



HAL
open science

L'ergothérapie dans la resocialisation des malades difficiles en UMD

Julie Castanier

► **To cite this version:**

Julie Castanier. L'ergothérapie dans la resocialisation des malades difficiles en UMD. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01647010

HAL Id: dumas-01647010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01647010>

Submitted on 28 Nov 2017

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 de
Formation en
Ergothérapie d'
Aix*Marseille



Faculté
de Médecine
Aix*Marseille Université

Institut de Formation d'Ergothérapie

CASTANIER Julie

**U.E. 5.6 S6 :
Mémoire
d'initiation à la recherche**

17/05/2017

**L'ergothérapie dans la resocialisation des
« malades difficiles » en UMD.**

Sous la direction de RAYMOND Laurent

Diplôme d'État d'Ergothérapie

Je tiens à remercier sincèrement Mylène Grisoni, ma référente méthodologie, pour son accompagnement dynamique et sa disponibilité tout au long de ce mémoire.

Je remercie également Laurent Raymond, directeur de mémoire, pour son soutien et ses conseils.

Je tiens à remercier les professionnels de l'UMD de Montfavet pour leur soutien et leur aide sans faille.

Je tiens également à remercier les professionnels qui m'ont guidée durant ces trois ans d'étude, ainsi que ceux qui ont bien voulu prendre du temps pour répondre à mes questions.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'IFE de Marseille pour la qualité de leur enseignement tout au long de ces trois années d'étude.

Enfin, je remercie également toutes les personnes qui m'ont aidée et accompagnée durant ces trois années de formation. En remerciant tout particulièrement ma famille et mes amis, pour leur présence à tout moment, leurs encouragements et leur écoute.

« Connaître la personne handicapée dans toute la richesse de son humanité, dans la complexité de ses troubles et de ses besoins d'aide, dans sa personnalité et son aptitude surprenante à réagir, dans ses capacités et ses attentes... élaborer à partir de là des réponses adéquates, minutieuses, souples, adaptées à chacun en tenant compte de tous ... Cette nécessité a été longtemps ressentie comme une exigence insurmontable ! »

Elisabeth ZUCMAN

« Malheur à celui sur lequel se referme la porte d'une prison
et qui n'a point de vie intérieure,
qui ne saura s'en créer ! »

Jean ZAY

« Les murs sont en eux-mêmes thérapeutiques,
Si non, il n'y aurait pas de maisons. »

Bernard GUITER

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1. Le contexte	1
1.1.1. Parcours personnel et projet de formation	1
1.1.2. L'orientation de mon choix	1
1.2. Etat des lieux de la recherche	2
1.2.1. Les Unités pour Malades Difficiles	2
1.2.2. L'enfermement	6
1.2.3. La place de l'ergothérapie	10
1.3. L'utilité sociale et professionnelle	14
1.4. Pré-enquête exploratoire et problématiques	15
1.4.1. Question de départ	15
1.4.2. Enquête exploratoire	15
1.4.3. Question de recherche	16
1.5. Cadre théorique	16
1.5.1. Les théories de l'apprentissage	16
1.5.2. La communication	19
1.5.3. Le Processus de Production du Handicap	21
2. METHODE DE RECHERCHE	23
2.1. La méthode	23
2.2. La population	24
2.3. L'outil	24
2.4. Le déroulement de l'enquête	25
2.5. Le choix de l'outil de traitement de données	25
3. RESULTATS	26
3.1. Analyse longitudinale	26
3.2. Analyse transversale	28

4. DISCUSSION	35
4.1. Interprétation des résultats	35
4.1.1. Liens avec les théories de l'apprentissage.....	35
4.1.2. Liens avec la communication	37
4.1.3. Lien avec le Processus de Production du Handicap	38
4.2. Réponse à la question de recherche	40
4.3. Critiques et limites de la méthode	42
4.4. Apports et limites des résultats pour la pratique professionnelle	43
4.5. Perspectives de recherche à partir des résultats	43
Bibliographie	44
ANNEXES	47
Annexe 1 : Enquête exploratoire.....	48
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	49
Annexe 3 : Matrice théorique.....	50
Annexe 4 : Entretien 1	54
Annexe 5 : Entretien 2	60
Annexe 6 : Entretien 3	66
Annexe 7 : Entretien 4	71
Annexe 8 : Entretien 5	75

1. INTRODUCTION

1.1. Le contexte

1.1.1. Parcours personnel et projet de formation

L'ergothérapie est selon l'ANFE (1) « une profession de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Son objectif est de maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. ». C'est par la définition de la profession, que j'ai voulu m'engager dans la formation d'ergothérapeute.

Cette profession m'a intéressée par son immense diversité, dans ses différentes pratiques dans de multiples domaines d'exercice, avec un public varié. Pas de place à la routine !

De même, la perception positive de la personne en situation de handicap, les patients étant acteurs et ayant des perspectives positives d'évolution a été une de mes principales motivations. Cette perception m'a touchée, ayant des personnes en situation de handicap dans ma famille. Enfin, le fait que l'ergothérapie est un métier de relation et de réflexion avec une part de créativité m'a aussi confortée dans ce choix.

1.1.2. L'orientation de mon choix

Un stage en Unité pour Malades Difficiles (UMD) a guidé le choix du thème de mon mémoire : l'enfermement dans cette institution. Avant mon stage, je percevais les lieux sous contraintes tel que l'UMD, comme des sortes de prisons où les personnes y sont enfermées, punies, où l'enfermement est un moyen de décharger l'institution d'origine. Pendant mon stage j'ai pu voir l'utilité de l'enfermement comme « cadre extérieur qui matérialise la contenance (aux éléments psychiques de l'individu) par ses murs effectifs dans la réalité ». (2)

Je me suis alors questionnée sur mon point de vue. Puis j'ai choisi de faire des recherches documentaires, pour connaître les représentations de l'enfermement par les soignants et les patients, ses effets dans le soin (apports et contraintes) et sur la personne, la place de l'intervention ergothérapique dans ce contexte, les effets de l'enfermement sur celle-ci. Ensuite je mettrai en lien ces informations avec les réalités de terrain.

C'est dans cet objectif, que j'ai décidé de réaliser mon mémoire sur ce thème.

Tout d'abord l'état des lieux de recherche sera effectué, avec une présentation de ce qu'est l'UMD puis de l'enfermement et enfin de la place de l'ergothérapie dans cette institution fermée. Je décrirai ensuite l'utilité sociale et professionnelle de la recherche pour aboutir à poser la question de départ. A partir de cette question, l'objet de recherche se développera en lien avec la pratique professionnelle. Puis, je présenterai la méthode utilisée pour répondre à cet objet de recherche, pour ensuite montrer ses résultats et finir par une partie discussion de ces derniers.

1.2. Etat des lieux de la recherche

1.2.1. Les Unités pour Malades Difficiles

Point historique sur la psychiatrie

Pendant longtemps, les « fous » étaient exilés ou tués, l'origine de la maladie mentale étant perçue comme démoniaque. C'est au XVII^e siècle avec Spinoza (1632-1677) puis à la fin du XVIII^e siècle avec l'aliéniste Philippe Pinel (1745-1826) que le « fou » devient « malade mental ». Avec cette nouvelle appellation, le patient psychiatrique est davantage reconnu pour passer du statut de «fou» à celui de «citoyen». Pinel leur ôta leurs chaînes et les institutionnalisa dans des lieux protégés, loin des villes (la société décrite comme nuisible pour eux), « où durant un siècle, un tiers mourait, un tiers y passait leur vie et un tiers guérissait ou était repris par leur famille ». (3)

Dès le 30 juin 1838, date de la loi qui permet le « placement d'office » et le « placement volontaire », les « fous criminels » et les « fous à soigner » sont enfermés dans les mêmes lieux. Il y a alors confusion entre le soin et la peine, l'hôpital et la prison. (3)

Cela s'est progressivement modifié grâce à la naissance de la psychanalyse par Freud (1856-1939) et l'apparition de médicaments neuroleptiques (chlorpromazine 1952). Des institutions psychiatriques ouvertes se sont développées en ville, la psychiatrie de secteur a débuté en 1960 (4). La priorité est alors mise sur le soin plutôt que la surveillance et l'enfermement. Selon les derniers chiffres, les hospitalisations sous contraintes (tel que c'est le cas en UMD, ou à la demande d'un tiers) représentent 12 % de toutes les hospitalisations en psychiatrie. Elle est minoritaire, elle existe toutefois toujours. (3)

On peut alors se demander : Quel est la place du soin dans un lieu qui enferme ? Le soin peut-il être représenté comme une punition, notamment pour les patients. Ce qui pose question sur leur engagement. L'enfermement rentre-t-il dans le soin ? Quels sont ses effets sur la personne ? Avant de répondre à ces questions, il est avant tout important de comprendre ce qu'est l'UMD.

Généralités sur l'UMD

Le décret n°86-602 du 14 octobre 1986 est le premier texte à faire mention des UMD, il stipule dans l'article 12 que les UMD « assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. » (5). Pour la prise en charge des patients hospitalisés en UMD, il est souvent fait référence à la logique des 3 S : soins, surveillance et sécurité. (6)

Les U.M.D sont des établissements psychiatriques fermés, où les personnes malades mentales potentiellement dangereuses pour eux même et pour autrui (ce qui a pu être remarqué par des passages à l'acte antérieurs) y sont institutionnalisées sans leur consentement. L'hospitalisation y est sous contrainte en Soins sur Demande du Représentant de l'Etat (SDRE-UMD) décrite par la loi du 5 juillet 2011, anciennement hospitalisation d'office (loi du 27.06.1990). L'entrée et la sortie des UMD se fait par décision préfectorale avec l'avis de psychiatres spécialisés lors d'une commission de suivi médical (CSM).(7) Les décisions prises dans ces institutions spécialisées lient la justice et la médecine. (8)

Il existe différentes modalités d'institutionnalisation en psychiatrie décrites par la loi du 5 juillet 2011. Elles sont : les soins psychiatriques libres (SL), les soins sur décision du directeur d'établissement de santé (SDDE) avec les soins psychiatriques à la demande d'un tiers pouvant être en urgence (SDT ou SDTU) et les soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI), et les SDRE. (9) On peut se demander pour quel public les SDRE-UMD sont-ils nécessaires ?

Le public institutionnalisé

L'UMD accueille, contre leur gré, des personnes malades mentales en grande souffrance, ayant eu une succession de deuils, dites dangereuses. « D'après Jean-Pierre Olié, « il n'y a pas de malade dangereux. Il existe, en revanche, des états mentaux porteurs de dangerosité. » Les trois conditions qui génèrent la dangerosité sont une maladie psychiatrique non diagnostiquée, et donc non traitée ; une association entre maladie mentale et produits toxiques et enfin l'état d'isolement du malade mental. » A ces trois conditions, en UMD on peut constater que des patients même traités présentent un état de dangerosité. Les malades sont potentiellement dangereux lorsque leur tension interne, leurs angoisses, leurs délires devenus trop forts débouchent sur des passages à l'acte.(10) Cela est aussi décrit par Georges Fenech définissant la dangerosité psychiatrique dans le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux. (8)

D'après la loi du 5 juillet 2011, les patients en UMD peuvent venir de trois origines différentes :

- Il y a les « perturbateurs de service », en rupture thérapeutique. Ils viennent des hôpitaux psychiatriques de secteur à la suite de passages à l'acte sur des soignants ou des patients, ou sur eux-mêmes. (11)
- Il y a les patients qui ont bénéficié d'un non-lieu après un acte médico-légal, jugés irresponsables,(11) ayant été « atteints, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » selon l'art. 122.1 et 122.2 du code pénal. (12)
- Il y a des détenus en cours de peine, jugés responsables (en application de l'article D398 du code pénal) pour des tentatives de suicides, agressions, décompensation psychotique. (11)

En UMD les pathologies des malades mentaux représentent, « selon Le Bihan ; 58% de schizophrénies, troubles schizotypiques et délirants, 23% de troubles de la personnalité, 10% de troubles envahissants du développement, 6% de retard mental, 4% de troubles mentaux organiques, 3% de troubles liés à des substances psychoactives et 2% de troubles de la préférence sexuelle ». Les patients peuvent être décrits comme des schizophrènes, des paranoïaques, des psychopathes ou des pervers. (11)

Pour les personnes malades mentales potentiellement dangereuses, des institutions spécialisées sont créées dans lesquelles des moyens spécifiques de sécurité sont mis en place. Quel sont ces moyens ?

L'UMD un environnement sécuritaire

L'UMD dispose de moyens particuliers de sécurité :

- Un cadre architectural

L'UMD possède de hauts murs d'enceinte. L'entrée s'effectue en franchissant un double sas contrôlé par un concierge. Une clef est confiée à chaque soignant, elle ouvre toutes les portes d'une même unité. Les portes utilisées par les patients n'ont pas de système de verrouillage, mêmes les lieux d'intimité. Toutes les fenêtres sont à barreaux et sont verrouillées. La majorité des portes et des murs internes des unités sont vitrés permettant une surveillance extérieure. Chaque salle comporte deux portes pour intervenir en cas de problème. (13)

Toutes les unités temps plein, lieu où résident les patients, possèdent une cour grillagée. Ces unités se composent du rez-de-chaussée comprenant les lieux de vie des personnes hospitalisées (infirmerie, cantine, salle commune, coin de télévision...) et d'étages où se trouvent les chambres, la laverie et les sanitaires de nuit. Les unités temps plein possèdent deux chambres d'isolement utilisées, sous prescription médicale, lors de l'observation d'un nouveau patient admis et pour contenir le patient si nécessité. La majorité du mobilier est fixée au sol, sauf dans quelques espaces comme l'unité d'activité où le matériel est plus modulable. En unité d'activité, les outils mis à disposition sont comptés en début et en fin de chaque séance et sont scellés dans des placards en fin de séance. (13)

Le port d'un système d'alerte par boîtier est obligatoire pour les thérapeutes. Il permet d'alarmer le personnel en nombre, de se rendre ponctuellement et rapidement sur un même lieu où une crise grave l'exige. (14) Par le fonctionnement en binôme un boîtier peut être utilisé pour deux soignants. (15).

- Des professionnels soignants en nombre

Le nombre de soignants en UMD est plus important que dans d'autres structures, soit un infirmier présent pour six patients le jour et dix patients la nuit en unité temps plein, deux soignants pour des groupes de 4 à 8 personnes en unité d'activité. Le règlement des UMD stipule que les soignants doivent circuler en binôme avec leur boîtier. (13) Les professionnels, en plus de leur formation initiale, sont formés à assurer leur sécurité et celle des autres en

situation d'agressivité (Formation OMEGA). (16) La situation d'agressivité, soit le passage à l'acte du patient, en confrontation avec les règles et en réponse à la frustration, est prévenue par l'observation. (17)

- Un dispositif de règlement des activités des patients

Les journées sont organisées, ritualisées afin de donner des repères, avec des horaires fixes. Les patients se doivent de respecter un certain nombre de règles de vie. (17). Ils ont accès à des lieux comme la cafétéria et activités telles que les ateliers d'ergothérapie, les activités sportives et les sorties en ville (règlementées sous ordre de mission). (7)

Des personnes « malades difficiles » sont hospitalisées en SDRE. Mais dans quels objectifs pour la personne, cet enfermement est mis en place ?

Les objectifs généraux de l'institution

Les docteurs Eve-Marie Roth et Edmond Heitzmann (7) définissent trois objectifs à l'UMD :

- « Essayer de réintégrer le patient dans l'ordre d'une loi de vie humaine et d'une loi sociale et non pas d'une loi du plus fort. »
- « Assurer un contenant psychique et matériel pour des patients souffrant d'un vécu de dissociation, d'éclatement ou d'inflation du moi. »
- « Faire acquérir des règles de vie élémentaires à des patients immatures ou déstructurés. »

La prise en charge varie, bien sûr, selon la personne et son contexte de vie, les objectifs sont propres à celle-ci.

L'hospitalisation en UMD est comme « un passage dans une vie ». C'est une rupture avec l'environnement extérieur pour protéger la société et permettre à la personne de se restructurer et de se stabiliser et ainsi diminuer son état potentiellement dangereux. (11) Les soignants travaillent sur les moyens de prévenir les passages à l'acte auto et hétéro-agressifs et de les gérer lorsqu'ils surviennent. Ils accueillent la souffrance psychique de la personne en instaurant une relation de confiance avec elle. (14) Cela dans le but d'une future resocialisation dans leur secteur d'origine. Ce passage peut prendre de 6 mois à plusieurs années. (11)

Après avoir présenté ce que sont les UMD, il sera présenté ce qu'est l'enfermement.

1.2.2. L'enfermement

Il y a bien des manières de percevoir l'enfermement ; l'enfermement subi ou voulu, l'enfermement entre les murs et l'enfermement dans son corps ou dans sa tête, avec ses buts différents de protéger, sécuriser ou de punir.

Définition

D'après le Grand Robert, le premier sens de ce mot est l'enfermement subi : « Mettre, en général de force, (qqn) en un lieu d'où il est impossible de sortir ». (11)

L'UMD est un lieu d'enfermement. Les patients y sont hospitalisés sous contrainte, sans leur consentement. Il leur est impossible de sortir d'eux-mêmes de l'institution, par les dispositifs de sécurité mis en place. Le SDRE est le plus lourd, il est donc très réglementé.(11)

Le deuxième sens du mot enfermer est celui de « mettre et placer quelque chose dans un lieu clos pour le ranger, le retrouver ou le protéger ». (11)

L'UMD a ce but, celui de protéger la société du malade et de protéger le malade de lui-même. Mais aussi de « protéger le fou des bourgeois dérangés par le fou qui dérange ». (11)

Par notre situation, on voit l'enfermement dans son aspect médical, on perçoit ce terme au regard de la médecine. Mais en premier lieu, l'enfermement est une notion de justice, avec l'enfermement des détenus en prison. Il est important de voir quel est le point de vue de la justice sur l'enfermement en UMD ?

