qu'ils ont besoin d'activité dans leur journée. Sachant que ils ne toucheront pas forcément plus avec l'AAH ou s'ils se donnent du mal pour travailler. Moi je leur dis que rester chez eux à rien faire, ça les rend pas bien, ils sont démunis, ils s'ennuient, c'est ce qui les motive pour travailler. De rythmer sa semaine, d'avoir une occupation. Les jeunes le plus valorisant si c'est transmis par leur parents c'est de réussir leurs études. Alors ça reste jusqu'à un certain temps, jusqu'à 30 ans, y en a qui pensent qu'ils vont pouvoir reprendre leur étude : les attentes parentales. Du coup quand tu leur dis on va travailler, c'est une régression, tu leur mets une claque là déjà. C'est pas un bon fils. Des fois les parents sont pas contents, ça correspond pas. (*y a le regard de la société et le regard parental ?*) Voilà... par contre les jeunes n'aiment pas trop la frustration et les contraintes, ont des problèmes de concentration, c'est un gros challenge de les amener au boulot ! mais en fait, on y arrive parfois, on les amène au centre de réadaptation professionnelle et réinsertion sociale plutôt que direct au travail. En leur disant qu'il faut qu'ils prennent de l'indépendance par rapport à leur parent. Ca voilà ça c'est ce qui peut les motiver. Pour avoir un logement, si tu n'as pas de boulot tu n'as pas de logement... Pour certain le centre est très aidant : accompagnement social et professionnel. Y en a y sortent avec quelque chose. Après malheureusement on a tendance à les orienter par rapport à ce qu'on connaît, ce qui est possible dans les quelques centres de formation. Orientation vers

l'ESAT d'évaluation parce que on sait pas, ils ont besoin d'un emploi très encadré, ou ... Voilà soit ils arrivent à aller à la mission locale, à faire des démarches eux, et si ils comptent sur les AS se sera réduit à ce qu'elle connaît, et nous aussi. C'est assez pauvre, même si pas que local, c'est plus limité que ce qu'il pourrait faire. *(Ce qu'ils pourraient faire, faut-il se baser sur ce qu'ils faisaient avant ou est-ce qu'il faut changer ?)* En général, on change. Oui parce qu'en général ça c'est mal passé, rarement ils reprennent le même domaine. Et ils sont peu à demander le même domaine. En général, leurs études se sont pas bien passées, décompensation. Du coup douloureux, ou ils ont commencé à travailler et ça a été chaotique, ça a carrément déclenché. Ils sont plutôt dégouter de ce qu'ils ont fait. Ex il avait fait cuisine, le rythme était soutenu, alors s'ils ne veulent pas l'ESAT il faut changer de voie. En général c'est des choses ou alors il avait fait un truc très structuré genre du dessin industriel et puis ils ont perdu des repères spatiaux, des capacités dans la maladie. Il faut repartir à neuf, ne pas comparer à ce qu'on était avant. Certain ont fait des études sup, doctorat, et ça a pollué sa thèse. Puis il est devenu prof en lycée et à décompenser. Il a des difficultés de faire, il vise trop haut. *(C'est plus difficile quand la personne a fait de longue étude ?)* Oui parce que la personne dans un travail de base va chercher plus.

(Pour finir, en reprenant un peu, par rapport au travail d'ergo auprès de personne psychotique, comment travailler pour aider la personne à connaître ses capacités et l'amener sur un projet professionnel ?) Moi je propose des activités, choisis mes activités en fonction de ce que je connais de la personne, je fais évoluer les activités...je les complique les activités. Et après on voit comment il arrive sur 1h30 la concentration l'organisation, tout ça. Comment organise-t-il son activité ? Comment utilise-il les outils ? a priori, s'il est cohérent sur 1h30, après il peut faire beaucoup de chose dans la vie. Donc moi je serais capable de dire, non cette personne peut travailler en milieu normal, ou autre, rien qu'avec mon activité ergothérapie d'1h30, sans être obligé d'être manuel, si c'est à rapidité normal, si elle peut prendre des initiatives, si elle peut faire face... Tu peux voir un peu. Si elle peut reprendre son travail normal ou si inquiétude. Oui les activités artisanale peuvent être un outil, et peuvent être compliqué à loisir. La poterie, j'aime bien, parce que tu peux avoir des compétences d'enfant de 2 ans ou d'ingénieur tu peux te poser des problèmes à ton niveau.

Questions en relation à votre parcours ? Ben moi j'ai eu mon DE en 2008, *(vous avez toujours travaillé en psychiatrie ?)* Non, j'ai travaillé en rééduc, alors 1 an en long séjour, après j'ai travaillé 2 ans en rééduc, 3 mois réedu là avec adultes et réadaptation, 3 mois avec des enfants dans le cadre d'un voyage humanitaire, et après depuis fin 2011 au CMP.

Quelles sont vos principales activités, ce que vous utilisez le plus ? On a un atelier en bas qui me permet de prendre en charge les gens qui sont en hospitalisation complète, de les mettre en situation concrète de la vie de tous les jours. Après on a 4 services, hc et hôpital de jour. Et ensuite on a un centre expert, je fais partie du centre expert schizophrénie. On voit des patients qui, euh là on fait plus de l'évaluation et des conseils auprès des patients. En fait suite à l'évaluation, en fait, voilà on va essayer de donner notre avis sur le diagnostic, enfin là c'est toute l'équipe, mais chacun fait son bilan. Ce qui compte c'est on donne notre avis par rapport au diagnostic, les médecins ont plus leur avis par rapport au traitement, et moi avec la neuropsychy on va plutôt faire des propositions en rapport avec les autres intervenants, plutôt les traitements non médicamenteux. On peut faire des propositions d'accompagnement par les SAVS, vers des centres en fonction des difficultés des patients, en fait voilà ! *(C'est des propositions d'orientations des personnes qui vont travailler des domaines plus spécifiques !)* Ben voilà en fonction des difficultés et des besoins de la personne, on va les orienter vers tel ou tel secteur en fait. Et des centres expert y en a pas énormément, et oui nous on a des gens qui viennent de la région et même d'ailleurs.

Les personnes au niveau du service d'hospitalisation se sont les psychiatres qui les orientent, et ceux du centre expert ? Alors si c'est des médecins de l'hôpital en fait y a pas vraiment de prescription, mais c'est marqué dans le protocole, évaluation ergo donc euh...

Le nombre de personnes psychotiques suivi dans le service, la proportion est laquelle Alors en fait ça dépend ce que tu appelles psychotiques, parce que ben on a des gens bipolaire aussi, des gens qui sont des euh... je veux pas te dire une bêtise, alors en gros on prend des gens tout type de patho. On a aussi un gros service d'addicto, aussi toxico, ouais alors franchement c'est difficile de dire.

Du coup vous travaillez avec des AS, des neuropsychy sur le centre expert, au niveau de l'hôpital des HC, vous avez aussi des ateliers coanimés ? Ben nous on participe à tous les staff, donc forcément au staff t'as, on discute de comment ça se passe à l'atelier, y a le médecin, y a le cadre, y a l'équipe... et après on essaye de faire en peu l'ensemble de la personne en fait. Après au niveau du centre expert, en fait chacun fait son évaluation et ensuite tous les mois on se réunit, chacun dit ce qu'il ressort de son évaluation et ensuite ensemble on essaie de proposer le projet qui sera le plus adapté et collé au plus près au projet de la personne. Voilà le plus adapté en fonction de ce qu'il peut faire. Alors après on a aussi le cadre, neuropsychy, infirmière, les associations... On essaie d'avoir l'avis de chacun pour travailler au mieux en fait.