L'enfermement, une notion juridique

L'enfermement est une procédure répondant à l'action de la justice légale et pénale qui poursuit un triple objectif :

- Défendre les intérêts de la société, par l'exemplarité. Celle-ci dissuade les hommes de commettre des infractions de loi, c'est une prévention de la récidive.
- Protéger les intérêts de la victime, par la Raison d'Etat, garantissant que l'infracteur ne sera pas impuni.
- Préserver les intérêts du « délinquant », par l'expiation, la réparation des fautes. (8)

Les intérêts de la personne ayant commis un acte de délinquance sont donc pris en compte dans le système judiciaire. Par une conception subjective du droit s'appuyant sur la personnalité de l'auteur, examinant son intention et sa responsabilité, opposée à une conception objective

mettant l'accent sur le fait, il ressort que le droit pénal fonctionne selon une double exigence :

- Etablir la matérialité des faits, s'interroger sur les faits commis,
- Définir les conditions du passage à l'acte avec les rapports psychologiques et sociaux.

Les pénalistes s'interrogent alors sur la responsabilité de l'individu et considèrent les aliénés comme des fous irresponsables. (8)

Avec la loi de 1838, relative à la santé mentale, la psychiatrie se voit impliquée dans le processus d'internement en devant se prononcer sur l'état de dangerosité de la personne. Le psychiatre devient « un agent de sûreté publique »(8). Il permet une maîtrise de l'ordre social, maîtrise sécuritaire par l'enfermement avec l'imbrication de la punition et du traitement thérapeutique.(8)

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 stipule que le soin à la demande d'un représentant de l'état est un placement envisagé pour « des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes ». Suivant l'article L.3213-1 du code de la santé publique, le SDRE est prononcé par « les représentants de l'état par l'arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ». Puis, un premier certificat médical faisant état de l'état clinique de la personne doit être écrit dans les 24 h par un psychiatre de l'institution et envoyé au préfet et à la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP).(11)

L'enfermement est alors une injonction thérapeutique, décrit comme une punition et un traitement thérapeutique. On peut alors se demander ; quels sont ses aspects punitifs par la limitation de droit et en quoi l'enfermement peut-il être thérapeutique ?

L'enfermement en UMD, une limitation de droits

Les UMD par le fait qu'ils soient des lieux d'enfermement sous contrainte, engendrent une première entrave aux libertés individuelles, la personne a l'obligation d'y résider. Les mesures de sécurité établies, décrites ci-dessus, privent le « malade difficile » de certains droits. Cela est présent autant par l'architecture, contraignant la personne à rester entre les murs d'enceintes ou entre les murs d'une salle, cas de la chambre d'isolement, et la limitant dans ses relations sociales, que dans le rythme de vie qui lui est imposé. Le fait que les horaires des activités effectuées en UMD soient fixes provoque un enfermement dans sa dimension morale, une restriction de liberté dans « la capacité d'action, à entreprendre, à prendre des initiatives et des décisions » (17).

Selon la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, au cours de l'hospitalisation d'une personne sous contrainte, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toute circonstance, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».(12)

L'enfermement dans son propre corps ou dans sa tête

« L'enfermement n'est pas uniquement vécu dans l'environnement. Au niveau psychologique, la maladie constitue un véritable enfermement qui débouche sur le handicap. Elle s'accompagne souvent de déficience intellectuelle qui diminue la faculté d'adaptation des personnes. » (13)

L'UMD n'est pas un « milieu carcéral », l'enfermement en UMD se veut thérapeutique et non punitif, le patient n'étant pas responsable de ses actes au moment des faits. Il est important alors de comprendre en quoi l'enfermement peut être un traitement thérapeutique ?

L'enfermement thérapeutique

D'après Stéphan Hendrick, l'enfermement n'est pas anti-thérapeutique. « Le psychopathe y trouve la frontière entre le principe de plaisir et celui de la réalité, le paranoïaque y trouve une économie gracieuse : protégé et emmuré, il n'a plus peur et il a l'alibi persécutoire. Le schizophrène y vient collecter les éclats conceptuels de sa dissociation. » (11)

- Les apports de limites, d'un cadre

« La structure de l'UMD donne aux patients des limites qui structurent leurs psychismes. » (13). L'enfermement empêche les patients de fuir leurs problèmes. Le cadre a une fonction « contenante » et « sécurisante », rassurante (2). Elle marque une rupture avec l'environnement extérieur. Ce qui permet au « malade difficile » de se stabiliser et d'avoir un accès au bien-être pendant que les professionnels de l'institution d'origine s'organisent pour ré-accueillir la personne. Le cadre de l'UMD permet de donner des limites à la personne, il permet une « autolimitation »(7). Les limites imposées par le cadre sont renforcées par le rappel des règles sociales, respecter l'autre, effectué par les soignants. Le cadre humain par la distance thérapeutique, la posture et les paroles renforce les « fonctions de contenance et de pare-excitation ». (11)

- Un cadre souple avec pour volonté de donner de la liberté

Le cadre de l'UMD n'apporte pas uniquement des limites. Il garde des espaces de libertés où la personne peut s'exprimer en vue d'un processus de changement.

Le cadre se veut aussi souple pour laisser l'expression d'un potentiel passage à l'acte de manière sécurisé. « L'UMD dispose de moyens pour prévenir et accompagner ce passage à l'acte, »(7) notamment par l'observation clinique, permettant « les actes de contrôle des pulsions agressives et destructrices »(7).

Dans le cadre de l'enfermement, des moyens de soins sont mis en place. Ils sont : un traitement médicamenteux, un suivi au jour le jour par les soignants, des ateliers thérapeutiques, des entretiens médicaux et un suivi avec un psychologue et une assistante sociale.(11)

L'enfermement permet d'apporter des limites au patient lui permettant de se stabiliser et ainsi de se construire. Voyons maintenant quel est le rôle de l'ergothérapeute au sein de cet établissement fermé ?

1.2.3. La place de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute accompagne le patient au travers d'activités, afin de lui permettre de se construire et de se réintégrer socialement, malgré ses problématiques. Les activités permettent à la personne d'être acteur, de gérer sa vie de manière autonome et ainsi ne plus être fixé au statut de « malade difficile ». Les activités au sein des unités sont :

- Le sport permettant de canaliser les tensions et d'intégrer des règles
- Les ateliers, espace de liberté où sont travaillés des objectifs particuliers
- La pause-café à la cafétéria pour instaurer des relations sociales
- Les sorties thérapeutiques permettant un futur retour à l'extérieur

L'ergothérapeute intervient plus spécifiquement pour :

- La contenance des délires et des potentiels actes auto et hétéro agressifs

L'ergothérapeute intervient en donnant des limites aux patients potentiellement dangereux. Il assure un contenant matériel et psychique, par l'utilisation d'un cadre matériel et humain. Cela permet à la personne de s'autolimiter, de structurer son psychisme (13) et ainsi de diminuer son potentiel agressif. L'apport de limites permet aux patients en grandes souffrances de se

stabiliser pour se construire. L'ergothérapeute fait cadre et renforce le cadre par l'activité permettant au patient de faire cadre à son psychisme.

En UMD, les ateliers thérapeutiques font partie des soins, ce qui est signifié aux patients. Ils comprennent que les activités proposées sont une obligation de soin, leurs non-participations peuvent provoquer une sanction. Ils se savent « jugés d'après la régularité de leur travail » (17). L'activité fait cadre. Le patient agit dans un cadre contenant et sécurisant, par une activité choisie au préalable ayant des limites. En activité, il rencontre les limites de la matière utilisée ainsi que la limite du transférable entre ce qu'il souhaite réaliser et ce qu'il réalise. L'apport de ces limites permet aux patients d'évaluer les limites de l'environnement ainsi que leurs propres limites. La transformation de la matière permet aussi de canaliser l'agressivité. « Le patient apprend à contrôler son agressivité pour parvenir à réaliser sa tâche » (11). L'activité offre un espace de structuration et d'apaisement.

Les fonctions contenantantes et sécurisantes sont renforcées par le rappel des règles sociales. Par le rappel aux règles alliant fermeté et bienveillance, l'ergothérapeute accompagne la personne dans sa découverte des limites de soi et dans la relation aux autres. Il permet le développement de capacités de contenance d'éléments internes et externes, de développer un « Moi peau », décrit par Anzieu. Le cadre humain est aussi présent par la distance thérapeutique, la posture et les paroles du thérapeute (11). Le thérapeute, dans sa posture, doit se situer entre la vigilance et la confiance vis-à-vis du patient, car celui-ci est susceptible de passer à l'acte (13). En UMD, il faut être dans une « sécurité interne » importante pour ne pas se perdre et laisser à la personne la possibilité de développer sa personnalité. (13) Il faut avoir une distance appropriée tant physique (être suffisamment éloigné en cas de passage à l'acte) que psychologique. Cette protection de soi permet, entre autres, de donner une impression de sécurité pour le patient, en lien avec le « holding » décrit par D. Winnicott. (13)

L'ergothérapeute apporte aussi un espace de liberté, afin de laisser l'expression d'un potentiel passage à l'acte de manière sécurisé sur la matière.

- L'engagement dans le soin

L'ergothérapeute a pour objectif premier d'instaurer une relation de confiance avec le patient, pour permettre son engagement dans le soin. L'ergothérapeute, vigilant aux angoisses, accompagne la personne pour qu'elle trouve un désir à « faire quelque chose ». (11)

Les patients choisissent l'activité qu'ils réaliseront selon leurs envies et les disponibilités du planning, pour s'y investir d'abord par la contrainte puis par leur volonté. Ils deviennent demandeur, pour devenir acteur de leur prise en soin. (17) L'atelier thérapeutique devient une source de plaisir, de productivité et de ressourcement, permettant la construction de l'être humain. (13).

- L'évitement du repli sur soi

L'ergothérapeute par l'activité donne un espace d'ouverture où la personne peut s'engager et porter un regard sur soi et sur le monde extérieur. L'ergothérapeute permet l'émergence d'un désir en offrant un espace d'expression aux patients. L'activité est un espace de création, où la personne fait du lien à soi et aux autres.

Lorsque le patient transforme la matière, il utilise « ce qui va bien » de sa propre personne et y incorpore une part de lui. L'activité lui permet un travail d'introspection, il projette dans la matière une part de sa réalité interne qui se matérialise.(11) Par la création de l'objet, le patient travaille ses capacités de symbolisation. « Par la transformation de la matière, il s'unifie et renforce ce qui est sain ». (11)

L'ergothérapeute propose un espace de communication où le patient peut verbaliser ses affects dans un climat de confiance. (17) « Les rapports sociaux sont plus aisés, régulés, quand le patient se confronte à la matière et à l'apprentissage d'une technique. La matière va pouvoir se transformer, elle représente le lien, la relation qui existe entre le malade et l'ergothérapeute. Cela va permettre de créer un espace triangulaire où il y aura des relations, dans la confiance et la sécurité, entre l'ergothérapeute, le malade et la matière transformable. » (11) L'activité réalisée est un médiateur à la relation, elle instaure une dimension tierce. En UMD, les activités sont effectuées pour la plupart en groupes permettant à la personne en difficulté sociale de rentrer en relation avec d'autres personnes, thérapeutes comme patients. La mise en activité permet de conserver et de construire des liens sociaux permettant d'éviter l'isolement. (11)

Le patient n'est pas toujours en action, les temps où le patient ne fait rien sont tout aussi importants que l'activité en elle-même.

- Le travail de la sphère narcissique

L'ergothérapeute au sein des ateliers propose de réaliser des objets que les patients pourront emporter pour eux ou pour offrir ou qu'ils pourront vendre. Cette création peut être valorisante, par ce que les patients en feront. Elle l'est aussi par la construction de savoir-faire, par la maîtrise de la technique et par l'utilisation des compétences personnelles des personnes. Cela est renforcé par l'objet, laissant une trace. « Durant les différentes étapes de la réalisation de l'objet, les patients voient se matérialiser les résultats de leurs actions et ils en éprouvent une sensation de « créateur » qui est valorisante. » (17) De plus, l'ergothérapeute valorise les personnes durant l'activité. Il leur renvoie une image positive. « En trouvant une écoute, les malades s'écoutent eux-mêmes avec le même respect et la même attitude positive. Ils prennent alors conscience et accepte les sentiments qui les dérangent. » (13)

- Le maintien et le développement des capacités

Les activités thérapeutiques demandent une suite de processus mentaux. Elles débutent par l'émergence de la demande puis la capacité à faire des choix en écoutant ses propres désirs. Ensuite, elles se poursuivent par l'entrée dans une « démarche d'imagination d'un potentiel résultat » (11), la maîtrise de la technique, la gestion de possibles frustrations grâce à la persévérance du malade et à l'accompagnement de l'ergothérapeute, l'organisation, la planification des tâches. Chacun de ces processus peut être difficile pour l'individu. L'ergothérapeute accompagne alors la personne dans chaque étape. L'ergothérapie permet de maintenir et développer les capacités intellectuelles et cognitives. (11)

Les activités groupales permettent aussi de développer les capacités socio-relationnelles du « malade difficile ». (11) Grâce au groupe, la personne peut acquérir ou réacquérir des compétences sociales.

- La préparation à la sortie

L'ergothérapie permet à la personne de s'exprimer en vue d'un processus de changement. « L'être va pouvoir s'exprimer et passer à l'acte sur la matière dans une activité signifiante et significative. [...] Dans l'activité projective, on transforme la matière brute en un objet significateur. On peut dire que la matière joue ici un rôle « d'expulseur » et « d'exercice ».

En effet, l'être humain qui a du mal à maîtriser le cours de sa vie et qui est en proie à de grandes souffrances aura la possibilité d'expulser ses douleurs et de s'entraîner, à travers une mise en activité, à devenir un créateur, donc un sujet acteur. » (11)

L'ergothérapeute accompagne la personne en vue d'une autonomisation et d'une resocialisation. Il intervient pour permettre la « reconstruction personnelle et relationnelle » de la personne (17). C.Rogers décrit trois qualités que doit remplir le thérapeute et qui favorisent le processus de changement de la personne ; la congruence, la considération positive et la compréhension empathique (13). Le patient développe des compétences transférables à l'extérieur. Les sorties thérapeutiques sont un des moyens permettant cette transférabilité.

« Les ateliers d'ergothérapie représentent un espace de liberté et d'échanges, de responsabilisation et de valorisation personnelle. Les ateliers d'ergothérapie permettent une relation privilégiée du patient avec lui-même et autrui par l'intermédiaire du matériau auquel il se confronte et qu'il transforme. » (7) L'ergothérapie est un espace où la personne peut retrouver sa dimension humaine.

1.3. L'utilité sociale, l'intérêt et les enjeux pour la pratique professionnelle

En France, il y a uniquement 10 Unités pour Malades Difficiles. Cela peut expliquer les préjugés qui y sont portés. Les UMD ne sont pas des prisons, elles donnent une place au soin. La réalisation de ce mémoire tente d'expliquer ce que provoque l'enfermement sur le patient, les soignants et la prise en soin, de comprendre en quoi l'enfermement rentre-t-il dans le soin ? Comment est-il possible de soigner dans un lieu d'enfermement ? Cela permet ainsi de comprendre l'enfermement, ses contraintes, ses apports et même sa nécessité dans une large mesure. La possibilité de soigner dans un milieu fermé est une préoccupation dès 1958, au Congrès international de psychothérapie de Barcelone. (7)

Il est important de savoir définir notre place dans ce lieu spécialisé, par notre rôle et nos spécificités, de situer la place de l'intervention ergothérapique et de savoir quels sont nos objectifs et nos moyens d'interventions dans ce contexte ? L'UMD se décrit comme un environnement sécuritaire. L'ergothérapeute prend en compte l'environnement de la personne dans son contexte de vie et l'utilise dans la prise en soin. L'ergothérapie, par sa compréhension de l'environnement et des problématiques des personnes en lien avec les activités, a une place importante en UMD.

Ce mémoire, en plus d'apporter des éléments explicatifs sur l'enfermement en UMD et la place de l'ergothérapie dans ce contexte, permettra de valoriser la place du soin proposé par l'ergothérapeute. Et ainsi promouvoir le rôle de l'ergothérapie dans les milieux fermés.

1.4. Pré-enquête exploratoire et problématiques

1.4.1. Question de départ

Suite à cette phase exploratoire nous pouvons nous poser la question suivante :

En quoi l'ergothérapie a-t-elle un intérêt dans le lieu d'enfermement qu'est l'UMD auprès des malades difficiles ?

En effet, il paraît important de connaître les intérêts de l'ergothérapie dans cette institution spécialisée auprès des malades difficiles. Et ainsi de démontrer ce qui est utilisé dans l'action ergothérapique et ce qui la rend légitime en UMD.

1.4.2. Enquête exploratoire

La réalisation de l'enquête exploratoire (cf. Annexe 1) fait suite à une faible quantité d'écrits sur les intérêts de l'ergothérapie auprès des « malades difficiles ». Grâce à des questions ouvertes, des liens entre le cadre exploratoire et la pratique professionnelle sont permis et des éléments nouveaux sont apportés pouvant guider sur des axes de recherches (théorie, concept, modèle). L'enquête permet une analyse de l'existant, de relever les problématiques de terrain pour en ressortir un objet de recherche. Il est important de cibler son objet de recherche, de se centrer sur un seul intérêt.

En l'absence de réponse à l'enquête exploratoire, je m'appuie sur mon expérience de stage pour développer mon objet de recherche. La suite de la recherche porte sur la resocialisation ce qui a son importance en vue des problématiques de la personne hospitalisée en UMD.

La santé est un état d' « équilibre entre les aspects mentaux, sociaux et physiques du bien-être, que l'on atteint en s'engageant dans des occupations significatives pour soi et valorisées par la société, le bien-être découlant de l'occupation » (Wilcock, 1998) (18). La participation sociale a donc son importance. Elle peut être définie comme « l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ces environnements. Ces activités sont favorables à l'expression du

pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation » (Boivert, 2014) (18). La resocialisation rentre en compte dans la participation sociale et s'inscrit dans la pratique de l'ergothérapeute en UMD.

Favoriser la réinsertion et la resocialisation de patients dont la maladie entraîne une rupture avec leur milieu est un défi majeur adressé à la psychiatrie pour les vingt ans à venir (19). La loi met en avant l'importance du social en psychiatrie (Loi n°90-527 du 27 juin 1990 - art. 1 JORF 30 juin 1990). (20)

Lors des documentations, il est constaté que les mémoires d'autres étudiants ont porté sur un objet de recherche similaire. Cela donne un appui supplémentaire justifiant la pertinence de la question de recherche, bien que ces documents ne soient pas probants.

1.4.3. Question de recherche

En quoi l'ergothérapeute peut-il intervenir dans la resocialisation des malades difficiles institutionnalisés en UMD ?

1.5. Cadre théorique

1.5.1. Les théories de l'apprentissage

Selon l'OMS, l'apprentissage est un « processus qui engendre, par des transferts et partages de savoirs, une certaine modification, relativement permanente, de la façon de penser, de ressentir ou d'agir de l'apprenant. » (21)

Les théories de l'apprentissage visent à expliquer ce qui se passe lors du processus d'apprentissage. (22) Elles permettent de comprendre comment l'ergothérapeute exerce auprès de la personne « malade difficile » pour permettre la resocialisation.

Le behaviorisme

Le behaviorisme ou comportementalisme s'est développé en 1913 par Skinner et John Watson, qui se sont basés sur les travaux de Pavlov. Il s'intéresse à l'étude de comportements observables sans faire appel aux structures mentales de l'individu, assimilées à une « boîte noire », non directement observables.(23) Le behaviorisme s'intéresse particulièrement aux « entrées » et

aux « sorties », au stimulus-réponse (ou conditionnement classique). (22) Le behaviorisme est dit « mécaniste ».



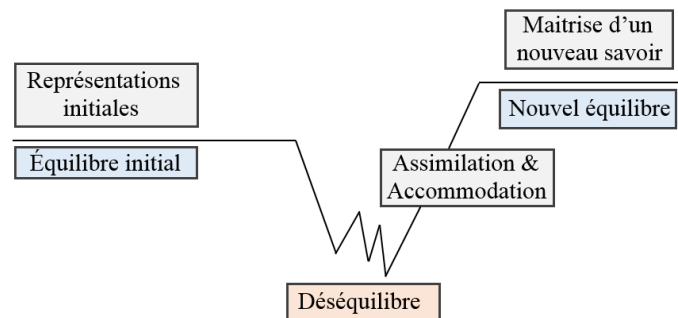
Modèle comportemental de Fechner.

L'apprentissage est effectué par paliers. Le passage d'un niveau à un autre est permis par le renforcement positif (24). Pour corriger les erreurs, des renforcements négatifs s'opèrent. (23) L'enseignant définit les connaissances à acquérir en termes de comportements observables, qui devront être mis en œuvre. (23)

Dans cette théorie, l'apprenant est une « personne qui écoute, regarde, réagit et tente de reproduire », il a une position d'agent face à un enseignant qui se positionne en « maître rayonnant et dominant », il « transmet, présente, décrit, planifie et vérifie les connaissances et compétences » (22). Le behaviorisme place l'objet d'apprentissage au centre de sa théorie.

Le constructivisme

Développé par Jean Piaget en 1923, en réponse au behaviorisme, il décrit que l'acquisition de connaissance ne s'effectue pas par simple empilement mais passe par une réorganisation de conceptions mentales. (23) Dans une situation nouvelle, appelée objet nouveau, le sujet dont la structure cognitive est en équilibre, la modifie pour parvenir à un nouvel équilibre (24). L'équilibre à un objet nouveau forme un schème, grâce à l'adaptation. « Un schème est un concept praxique transposable dans toutes les situations ». (22) L'adaptation s'appuie sur l'assimilation et l'accommodation. Il y a assimilation, incorporation de nouveaux objets à un schème existant, lorsque la personne intègre des données sans modifier ses représentations. L'accommodation est, quant à elle, la modification du schème, l'adaptation de la structure interne aux variations de l'environnement non assimilé. (22)



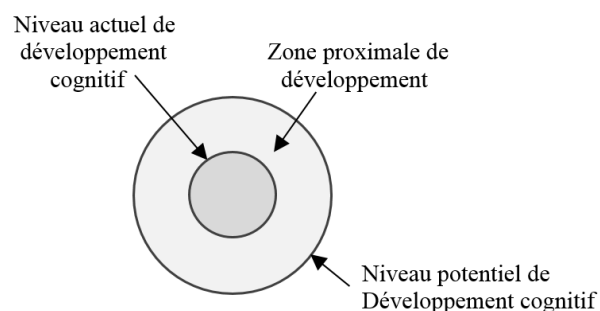
Représentation du constructivisme

L'acquisition de connaissances suppose l'activité des apprenants, « activité de manipulation d'idées, de connaissances, de conceptions ». L'apprenant construit sa réalité au fur et à mesure qu'il apprend, en se basant sur ses perceptions d'expériences passées. (23) Le formateur privilégie des outils donnant de l'autonomie au formé, par des outils collaboratifs ou coopératifs (22). Le formé a dans le constructivisme une place d'acteur.

Le socio-constructivisme

Prôné par Lev Vygotski en 1925, le socio-constructivisme ou interactionnisme social introduit les interactions sociales dans le développement de l'intelligence. L'apprentissage est vu comme l'acquisition de connaissances grâce aux échanges entre formateur et formé ou entre formés. L'« instrument psychologique » structure la pensée lors d'interactions, il structure les relations humaines. Ces éléments qui le structurent ne s'acquièrent que par des interactions.

Les apprentissages doivent être compris dans leur zone proximale de développement. Cette zone désigne les actions que les formés peuvent réussir dans un environnement social défini. (24) Cette zone augmente le potentiel à apprendre plus efficacement. Le formateur la définit. Il favorise les interactions de groupe, les échanges, le travail de verbalisation, de co-construction, de co-élaboration. (23) Il fait en sorte que les actions soient agréables à réaliser, en suscitant un intérêt, avec son aide tout en évitant que le formé devienne dépendant de lui. Il doit également mobiliser et motiver l'élève en maintenant l'intérêt de la tâche. (22) Dans le socio-constructivisme, les erreurs sont un point d'appui (22), ainsi que le conflit socio-cognitif. Ils mènent à une réflexion sur ses propres représentations. Le conflit socio-cognitif est une différence de niveaux cognitifs ou de points de vue amenant à une confrontation des représentations sur un même objet. (24)



Représentation du socio-constructivisme

1.5.2. La communication

La communication désigne l'action d'être en rapport avec autrui, elle se développe et est favorisée dans la resocialisation « Qu'elle soit gestuelle, orale ou écrite, elle permet d'exprimer ses besoins, ses désirs, ses émotions, ses opinions. C'est ce par quoi une personne renseigne ou influence autrui et en est elle-même renseignée et influencée. » (25) La communication correspond à la mise en œuvre de la relation.

Personne ne peut pas ne pas communiquer. Il est utilisé deux modes de communication formant un ensemble. Ils sont :

- Analogique : communication non-verbale liée à la gestuelle, aux mimiques, à la posture
- Digital : communication verbale liée au langage et à un code

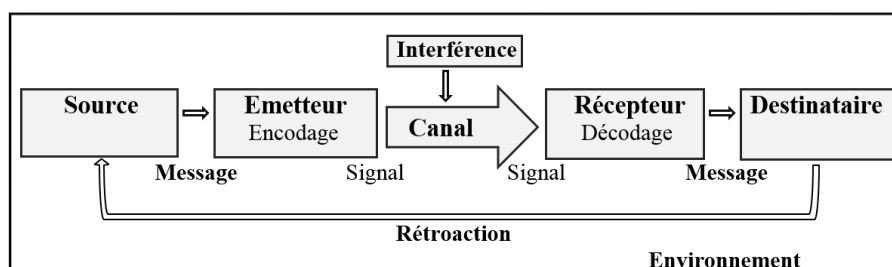
Il existe plusieurs modèles de communications :

Le modèle positiviste

En 1945, Claude Shannon et Warren Weaver (fondateur de la cybernétique) ont proposé un premier modèle de la communication, le modèle positiviste ou modèle linéaire de la communication.

Dans ce modèle intervient :

- Le binôme émetteur/récepteur faisant référence à des entités abstraites
- Le code commun, c'est-à-dire le système signifiant qui est utilisé pour donner forme au message. Il peut se réaliser sous diverses formes, appelées medium ou support.
- L'Encodage et le décodage permettant l'émission et la réception du message.
- Le message désignant ce qui est envoyé, différent du sens du message qui peut être défini de plusieurs manières.
- Le canal, le moyen par lequel la transmission du message s'effectue.
- L'environnement, étant l'ensemble des circonstances entourant l'acte.
- L'interférence ou le bruit désigne les perturbations du message.
- La rétroaction ou feedback du récepteur sur l'émetteur, ajouté par Warren Weaver mettant en jeu la réaction possible du récepteur dans l'acte communicatif. (26)



Représentation de la communication

Le modèle systémique

En réponse au développement du modèle positiviste, Gregory Bateson et Paul Watzlawick développent en 1952 le modèle systémique. Il prend en compte l'interaction, c'est-à-dire le « processus par lequel un organisme va modifier l'état d'un autre organisme ». (26) Dans ce système, l'intervention d'un membre répond à celle de l'autre et constitue un stimulus auquel l'autre va répondre.

« Nous faisons des choix, nous faisons confiance, nous tissons des liens, et pourtant nos opinions ainsi que nos décisions ne sont pas simplement prises sur les dires d'autrui. Au-delà d'un simple échange de données, nous établissons des liens et on peut dès lors parler de relation. » (25) Ce modèle prend en compte l'information du message et la relation.

La communication met en relation avec l'environnement. Elle est indispensable à l'être humain pour relier les individus de tout groupe social, ce qui est l'un de ces besoins. « La communication vise à satisfaire des besoins vitaux – physique, psychologiques et sociaux - et permet l'échange d'informations ». (25)

L'emploi de la communication n'a de sens que si l'on en connaît son importance. Il est important d'avoir conscience de son utilité et des modalités de retour qu'elle permet. La communication a différents enjeux. Edgar Morin définit :

- L'enjeu identitaire : affirmer et construire sa personnalité
- L'enjeu territorial : défendre et délimiter son territoire, sa sphère personnelle
- L'enjeu relationnel : pouvoir entrer et gérer la relation et ses risques psychologiques
- L'enjeu conatif : chercher à influencer l'autre, convaincre, provoquer son action (27)

Toute communication est adressée, a un but, dépendant des rôles pris par les interlocuteurs. (25)

La communication est dépendante du contexte ce qui peut être mis en valeur par le modèle situationnel de la communication.

La communication nécessite de nombreuses aptitudes, qui ne sont pas seulement de l'ordre des capacités motrices ou cognitives. D'autres éléments interviennent, tel que le désir de communiquer, la fatigue, la disponibilité, les filtres (perceptions qui viennent altérer le sens du message), l'intolérance ou l'angoisse de la proximité à l'autre. Des éléments rentrant dans la dimension biologique, psychique et sociale de la personne rentrent en jeu dans la communication.

1.5.3. Le Processus de Production du Handicap

Le Processus de Production du Handicap ou PPH est un modèle bio-psycho-social développé par Patrick Fougeyrollas en 1998. (28) Il place un dispositif dans lequel l'ergothérapeute peut se situer lors de la resocialisation de la personne « malade difficile ».

Selon le modèle bio-psycho-social, trois paradigmes sont en interaction constante ; le biologique, le psychologique et le social, « permettent d'expliquer et de comprendre les diverses facettes des maladies et des comportements ». (29) Il permet une meilleure compréhension du patient, ainsi que la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales plus adaptées.

La santé est mieux comprise en termes d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux plutôt que des termes purement biologiques. A la même époque où la pensée d'Henri Ey est apparue, l'OMS a défini la santé, sous forme ternaire, comme « un état complet de bien-être physique, mental, et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Paris, 1946). (30) Au niveau de la participation, la prise en compte de déterminants sociaux est importante, notamment en psychiatrie où les patients sont en risque d'exclusion sociale majeure.

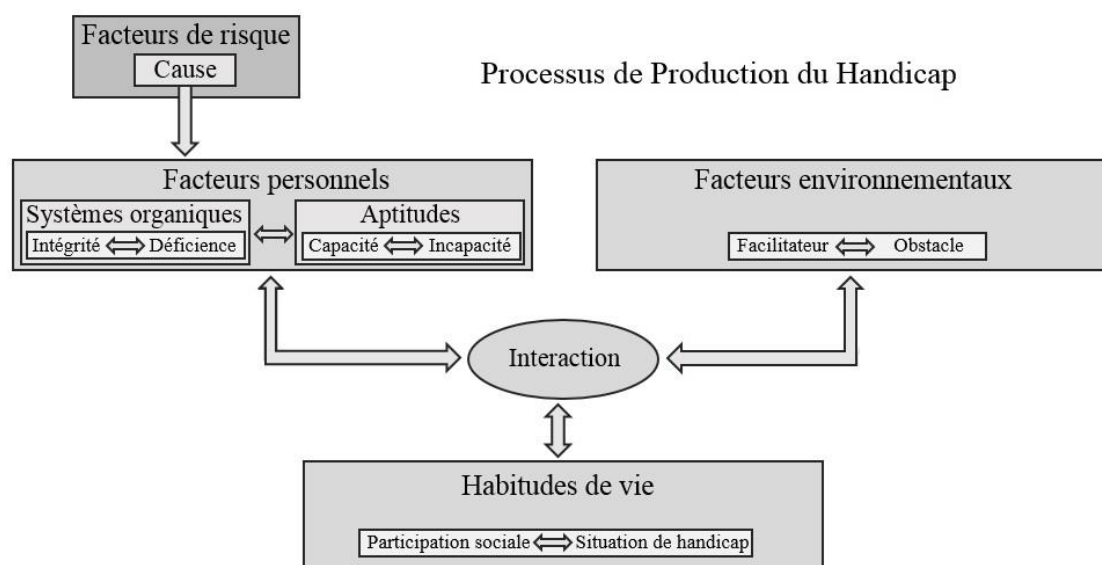
La situation de handicap d'une personne est quant à elle définie comme « le résultat de l'interaction entre ses caractéristiques et un environnement qui peut se comporter comme un obstacle ou comme un facilitateur à sa pleine participation ». (30) Le handicap s'exprime dans l'interaction entre la personne et son environnement à travers les activités et la participation. Les facteurs environnementaux sont également pris en compte dans le modèle bio-psycho-social ; toute unité vivante (cellule, personne) est un système complexe intégrant des sous-systèmes et est, elle-même, la composante d'unités plus larges constituant son environnement. (29)

Prendre en compte de manière simultanée les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la personne et son environnement est complexe. « Le modèle biopsychosocial reste dualiste, car souvent il ne fait que juxtaposer et non réellement intégrer les paramètres biologiques, psychologiques et sociaux. ». C'est dans cette complexité que le travail en interdisciplinarité, sans superposition de l'action des divers intervenants, trouve sa place. (30)

Avec ce modèle bio-psycho-social, les soignants élargissent leurs perspectives dans leur pratique. C'est-à-dire, qu'ils gardent en tête de manière systématique, tout au long du plan d'intervention, que les déterminants de la santé sont multiples et divers. Ils concilient les modalités dites « traditionnelles », visant à modifier les paramètres physiologiques, avec « divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé ». (30)

La prise en compte de déterminants sociaux donne une place importante à la « participation active du patient » (30) et rend les mesures sociales plus adaptées. L'implication de la personne dans le soin est favorisée, car ses attentes et croyances influencent les résultats des traitements. La relation thérapeutique en est modifiée, nécessitant aux soignants de développer des compétences relationnelles et éducatives.

Ce modèle situe, grâce à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, la personne. Elle prend une place de « citoyen », individu dans un environnement, et non pas seulement comme personne handicapée. Ce modèle a pour visée la participation et l'activité.



2. METHODE DE RECHERCHE

Afin de répondre à la question de recherche, une méthode est choisie et est utilisée par l'intermédiaire d'un outil théorisé, construit pour interroger la pratique d'une population déterminée, selon un déroulé précis pour aboutir aux traitements des données obtenues.