Question 1 : Dans les activités que vous proposez, quels sont les objectifs visés ?

Ben en fait ça dépend de la personne, de l'état où ils en sont. Si par exemple c'est quelqu'un qui est en phase aiguë tu n'auras pas les mêmes objectifs qu'avec quelqu'un qui est stable et pareil si c'est quelqu'un que tu vois dans le cadre du centre expert. *(donc du coup si on prend le cas d'une personne en phase aiguë, ça sera plutôt dans un premier temps... des objectifs... ?)* En tout cas, moi je travaillerais, euh, je fais pas tout de suite... mon premier objectif sera plutôt d'établir un lien, une alliance thérapeutique et après pouvoir travailler sur plein d'autre chose. Mon premier objectif avec quelqu'un de schizophrène ou psychotique c'est établir une alliance thérapeutique, c'est vraiment mon tout premier. *(et après vous attaquez sur le ressenti les perceptions ?)* Après

... parce que moi j'ai des gens à l'extérieur, alors ça oui je vais plus le travailler à travers le programme IPT, je sais pas si tu connais ! Voilà ben en fait, je vais plutôt le travailler, avec l'infirmière dans ce programme, après c'est tout ce qui est perception, hein ? en fait c'est chose là je ne vais pas trop le travailler en individuel mais plutôt dans l'IPT là où moi j'interviens. Après on a des groupe comme l'ETP où euh voilà y a des groupes comme ça où... y a un groupe affirmation de soi, mais surtout à travers l'ETP qui est un programme plus thérapeutique ou à travers IPT. Après moi je vais pas le travailler, alors là j'ai un monsieur où on essaie de travailler ça au niveau hygiène, c'est assez compliqué. C'est pas forcément quelque chose que je vais travailler en premier intention, parce qu'en plus en phase aiguë ils sont bien délirant alors euh... ça pourrait être compliqué de travailler là-dessus. *(donc ça sera plus tard, après... peut-être plus en HDJ)* Ouais même en fin de séjour, mais en même temps les durées de séjour sont raccourci maintenant. Oui donc plus en HDJ ou dans le cadre de programme... Et nous par exemple, pour les capacités cognitives tu vois on va, dans le centre expert on a des neuropsychy, alors ce qui va être cognitif c'est vraiment la neuropsychy. Moi je vais le faire, on va prendre en charge, on va quand même évaluer les capacités cognitives mais à travers l'activité. Et on voit bien, en phase aiguë, c'est pas du tout représentatif de ce qui, de ce qu'il sont capable, du coup ils sont pas bien, il faut plutôt le faire plus tard. Et en fait nous, souvent les neuropsychy elles font des bilans mais elles essaient que les personnes soient à peu près stable pour que ce soit représentatif de leurs capacités. Mais après nous on peut travailler à travers l'atelier, on a beaucoup d'activité, voilà. Tu sais y a des programmes, mais moi je participe pas, mais y a des programmes qui sont fait soit par des infirmière soit par des neuropsychy, RECO... CRC y a beaucoup d'ergo qui le font... D'ailleurs, eh ben les activités manuelles, vannerie terre,.. après j'aime bien utiliser les jeux de sociétés, là tu vois plein de choses. Alors en fait, alors là on a pas trop le temps, mais avec on avait remis en place une évaluation plutôt écologique. Là le patient il choisissait une activité et nous on l'évaluait dessus, alors par exemple c'était faire un repas ou une pâtisserie alors là on voyait plus le quotidien.

Question 2 : Comment favorisez-vous la participation de la personne dans l'activité ?

Alors moi, je force jamais la personne. Je pars du principe que si elle veut pas, tu n'arriveras pas à faire quelque chose. S'il a pas envie, la motivation ça fait partie aussi. Parce que c'est hyper important, parce que si la personne n'est pas motivée, c'est pareil, tu n'arriveras pas à faire des évaluations, ton résultat y sera faussé parce qu'il y a pas la motivation. Parce que c'est comme tout le monde quand on n'a pas envie, on n'a pas envie. Donc voilà, moi je pars toujours, je demande aux gens s'ils ont pas envie ben tant pis, après je leur explique pourquoi, après il essaye et après s'ils ont pas envie, mais j'ai rarement eu des refus. Après je pense qu'il y a tout ce premier travail d'alliance thérapeutique, où on travaille avec eux, ils nous connaissent, donc voilà si y a pas de mise en place de ça, c'est hyper compliqué. Et les activités sont en groupe, en fait, nous c'est chacun leur activité à eux, après c'est pas forcément un groupe fermé, après les autres groupes qui permettraient c'est IPT et euh... après ça dépend comment tu animes, après on adapte... *(et ces activités en groupe favorisent les échanges ?)* Euh... c'est sûr et... s'ils font une activité commune tu travailles pas du tout la même chose. Là en fait c'est vrai que j'en fais pas énormément à part sur l'IPT où je le fais. Après c'est variable, ça va dépendre de ton objectif, euh... Si je suis en train de penser à un autre truc, c'est l'assistante sociale qui le met en place, y a un groupe qui s'appelle compétence social, c'est dans le but de... retravailler les compétences sociales en fait. Oui le comportement, des choses comme ça, c'est vrai qu'elle m'a déjà expliqué mais... je veux pas te dire des bêtises mais je sais qu'en tout cas elle va travailler tout ce qui est compétences.

Question 3 : Comment favorisez-vous l'expression des personnes sur leurs situation et envies ?

Alors après sur leurs envies, sur ce qu'ils ont envies de faire, dans le cas du centre expert, moi je fais l'ELADEB, alors après aussi, l'ELADEB c'est sur les domaines vie quotidienne, les domaines où

ça coïncident et sur quoi il veut être aidé. Y a déjà ça comme outil, et là c'est plus une évaluation (*on peut l'utiliser pour avoir un point de vue*) moi je sais que j'ai toujours appris que c'est pour avoir une évaluation et je sais pas si tu peux l'utiliser autrement. Après si y a un outil intéressant moi je vais l'utiliser mais pas dans le cas des psychotiques, plutôt dans le cadre pour des adultes qui ont des problèmes d'alcool, c'est le dixiludo en fait. (*en choisissant des cadres avec des thématiques*) voilà des cartes sur le quotidien, des questions plus larges, plus ciblées sur la personne, comment s'est passé votre dernier repas de famille, des choses comme ça. Après moi à travers l'atelier, ils arrivent à exprimer si voilà, l'activité comme médiation, mais y a quand même un lien qui s'établit et donc on échange sur le weekend, comment ils envisagent la continuité, comment ils se sentent, les questions qui se posent. (*L'activité, c'est aussi un moyen pour accompagner leur acceptation de leur maladie !*) alors ça, c'est pas forcément facile, surtout chez la personne psychotique, alors tu as des groupes, nous on voit ça au niveau de la connaissance de la maladie, alors tu as l'ETP, qui travaille ça, alors l'éducation à la maladie euh par rapport au trouble bipolaire, alors moi je participe pas, y a un groupe d'ETP sur les maladies bipolaire, où on explique ce qu'est la maladie (et ça vous voyez que c'est aidant ?) alors l'ETP je pense qu'on a pas assez de recul, après moi je peux pas trop dire, mais j'ai déjà eu des patients qui m'ont dit qu'ils y avaient été, y a insight aussi, oui y a des personnes qui m'ont dit qu'ils y avaient été que ça les avait aidé parce qu'ils arrivent à comprendre, et aide à expliquer à leur entourage. Mieux connaître la maladie, comment la gérer, à quoi ça sert les traitements, en ETP tu as les traitements, à quoi il sert. Tout un travail sur le traitement. (*Eh est-ce que ça aide la personne à ce qu'elle se rende compte qu'il y a des possibilités d'améliorations, qu'elle va pouvoir aller mieux ?*) Après c'est du cas par cas, je peux pas trop te dire, euh... c'est vraiment du cas par cas. Y en a ça va les aider, y en a ça va leur apporter un truc mais ils vont pas savoir quoi en faire, c'est... en fait ça fait que 4 ans donc j'ai pas assez de recul peut-être. Après peut-être qu'un médecin, je sais pas si y a des études.