2.1. La méthode

L'objet de recherche porte sur un sujet peu étudié. Les UMD étant peu présentes en France, le nombre d'études sur l'intervention de l'ergothérapeute dans la participation sociale des personnes « malades difficiles », dans ce genre d'institution est faible. Une méthode à visée exploratoire est à privilégier, la méthode clinique est donc choisie.

La méthode clinique a pour objectif d'obtenir une situation clinique, permettant de « produire des savoirs sur la relation de la personne au soin à la santé ». L'utilisation de la méthode clinique participe à la compréhension de cas particuliers, les données sont qualitatives, elles dépendent de l'appréciation de la personne interrogée. La recherche par cette méthode se base sur le recueil du récit de la personne dans sa singularité et l'interprétation de celle-ci, pour établir des cas cliniques et étudier leurs transférabilités. Elle a pour but de découvrir dans les paroles de la personne interrogée, des éléments, prévisibles grâce aux axes de recherche (théorie, concept, modèle) ou imprévus, qui permettront d'évaluer la situation clinique.

L'utilisation de la méthode clinique présente plusieurs avantages ; elle favorise la compréhension et l'interprétation des différentes situations, elle étudie chaque cas dans sa globalité, elle permet de révéler l'inattendu. Cependant, le fait qu'elle ne s'intéresse qu'à des cas particuliers renvoie à la limite principale de cette méthode : elle ne permet pas de généraliser les résultats obtenus.

Une seconde étude avec les résultats obtenus pourra être menée pour permettre cette généralisation ; l'utilisation de la méthode expérimentale permet, au moyen d'un questionnaire, de vérifier l'influence de paramètres sur un échantillon de population.

2.2. La population

La population interrogée est composée de différents soignants de l'équipe pluri-professionnelle, travaillant auprès des personnes « malades difficiles » au sein d'un UMD.

Les professionnels interrogés ont une bonne connaissance et compréhension de la problématique des patients et des interventions à développer, ce qui permet de poser des questions techniques. Interroger différents professionnels permet d'avoir différents points de vue de la situation dans différents contextes, selon la spécificité du professionnel. Le « malade difficile » ne peut pas être interrogé, son point de vue ne viendra pas étayer les résultats.

Les professionnels sélectionnés pour répondre à l'enquête exercent au sein de différentes UMD. Ils sont 5 ergothérapeutes et un infirmier exerçant en unité d'activité, les autres professionnels soignants n'ayant pas pu être interrogés.

Cet échantillon a été sélectionné selon les critères d'inclusion suivant :

- Etre diplômé
- Avoir accompagné dans sa pratique actuelle ou antérieure des personnes « malades difficiles » au sein d'une UMD où intervient un ergothérapeute. Les soignants n'ayant pas travaillé avec ce public dans cette institution sont exclus de l'enquête.

2.3. L'outil

L'outil privilégié de la méthode clinique est l'entretien. L'entretien permet la recherche de nouveaux savoirs. Il offre, grâce à des questions ouvertes, une grande liberté d'expression au public interrogé.

Il est guidé par une grille d'entretien (cf. Annexe 2), permettant de le structurer. Elle comporte différentes parties :

- Questions sur les variables interpersonnelles des professionnels interrogés
- Questions sur les caractéristiques de la population prise en soin
- Questions construites avec l'apport de données théorisées ; théories de l'apprentissage, communication, modèle bio-psycho-social, mises en lien avec l'objet de recherche. L'objectif est de connaître quel modèle d'apprentissage est priorisé dans la pratique et de quelle manière, comment cela influence sur la communication et comment la pratique est-elle reliée au Processus de Production du Handicap.

- Question finale reprenant l'objet de recherche permettant d'apporter une réponse plus globale. L'objet de recherche est présenté en fin d'entretien pour éviter les biais.

La grille d'entretien a été élaborée de façon à ce que les questions ouvertes permettent aux différents professionnels interrogés de s'exprimer librement.

2.4. Le déroulement de l'enquête

Une demande aux différents professionnels a été faite avant d'effectuer les entretiens. Celle-ci informe de mon identité et du contexte de l'entretien et demande à la personne son approbation pour effectuer un enregistrement de l'entretien qui sera anonymisé. Cet enregistrement permet de pouvoir être davantage dans la relation avec la personne interrogée favorisant ainsi l'échange. L'anonymat va diminuer l'éventuelle crainte de jugement de la personne interrogée.

La grille d'entretien a été régulée et un entretien d'essai a été effectué, avant les entretiens, afin de faciliter la compréhension des questions et influencer le moins possible les réponses.

Les entretiens n'induisent pas de réponse et sont non directif. Il permet de rester neutre sans émettre de jugement, pour laisser la place à l'interlocuteur d'évoquer ses ressentis ou ses attitudes. Le but de celui-ci est d'être qualitatif.

2.5. Le choix de l'outil de traitement de données

L'analyse des entretiens est réalisée à partir de la matrice théorique (cf. Annexe 3). La matrice théorique, créée à partir des concepts du cadre théorique, permet d'organiser et interpréter les éléments recueillis pour répondre à l'objet de recherche.

L'analyse des entretiens se fera par une analyse longitudinale, puis une analyse transversale.

3. RESULTATS

L'analyse permet de faire ressortir les éléments importants à interpréter pour répondre à la question de recherche. Pour présenter ces éléments une analyse longitudinale permettant de présenter chaque entretien, un à un, sera effectuée, puis une analyse transversale permettant de comparer les éléments apportés dans chaque question. L'analyse transversale sera conduite sous forme de tableaux dans lesquels apparaissent des mots clefs du discours des personnes interrogées.

3.1. Analyse longitudinale

Entretien 1

L'ergothérapeute est une femme qui a obtenu son Diplôme d'Etat en 2005 à l'IFE de Créteil. Elle travaille dans une UMD depuis 2012, au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée d'ergothérapeutes, d'infirmiers, d'ASH, d'une psychologue et d'un cadre de santé. Elle prend en soin un public adulte, dont les 4 cinquièmes sont des hommes et un cinquième des femmes. Les patients accueillis sont pour la plupart diagnostiqués « schizophrènes paranoïde ». Des personnes « état-limites », souffrant de « psychopathies ou de psychose infantile vieillissante » sont aussi présentes. Ils sont institutionnalisés en UMD pour troubles du comportement avec auto et/ou hétéro agressivité, associés souvent à une problématique médico-légale ou suite à une chimiorésistance entraînant une impasse thérapeutique à l'hôpital psychiatrique standard. Elle exerce sous prescription médicale qui donne lieu à une réflexion pluridisciplinaire déterminant les objectifs en lien avec les problématiques du patient. Selon l'ergothérapeute, les difficultés des patients sont : l'acceptation des limites et des contraintes, le respect des conventions sociales, la gestion des relations sociales et la souffrance psychique à l'isolement.

Entretien 2

L'ergothérapeute est une femme qui a obtenu son Diplôme en 2007 à l'HELB à Bruxelles. Elle travaille dans une UMD depuis 10 ans. Elle exerce dans un bâtiment externe aux unités « temps plein », sous prescription médicale, au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée : d'ergothérapeutes, d'aides-soignants, d'infirmiers, ainsi qu'une neuropsychologue, une assistante sociale et les référents psychiatres des unités. Les patients pris en soin sont majoritairement psychotiques. Le motif d'admission des « malades difficiles » est standard à toutes les UMD. L'intervention en ergothérapie est dépendante de l'état clinique du patient. Selon l'ergothérapeute interrogée, les difficultés des personnes hospitalisées sont d'ordre cognitifs et d'ordre social.

Entretien 3

Il s'agit de deux ergothérapeutes qui travaillent ensemble. Ce sont des femmes qui ont obtenu leur Diplôme d'Etat d'ergothérapie en 2001 en Belgique et en 2011 à l'IFE de Nancy. Elles travaillent respectivement dans une UMD depuis 15 et 6 ans. Elles exercent au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers et d'ergothérapeutes offrant des points de vue différents selon la spécificité du métier. Elles reçoivent uniquement des hommes qui sont diagnostiqués : « schizophrènes, psychotiques ou autistes ». Leur intervention fait suite à une prescription médicale, elle dépend de la volonté des patients, leurs prises en soin n'étant pas perçues dans cette UMD comme une obligation de soin. Pour les deux ergothérapeutes, les plus grandes difficultés des patients sont la prise de conscience de la maladie et la gestion des règles.

Entretien 4

L'ergothérapeute est une femme qui a obtenu son Diplôme en 1999 à l'IFE de Rennes. Elle travaille dans une UMD depuis 2003. Elle fait partie d'une équipe pluridisciplinaire composée d'ergothérapeutes, d'infirmiers, d'arthérapeutes, d'éducateurs spécialisés, de psychomotriciens et d'animateurs sportifs. Elle prend en soin sous prescription médicale un public uniquement masculin composé essentiellement de psychotiques, schizophrènes, de personnes ayant des troubles de la personnalité. Les problématiques des patients sont diverses, elles peuvent être des difficultés attentionnelles, des difficultés dans le rapport à l'autre, des difficultés de mise à distance des délires. De ces problématiques découlent des objectifs qui s'affineront au fur et à mesure de l'intervention.

Entretien 5

L'infirmier de secteur psychiatrique est un homme qui a obtenu son Diplôme d'Etat en 1985. Il travaille depuis 1991 dans une UMD, d'abord dans une unité temps plein pour les hommes puis l'unité pour les femmes, il travaille depuis 12 ans en unité d'activité. Il travaille sous prescription médicale, au sein d'une équipe pluri-professionnelle composée d'ergothérapeutes, d'infirmiers DE et de secteur psychiatrique, des ASH, d'une psychologue, de psychiatres, d'un cadre de santé et d'un cadre supérieur. Il intervient auprès d'une population mixte hospitalisée en SDRE. Les patients sont institutionnalisés suite à des actes violents, auto ou hétéro agressifs, suscitant une prise en charge spécifique. Les patients ont pour la plupart un long parcours psychiatrique ou judiciaire. L'intervention permettra d'agir sur les différences de santé et la souffrance psychique de la personne.

3.2. Analyse transversale

Question 1 : Quelles activités proposez-vous dans le cadre de la resocialisation ?	
- Quelles activités proposez-vous ?	
E1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités de groupe et en groupe ▪ Activités créatives (poterie, vannerie) ▪ Activités expressives (sculpture, peinture, chorale) ▪ Activités sportives (badminton, football, piscine) ▪ Activité Compétences : travail des habiletés sociales ▪ Interaction sociale (activité journal) ▪ Relation sociale (activité jardin)
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités de groupe et en groupe ▪ Activités expressives, mise en situation (théâtre) ▪ Activités corporelles (yoga, sophrologie) ▪ Activités de soin personnel (activité cuisine, pâtisserie) ▪ Dixiludo : jeu de conversation
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe ▪ Activités créatives (mobilier en carton, photo, petite menuiserie, macramé) ▪ Activités expressives (dessin, art du cirque, groupe de parole) ▪ Activités ludiques (jeux, puzzle) ▪ Mises en situation (éducation alimentaire) ▪ Dixiludo : jeu de conversation / Activité d'alphabétisation
E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités en groupe ▪ Activités manuelles (cuir, rotin, poterie, jardin) ▪ Activités expressives (arthérapie, chanson, mime, musicothérapie) ▪ Activités sportives (tennis de table)
I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités sportives (badminton, pingpong, football, piscine) ▪ Activités manuelles (peinture, poterie, sculpture, modelage, vannerie) ▪ Activités ludiques (jeux) ▪ Sorties thérapeutiques ▪ Education thérapeutique

L'échantillon interrogé présente des activités de groupe et en groupe, les activités en relation duelle ne sont pas effectuées en UMD. Il est proposé des activités créatives et expressives, ainsi que des activités sportives.

Question 2 : Quelle est l'influence de l'enfermement dans votre institution ?	
- Votre intervention a-t-elle un impact sur l'enfermement ?	
E1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail en institut ▪ Dépendance d'un niveau de vigilance et de sécurité, dû au potentiel agressif ▪ Sorties difficiles, soumises à l'acceptation des médecins et du préfet
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meilleur vécu de la contrainte physique par le patient ▪ Espace différencié offrant plus de marge de liberté et d'autonomie ▪ Ouverture psychique via le développement de la créativité
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sorties thérapeutiques difficiles ▪ Entraînement difficile des habiletés sociales / Réinsertion socio-professionnelle
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Susciter le volontariat du patient ▪ Meilleur vécu du patient ▪ Espace de rencontre
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sorties thérapeutiques difficiles
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meilleur vécu du patient, source d'apaisement ▪ Susciter le volontariat du patient, l'activité n'est pas ici une obligation de soin ▪ Permet l'apaisement des patients
E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proximité des autres ▪ Contrainte de la participation ▪ Présence de règles
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meilleur vécu du patient ▪ Espace d'ouverture à l'autre
I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadre et fonctionnement différence entre unité d'activité, unité temps plein
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mixité hommes-femmes possible en activité ▪ Meilleur vécu du patient ▪ Espace d'ouverture à l'autre

L'enfermement en UMD a un impact sur le comportement de la personne : soit elle est en opposition, soit le cadre est source d'apaisement. Les professionnels interrogés axent leurs interventions sur l'engagement dans le soin et l'implication dans la vie collective au sein de l'UMD, les sorties thérapeutiques étant difficiles. Ils sollicitent la prise de parole de la personne, l'expression de ses choix et la prise de contact. L'espace d'ergothérapie se distingue du reste de l'UMD par son cadre et son fonctionnement offrant une marge plus grande de liberté et d'autonomie.

Question 3 : Quel est le déroulé d'une activité ?	
- Quels sont vos moyens d'apprentissage permettant la resocialisation ?	
E1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil, permettant des interactions sociales spontanées et authentiques ▪ Organisation de l'activité / Cadre spatio-temporel (repères) ▪ Espace de relation : relation soignant-soigné, entre soignants, entre soignés ▪ Type de groupe : groupe semi-ouvert ▪ Expériences variées par le biais d'activités différentes ▪ Processus de changement ▪ Dynamique de groupe ▪ Activité ludique : compétitivité / entraide ▪ Activité jardinage : sentiment d'appartenance au groupe / apport à l'autre
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil ▪ Organisation de l'activité / Cadre spatio-temporel (repères) ▪ Ambiance favorable à la communication ▪ Environnement propice à la communication ▪ Solliciter le volontariat du patient ▪ Positionnement du thérapeute : solliciter, proposer la parole
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil ▪ Organisation de l'activité / Cadre spatio-temporel (repères) ▪ Lieu commun ▪ Groupe ▪ Proposer des situations-problèmes ▪ Confrontation à la réalité ▪ Gestion de la relation ▪ Verbalisation (temps de parole en fin de séance et entretiens)
E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation de l'activité / Cadre spatio-temporel (repères) ▪ Lieu commun ▪ Groupe ▪ Ambiance favorable à la communication ▪ Temps de parole ▪ Dynamique de groupe

I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation du planning et préparation de la séance ▪ Mettre en place des repères temporo-spatiaux ▪ Collaboration des différents professionnels ▪ Participation à l'activité : décision d'équipe et envie du patient ▪ Groupe ▪ Valorisation ▪ Temps de parole / Verbalisation des ressentis ▪ Travail en amont de stabilisation de l'état clinique ▪ Développement et maintien des acquis par les biais des ateliers et des sorties
----------	--

Le groupe de professionnel interrogé est attentif à ce que l'activité se réalise dans un lieu et des horaires délimités. Ils proposent différentes activités dans un cadre dédié sécurisé permettant des interactions sociales. Chaque groupe est composé d'une dizaine de personnes encadrées par deux professionnels, dont le professionnel interrogé.

La resocialisation est favorisée par la communication et par la dynamique de groupe autour de l'activité.

Question 4 : Comment communiquez-vous avec la personne ?	
E1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centré sur la personne ▪ Positionnement du thérapeute : accompagner, soutenir, encourager, stimuler, rassurer Etre présent tout en sachant se retirer ▪ Relation de confiance ▪ Relation d'aide
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptée à l'état clinique et au comportement de la personne ▪ Cadre (dynamique Environnement / Personne / Activité) ▪ Prise en compte du patient en tant que personne ▪ Relation de confiance / vigilance ▪ Evolution de la relation
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vouvoiement systématique ▪ Distance thérapeutique adaptée
E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptée aux capacités/incapacités de la personne (dépendant de la pathologie) ▪ Vouvoiement systématique ▪ Respect de la personne / Prise en compte du patient en tant que personne

I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépendant de la personne, de son degré d'enfermement psychique ▪ Dépendant de la relation à soi et de relation à l'autre ▪ Evolution de la relation ▪ Communication par le biais d'un médiateur : l'activité
----------	---

Obtenir une communication avec la personne prise en soin est un élément clef de l'intervention ergothérapique. Les professionnels prenant en compte l'état clinique de leurs interlocuteurs, cherchent à favoriser la relation par une écoute tout en respectant une distance thérapeutique. Ils créent un environnement favorable aux liens sociaux, proposent des activités qui permettent ces liens, où il peut y avoir une communication entre les personnes. Au fil des séances, les relations évoluent. La communication est favorisée par le soin de l'activité mise en place dans un cadre sécurisé.

Question 5 : Observez-vous des changements chez la personne en rapport avec la resocialisation ? Lesquels ?	
E1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la communication ▪ Ouverture à l'autre ▪ Apaisement dans les relations sociales ▪ Relations durables, possible transfert hors du cadre de l'UMD
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habituation ▪ Evolution du lien social ▪ Ouverture à l'autre ▪ Stabilisation de l'état clinique / Apaisement
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modification du comportement ▪ Ouverture à l'autre ▪ Intégration dans le groupe
E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evolution du lien social, amélioration de la confiance ▪ Amélioration de la communication ▪ Augmentation d'interactions sociales ▪ Intégration dans le groupe
I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de l'estime de soi ▪ Augmentation des prises d'initiatives ▪ Amélioration du rapport à soi et du rapport à l'autre ▪ Amélioration de la communication

L'ensemble de l'échantillon décrit une évolution positive de la personne dans le cadre de ses relations sociales. Les patients se stabilisent et s'ouvrent aux autres par le développement de la confiance, l'adaptation de leur comportement et de leur positionnement par rapport à l'autre, leur intégration dans la collectivité.

Questions 6 : - Selon vous, comment peut-on permettre la resocialisation ?	
- Selon vous, comment peut-on améliorer la resocialisation ?	
E1	<p>Première partie non posée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien de la stabilisation du patient et de l'ouverture aux autres ▪ Transferts des acquis à l'extérieur ▪ Collaboration avec l'équipe d'origine
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Environnement dédié ▪ Proposition d'activités différentes, varier les contextes ▪ Induire la communication
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter les sorties thérapeutiques
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des situations de la vie quotidienne sur les différentes unités ▪ Positionnement du thérapeute : susciter le dialogue, donner la parole ▪ Apprentissage pour : s'affirmer / défendre ses choix / gérer la relation ▪ Ajuster la communication verbale et non-verbale ▪ Ecoute, empathie du thérapeute avec maintien d'une vigilance ▪ Posture du thérapeute ▪ Transdisciplinarité ▪ Offrir plus de marge de liberté et d'autonomie (place de l'erreur) ▪ Permettre l'émergence d'un plaisir (plaisir de faire et devenir de l'objet)
E3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir une ouverture à l'extérieur (sorties, entrée des personnes dans l'UMD) ▪ Déstigmatiser
E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permettre des expériences variées par le biais d'activités différentes ▪ Activités de remédiation cognitive ▪ Positionnement du thérapeute : instaurer la communication ▪ Transférer les acquis
E4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réhabilitation psycho-sociale ▪ Développer des situations de la vie quotidienne (confrontation à la réalité)

I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer différentes activités ▪ Travail en amont de stabilisation de l'état clinique ▪ Pluridisciplinarité (Traitements médicamenteux / Service social) ▪ Maintenir les liens avec l'extérieur ▪ Maintien des acquis
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désigmatiser (l'image de patients dangereux au niveau de l'équipe d'origine)

Les professionnels interrogés considèrent que la resocialisation peut être améliorée en développant les outils mis en place dans leur secteur : varier les activités proposées, faire des liens entre les activités et l'extérieur, maintenir les relations avec l'environnement extérieur de la personne. Construire un accompagnement thérapeutique avec les professionnels extérieurs, apparaît comme une nécessité permettant la continuité du travail de resocialisation.

4. DISCUSSION

L'objectif de cette partie est de reprendre et d'analyser les propos recueillis au cours des entretiens pour répondre à la question de recherche : **En quoi l'ergothérapeute peut-il intervenir dans la resocialisation des malades difficiles institutionnalisés en UMD ?**

4.1. Interprétation des résultats

Grâce aux matrices conceptuelles (cf. Annexe 3), des liens sont relevés entre le discours des personnes interrogées et les axes théoriques utilisés. Ils vont pouvoir apporter des éléments de réponse à la question de recherche.

4.1.1. Liens avec les théories de l'apprentissage

L'apprentissage de la resocialisation est réalisé dans un « environnement sécuritaire à maintenir ». L'ergothérapeute 1 évoque l'« exigence dans le contrôle de la sécurité » à maintenir et la mise en place de « règles explicites : un lieu et des horaires ». L'infirmier dit que chaque activité « garde un cadre, une référence, un repère pour les patients ». Le maintien d'un cadre sécurisé avec la mise en place de règles se retrouve dans la théorie béhavioriste. Le temps d'accueil, le temps de pause, le temps de parole ou de partage autour d'un café en fin de séance marquent cette organisation de l'activité, la mise en place d'un cadre spatio-temporel. L'environnement est pris en compte ce qui rentre aussi dans le modèle constructiviste. Les différents professionnels tiennent compte de l'enfermement physique, notamment en exprimant la difficulté d'effectuer des activités à l'extérieur. L'environnement social est aussi défini ce qui rentre en compte dans le socio-constructivisme. L'ergothérapeute 1 décrit que « la taille des groupes varie de 3 à 12 patients ». Pour permettre la resocialisation, il est « créé un environnement, qu'on essaye le plus propice à la communication », il est offert un « moment convivial, propice à la communication ». Ce dernier élément rentre aussi en jeu dans le socio-constructivisme.

Les thérapeutes proposent de multiples activités : des activités créatives tel que la sculpture, la peinture et le macramé, des activités expressives comme le théâtre, la chorale, l'activité mime. Ils proposent des situations variées permettant l'apprentissage grâce à de multiples activités, ce qui est en lien avec la théorie constructiviste. « Les activités seront différentes parce qu'on va leur proposer des expériences différentes » « selon l'expérience qu'on vit, on s'autorise à changer ou pas ». Il ressort du troisième entretien, la mise en place de situations problèmes créant un déséquilibre : « on les met volontairement de tel sorte qu'ils s'entendent moins bien

avec les autres, pour leur apprendre, pour les éduquer » « on les met face à leur réalité en les faisant réfléchir à la bonne attitude à avoir ». Ces situations permettent une confrontation du patient à la réalité, ce qui est décrit dans le constructivisme, le patient « réfléchit à la bonne attitude à avoir ». Au fur et à mesure des expériences les relations sociales du patient évoluent, les résultats de son apprentissage peuvent être transférés à l'extérieur de l'UMD via les sorties thérapeutiques, ce qui correspond au constructivisme.

Les thérapeutes proposent des activités de groupe permettant la resocialisation, ce sont des « activités en groupe, de groupe qui vont faire qu'on travaille les interactions sociales ou les relations sociales ». Le groupe est un moyen utilisé dans le socio-constructivisme. En effet « il y a des interactions sociales qui sont plus ou moins importantes, plus ou moins utilisées comme moyens thérapeutiques », « l'expérience de la resocialisation » permet le processus de changement. Le patient développe ses interactions sociales grâce aux échanges avec le thérapeute et avec les patients. L'ergothérapeute 1 l'illustre par l'activité jardin, elle décrit un « échange de savoir entre patients, entre celui qui sait désherber, celui qui sait bêcher [...] interactions qui permettent d'être complémentaire ». L'apprentissage de la resocialisation est permis par cette dynamique de groupe. L'ergothérapeute 4 exprime que par l'activité de groupe, le patient va pouvoir « tester leurs relations et apprendre à faire avec les autres », ils vont pouvoir « s'intégrer au sein d'un groupe et pouvoir adapter leur relation aux autres ». Les changements chez la personne, permis par la resocialisation, sont décrits par l'ensemble des thérapeutes en termes de comportements observables, correspondant à une vision behavioriste. Leur positionnement consiste à « réussir à être assez présent tout en réussissant à se retirer quand il le faut pour laisser la place au patient ». Ce qui correspond au positionnement du formateur dans le constructivisme.

Les professionnels s'accordent sur l'importance de prendre en compte la motivation du patient dans une structure où l'activité est une obligation de soin, « c'est le patient qui choisit l'activité ». Et lorsqu'elle est absente, susciter la motivation, permettre l'engagement dans le soin, permettre à la personne de « trouver des centres d'intérêt ». Le thérapeute « accompagne, soutient, encourage, stimule et rassure » le patient lors de l'activité. Le rapport avec la motivation apparaît dans le constructivisme et le socio-constructivisme.

L'ensemble des professionnels est cohérent par rapport aux théories de l'apprentissage. Il y a d'abord une prise de connaissance de l'activité par la personne dans un lieu sécurisé, cadrant, puis une mise en groupe permettant les échanges avec les thérapeutes et entre patients effectuée dans différents contextes, dans différentes activités. Il est important que les activités proposées soient en lien avec le vécu, le projet de la personne.

4.1.2. Liens avec la communication

Toutes communications comportent un interlocuteur, un média et un récepteur.

L'ensemble des professionnels interrogés s'accorde à dire que, pour transmettre l'information, il est important de prendre en compte l'état de réceptibilité de la personne. L'infirmier énonce que la communication est dépendante de la personne, qu'elle « peut-être une discussion entre individus parce qu'il y a un accès à la parole, il y a un accès au relationnel » ou lorsque la personne « est fermée, dans son délire, dans ses interprétations » la communication se fait « de manière plus progressive » avec l'utilisation de « biais » qui « sont, entre autres, les activités en ergothérapie, où tu utilises un médiateur ». Le thérapeute doit adopter une « attitude d'écoute et d'empathie » pour favoriser la communication.

La qualité de la communication est en lien avec l'activité. Elle dépend de l'environnement sécuritaire, du groupe, de l'ambiance « moment convivial propice à la communication » et de l'activité réalisée. Elle dépend aussi du vocabulaire utilisé, les ergothérapeutes du troisième entretien parlent de vouvoiement. Les professionnels interrogés prennent soin de s'adapter aux capacités de la personne. L'ergothérapeute 4 l'illustre : « pour les schizophrènes, les mots, les phrases sont plutôt courtes, limités, car ils ne peuvent pas intégrer trop d'information à la fois ». En retour, les patients pourront opter pour une communication non-verbale (activités créatives) ou une communication verbale (activités expressives).

A travers la qualité de ces retours, les professionnels peuvent constater que la communication a été établie. Le patient « se comporte bien, il a des échanges avec les autres, des interactions, il se plaît dans le groupe, il trouve sa place » (E3).

Au fur et à mesure des échanges, les professionnels assistent à une évolution de la relation des patients, ils se développent par la communication. Les professionnels interrogés rapportent un état d'apaisement de la personne et une ouverture à l'autre marquée par un changement identitaire « meilleur estime de soi » (I), territorial, relationnel « prise d'initiative » (I) et

conatif « entraide » (E1). Les ergothérapeutes de l'entretien 3 décrivent : « on les pousse à prendre la parole et à se positionner, on leur apprend à avoir un avis sur les choses, à pouvoir les défendre mais aussi accepter que les autres puisse avoir un avis différent ».

L'activité sportive proposée par l'infirmier apporte une communication différente : le patient est en interaction constante avec les autres joueurs, avec l'entraîneur. Cette activité est originale pour solliciter la communication et favoriser la resocialisation.

4.1.3. Liens avec le Processus de Production de Handicap

L'échantillon de personne interrogées s'accorde sur l'importance de la personne, de son environnement et de ses habitudes de vie, lors de son accompagnement, critères présentés dans le PPH.

Le modèle Processus de Production du Handicap en tant que modèle bio-psycho-social prend en compte de manière simultanée les trois composantes de la personne ; biologique, psychologique et sociale. Pour présenter les difficultés des personnes institutionnalisées, les thérapeutes parlent des différentes composantes en faisant des liens. Ils parlent de « difficultés cognitives », de difficultés d'« acceptation des limites et des contraintes », de « souffrance psychique due à l'isolement et à l'activité délirante, symptômes négatifs », de « potentiel agressif », « d'enfermement du patient sur lui-même », de difficulté dans le respect « des conventions sociales », de « difficulté relationnelle », « d'incapacité à être en groupe » De plus, il est important d'avoir l'aval du médecin psychiatre, pour entamer une activité avec le patient. En effet il est important de savoir si, en dehors de son état justifiant de son enfermement, il n'y a pas de maladie associée pouvant surajouter de l'angoisse.

Il est important de tenir compte des facteurs facilitateurs et des facteurs obstacles de l'environnement. La resocialisation ne sera possible que si elle s'appuie sur des facteurs facilitateurs pour la personne : son vécu, « garder des acquis du patient s'il y a déjà eu une expérience professionnelle [...] essayer de maintenir des liens » (I), une situation valorisante. On retrouve l'influence de l'environnement et plus précisément l'influence de la contrainte physique sur les patients dans les réponses des professionnels interrogés. On peut distinguer deux environnements différents, l'unité temps plein et l'unité d'activité. L'ensemble des thérapeutes évoque un « mal vécu » plus important en unité temps plein, « l'enfermement physique, réel, concret est pour la majeure partie des patients très mal vécu » (E1),

l'environnement apparait ici comme élément obstacle à la participation. L'espace de l'ergothérapie est, quant à lui, vécu comme « l'espace différencié, l'espace où ils ont accès à un peu plus de marge, de liberté, d'autonomie ». Il apparait comme un facilitateur dans ce lieu d'enfermement. L'ergothérapeute 2 exprime un « apaisement », un côté « plus serein » en unité d'activité, pour l'ergothérapeute 4, « quand ils parlent de l'activité, ils parlent d'une bulle d'oxygène ». Ces réponses montrent bien que la participation sociale dépend des caractéristiques de la personne en interaction avec son environnement.

L'ergothérapeute va permettre le développement de la personne par l'agir en proposant des activités de groupe « dans un groupe, il y a des interactions sociales » (E1) et en veillant à la participation des personnes. Ces activités de groupe peuvent proposer des expériences différentes ; « une activité ludique » permettra de travailler « la compétitivité [...] l'entraide en équipe » alors que « dans un atelier jardinage [...] ce sera le sentiment d'appartenance au groupe [...] échange de savoirs »

Enfin, les habitudes de vie antérieure de la personne sont à prendre en compte, surtout celles qui sont favorables à la resocialisation. Même si cela n'a pas été explicitement formulé par l'échantillon, en aucun cas l'activité doit raviver une situation pouvant nuire à l'équilibre émotionnel de la personne. L'activité doit participer à la construction de nouvelles habitudes de vie pour la personne. Pour l'ergothérapeute 1, l'activité de groupe est « un premier niveau de réinsertion sociale [...] en lien avec le travail sur la sortie de l'UMD », ces activités permettent de « tisser des liens », « ça peut aller [...] promesse de garder contact à l'extérieur et de s'entraider ». C'est dans la volonté de la continuité des nouvelles habitudes de vie acquises en UMD, d'un transfert des acquis, qu'un travail pluridisciplinaire entre en jeu avec les équipes d'origine.

D'autres activités, comme l'activité « compétence » vont permettre le travail sur « les habiletés sociales » (E1), comme l'activité « alphabétisation [...] à compter, pour se débrouiller dans la vie de tous les jours » (E3) leur seront utiles dans leur avenir.

4.2. Réponse à la question de recherche

Compte tenu des réponses des professionnels interrogés, il apparaît que, dans la resocialisation des « malades difficiles » en UMD, les ergothérapeutes interviennent en privilégiant l'utilisation d'activités de groupe variées motivantes pour la personne, dans un cadre sécurisé défini.

Les « malades difficiles » sont des êtres humains à part entière, avec leurs questions et leurs conflits, mais également leurs acquis, leurs expériences et leur intelligence. Tout en tenant compte de l'état clinique, des troubles de la personne et de son vécu, les ergothérapeutes permettent une amélioration des rapports de la personne à soi et aux autres, par le moyen des activités de groupe. Le développement relationnel ne peut exister seul. La mise en place d'une communication avec le thérapeute, ou entre patients, permet un développement identitaire (affirmer et construire sa personnalité), territorial (défendre et délimiter sa sphère personnelle), relationnel (entrer en et gérer la relation et ses risques psychologiques par, par exemple, la prise d'initiative) et conatif (chercher à agir avec/sur son interlocuteur). Par l'échange dans les activités de groupe et lors des moments d'échange libre, le patient construit son instrument psychologique qui structure sa pensée lors d'interactions. L'ergothérapeute propose un espace sécurisé permettant cette communication en prenant en compte l'état de réceptibilité de la personne.

L'ergothérapeute propose de multiples activités créatives et expressives à la personne dans le but de l'amener à utiliser un matériel lui permettant de vivre des expériences indispensables à son développement, de favoriser ses échanges et l'ancrer dans la réalité. Il doit savoir être présent tout en sachant se retirer pour laisser la place à la personne. Les patients choisissent leurs activités dans un panel proposé. Les ergothérapeutes suscitent l'intérêt de la personne pour une communication et favorisent ses demandes, afin que l'activité soit motivante pour elle. La présence de l'autre est alors moins angoissante pour le patient car elle œuvre pour l'obtention de ses propres souhaits. L'ergothérapeute est à l'écoute des besoins et des envies du patient. La relation évolue. Un des principaux principes de l'intervention en ergothérapie est d'adapter la prise en soin au cas par cas avec des réorientations et réajustements au cours des séances. Les activités permettent, par les échanges verbaux et non-verbaux, une ouverture. Lorsque l'état de réceptivité de la personne limite sa participation et son engagement dans des activités expressives, l'ergothérapeute propose d'autres activités faisant appel à la créativité. Il peut aussi

proposer des activités spécifiques favorisant le développement des habiletés sociales utiles à la resocialisation.

L'ergothérapeute met en confiance le patient tout en lui faisant accepter les règles du cadre. Le vécu négatif de la contrainte physique et de l'aspect contrainte de soin est diminué. La personne n'est alors plus en opposition au soin. Le cadre, offrant des repères aux patients, devient source d'apaisement permettant la stabilisation de la personne. L'ergothérapie permet ainsi de sortir la personne de son enfermement psychique, en vue de la possibilité d'être en interaction sociale. L'espace de l'ergothérapie apparaît comme un espace différencié où la personne se sent écoutée, soutenue, libre dans ses choix, acteur de ses soins. Elle vivra l'enfermement autrement, non pas comme une punition, mais comme un soin apporté à ses troubles en ayant à l'esprit (pour ceux qui le pourront) la possibilité de sortir. L'acceptation des règles de fonctionnement du cadre permet la construction d'un projet viable une fois à l'extérieur.