Question 4 : Comment amenez-vous la personne à agir, à se sentir compétente ?

Ben nous c'est à l'atelier on essaye de mettre en situation sans trop d'échec, on essaye, on convient ensemble une activité et alors des fois on fait une évaluation, on dit alors on fait ça à l'atelier qu'est-ce que vous en pensez ? laquelle vous avez envie de faire, laquelle vous maîtrisez plus ou moins, après on reprend, c'est souvent nous à la fin et il nous dit, ben je suis super content d'avoir fait ça, je me sens capable, on va travailler par l'intermédiaire de l'activité, sur l'estime de soi (*donc par les activités et un retour, vous faites un feedback, un bilan avec la personne pour qu'elle se rende compte de tout ce qu'elle a été capable de faire*) donc voilà à la fin de l'activité ou en fin d'hospitalisation, on discute avec eux, sur comment ça a été, un petit point, oui. (*et à ce moment-là, abordez-vous le sujet des ressources extérieures ? Savoir qui solliciter pour aider à agir ?*) Alors nous l'entourage personnellement je ne le rencontre jamais, très rarement. Euh.. par manque de temps, c'est surtout les médecins et infirmière, et oui c'est déjà arriver, des personnes ne savent pas comment faire pour la sortie... là faut un travail pluridisciplinaire, mais euh par ex dans le cas des sorties on peut mettre en lien avec les GEM, nous on rebondit car ils utilisent les mêmes activités, moyens, alors pas du tout dans le même objectif mais, on leur dit vous pouvez continuer sur les GEM, l'oasis sur Clermont, on voit avec l'assistante sociale. Après dans le cadre d'une réinsertion professionnelle, ça arrive de travailler à travers l'activité, de voir les capacités, les compétences et en fait on voit avec la personne, et un travail avec le médecin, l'assistante sociale et toute l'équipe, nous on dit qu'à travers l'ergo il a des capacités, les difficultés sont là, et puis on peut les orienter avec l'assistance sociale dans le bon domaine, milieu protégé, le travail...

Question 5 : Que mettez-vous en place pour accompagner un projet de réinsertion chez les jeunes patients ?

Alors en fait, nous ce qu'on va faire, on va voir à travers l'activité et on en discute en équipe et c'est plutôt l'AS qui va l'accompagner. Ben nous y a une association couture qui aide à la réinsertion prof et la plupart du temps c'est l'AS qui fait toutes les démarches et c'est elle qui sait qui contact. *(Donc en gros vous en temps qu'ergothérapeute vous faite une évaluation des capacités comportementales, cognitives qui va pouvoir aider l'orientation ?)* Voilà, ça peut nous arriver de les accompagner mais on a pas trop le temps.

Question 6 : Quelle est la place du travail chez les jeunes personnes psychotiques ?

Alors tu vois moi qui passe l'ELADEB, on a tout repris j'ai 40 personnes et environ 35 c'est leur première préoccupation. Le travail c'est un problème pour eux. En fait eux ce qu'ils évoquent ils voudraient travailler mais à la fois ils trouvent qu'ils n'ont pas les capacités, ou comment faire les démarche, ils savent que c'est important le travail mais ils savent pas comment faire. Et surtout ils savent que c'est difficile pour eux, ils ont des troubles cognitifs, au niveau relationnel c'est pas forcément simple, donc avec les collègues ils savent pas comment faire ils ont conscience, souvent ils le disent ils ont envie de travailler mais euh ou alors ils disent que le travail à temps plein c'est trop, ils voudraient à temps partiel. Parce que nous au centre expert on voit beaucoup de jeunes psychotiques, leur 1ere préoccupation c'est le travail. Presque tous mettent la carte travail comme problème. *(Alors du coup quand c'est évoqué et après ils sont basculés vers les AS ?)* Eh ben en fait, ça dépend du cas par cas, parce qu'ils ont aussi un bilan avec l'AS. Dans le cadre du centre expert on le prend pas en charge nous après. On fait des propositions et après ils doivent voir ça avec le médecin. Et après en hospitalisation, on évalue pas pour tout le monde, après ils peuvent être envoyé dans des centre d'évaluation, CATTP, centre réadaptation professionnelle, évaluation plus spécifique, ils les voient plus longtemps avec les contrainte professionnels, ça se rapproche du travail, donc c'est vraiment les évaluer plus que par des ateliers, en milieu protégé.

Conclusion : Donc vous travaillez sur 2 champs en HC et centre expert, ça vous donne une vision plus large, de la phase aigüe jusqu'à la réinsertion et projet professionnel...Après ce qui manque c'est, y a des supers hôpitaux comme des centres à Grenoble là il faut vraiment, il y a plein d'ergo, où ils les accompagnent, les gens à domicile, ils font des mises en situation à domicile, nous on est un hôpital donc c'est pas du tout la même prise en charge, nous c'est plus une ébauche, en réseau de soin c'est beaucoup plus. Centre de réhabilitation c'est vraiment un accompagnement. Nous a l'hôpital c'est souvent des gens qui sont pas bien, à part dans le cadre du centre expert où là ils sont normalement stabilisés, mais eux (Grenoble) c'est plutôt une prise en charge à long termes. En fait, moi je les vois pas ces gens-là, on les envoie vers des structures, comme les centre de réadaptation professionnelle, centre d'évaluation, où il y a un centre d'évaluation ou alors on les fait suivre par le SAVS ou le secteur, et on les voit plus.

Retranscription entretien Ergothérapeute 3 (50min)

Quand avez-vous eu votre diplôme ? En 2008.

Vous avez toujours travaillé en psychiatrie ? Oui, toujours dans ce service là en psychiatrie depuis 2009.