Il est important que l'ergothérapeute travaille en lien avec tous les professionnels afin de construire un projet individualisé pour le patient et favoriser sa resocialisation. Dans un premier temps, l'ergothérapeute travaille la participation sociale au sein de la structure lors d'activités de groupe. Puis dans un deuxième temps, il prépare à la sortie en travaillant les habiletés sociales, l'alphabétisation, ce qui permettra de se débrouiller dans la vie de tous les jours. L'ergothérapeute travaille à la construction de nouvelles habitudes de vie. Cela est permis aussi par des sorties thérapeutiques (non effectuées pour les détenus). Mais celles-ci sont difficiles à mettre en place car sous la réserve des accords du médecin et du préfet.

L'échantillon interrogé est satisfait du travail réalisé. Il est vrai que les notions d'espace dédié, de cadre sécurisé, de communication adaptée et d'activités choisies sont des critères favorables à la resocialisation. Il apparaît que pour favoriser l'exercice de l'ergothérapeute, les activités doivent être choisies par le patient, puissent être changées au cours de l'accompagnement et surtout puissent avoir un objectif de sortie effective pour certains patients.

4.3. Critiques et limites de la méthode

Les réponses obtenues doivent être nuancées pour plusieurs raisons.

Premièrement, tous les professionnels constituant une équipe ne sont pas représentés, ce qui ne permet pas d'avoir une vision de la prise en soin de la personne « malade difficile » dans sa globalité. Il aurait été intéressant de mener une investigation plus large, auprès de professionnels plus nombreux. L'étude ne permet pas de mettre en avant une vision pluridisciplinaire de la resocialisation des « malades difficiles » en UMD. L'étude se focalise davantage sur la vision des ergothérapeutes.

Deuxièmement, les questions sont souvent trop générales et donc pas toujours comprises. Les ergothérapeutes interrogés ont eu des difficultés à répondre à ces questions qui visaient à convenir à l'ensemble des professionnels et ne pas influencer la personne dans ses réponses. Cette première expérience d'utilisation de méthode et d'outils de recherche me montre l'importance d'être claire et précise dans la construction de la grille d'entretien. En effet, certaines questions comportent un biais, tel que la question « Observez-vous un changement chez la personne en rapport avec la resocialisation ? » présuppose que les réponses doivent décrire des comportements observables ce qui fait du lien uniquement à une seule théorie de l'apprentissage, le béhaviorisme.

L'utilisation de l'outil de l'entretien apporte un échange riche, toutefois l'échange téléphonique est difficile. Dans une autre étude, il sera privilégié de rencontrer les personnes afin de favoriser l'utilisation de questions de relance.

Troisièmement, les professionnels interrogés ne se positionne pas clairement dans les concepts. Il ressort tout de même que les notions du cadre théorique (théories de l'apprentissage, communication et Processus de Production du Handicap) sont bien présentes lors de la resocialisation des personnes « malades difficiles » en UMD. Il est difficile de donner une réponse en vue de ces concepts. De plus, après recueil et analyse des données, certains concepts apparaissent qui auraient pu être abordés dans le cadre théorique tel que les théories de l'accompagnement (guidage, relation d'aide, médiation).

4.4. Apports et limites des résultats pour la pratique professionnelle

La généralisation des résultats n'est pas possible en vue de la méthode utilisée. Il serait donc intéressant de poursuivre ce travail de recherche en modifiant les modalités de recueil de données.

La resocialisation, intervenant dans la participation sociale, est importante en UMD en vue des problématiques rencontrées par les personnes institutionnalisées. Cette enquête a permis de mettre en évidence certains points permettant de mieux comprendre la pratique de l'ergothérapeute au sein de l'UMD dans le cadre de la resocialisation.

Ce travail permet de montrer l'importance de l'ergothérapie dans la resocialisation en UMD. Il apporte des informations aux ergothérapeutes et futurs ergothérapeutes, ainsi qu'aux autres professionnels. Cet écrit vise à être un support apportant des éléments de compréhension, les résultats sont à visées informatives.

Ce mémoire d'initiation à la recherche apporte des données importantes, car peu d'écrits existent sur ce sujet. Ainsi ce travail participe à la promotion de l'ergothérapie en UMD. Il peut participer aussi à la déstigmatisation de ce lieu de soin où les personnes sont, trop souvent, décrites comme des « fous dangereux ».

4.5. Perspectives de recherche à partir des résultats

Il serait intéressant de poursuivre ce travail en s'interrogeant sur la pratique d'autres ergothérapeutes ne travaillant pas en UMD, afin de comparer les pratiques et relever la spécificité de l'ergothérapeute auprès des « malades difficiles », en rapport avec la participation sociale.

Il serait aussi intéressant, à partir de ses résultats, de construire un questionnaire en lien avec la méthode expérimentale pour obtenir des résultats mesurables, pouvant être probants.

Tout au long de ce travail, certaines questions se sont posées pouvant ouvrir la recherche sur d'autres points. L'échantillon de professionnels décrit que l'intervention de l'ergothérapeute en UMD obtient des résultats positifs sur la personne. Il serait bon de s'interroger sur les possibilités de prolonger et consolider ces résultats à la sortie de l'UMD grâce à un travail pluridisciplinaire. Dans ce sens, étudier comment permettre la déstigmatisation du « malade difficile » à l'extérieur de l'UMD.

Bibliographie

1. ANFE.fr. Définition [Internet]. 2016 [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
2. Bastianelli M. Adolescents en psychiatrie : un travail sur les limites. *Lett Enfance Adolesc.* 2002;no 48(2):83-9.
3. Roelandt J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;me 85(6):525-35.
4. La Contrainte : un outil de soins en psychiatrie - document [Internet]. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00684124/document>
5. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. | Legifrance [Internet]. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065611&dateTexte=20050725>
6. PGV - Etablissement Public de Santé Paul Guiraud [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.ch-pgv.fr/index2.php?goto=Secteur%2094D00%20-%20UMD%20\(Unit%E9%20pour%20Malades%20Difficiles\)](http://www.ch-pgv.fr/index2.php?goto=Secteur%2094D00%20-%20UMD%20(Unit%E9%20pour%20Malades%20Difficiles))
7. Roth È-M, Heitzmann E. Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles). *Travailler.* 23 janv 2008;(19):81-102.
8. Ferri T. Qu'est-ce que punir? Du châtimeut à l'hypersurveillance. Paris: L'Harmattan; 2012. 249 p. (Questions contemporaines).
9. Inovagora. Modalités de soins en psychiatrie - Droits en psychiatrie - Psycom [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie>
10. Psychiatrie : de la médecine des fous à celle de l'esprit [Internet]. Futura-science.com. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.futura-sciences.com/sante/actualites/medecine-psychiatrie-medecine-fous-celle-esprit-36691/>
11. Bourgin E. L'ergothérapie en Unité pour Malades Difficiles Un vecteur d'intégration d'habiletés sociales ? [Internet] [Mémoire]. [Rennes]: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2010. Disponible sur: <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/bourgin-elise.pdf>
12. Pradel J. Droit pénal général. Paris: Éd. Cujas; 2014. 777 p.
13. Salvi F. Un espace d'ouverture dans une Unité pour Malade Difficile [Internet] [Mémoire]. [Rennes]: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2002. Disponible sur: <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/umd.pdf>

14. Le quotidien des soignants en unité pour malades difficiles (UMD) [Internet]. Infirmiers.com. 2009 [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/le-quotidien-des-soignants-en-unite-pour-malades-difficiles-umd.html>
15. Delarue J-M. Unités pour malades difficiles de Sarreguemines (57) [Internet]. Sarreguemines (57): Unités pour malades difficiles; 2009 juill [cité 22 oct 2016] p. 40. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/10/UMD-Sarreguemines-visite-final-10-05-03.pdf>
16. Oméga de base [Internet]. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>
17. Doloue C. Parenthèse dans une vie...? Accompagnement de personnes hospitalisées de longue date en Unités pour malades difficiles [Internet] [Mémoire]. [Paris]: Institut de formation en Ergothérapie de Paris (ADERE); 2009. Disponible sur: <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/doloue.pdf>
18. Poriel G. Ergothérapie et participation sociale: quels liens pour quelle pratique ? ErgOTHérapies. 26 févr 2017;(61):9.
19. Friard D. Réflexions autour des activités psychosociothérapeutiques [Internet]. 2017 [cité 26 févr 2017]. Disponible sur: http://www.serpsy.org/piste_recherche/mediations/groupe_socio_4.html
20. Code de la santé publique - Article L326. Code de la santé publique.
21. OMS | Organisation mondiale de la Santé [Internet]. WHO. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/>
22. L'évolution des théories de l'apprentissage à l'ère du numérique [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.epi.asso.fr/revue/articles/a1502b.htm>
23. Barnier G. Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement [Internet]. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: http://www.ac-nice.fr/iencagnes/file/peda/general/Theories_apprentissage.pdf
24. Les théories de l'apprentissage : enseigner / apprendre (Pascal Ourghanlian) [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://dcalin.fr/cerpe/cerpe12.html>
25. Dechambre D. La communication ; Des silences, des gestes, des paroles : LA RELATION ! ErgOTHérapies. sept 2005;(19):7.
26. Introduction à la communication: Taxinomies des fonctions communicatives [Internet]. [cité 20 avr 2017]. Disponible sur: <http://faculty.georgetown.edu/spielmag/docs/comm/commfonctions.htm>

27. Haristoy C. L’outil de communication technologique : un moyen de reprendre des décisions pour les personnes atteintes du Locked-in syndrome [Internet] [Mémoire]. Faculté de Médecine, Université d’Auvergne; 2015 [cité 26 févr 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219475/document>
28. Le MDH-PPH | Réseau international sur le Processus de production du handicap [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/mdh-pph>
29. Modelo biopsicosocial [Internet]. [cité 26 févr 2017]. Disponible sur: http://copro.com.ar/Modelo_biopsicosocial.html
30. Netgen. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu’un supplément d’empathie [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>

Annexes

Annexe 1 : Enquête exploratoire.....	48
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	49
Annexe 3 : Matrice théorique.....	50
Annexe 4 : Entretien 1	54
Annexe 5 : Entretien 2	60
Annexe 6 : Entretien 3	66
Annexe 7 : Entretien 4	71
Annexe 8 : Entretien 5	75

Annexe 1 : Enquête exploratoire

Première enquête exploratoire.

Bonjour,

Actuellement étudiante en 3ème année à l'IFE de Marseille, dans le cadre de mon mémoire, je m'interroge sur la prise en soin de « malades difficiles » dans un lieu d'enfermement tel que l'UMD.

Vous est-il possible de répondre aux questionnaire ci-dessous ?

Je vous remercie d'avance de votre participation et du temps accordé à mon travail. Cela me permettra d'avancer dans mes réflexions et dans ma démarche de recherche.

Cordialement.

Quel est votre milieu d'exercice ?

Quelle est votre profession ?

Avec quels professionnels travaillez-vous ?

Selon vous, quels sont les différences entre votre pratique professionnelle et celles de vos collègues ?

Quelle est votre spécificité dans la prise en soin de malades difficiles dans ce milieu ?

Quelles activités sont proposées dans votre milieu d'exercice ? (Veuillez spécifier le nom des activités, et de quels types elles sont ; artisanales, projectives, médiatrices ... et en quoi ? Merci d'ajouter leurs apports dans la prise en soin)

Quels sont vos autres outils ? Quelles techniques de prise en soin utilisez-vous ?

Quelle approche utilisez-vous ? Quel modèle conceptuel utilisez-vous ?

Selon vous, quelle est la nécessité de l'enfermement chez des personnes psychotiques potentiellement agressives ?

Comment influence l'enfermement dans votre intervention ? Est-ce un outil ?

Selon vous, que provoque l'enfermement chez le malade difficile ?

Avez-vous des remarques à formuler ?

Accepteriez-vous un entretien ? Si oui, pouvez-vous me transmettre votre mail ?

Je vous remercie d'avoir compléter ce questionnaire.

Questions de la deuxième enquête exploratoire.

- Quelles populations prenez-vous en charge ? (pathologie, âge, sexe ...)

.....

- Quels sont les objectifs d'accompagnement en ergothérapie ?

.....

- Quelles sont vos difficultés principales ?

.....

Annexe 2 : Grille d'entretien

Bonjour,

Je suis étudiante en troisième année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je vous sollicite pour un entretien téléphonique qui sera enregistré et rendu anonyme (comme convenu avec vous).

- Quelle est votre profession ?
- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Depuis quand exercez-vous dans l'institution ?
- Avec quels professionnels exercez-vous ?

- Quelle population recevez-vous ?
- Pour quelles raisons les personnes arrivent-elles dans votre service ?
 - Quelle sont leurs plus grandes difficultés ?
 - Quels sont les objectifs principaux de la prise en soin des malades difficiles ?

- Quelles activités leurs proposez-vous dans le cadre de la resocialisation ?
 - Quelles sont les activités proposées ?
- Quelle est l'influence de l'enfermement dans votre intervention ?

- Quel est le déroulé d'une activité ?
 - Comment permettez-vous la resocialisation dans votre pratique ?
 - Quels sont vos moyens d'apprentissage permettant la resocialisation ?

- Comment communiquez-vous avec la personne ?
- Observez-vous des changements en rapport avec la resocialisation chez les « malades difficiles » ? Lesquels ?

Merci d'avoir répondu à ces questions. Avant de se quitter permettez-moi de vous poser une dernière question.

- Comment peut-on améliorer la resocialisation ?
 - Comment peut-on permettre la resocialisation ?

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu m'accorder.

- Avez-vous autre chose à ajouter ?
- Souhaitez-vous que je vous fasse parvenir les résultats de mon enquête ?

Annexe 3 : Matrice théorique

Critères	Indicateurs	Indices
<u>Théorie de l'apprentissage : Béhaviorisme</u>, John Watson, 1913		
Stimulus	Gestion des besoins en savoirs	Définition de connaissances à acquérir en termes de comportements observables pour un public
	Procédure d'acquisition de compétences	Transmission de savoir-faire : - émission du stimulus par instruction - méthodes : conditionnement (relation verticale) L'apprentissage est gradué : - présence de paliers - renforcements positifs et renforcements négatifs en cas d'erreur
	Positionnement du formateur en expert	Positionnement en « maître rayonnant et dominant », plutôt directif
Boîte noire	Positionnement du formé en agent	Le formé exécute ce qu'on lui demande pour devenir compétent (il écoute, regarde, réagit et tente de reproduire)
Comportement	Développement des compétences	Le sujet agit dans un but précis Etude de comportements observables (non prise en compte des structures mentales)
<u>Théorie de l'apprentissage : Constructivisme</u>, Jean Piaget, 1950		
Schème	Gestion des besoins en savoirs	Ajustement des savoirs aux besoins du formé Echange et co-construction des objectifs (relation horizontale)
Objet	Procédure d'apprentissage	Mise en place de situations problèmes (création d'un déséquilibre) Proposition de situations variées Prise en compte de l'environnement Prise en compte des variables individuelles pouvant influencer la manière dont le formé traite l'information : - la motivation L'erreur est formative
	Positionnement du formateur	Le formateur régularise les savoirs et action, il est gestionnaire des apprentissages, il « guide, anime, dirige, conseille, explique, régule » Utilisation d'outils coopératifs avec le formé
	Positionnement du formé en acteur	Exécution d'une procédure choisie après validation
Processus d'adaptation	Développement des compétences	Activité de l'apprenant « activité de manipulation d'idées, de connaissances, de conceptions ». Réflexion sur l'action par le formé Assimilation / Accommodation L'apprenant construit sa réalité au fur et à mesure qu'il apprend, en se basant sur ses perceptions d'expériences passées Possibilité de transposer un mode d'action à une autre situation

Critères	Indicateurs	Indices
<u>Théorie de l'apprentissage : Socioconstructivisme</u>, Lev Vygotski, 1985		
Instrument psychologique	Gestion des besoins en savoirs	Auto questionnement du formé pour qu'il repère ses besoins Interaction pour une co-construction des objectifs (relation horizontale)
Zone proximale du développement	Procédure d'apprentissage	Déclenchement du questionnement du formé par interactions sociales Actions spécifiques dans des situations sociales (environnement social défini) Actions agréables à réaliser, intéressantes et motivantes L'erreur est un point d'appui ainsi que le conflit socio-cognitif (confrontation des représentations de plusieurs personnes sur un même objet) il mène à une réflexion sur ses représentations.
	Positionnement du formateur	Le formateur régule les savoirs et actions du formé. Il donne son aide en évitant que le formé devienne dépendant de lui. Il favorise les interactions de groupe, les échanges, le travail de verbalisation, de co-construction, de co-élaboration
	Positionnement du formé en auteur	Le formé élabore une procédure
	Développement des compétences	Proposition de régulation des actions par le formé L'apprenant construit son instrument psychologique (qui structure sa pensée lors d'interactions) par des interactions Acquisition par échanges entre formateur et formé ou entre formés