Quelles sont vos activités principales ? dans le service où je suis, aujourd'hui, les activités sont... j'anime un atelier qui est profamille, destiné aux familles de patients qui présentent des troubles schizophréniques. Euh... j'anime un module, qui est un module qu'on a construit ici qui est un module d'ETP centré sur les perceptions du travail, sur les représentations du travail en fait... voilà j'accompagne des gens individuellement sur diverses, selon les projets en fait, selon leurs besoins, je peux être amené à suivre des gens au domicile, par rapport à l'entretien du logement, voilà ça peut être très varié... et d'autres activités quotidiennes. Et voilà et j'ai plus trop d'activité de groupe, mais très prochainement on va remettre en place... un dispositif d'accompagnement vers l'emploi, qu'on a arrêté, on fonctionnait selon un certain modèle, qu'on a abandonné, et maintenant on va fonctionner selon un nouveau modèle, prochaine... Oui on est en train de construire le nouveau projet, ça devrait pas trop tarder.

Comment les personnes sont orientées ? Alors nous, il y a toute une procédure pour entrer dans le service, la personne va remplir une demande d'admission, en général avec le médecin psychiatre ça pourrait être un médecin de famille, pourquoi pas, mais c'est souvent un CMP ou un psychiatre libéral, et on est très en lien avec un réseau, qui est un réseau très impliqué dans le handicap psychique. Il se trouve qu'on a pas mal de professionnels en commun, à la fois au centre de référence en réhabilitation psychosociale, le service où je travaille, et à la fois au réseau, donc là y a des passerelles qui sont faciles. On peut avoir des partenaires qui nous orientent directement des personnes, même du milieu de l'emploi, de cap emploi. Ça vient un peu de partout, mais en général ce qu'on demande c'est au moins que le soin, donc le psychiatre libéral ou CMP, soit partie prenante de ce projet-là de réhabilitation. Sinon c'est compliqué, je pense. Euh, n'hésite pas à me dire si je vais trop vite, si y a besoins...

Quelle est la proportion homme-Femme ? ça je suis très embêtée aucune donnée statistique, moi personnellement dans les personnes que j'accompagne ? je dirais 50 50 mais j'en sais rien. J'ai oublié de te dire que la fonction que l'on a tous ici en fait c'est la fonction de coordinateur de parcours, donc euh ça c'est en plus de notre fonction d'ergothérapeute ou d'infirmière y a un rôle central sur la réhabilitation pour coordonner les parcours des patients, pour être le lien privilégié avec les différents partenaires, ça c'est aussi une activité qui prend beaucoup de temps (*du coup vous avez plusieurs personnes...*) oui un 10 aine de personnes où on doit faire le lien, programmer les synthèses, faire en sorte que les choses qui sont prévues, soient faites, faire , euh des entretiens réguliers pour voir si on répond bien aux besoins, (*oui garant du parcours...*) voilà c'est ça, oui tout à fait parce que en psychiatrie c'est souvent des parcours morcelés, faut regrouper les morceaux, déjà arrivé à.. souvent y a plusieurs intervenants... donc faut qu'y ait une personne qui centralise tout ça, et même pour le patient c'est plus facile et concret pour lui, il sait tout de suite à qui se référer, il a une personne référente, ça facilite aussi l'échange.

Au centre, vous travaillez avec beaucoup de professionnels sur des ateliers et un lien avec, par rapport à des parcours du fait du rôle de coordinateur ? Oui, dans le service, oui y a les assistantes sociales, tous les professionnels du service ? donc des aides-soignants pour les accompagnements à domicile, en fait, on fait une évaluation et l'aide-soignant est un peu là comme auxiliaire de vie, on essaie de faire binôme de soignant, on travaille aussi avec les infirmiers, les psychiatres, on a pas mal de neuropsychy dans le service, une psychologue clinicienne, voilà... je crois que j'oublie personne... puis à l'extérieur il y a les conseillers d'insertion (*essentiellement sur cap emploi ?*) oui mais il y a aussi sur l'ESAT, et même maintenant il n'y en a

même plus à cap emploi... c'est une branche spécifique de cap emploi avec qui on travaille, qui accompagne spécifiquement pour l'emploi des personnes qui présentent un trouble psychique. Donc ils n'ont plus de conseiller d'insertion, ils ont une psychologue du travail et une psychologue clinicienne, voilà pour ce qui est de l'insertion essentiellement sur l'ESAT en lien avec eux.

Question 1 : Dans les activités que vous proposez, quels sont les objectifs visés ?

Euh... (*Savoir si vous visez l'expression du ressenti au travers de différents supports par exemple ?*) Tout ce qui permet d'exprimer le ressenti de la personne ? (*Pas que!*) alors il y a déjà à l'entrée, on fait un bilan éducatif partagé, ce qui va guider toute notre prise en charge par la suite, en fait c'est un entretien semi-structuré, comment ça se passe, sur la santé, la vie quotidienne, les relations, le travail... alors voilà on demande comment ça se passe, c'est vraiment un entretien semi structuré alors c'est assez dirigé quand même. Et puis on demande à chaque fois à la personne, est-ce que la situation lui convient ou est-ce qu'elle souhaite que les choses soient différentes. C'est là-dessus qu'on va vraiment, c'est à ce moment que la personne exprime son besoin. Là pour le module du travail, euh on ... alors à l'entrée du module y a cette évaluation et aussi on fait un entretien où on demande à la personne de dérouler son parcours. Euh... et puis on lui demande quels sont ses besoin, qu'est-ce qui lui manque aussi, en fait pour aller vers ce parcours-là, pour aller aussi atteindre son parcours, euh comment décrire cet entretien... En fait on l'a basé sur un truc qui l'appelle l'Indiana Illness psychiatric interview IPI, euh on demande vraiment à la personne, alors on l'a modifié cet interview, normalement cet entretien est sur la perception qu'a la personne de sa maladie. On essaye d'intervenir le minimum possible et on essaye de comprendre les liens que fait la personne dans son parcours, euh comment elle explique les choses, les événements positifs, négatifs, par rapport à l'emploi (*d'accord et par rapport aux difficultés qu'elle a pu rencontrer savoir si elle le perçoit venant d'elle ou de l'extérieur, et les choses où elle trouve qu'elles se sont bien passées pour éventuellement s'appuyer dessus ?*) Voilà tout à fait, en fait à chaque fois qu'elle nous parle d'un événement ou de quelque chose, on va lui demander si pour elle c'était un événement positif ou négatif et puis qu'elle lien elle fait, justement qu'est-ce qui a fait que avant vous pensiez que vous étiez complètement assommé et que aujourd'hui, vous pensez que vous pouvez vous en sortir. Qu'est ce qui a fait le changement ? Qu'est ce qui ... en fait ça permet de voir un petit peu comment la personne fait des liens. Voilà sur ce qui lui arrive, sur ... est ce qu'elle attribue les choses a elle ? Souvent ils parlent de déclic ! Voilà. (*Voir les liens ça vous aide à évaluer les capacités cognitives ?*) Euh oui, alors les capacités cognitives, alors cet entretien est construit pour évaluer les capacités métacognitives. La connaissance qu'a la personne de son fonctionnement à elle, comment elle arrive à faire du lien. Donc euh, du coup comme tu as un... Les capacités cognitives du coup on est plus sur la mémoire, l'attention, la planification, toutes ces choses-là ? (*Oui*) Oui tout à fait éventuellement mais c'est pas le principal en fait. Les neuropsychologues vont pointer ça de manière plus précise, après ben euh nous euh on va le voir dans un fonctionnement de groupe, on va voir si la personne arrive à s'ajuster, arrive à suivre ou est complètement ailleurs. Y a des gens qui vont avoir du mal à se concentrer non pas parce qu'ils ont de faibles capacités attentionnelles mais parce qu'ils vont être parasités par euh des voix qu'ils entendent, le stress. Voilà, donc cet entretien n'a pas pour fonction d'évaluer les capacités cognitives mais les capacités métacognitives oui. Par rapport aux capacités cognitives en fait, y a un bilan d'entrée avec la neuropsychologue, et ensuite par rapport à ce qui est rapporté dans d'autres groupes ou alors nous on peut voir en situation, si on se rend compte que... en fait on met en lien avec le bilan, il faut qu'il y ait le bilan à la base neuropsychologie. Ca vraiment la base, parce qu'il établit qu'il n'y a pas de troubles de la mémoire et que nous dans notre activité on constate qu'il oublie plein de chose alors que la mémoire est bonne, c'est qu'il y a autre chose. La première chose c'est vraiment d'avoir le bilan et puis ensuite on fait du lien, je comprends pas bien, il oublie, alors qu'il a aucun trouble de la mémoire, on va discuter avec le neuropsychologue pour voir comment on peut expliquer ça, est ce qu'il est trop parasité par autre chose. Et puis on a aussi, donc le bilan neuropsychologie va mettre en lumière

s'il y a besoin de remédiation cognitive ou pas. Par contre il proposera la remédiation cognitive que si la personne la exprimé comme une gêne et donc un besoin de l'améliorer. Si pour la personne, elle est pour l'instant elle n'est pas confrontée à des activités suffisamment complexes, qui lui permettent de se rendre compte qu'elle est en difficulté sur ça, on va pas lui proposer. Voilà y a pas de besoin exprimé, on va pas proposé parce qu'en fait on ... les gens n'adhèrent pas, on les voit plus, on les perd, donc souvent ça fonctionne pas, sauf quelqu'un de très discipliné qui a été longtemps hospitalisé (oui voilà qui se plie aux contraintes) qui sont obéissant. Mais là avec les jeunes psychotiques, on les perdrait de vue si c'était pas le besoin exprimé... (*oui c'est pour ça du coup que c'est l'entretien semi structuré qui permet d'orienter tout de suite ?*) oui c'est notre base de travail

Question 2 : Comment favorisez-vous la participation de la personne dans l'activité ?

Oui c'est vrai que cet entretien est la base, à ce moment-là vous avez exprimé ça... euh donc oui après y a tellement de chose qui peuvent entrer en jeu pour garantir la motivation, ben y a tout le travail de coordinateur souvent faire des entretiens régulièrement pour euh appuyer la motivation, ou quand on perd un peu le sens de ce qui est fait, on reprend ce qui a été dit dans l'entretien semi-structuré, ben alors voilà on fait ça parce qu'à ce moment-là vous souhaitez ça (*c'est pour aider à faire le lien entre les différentes interventions*) oui pour aider à faire du lien, toujours une question de lien.... (*d'accord, et euh du coup vous sollicitez beaucoup la prise de décision des personnes, c'est les personnes qui prennent la décision*) oui c'est à la fois on sollicite et à la fois le but, idéalement réhabilitation c'est faire en sorte que les personnes soient acteurs de leur projet, soit le plus autonome possible, dans le sens où ils décident pour eux même, ben voilà et là on a tout gagné. Donc euh... ben ça pour permettre ça c'est vraiment s'appuyer sur le besoin exprimé. Après il peut ne pas y avoir de besoin exprimé et des situations complexes, parce que ça aussi ça peut se travailler, mais pour l'instant nous ils viennent pas, ceux-là ils viennent pas trop vers nous... je crois, parce que pour l'instant quand ils viennent y a toujours un projet, un truc qui vient motiver, même si c'est quelque chose qui peut paraître farfelue, à la limite, y a toujours un projet à la clé, euh je veux travailler, ou je veux avoir une copine ou une maison, ou... finalement tout ce qu'on va travailler on va le mettre au regard de ça, c'est ça qui motive la personne, quoi ! Moi je me rappelle d'un jeune, mais c'est pas le retour au travail ton mémoire ? (*si l'insertion socio-prof notamment le travail*) ben ça me fait penser juste à un jeune que j'accompagnais sur le , un jeune psychotique que j'accompagnais sur l'entretien du logement, qui était hospitalisé pendant plus d'un an et à la sortie retour au domicile c'était un peu compliqué mais il se saisissait beaucoup de mon accompagnement et puis euh, je lui demande mais qu'est-ce qui vous motive aujourd'hui dans la vie ? il me répond moi c'est faire la fête m'amuser et trouver une copine et un autre jour il me dit ah ben j'ai une copine qui est venu chez moi, elle m'a dit que c'était le bazar, ben ah c'est embêtant pour trouver une copine, vous rencontrez une fille puis vous la ramenez chez vous et qu'est-ce que ?? et puis voilà ça a été un déclic, c'était vraiment mis au regard de son projet à lui, quoi ! Ce qu'il a envi, ce qui le motive... et si en plus il y a quelqu'un d'autre qui voilà a plus de poids que ce qu'on peut dire nous, ou euh ouais. Et puis dans les groupes, eh ben ... par exemple le module de perception du travail on s'appuie sur des vidéos qu'on a tourné. Donc euh... voilà on a interrogé des gens qui travaillent en leur demandant, c'est quoi le travail pour eux ? qu'est-ce qui est agréable dans le travail pour eux ? qu'est-ce qui est déplaisant ? Sans parler de la maladie d'ailleurs. Et puis du coup après on est amené, ça ouvre vraiment la discussion, y a toujours une dynamique de groupe qui se met en place, après c'est sur l'animation. Euh voilà ! Et c'est des techniques d'animation, par exemple sur un carton on va leur demander de noter une structure qu'il connaisse qui accompagne vers l'emploi, le nom d'un truc, quelque chose sur lequel ils sont allés ou qu'ils ont entendu parler. Voilà y en a un qui va écrire ESAT et puis un autre carton, il va écrire cap emploi, voilà chacun écrit dans son coin et après on va demander à chacun qu'est-ce que vous avez écrit et qu'est-ce que vous en savez ? chacun va être amené à les classer en milieu ordinaire ou en atelier, apporter un peu d'info mais en partant

d'eux ce qu'ils en savent. Voilà des choses comme ça, après ça peut être des trucs avec des pancartes oui-non, des questions... voilà après c'est vraiment les techniques d'animation. On peut dire classique et on peut utiliser dans plein de domaines. Voilà, la vidéo, comme je te disais, euh... en général ça va et après y a toujours dans un groupe des personnes plus en retrait, alors il faut jongler entre euh ben respecter ce retrait, pas mettre trop la personne en difficulté. Et à la fois lui permettre de s'exprimer, ... donc voilà c'est la solliciter sans trop non plus sans aller tout le temps vers elle... Après c'est toujours intéressant, y a ceux qui ne veulent pas s'exprimer qui aimeraient mais pour qui c'est trop stressant et puis en écoutant les autres, ils vont se reconnaître et après vont en entretien individuel en reparler. Même si s'exprime pas forcément sur le moment...

Question 3 : Comment favorisez-vous l'expression des personnes sur leurs situation et envies ?