Critères	Indicateurs	Indices
<u>Communication</u>		
Modèle positiviste, Shannon & Weaver, 1945		
Transfert de l'information	- Emetteur / Récepteur - Encodage / Décodage - Canal - Environnement - Interférence	Présence d'une (<i>communication interpersonnelle</i>) où plusieurs personnes auquel(s) sont transmis des données, dans certaines circonstances, pouvant être perturbées. Présence d'interlocuteur, de média, de récepteur
Information (contenu)	- Message - Code commun - Rétroaction	Eléments perceptibles sous un ou plusieurs modes de communication (digital ou analogique) susceptible d'avoir une réponse.
Modèle systémique, Watslawick & Bateson, 1952		
Interaction	Contenu	Transmission d'un message qui a du sens
	Relation	Etablissement de liens entre la personne et son environnement Etablissement de lien entre plusieurs personnes dans un groupe social, confiance Echanges entre différents interlocuteurs (réponses au message transmis induisant une réponse)
Enjeux	Identitaire Affirmer et construire sa personnalité	Accent, manière de parler, vocabulaire employé... Formuler des opinions, des valeurs, exprimer ses sentiments et émotions, pratiquer l'introspection...
	Territorial Défendre et délimiter sa sphère personnelle	Posture, gestes, distance physique, vouvoiement...
	Relationnel Entrer et gérer la relation et ses risques psychologiques	Engager le contact, saluer, se présenter... Plaisanter, complicité, distance physique...
	Conatif Chercher à agir avec/sur le récepteur	Coopérer, proposer une action, solliciter, négocier, persuader, diriger, ordonner, menacer, encourager, donner des instructions...
Formes	Analogique	Communication non-verbale liée à la gestuelle, aux mimiques, à la posture
	Digitale	Communication verbale liée au langage et à un code

Critères	Indicateurs	Indices
Processus de Production du Handicap , Patrick Fougeyrollas, 1998		
Facteurs personnels	Présence des composantes : - Biologique : Le cerveau, l'intellect, le corps, les procédures mentales, la cognition, les comportements volontaires visibles... - Psychologique : Le désir, les affects, la pensée, le conscient et l'inconscient, l'estime de soi, la relation à soi et au réel, l'identité... - Social : Les relations avec autrui, le rôle social, le statut socio-économique, la culture, la religion... Interactions entre les trois facteurs Les composantes de la personne forment un tout	Prise en compte de manière systématique, tout au long du plan d'intervention, des aspects : - Biologique (comment / praxies) - Psychique (je / aspect signifiant) - Social (avec / aspect significatif) Prise en compte des trois composantes de manière simultanée déterminant les aptitudes
	Caractéristiques intrinsèques de la personne	- Age, sexe - Identité socio-culturelle - Systèmes organiques (ensemble de composantes corporelles visant à une fonction commune) gradués d' intégrité à déficience - Aptitudes (possibilité d'accomplir une activité physique ou intellectuelle) graduées de capacité à incapacité
Facteurs environnementaux	Eléments facilitateurs Eléments obstacles	Définition de l'organisation et du contexte dans lequel agit la personne tant au niveau matériel qu'humain
Habitudes de vie	Participation sociale / Situation de handicap	Interaction des caractéristiques de la personne et de son environnement permettant l'activité Participation de l'individu à des activités signifiantes et significatives L'agir assure la survie et l'épanouissement tout au long de l'existence Développement de la personne par l'agir

Annexe 4 : Entretien 1

Après présentation, demande d'enregistrement et information concernant l'anonymat de l'entretien, l'enregistrement de la parole de l'ergothérapeute a débuté.

Mes interventions sont écrites en gras.

1 **Quelle est votre profession ?**

2 Ergothérapeute

3 **Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?**

4 2005 à l'IFE de Créteil

5 **Depuis quand exercez-vous dans l'institution ?**

6 De l'UMD ? **Oui.** Ok, car l'institution peut être l'hôpital. Ça fait depuis 2012.

7 **Quelle est la composition de votre équipe pluri-professionnelle ?**

8 Il y a des ergothérapeutes, des infirmiers, un cadre de santé et des ASH et une psychologue.

9 **Quelle population recevez-vous ?**

10 C'est-à-dire l'âge ? **Vous pouvez détailler pour le sexe, l'âge, le motif d'admission, le**
 11 **diagnostic d'entrée.** Ok, c'est une population adulte, qui va de 18 ans à plus. On a eu jusqu'à
 12 des patients qui pouvaient avoir jusqu'à 70 ans maximum, mais c'est rare. On a 4 cinquièmes
 13 des patients qui sont hommes et 1 cinquième qui sont des femmes. La moyenne d'âge est, je
 14 dirais, entre les 20 et 40 ans.

15 Le motif d'hospitalisation, pour la plupart, c'est : trouble du comportement avec auto et ou
 16 hétéro agressivité, avec souvent une problématique médico-légale avec des instructions en
 17 cours, enfin ce genre de problème. Ou, des patients résistants, chimio-résistants, pour lesquels
 18 il y a une impasse thérapeutique à l'hôpital psychiatrique standard. Et au niveau du diagnostic,
 19 la majeure partie des patients sont schizophrènes paranoïde, mais il y a souvent des
 20 problématiques addictives qui y sont associées et on peut aussi rencontrer quelques état limites,
 21 quelques psychopathies, quelques cas d'autisme et de psychose infantile vieillissant. Ça répond
 22 à la question ? **Oui, ça y répond.**

23 **Pour quelle raison les personnes arrivent elles en ergothérapie ?**

24 Elles arrivent en ergothérapie de manière assez automatisée dans la prise en charge. C'est suite
 25 à la prescription médicale de l'unité d'entrée, qui est faite de manière systématique. C'est une
 26 prescription, mais souvent plutôt une indication qu'il est nécessaire de redéterminer ensemble
 27 après, entre les équipes.

28 **Quelles sont leurs plus grandes difficultés ?**

29 C'est l'acceptation des limites et des contraintes, que ce soit des limites réelles, des limites
30 symboliques, des limites imaginaires ou que ce soit des limites explicites ou implicites. Ce qui
31 implique la difficulté à respecter les conventions sociales, la difficulté relationnelle d'être
32 intégré dans un groupe sans rapport de dominant dominé, ni d'agressivité. Et aussi, une
33 souffrance psychique dû à l'isolement et à l'activité délirante ; les symptômes négatifs. Je dirais
34 que c'est les trois plus importants.

35 **Quelles activités leur proposez-vous dans le cadre de la resocialisation ?**

36 On pourrait y mettre toutes les activités qu'on y propose, puisqu'elles sont essentiellement en
37 groupe. Les activités sont la poterie, la sculpture, la peinture, l'activité carto-récup, la vannerie,
38 la mosaïque, l'activité jeux, la chorale, le jardinage, le sport dont le football et la piscine, le jeu
39 compétence. La taille des groupes varie de 3 patients à 12 patients, pour les activités sportives.
40 A partir du moment où ils sont dans un groupe, il y a des interactions sociales qui sont plus ou
41 moins importantes, plus au moins utilisées comme moyen thérapeutique. C'est un premier
42 niveau de réinsertion sociale, on va dire. De manière un peu plus approfondie et en lien avec le
43 travail sur la sortie de l'UMD, sur l'après UMD, on a l'activité compétence qui permet de
44 travailler sur les habiletés sociales. Qu'est-ce qu'on pourrait y mettre d'autre ? Vraiment
45 spécifique il y a le jeu compétence, sinon ce sera des activités en groupe, de groupe, qui vont
46 faire qu'on travaille sur les interactions sociales ou les relations sociales.

47 **Comment influence l'enfermement dans votre intervention ?**

48 Et qu'est-ce qu'on entend par enfermement dans la question ? **Le fait que l'hospitalisation**
49 **soit sous contrainte.** D'accord, donc la contrainte. Par ce qu'il y a deux enfermements, il y a
50 l'enfermement physique et l'enferment du patient sur lui-même.

51 La contrainte physique implique de travailler énormément en institut, à l'intérieur des murs.
52 C'est-à-dire qu'il y a forcément un travail fait et à faire à l'extérieur des murs, mais qui est plus
53 difficile, puisque les sorties doivent être programmées à l'avance, très anticipées, et soumises
54 à l'acceptation des médecins et du préfet, elles ne sont pas toujours accordées. C'est difficile
55 de travailler à l'extérieur, donc le travail est beaucoup à l'intérieur des murs.

56 Une autre influence de l'enfermement, enfin de la contrainte, n'est pas forcément liée à la
57 contrainte mais plutôt au potentiel agressif, avec le système de sécurité nécessaire et
58 indispensable autant pour le soignant que pour le patient. J'ai peur d'être hors sujet en répondant
59 ça dans ta question. **Les hors sujet sont bienvenus, ça apporte de la matière.** Donc si on parle

60 de potentiel agressif, ça implique une exigence dans le contrôle de la sécurité, à voir tout ce qui
 61 est outillage, déplacements des patients, accompagnements etc. Ce qui influence forcément la
 62 prise en charge. Avoir l'individuel en tête à tête dans une salle fermée avec des outils c'est
 63 totalement inenvisageable en UMD, en tout cas dans le nôtre. On est dépendant, nous même,
 64 d'un certain niveau de vigilance et de sécurité qui nous limite dans certains choix
 65 thérapeutiques.

66 **Votre intervention a-t-elle un impact sur l'enfermement ?**

67 **L'enfermement peut être pris dans ces deux sens.** Notre intervention a un effet immédiat, à
 68 court terme, sur la manière dont le patient vit l'enfermement, donc l'enfermement physique,
 69 réel, concret qui est pour la majeure partie des patients très mal vécu. L'ergothérapie est
 70 vraiment vécue comme l'espace différencié, l'espace où ils ont accès à un peu plus de marge de
 71 liberté, d'autonomie, de manière très concrète, dans les règles de vie, dans les règles de
 72 fonctionnement, déjà au niveau du déplacement, des interactions dans le groupe. Dans un
 73 second temps, ils ont accès à une ouverture, via leur créativité qu'on stimule ce qui permet de
 74 lutter contre l'enfermement psychique. Ils sont bien souvent totalement repliés et dans un
 75 fonctionnement en boucle de réponses agressives. Enfin, ça leur permet donc de sortir de ça,
 76 cette espèce de contrainte qu'on peut dire comportementale, qu'ils se sont imposée ou qui leur
 77 a été imposée, tout dépend de l'analyse qu'on en fait. Ça leur permet de se libérer de cette
 78 contrainte, de lever la contrainte symbolique ou imaginaire.

79 **Quel est le déroulé d'une activité ?**

80 Le déroulement d'une séance type ? **Ce serait plutôt en lien avec la resocialisation, c'est-à-**
 81 **dire comment elle est permise dans la séance ?** Dans un premier temps, avant l'activité
 82 proprement dite, il y a un temps d'accueil. Elle a pour règle explicite un lieu et des horaires. Ce
 83 temps d'accueil des patients permet d'arriver échelonné et permet, entre guillemets, les
 84 retrouvailles entre eux ; entre patients, entre soignants, entre patients et soignants, entre
 85 soignant et soignant, entre patient et patient. Ça permet de créer des interactions sociales
 86 spontanées et assez authentiques ce qui est pour nous un terrain d'évaluation très intéressant de
 87 la capacité à être en groupe et des différents niveaux d'intégration entre les groupes, entre
 88 patients, etc.

89 En suite les patients sont appelés pour participer à l'activité, ils suivent donc les soignants
 90 référents, pour se diriger dans la salle qui correspond à leur activité et, là, ils sont en groupe. Je
 91 vais préciser, ce n'est ni des groupes fermés, ni des groupes ouverts, c'est quasiment que des

92 groupes semi-ouverts ou semi-fermés, ça dépend comment on voit les choses. Les patients se
 93 retrouvent en petits groupes d'habitues réguliers aux séances. Et là, peut se créer un autre degré
 94 d'interaction sociale, des interactions plus proches. Quand les activités sont terminées tout le
 95 monde se retrouve à nouveau dans le lieu d'accueil. Là, à nouveau, il y a d'autres interactions
 96 libres, d'autres patients.

97 **Quels sont les moyens d'apprentissage permettant la resocialisation mis en place dans les**
 98 **activités?**

99 L'apprentissage de la resocialisation ? Je ne pense pas qu'on puisse apprendre à se resocialiser,
 100 en tout cas en tant qu'adulte, si je peux me permettre. On vit plutôt l'expérience de la
 101 resocialisation et, selon l'expérience qu'on vit, on s'autorise à changer ou pas. Pour moi, c'est
 102 plus comme ça que je vois l'ergothérapie, mais c'est ma vision. Du coup, le redéfinissant
 103 comme ça, pour moi, c'est vraiment qu'on va pouvoir proposer aux patients une expérience à
 104 vivre, les activités seront donc différentes, par ce qu'on va leur proposer des expériences
 105 différentes. Effectivement si on est sur une activité ludique avec des jeux de société, il y aura
 106 des interactions sociales plus ludiques, récréatives. On va pouvoir voir comment le patient se
 107 situe dans la compétitivité, dans l'entraide en équipe. Mais dans un atelier de jardinage, par
 108 exemple, il n'y aura pas de compétitivité, ce sera donc vraiment plus le sentiment
 109 d'appartenance au groupe de jardiniers, un échange de savoirs entre patients entre celui qui sait
 110 bien désherber, celui qui sait bêcher, ce sera plus les interactions qui permettent d'être
 111 complémentaire. C'est deux exemples très rapides, mais je pense qu'il y a plein de manière de
 112 travailler les interactions sociales.

113 **Comment communiquez-vous avec la personne ?**

114 **C'est très large. Je vais poser autrement. A quoi pensez-vous lors de la communication ?**
 115 **Comment pensez-vous la relation ?** C'est très ouvert comme question. Est-ce que tu pourrais
 116 préciser ta question, on pourrait faire une thèse là-dessus. Ou me la réexpliquer autrement ? **Ce**
 117 **serait comment est structurée, réfléchie la relation en ergothérapie pour permettre la**
 118 **resocialisation ? Comment la relation est pensée ?** Quelque soit l'objectif, la resocialisation
 119 ou un autre, je la pense toujours de la même manière. A savoir, c'est une relation d'aide, mais
 120 centrée sur la personne, on est donc là pour accompagner, pour soutenir, pour encourager, pour
 121 stimuler, pour rassurer, en réussissant à être assez présent tout en sachant se retirer quand il le
 122 faut pour laisser la place au patient, et avant tout qu'il ait confiance en le dispositif qu'on
 123 propose, ni plus ni moins.

124 **Quels changements observez-vous chez la personne en rapport avec la resocialisation ?**

125 Attends tu peux répéter s'il te plait ? **Observez-vous des changements chez les personnes en**
 126 **rapport avec la resocialisation ?** En ce qui concerne les changements ? C'est ça ? En fait, je
 127 ne t'entends pas très bien c'est pour ça que je te fais répéter. Est ce qu'on observe des
 128 changements ? Oui. D'abord dans l'ouverture vers les autres. On observe un apaisement dans
 129 les relations à autrui, du moins en interne à l'UMD, puisqu'on n'a pas les moyens de l'évaluer à
 130 l'extérieur. On obtient un apaisement dans les relations autant avec les autres patients que les
 131 soignants et une ouverture du dialogue qui permet aux patients d'être en interaction avec
 132 d'autres. Et même de tisser des liens, certains patients de manière assez fréquente tissent des
 133 liens entre eux, ça peut aller jusqu'à des promesses de garder contact à l'extérieur et de
 134 s'entraider même après l'hospitalisation en UMD. On a même eu des nouvelles récemment d'une
 135 patiente qui appelait pour donner des nouvelles, qui était retournée dans son logement, qui avait
 136 retrouvé sa famille, son fils etc et vivant dans la même ville qu'une autre patiente avec qui elle
 137 a été hospitalisée en même temps, l'avait hébergée pendant un temps pour l'aider. Il y a des
 138 créations de liens d'amitié entre patients.

139 **Selon vous, comment peut-on améliorer la resocialisation en UMD ?**

140 Ce qui serai super, ce serait, à deux niveaux : de pouvoir davantage travailler sur l'après UMD,
 141 autant avec l'hôpital d'origine que la sortie définitive de l'hospitalisation. Qu'on puisse travailler
 142 avec les liens après l'UMD, avec les équipes d'origine, pour parler en détail des progrès des
 143 patients, accompagner davantage le retour à l'hôpital et le retour à domicile. Bien souvent, on
 144 manque de moyens pour travailler là-dessus et malheureusement il y a beaucoup de rechutes
 145 qui se font dans l'hôpital d'origine, il y a des fois de nouvelles indications UMD alors que ça ne
 146 fait pas longtemps qu'ils sont sortis. Je pense que ce lien n'est pas assez travaillé, il est très
 147 fragile. Les patients se stabilisent à l'UMD, sont en interaction avec les autres, sans agressivité,
 148 sans transgressivité, sans manipulations etc, ils sont bien dans la relation avec l'autre. Et
 149 lorsqu'ils sortent de l'UMD une partie de ce travail s'effondre. A mon avis, ce qui manque c'est
 150 la continuité, l'après, le maintien des acquis à l'extérieur.