... (par exemple par rapport à leur maladie !) c'est à des degrés très différents. Ben le monsieur que j'ai encore vu ce matin, qui n'a aucune conscience de ses difficultés ou en tout cas qui ne considère pas qu'il présente un trouble psychique. C'est un peu compliqué, mais après tout c'est pas grave, y a un besoin qui est exprimé, il y a quelque chose. *(Est-ce que même si la personne n'a pas conscience de sa maladie, elle sollicite tout de même votre aide pour des besoins ?)* Ben euh... oui alors après c'est aussi quelqu'un qui va là où on lui dit d'aller, par exemple, je pense à ça. Euh après voilà quelqu'un qui n'a pas forcément conscience de ça... euh est ce qui veut, euh, pfff. Alors non c'est vrai que c'est compliqué. *(et du coup ça vous arrive de travailler sur l'acceptation des difficultés ?)* oui, tout doucement, euh... Bah euh... après est-ce qu'il faut vraiment aller, arriver jusqu'à ce que la personne se dise qu'elle a une maladie psychique, sans forcément aller jusque-là quoi ! Mais euh le but c'est qu'ils arrivent à mieux se connaître, à mieux se connaître ouais, à mieux connaître ses limites, ses ressources euh... Je sais plus la question de départ ! (haha) haha je suis désolée *(non c'est bon, justement en parlant des ressources et de se connaître)*

Question 4 : Comment amenez-vous la personne à agir, à se sentir compétente ?

Ben voilà nos moyens à nous c'est la mise en situation, alors du coup c'est...euh... ben idéalement quelqu'un qui perçoit qu'il est en difficulté ben c'est super ! et puis quelqu'un qui perçoit pas qu'il est en difficulté, ben petit à petit on va pointer des chose ou on va lui dire ben voilà vous avez vu que vous avez fait ça et ... là où ça va toujours parler c'est quand on le met en lumière avec le projet. Ouais il constate, j'ai pas d'exemple précis, mais « je constate ça ! euh alors ben je sais pas votre projet c'est telle chose alors est-ce que ça va pas présenter un problème ? » euh oui ok ben après après ça nous fait revenir à la question que je posais tout à l'heure, est-ce qu'il fallait aller jusqu'au fait que la personne puisse dire que je présente un trouble psychique ? je suis pas sûre mais euh... On fait toujours un retour de notre bilan. Et puis après on en discute avec la personne, qu'est-ce que vous en pensez ? est-ce que vous avez constaté ça aussi ? ou voilà surtout l'aspect relationnel qui est parfois délicat et l'hygiène aussi qui est parfois délicat à aborder. Euh... voilà on essaie de faire des retours, des fois c'est compliqué ! Vraiment y a un art de... de... *(d'amener des choses)* parce que du coup on est assez gêné par rapport aux difficultés, mais par rapport aux ressources c'est extrêmement important. C'est peut-être même là-dessus qu'on va mettre plus l'accent. Et les ressources dont elle dispose c'est aussi, si elle a son entourage plutôt facilitateur plutôt aidant, c'est choses-là, bon général ça ils le sollicitent suffisamment, mais un peu plus de mal à voir leur potentiel, parce que il y a peu de moment où ils sont encouragés, où ils sont valorisés, où c'est mis en lumière. Donc euh... dès qu'il y a une petite chose, après moi j'ai appris en psychiatrie à valoriser les moindres petites choses, donc voilà dès que je vois quelqu'un euh au niveau relationnel est agréable ou je sais pas quoi, eh ben je le renforce tout de suite et je crois d'ailleurs que même ouais c'est vraiment plus ça le travail, de valoriser les ressources parce que bon les difficultés va falloir qu'on travaille dessus mais... à la limite euh pffff... pas trop mettre l'accent dessus, je sais pas comment le dire... Euh pour arriver à entreprendre des choses, avancer, voilà, faut retrouver l'estime de soi, se sentir capable de faire, se sentir utile, et c'est souvent ça qui est compliqué quoi. Avec un défaut de motivation en plus euh... le gros problème

avec la schizophrénie en tout cas, c'est tout ce qui est symptômes négatifs, eh ben voilà on arrive toujours pas à bien les contrer, et du coup, c'est pour ça que tout ce qui est euh... tout ce qui suscite un peu d'intérêt chez la personne ben on essaie d'y aller à fond... mais euh fin voilà c'est des petits pas, c'est toujours très compliqués le défaut de motivation, le défaut de... ouais c'est ... c'est ouais compliqué... Oui parce qu'on a pas de trucs vraiment à mettre en place, à part travailler dans ce qu'il veut, dans l'accompagnement travailler selon l'intérêt de la personne, ses besoins exprimés voilà, si en plus de ça on prend pas en compte ça on arrivera jamais à travailler ensemble, à le motiver, à le faire, à faire en sorte qu'il se sente capable, voilà si y a pas d'intérêt, pas de motivation.. voilà (Donc c'est un travail de longue haleine)euh souvent oui,

Sur les ateliers travaillez-vous avec d'autres en Co animation coencadrement ? oui toujours à 2 sur l'animation d'un groupe moi je suis avec un éducateur technique sur la représentation du travail, sur profamille je suis avec une psychologue et une infirmière, euh... avant j'avais fait d'autres groupes, y a un seul groupe qu'on a animé à 2 ergothérapeutes, qui est un module qu'on avait conçu autour des repas. Sinon y a toujours 2 professionnels, et en général pas de la même profession, (et euh... du coup ce module l'ETP perception ?) on l'a appelé perception du travail (c'est quelque chose qui est que sur le C3R, j'en ai jamais entendu parlé, en fait ?) oui en fait c'est un module qu'on a construit ici, et on est en train de le validé, de commencer à voir les effets que ça a. et puis euh du coup, alors c'est un module sur lequel on a déjà pas mal communiqué dessus, y a plein de gens en France qui nous demande de pouvoir le faire, donc on attend de pouvoir finir l'étude et ensuite on va pouvoir diffuser, pour euh, diffuser le cahier d'animateur, tout ça, pour que, pour qu'il puisse être utilisé partout, quoi ! Là où les gens veulent le faire, de plus c'est normal de ne pas en avoir entendu parler !

(J'imagine, tout ce qui est en lien avec le travail, c'est une problématique dans l'air du temps et qui est, où il y a un gros problème d'insertion des personnes) Oui oui, on est démuni, devant quelqu'un qui veut travailler, c'est souvent la principale demande et euh on a rien à proposer ou alors...

Question 5 : Que mettez-vous en place pour accompagner un projet de réinsertion chez les jeunes patients ?

Nous ce qu'on proposait avant on faisait une équipe qui accompagnait les gens sur le travail mais selon un modèle qu'on fait encore beaucoup en France, mais qui devrait plus trop se faire. Qui est un modèle de réentraînement au travail, donc les gens viennent sur un atelier euh, faire des activités menuiseries, tri d'enveloppe... enfin je sais pas (oui comme un peu les ateliers thérapeutiques...) voilà exactement, on considérait que avant que les gens aillent trouver du travail, il y avait certains prérequis à avoir. Il fallait arriver à l'heure, être tous les jours au travail, une demi-journée, puis une journée entière, puis une semaine (*y allait progressivement*) voilà et c'est d'ailleurs ce qui se fait dans beaucoup d'endroit, du coup. Oui ça se fait beaucoup et du coup sauf que, alors je sais pas si dans tes lectures si tu as pu observer un autre modèle ? de placer la personne (*oui le place and train bon j'ai pas un super accent en anglais ! haha*) haha place and train, oui, donc placer et former. Mettre le paquet pour trouver un emploi, sans forcément que la personne est acquis certains prérequis au travail, donc on attend pas que la personne déjà arrive à se lever tous les matins. Euh voilà, on dit que pour trouver un travail, c'est ça qui va la motiver. Et c'est à partir de là qu'on va pouvoir les accompagner et qu'elle va pouvoir trouver de l'intérêt à certain, certains prérequis simplement. Et donc mettre le paquet après sur le soutien en emploi, la formation, voilà, donc là c'est ce qu'on va essayer de faire. (*Mais du coup je me pose une question, je suis curieuse, parce que le place and train, c'est placer les personnes, mais si le projet est pas bien... euh enfin la personne elle veut aller vers telle profession et on se rend compte qu'en fait c'est compliqué, difficile, et que ce sera pas possible, qui lui font peur...*) oui, eh ben, on fait euh... donc la question si j'ai bien compris, si jamais la personne trouve un emploi avec trop stress. Eh après est-ce que ça arriverait vraiment de trouver un emploi pour lequel on ne sait pas

faire les choses, euh...enfin je me dis que c'est les situations de la vie, qui éliminent les situations en fait naturellement, euh quelqu'un qui je sais pas, elle va forcément postuler sur un type de poste qui l'intéresse, il y a forcément une motivation, on va chercher un emploi qui nous ressemble (*oui du coup oui, les personnes qui rentreraient dans ce type d'intervention seraient celles qui sont vraiment motivées pour travailler !*)... Oui...oui oui mais qui auraient quand même besoin d'un accompagnement pour rechercher, donc oui, elle a besoin d'être motivée et en même temps besoin d'être accompagnée pour rechercher un emploi. Alors on le met pas encore en place, mais on nous demande de faire ça bientôt, euh... (*c'est vrai que comme c'est une autre réflexion, donc du coup c'est pas évident d'avoir le cheminement inverse, même si cela peut paraître logique, de mon point de vue de ma petite expérience, mais c'est vrai qu'il y a des choses qui me disent, et c'est pas évident, c'est pour des personnes hors mur, en milieu ouvert*) Oui en effet, c'est le milieu ordinaire, c'est le principe tout à fait. Après je pense qu'il y a forcément des échecs, ça me paraît un peu inévitable, et après voilà comment on s'en sert avec la personne pour continuer à avancer, je trouve qu'il faut être là un peu pour être en sécurité, pour euh, rassurer, pour remettre l'accent sur les ressources, euh... ouais après c'est quelque chose qu'on ne met pas encore en place, j'ai hâte de mettre en place, à la fois j'ai un peu peur, à la fois c'est un peu particulier et euh... du coup y a tout un travail auprès des employeurs (*oui j'imagine, c'était ma question*). Oui il y a accompagné la personne bien évident, mais ce travail-là, de ce côté-là (*oui parce que le monde du travail y le domaine des employeurs, eux aussi il faut qu'ils se lancent, voir comment eux peuvent être accompagnés de leur côté*) oui tout à fait tout le monde y gagne. (*Ça pose plein de question, mais c'est intéressant, j'imagine que vous avez plein de réunion*) oui ça patauge un peu aussi, euh ... y a des expérimentations qui se font sur l'ESAT, et du coup-là on va se rendre compte suite au réunion sur le fonctionnement, alors j'avoue moi je me suis un peu détachée, parce que je vais partir en congés maternité je reviendrais en novembre, je vais laisser mes collègues, je suis pas vraiment sur le projet mais je pense que d'ici la fin d'année euh y aura une équipe effective.

Question 6 : Quelle est la place du travail chez les jeunes personnes psychotiques ?

Alors euh, ben souvent c'est la même chose que tout le monde, a ceci en plus y a ce truc de je travaille je suis pas malade je suis comme tout le monde, un peu aussi le truc magique du travail et puis ce truc, alors sinon, ils veulent travailler comme tout le monde, pour être comme tout le monde utile, pour être épanoui pour être occupé la journée, pour apprécier le temps libre, pour ne plus dépendre de la société pour montrer qu'ils sont capable, voilà c'est souvent, l'épanouissement, tout ça c'est ce que beaucoup de gens. Après il y plus de pression cette attente, justement, ils ne travaillent pas. Donc euh ben... c'est le travail vu de l'extérieur, et parfois ça peut être un peu idéalisé, sur l'accès au travail. Après il y a toujours un paradoxe, moi je veux travailler et en même temps, il n'y a aucune démarche, c'est toujours, c'est un peu bah a côté de la réalité parfois. Donc euh... pour nous ça peut semblait évident si tu veux travailler il va falloir faire des démarches, répondre de telle façon, et puis des fois c'est pas perçu comme soit, oui y aura pas de problème pour y aller, et en même temps ils font rien du tout, déjà ça fait des années qu'il y a rien, des fois il y a des situations... voilà des choses que je trouve plus paradoxale que d'autres puis d'autres qui est très clair, et ceux qui ont bien avancé sur la connaissance d'eux-mêmes et qui arrivent à... par exemple dans un groupe où le groupe va dire ah non mais faire des travaux répétitifs quelle horreur et puis un va dire mais non mais moi ça me rassurerait, ah ben voilà mais sur quelque chose de complètement différent pour quelqu'un qui n'a pas peur de s'affirmer face au groupe et de dire ce qu'il attend du travail, ben c'est juste une occupation et puis voilà si c'est répétitif, oui voilà y a des discours très différents, mais je dirais que globalement c'est comme tout le monde. (*La connaissance justement de soi est-ce que ça facilite la construction du projet ?*) ah ben je dirais que c'est riche, ça me paraît important, c'est justement dans les éléments euh qu'est ce qu'on doit prendre en compte pour construire son projet de travail donc ben oui la connaissance de soi, de ce qui peut exister comme dispositif à mettre en

face, euh ce que nous on connaît bien, quelles types de structures peuvent accompagner et tout, donc il faut avoir cette information-là. Avoir l'information de ce qui existe pour faciliter l'accès à l'emploi, ou le maintien à l'emploi, ah on est pas obligé d'avoir connaissance de tout ça, mais au moins au cas par cas euh savoir à quoi, leur droit, (*où ils peuvent se renseigner ?*) voilà savoir aussi interpellé. Ouais, on fait notre module un peu comme ça, à la fin la dernière séance, c'est je décide de mon projet et donc euh, c'est un peu bah quels sont les éléments que je vais prendre en compte pour construire mon projet. Euh alors comment on l'a fait, je me rappelle plus..., euh... on leur demande parce qu'on a regardé les structures, on a demandé à chacun, en fait, dans les ... oh je suis désolée, tout s'embrouille, on leur demande pour eux qu'est-ce qui est un frein et qu'est-ce qui est une ressource pour aller vers le travail. Et on leur demande de classer ça mais en fonction d'eux parce que dans le groupe certains vont justement ben les travaux répétitifs pour moi c'est un frein et pour l'autre au contraire ça va être une ressource. Donc pour chacun c'est différent pour un même truc, donc en groupe chacun a donné un petit peu euh qu'est-ce qu'ils attendent, qu'est-ce qui pour être plaisant, qu'est-ce qui pourrait être déplaisant. Voilà c'est trucs là, après on demande à chacun de classer pour eux même. Et ensuite on leur demande de faire un peu une balance décisionnelle, par rapport au milieu ordinaire ou protégé. Et on leur demande à chaque fois de dire à quel point ils sont surs de leur décision. Euh voilà moi je veux m'orienter vers ça et je suis sur à 60% que mon choix ce sera ça, ça permet de pondérer un peu entre quelqu'un qui dirait ouais 60% et moi à 99% c'est le milieu protégé c'est sur. Et voilà la dernière séance c'est vraiment quelles sont mes ressources ? quels sont mes freins et les dispositifs dans lesquels je me reconnait et ceux dans lesquels je ne me reconnait pas ? Par exemple tel type d'ESAT oui ça me correspond, le milieu ordinaire ne me correspond pas du tout. Même si le projet est encore flou, on demande de classer un peu déjà. (*Et est-ce que des fois c'est un moment de rendre compte que certaine personne devrait se rendre compte de leurs capacités ?*) oui tout à fait effectivement, y a des choses dont on a pas parlé, c'est les stages aussi ! Euh en milieu de travail, souvent en lien avec le réseau, les stages en ESAT donc voilà, on effectivement c'est l'occasion selon les incohérences, selon quelqu'un qui n'arrive pas, qui n'arrive pas à se positionner. Qui ne se connaît pas très bien ! ben voilà un stage tout simplement, et là c'est le milieu du travail qui dit, hein ? c'est un peu comme en ergothérapie l'attention, le respect du cadre... et ça c'est renvoyé par des professionnels, là du coup c'est autre chose. (*la personne se connaissant mieux, c'est plus facile pour intégrer un travail ?*) euh oui idéalement oui, après euh ... après j'ai pas beaucoup de recul malgré le temps, oui idéalement. Après le module en lui-même ne permet pas à la personne de se rendre compte, il permet de dire je vais me positionner, mais pas... la mise en situation va permettre à la personne de se rendre compte et le module va permettre à la personne de prendre le temps de réfléchir, ça se ne me correspond pas, qu'est-ce que je mets en face de ça de mes besoins ? euh oui j'espère que ça les aide ! (*J'imagine que vous attendez de voir tous les résultats*) oui tout à fait on a quelque résultat, j'ai à peine travaillé l'évaluation. Les gens sont plus motivés à aller vers l'emploi, y a une meilleur estime d'eux-mêmes. Et puis on a aussi une évaluation de la perception des obstacles à l'insertion euh au travail et le sentiment d'efficacité, donc en gros y a un nombre d'obstacles perçus énorme et puis petit à petit en construisant un peu leur projet, il y a vachement moins d'obstacle. Et puis euh voilà, donc voilà c'est intéressant déjà

(On a fait le tour de mes questions, voulez-vous rajouter quelque chose ?) non pas forcément. Beaucoup de bruits autour de moi difficile de me concentrer, par contre si jamais tu as besoin de plus de précision n'hésite pas à rappeler.

ANNEXE X

Définition de l'approche IPT issu du site www.iusmm.ca consulté le 14/05/2015

Brève description de l'approche IPT

L'approche IPT est une pratique de réadaptation de groupe d'orientation cognitivo-comportementale. Elle vise à améliorer le fonctionnement psychosocial des personnes, ainsi que le développement des habiletés nécessaires à la gestion des stresseurs environnementaux de la vie quotidienne.

L'IPT est divisé en six modules (version européenne) ou en huit modules (version québécoise) à complexité croissante. Ces modules sont répartis sur une période de 9-12 mois à raison de 2 séances de 90 minutes par semaine. Les groupes sont composés de 8-12 participants, d'un animateur et d'un co-animateur. L'animateur et le co-animateur sont des professionnels de la santé formés à l'approche IPT. Ils sont habituellement ergothérapeutes, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou médecins-psychiatres. Ils doivent avoir une expérience importante de la clientèle atteinte de troubles psychotiques et une connaissance approfondie des principes et des approches de la réadaptation psychosociale.

Les modules ont été élaborés de telle sorte que chacun est construit à partir des apprentissages effectués dans le module précédent. Les apprentissages se font de façon graduelle, en commençant par des situations simples et peu exigeantes sur les plans cognitif, social et émotionnel et en amenant progressivement les participants à expérimenter des situations de plus en plus complexes, où la charge émotionnelle, les interactions sociales et la demande cognitive sont de plus en plus importantes. La gradation des activités, allant des exercices abstraits aux situations concrètes de la vie quotidienne, permet aux participants d'acquérir et de renforcer leurs acquis au fur et à mesure et d'aborder des thèmes de plus en plus personnalisés.

<http://www.ateliers-rehab.ch/?cat=18> (consulté le 22/05/15)

L'outil ELADEB

Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins

V. Pomini, C. Reymond, P. Golay, S. Fernandez, F. Grasset (version révisée 2011)

ELADEB est une nouvelle échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide. Sur la base d'une activité de tri de cartes effectuée par la personne évaluée, il est rapidement possible de dresser son profil de difficultés psychosociales, et de mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire par rapport à celle qui existe peut-être déjà. Cet outil peut être employé dans différents contextes cliniques et convient particulièrement bien aux personnes peu verbales, maîtrisant mal le français et plutôt réticentes devant des questionnaires classiques.



L'outil ELADEB est fabriqué et distribué par nos soins, au sein des Ateliers de l'Unité de Réhabilitation (fournisseur officiel d'ELADEB).

Résumé

L'altération des perceptions, présente dans la psychose, impacte la représentation de soi et la participation sociale. L'ergothérapie, influencée par différents courants, allant de la psychothérapie institutionnelle à la réhabilitation psychosociale, cherche à réduire les problématiques des personnes qu'elle accompagne dans leur projet de sortie. L'objet de cette étude est de comprendre comment l'ergothérapeute favorise la construction du projet de vie dans ce contexte. La démarche clinique choisie, s'appuie sur des données théoriques et des entretiens. Ils ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes accompagnant de jeunes personnes psychotiques dans différentes structures. L'étude met en lumière la place importante accordée au travail. Une nouvelle approche voit le jour dans cet objectif de réinsertion et, montre la nécessité du travail pluridisciplinaire, de rendre acteur le patient et s'appuyer sur ses besoins. La démarche évaluative et les compétences d'analyse d'activité, de l'ergothérapeute, s'inscrivent dans cette dynamique.

Mots clés : Psychose, ergothérapie, réinsertion socio-professionnelle, connaissance de soi, rétablissement

Abstract

Altered perceptions, present in psychosis, impact self-representation and social participation. Occupational therapy, influenced by different sources from institutional psychotherapy to psychosocial rehabilitation, aims to reduce the problems people face when working towards independence. The purpose of this study is to understand how the therapist encourages the construction of a "life project" in this context. The clinical approach chosen is based on theoretical data and interviews, which were conducted with occupational therapists accompanying psychotic young people in different contexts. The study highlights the importance given to work. A new approach towards reintegration is emerging that shows the need for multidisciplinary work, making the patient an actor in his/her recovery, and building on his/her expressed needs. The occupational therapist's evaluation process and skilled activities' analysis are part of this dynamic.

Keywords : Psychosis, occupational therapy, socio-professional integration, self-perception, recovery