151 **Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Par rapport à l'entretien ?**

152 Non je ne vois rien d'autre à ajouter ce soir. Si ce n'est que moi, j'aurai une question, tu n'es pas
 153 obligée de la mettre dans le questionnaire. Je voulais te demander, dès le début, quelle définition
 154 de la resocialisation en ferais-tu ? **Alors ça prend en compte les compétences sociales qu'on**
 155 **apprend, ce qui serait assez cognitif. C'était pour moi ce qui est dans la participation**

156 **sociale mais sans forcément comprendre le lien avec l'environnement extérieur puisque**
157 **on est dans l'enfermement. C'était pour moi un mot qui permettait de développer la**
158 **relation à l'autre tout en parlant un peu de relation à soi, sans mettre le mot participation**
159 **sociale ou inclusion ou insertion qui, en UMD, n'est pas forcément possible.**

160 Est-ce que tu verrais quelque chose qu'il faut que je précise ou pas ? Nhésites pas à me
161 redemander. **Pour vous, qu'est-ce qu'est la resocialisation ?** C'est un peu ça. Pour moi, la
162 resocialisation c'est pour des personnes qui sont désocialisées. Le fait d'être un être social c'est
163 à la fois d'être en interaction avec les autres et de se sentir membre d'une société, d'un système,
164 d'être assez intégré et d'être bien dans ce système, dans les interactions avec les autres. Ce soir
165 c'est comme ça que je l'aurais défini.

Annexe 5 : Entretien 2

Après présentation, demande d'enregistrement et information concernant l'anonymat, l'enregistrement de la parole de l'ergothérapeute interrogé a commencé dès la première question de la grille d'entretien.

Mes interventions sont écrites en gras.

1 **Quelle est votre profession ?**

2 Ergothérapeute

3 **Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?**

4 2007 de la HELB à Bruxelles

5 **Depuis quand exercez-vous dans l'institution ?**

6 Ça sera ma 10ème année, cette année.

7 **Quelle est la composition de votre équipe pluri-professionnelle ?**

8 On est une équipe pluridisciplinaire, où nous sommes 2 ergothérapeutes, 2 aides-soignants et 5
9 infirmiers et un chauffeur pour nous.

10 **Quelle population recevez-vous ?**

11 Essentiellement des patients psychotiques. **Pouvez-vous m'informer sur le motif**
12 **d'admission ? Si vous prenez uniquement des hommes ou des hommes et des femmes ?** En
13 règle générale les patients sont admis à l'UMD, souvent pour un acte hétéro-agressif dans leur
14 institution d'origine. Donc ils peuvent venir soit d'un hôpital, soit de prison. Ou alors lorsque
15 l'équipe est en impasse thérapeutique ou un acte d'hétéro agressivité aussi.

16 **Pour quelle raison les personnes arrivent elles en ergothérapie ?**

17 Quand le patient arrive chez nous, il y a une période d'observation du patient, ensuite c'est le
18 médecin qui détermine si le patient peut venir. Par ce que nous avons des locaux, un bâtiment
19 extérieur aux unités de soin, c'est pas forcément le cas dans toutes les UMD. Donc le médecin
20 fait une prescription, à partir du moment où il y a la prescription le patient est vu en
21 ergothérapie, soit dans son unité soin si le comportement ne permet pas de changer d'unité ou
22 alors il vient pour effectuer ses activités dans notre bâtiment. Mais après prescription médicale.

23 **Quelles sont leurs plus grandes difficultés ?**

24 C'est variable. Par rapport au travail en ergothérapie essentiellement, je suppose. Alors on a
25 énormément de patients qui ont des difficultés cognitives, beaucoup, vu leur pathologie, de
26 socialisation. Donc c'est essentiellement sur ces axes là qu'on va travailler.

27 **Quelles activités leur proposez-vous dans le cadre de la resocialisation ?**

28 Nous effectuons beaucoup d'activités de groupe. Après les objectifs sont centrés sur la
29 socialisation, les supports sont variables. Je te donne un panel d'activité, par ce qu'on a des
30 activités qu'on exerce pas pour l'instant mais ça dépend des patients et ça dépend de la
31 demande. Donc tout n'est pas effectué à chaque période. Mais on a fait du théâtre, on a fait des
32 activités cuisine, pâtisserie, un jeu de conversation, c'est le Dixiludo. Je ne sais pas si tu en as
33 déjà entendu parlé. **Oui, ça me dit quelque chose.** Donc au niveau des activités de groupe,
34 après on peut avoir des patients qui viennent en ergothérapie qui effectuent leur propre activité,
35 mais en groupe. Ils sont là, ils effectuent des activités différentes, il y a quand même une
36 communication entre les patients. On fait aussi un atelier yoga sophrologie. **Les activités que**
37 **vous m'avez mentionnées sont toutes les activités faites dans votre UMD ?** Oui, les activités
38 de groupe.

39 **Quelle est l'influence de l'enfermement dans votre intervention ?**

40 Du coup, il y a toute une partie du travail d'ergothérapeute qu'on ne peut pas réaliser, de par la
41 structure. Par ce que les patients, par exemple pour faire une sortie à l'extérieur, c'est faisable,
42 mais il faut les autorisations pour réaliser une sortie, il faut s'y préparer au moins une dizaine
43 de jours à l'avance par ce que c'est soumis à la décision du préfet. Donc pour les activités, tu
44 ne peux pas te dire : j'aimerais bien entrainer les habiletés sociales ou alors donner une tâche,
45 par exemple on fait un atelier cuisine, on va faire les courses avec les patients. Faut que ce soit
46 préparé pas mal de temps à l'avance. Après il y a tout le panel réinsertion socio-professionnel
47 que nous, on ne peut pas faire par ce qu'il y a l'enfermement. Il y a aussi le fait que les patients
48 viennent, c'est une demande nationale l'UMD. Donc nos patients ne viennent pas tous de la
49 même région. On a même des patients qui viennent des DOM TOM. C'est compliqué pour ça.

50 **Votre intervention a-t-elle un impact sur l'enfermement ?**

51 On espère que oui, quand même. Quand je reçois un patient, je leur explique qu'ils sont là pour
52 6 mois minimum et que du coup l'idée des activités et de l'intervention en ergothérapie c'est
53 de leur permettre de passer un séjour au mieux. C'est-à-dire de trouver des centres d'intérêt.
54 Comme on est une équipe pluridisciplinaire, les patients qui viennent chez les ergothérapeutes

55 travaillent aussi avec nos collègues, donc on a énormément d'ateliers manufacturiers, par
 56 exemple. Le patient peut, s'il en est capable et s'il le souhaite, travailler une journée complète,
 57 il sort donc de son unité de soin et il rencontre d'autres personnes. J'espère que leurs séjours se
 58 passent mieux grâce à ça, c'est le retour qu'on a des patients.

59 **Quel est le déroulé d'une activité ?**

60 Peux-tu préciser ta question si tu veux bien ? **Comment est permise la resocialisation dans**
 61 **l'activité ? Comment est-elle structurée pour la permettre ?** Ça dépend vraiment de
 62 l'activité. Après en règle générale, c'est propre à l'UMD de ***. Quand on appelle en unité de
 63 soin les patients qui participent à l'activité qui va avoir lieu, il y a une rencontre au sein de notre
 64 atelier si les patients ne se connaissent pas, il y a une présentation entre les patients et on
 65 finit toujours l'activité par un café. Donc c'est un moment convivial, c'est propice à la
 66 communication. Après tout dépend de l'activité. Elle ne se structure pas de la même manière.
 67 **Pouvez-vous me donner des exemples au niveau des activités ?** Ça dépendra aussi de la
 68 durée, il y a des activités qui durent une heure, des activités qui durent une demi-journée. Donc
 69 c'est compliqué.

70 **Quels sont les moyens d'apprentissage permettant la resocialisation mises en place dans**
 71 **les activités ?**

72 Ça dépend de plein de choses. Ça va dépendre, enfin il n'y a pas vraiment de moyen
 73 d'apprentissage dans le sens où on crée un environnement, qu'on essaye le plus propice à la
 74 communication entre les patients. Mais il n'y a pas d'outil type. A part le Dixiludo par ce que
 75 chacun son tour prend la parole et que chaque patient est obligé de participer à un moment,
 76 c'est basé sur le jeu de l'oie, donc c'est chacun son tour. ... Ça dépend vraiment de l'activité,
 77 moyen d'apprentissage je ne vois pas, y a pas vraiment de moyens, tu crées des conditions. ...
 78 C'est le patient qui choisit l'activité, chez nous. Il y a aucune activité qui est imposée, donc déjà
 79 le patient qui participe, il est volontaire. C'est un premier élément. Après à nous de faire que
 80 l'activité se passe au mieux. Donc si les patients ne se connaissent pas, de les amener à se
 81 présenter, ils peuvent le faire tout seul. Après c'est vraiment en fonction de l'activité. Le rôle
 82 aussi de l'ergothérapeute, mais pas uniquement de l'ergothérapeute, n'importe quel intervenant,
 83 c'est de voir quand un patient est un peu plus en retrait, de le solliciter, de lui proposer la parole
 84 pour pas qu'il soit exclu du groupe.

85 **Comment communiquez-vous avec le patient ?**

86 Comme à un être vivant normal, je ne vois pas. A quoi pensez-vous lors de la communication ?

87 **Comment pensez-vous la relation ? Comment est vue la relation ?** Ça dépend de la

88 personne. Lorsqu'une personne est délirante, ton comportement ne sera forcément le même

89 qu'une personne qui vient là pour un trouble du comportement où on va être un peu plus cadrant.

90 Parce que si tu laisses un débordement, ça va être compliqué à gérer par la suite. Ça dépend

91 vraiment de la personne que tu as en face de toi. Et tu t'adresses à une personne de la même

92 manière dans n'importe quel cadre. Ce n'est pas parce que c'est de la psychiatrie que c'est

93 différent. Tu as fait des stages en psychiatrie ? **Oui, en UMD.** En UMD où ça ? **A ***.** Tu

94 t'adresses à eux comme tu t'adresses à quelqu'un dans un autre cadre. **Oui. Il y a la vigilance**

95 **qui vient s'ajouter.** Alors là, moyen d'accord. Je m'explique. Ça dépend de la manière dont tu

96 vois les choses. On est dans un cadre où, pour certains d'entre eux, la dangerosité est palpable.

97 Effectivement, tu t'adaptes à la personne. Il n'y a pas une règle type. Chez nous, il y a tout un

98 système de vigilance par rapport aux fermetures des portes, par rapport à ce qu'on porte une

99 alarme sur nous, on compte les outils quand on va les sortir de l'armoire, on les recompte avant

100 que le patient s'en aille. Il y a tout cet aspect environnement sécurité à maintenir. Mais la

101 personne qu'il y a en face de toi, même si tu sais qu'il y a un potentiel de dangerosité, c'est

102 monsieur machin qui est en face de toi. Tu gardes ce qu'il a fait à l'esprit, mais quand je

103 m'adresse à lui, je m'adresse à un individu comme n'importe qui à l'extérieur. Ce n'est pas par

104 ce qu'il est en UMD, qu'il est stigmatisé ou que je vais avoir une attitude différente. Ils le

105 ressentent les patients quand tu les traites différemment. Ici il y a quand même, là j'ai un

106 étudiant actuellement et c'est ce qu'il m'a renvoyé la semaine dernière, il y a quand même une

107 sorte de convivialité. C'est toute l'équipe, on fonctionne tous de la même manière, même s'il y

108 a un règlement, même s'il y a un cadre à respecter. En plus il y en a que je connais depuis que

109 je suis arrivée. Ce n'est pas comme dans un centre de rééducation, où tu as des périodes courtes.

110 Là, tu sais que tes patients, tu vas les avoir 6 mois minimum. Donc tu as quand même une

111 relation qui évolue. Ça dépend de la participation du patient aussi, il y a des patients chez nous

112 en journée complète, tous les jours, depuis des années. C'est vraiment à nuancer. Il y a la

113 structure, l'environnement de la structure et après il y a toi en tant que thérapeute.

114 **Observez-vous des changements chez la personne en rapport avec la resocialisation ?**

115 Oui. **Lesquels ?** C'est en fonction des groupes aussi. Les patients, à force de nous côtoyer, de
 116 nous connaître et de connaître le fonctionnement aussi, c'est quand même une structure
 117 nouvelle, une équipe nouvelle, ils sont un peu parachutés là, ce n'est pas eux qui l'ont décidé,
 118 c'est contraint. Des fois il y a de la reticence, ce qui peut s'entendre. Ce qu'ils nous renvoient
 119 pas mal c'est quand ils viennent dans notre unité, vraiment au niveau de l'équipe
 120 pluridisciplinaire, je ne parle pas que de l'ergothérapie, c'est qu'ils partent de leur unité de soin.
 121 Et, en général, comme ici les patients sont plus stables, car on a un atelier de menuiserie, on a
 122 de l'outillage, tu ne peux pas te permettre d'avoir quelqu'un instable dans nos locaux, ce serait
 123 trop dangereux. Il y a déjà un apaisement. Il y a un côté un peu plus serein. C'est déjà sortir du
 124 cadre de l'unité de soin, ce qui est une première chose. En général, le retour est plutôt positif.
 125 Ensuite, ça dépend aussi de l'activité. Par exemple l'activité théâtre, c'était un groupe fermé
 126 qui a évolué ensemble, les patients apprennent à se connaître aussi, par ce qu'il se connaissent
 127 pas forcément, ils ne viennent pas tous des mêmes unités. Après, tu peux parler difficilement
 128 de lien, on va dire de la convivialité qui s'installe. Les patients s'ouvrent en général de plus en
 129 plus à force de venir. Il y a une autre activité que je n'ai pas dit avant, c'est par ce qu'on vient
 130 de la recommencer. Un groupe TCC qu'on fait avec ma collègue neuropsychologue. Quand tu
 131 disais équipe pluridisciplinaire, on est une unité de soin où il y a les personnes que je t'ai citées,
 132 mais après tu as des électrons libres : les psychologues, nous ici on a une neuropsychologue,
 133 l'assistante sociale et les médecins, les référents psychiatres des unités, après tu as l'équipe
 134 soignante de l'unité de soin du patient. Tu as notre équipe à nous, au sens large de l'ergothérapie
 135 et l'équipe pluridisciplinaire, elle enveloppe tout le monde.

136 **Selon vous, comment peut-on permettre la resocialisation en UMD ?**

137 En ergothérapie ça rejoindrait les questions d'avant dans le sens que c'est à nous de créer un
 138 environnement propice au lien social. A proposer des activités qui permettent du lien, où il y a
 139 une communication entre les personnes. Si c'est pour que chacun travaille dans son coin, c'est
 140 plus compliqué. Si tu proposes une activité où chacun doit participer, par exemple l'activité
 141 cuisine, Il y a un menu à concevoir, chacun doit participer, chacun doit se mettre d'accord, donc
 142 tu induis une communication. C'est implicite. Nous au niveau de ***, il y a quand même pas
 143 mal d'activités proposées, que ce soit au niveau de notre structure et des ateliers qu'on propose,
 144 mais aussi de l'équipe sportive. Le patient peut aussi participer à des activités sportives, il y a
 145 des activités collectives, ce qui est propice à la communication aussi. Et on est une UMD où on
 146 fait énormément de sorties en ville. Il y a un ratio patients, encadrants soignants qui est respecté,

147 ça dépend du nombre de patients. Tu vas manger, tu vas te promener, manger en ville au
148 restaurant, c'est quand même plus propice à la discussion qu'au réfectoire en unité de soin.
149 Toutes ces petites choses peuvent participer.

150 **Selon vous, comment peut-on améliorer la resocialisation en UMD ?**

151 Ça, c'est un vaste travail, il y a toujours à améliorer. Déjà, ce qui nous restreindra toujours, c'est
152 le cadre. La structure et le fait qu'on doit proposer des activités à l'intérieur de la structure, c'est
153 le plus facile pour nous, sinon il y a des démarches administratives et c'est compliqué. Déjà, à
154 l'intérieur de la structure, je trouve que *** on est pas mal dans le sens où on offre un panel
155 d'activités assez conséquent. Il y a une « cafète » aussi à l'intérieur de l'UMD et maintenant,
156 ils ont mis en place, depuis le début d'année, ça concerne plus les unités de soins, pas nous, les
157 ergothérapeutes. Ils appellent ça la « cafète » conviviale. C'est un petit nombre de patients avec
158 un ou deux infirmiers qui viennent boire un café, discuter avec les patients à la « cafète », un
159 peu comme tu le ferais dans le bistrot du coin, pour avoir un moment d'échange. Après il y a
160 beaucoup d'activités qui sont au sein des unités avec l'équipe soignante, que ce soit du
161 babyfoot, du ping-pong, des jeux de cartes, c'est aussi propice à la discussion. Le fait de
162 proposer le plus d'activités possible, tu vas toucher le plus de personnes possible, du coup, tu
163 crées du lien.

164 **Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Sur la resocialisation ou sur l'entretien ?**

165 Dans l'instant ça ne me vient pas. Si tu as d'autres questions, tu peux rappeler, il n'y a pas de
166 souci.

Annexe 6 : Entretien 3

Pour cet entretien, deux ergothérapeutes répondent ensemble aux questions. Après présentation, demande d'enregistrement et information concernant l'anonymat de l'entretien, l'enregistrement de la parole des ergothérapeutes a débuté.

Mes interventions sont écrites en gras.

1 **Quelle est votre profession ?**

2 Ergothérapeutes

3 **Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?**

4 2001 de l'IFE de Belgique. 2011 de l'IFE de Nancy

5 **Depuis quand exercez-vous dans l'institution ?**

6 Alors mois depuis 2002 ; 15 ans. Et moi, ça fait 6 ans.

7 **Quelle est la composition de votre équipe pluri-professionnelle ?**

8 On est 10 en tout, il y a 7 infirmiers et 3 ergothérapeutes. Les 3 ergothérapeutes, c'est des
9 femmes, et les 7 infirmiers des hommes, puisqu'on est obligé de travailler avec des hommes au
10 niveau sécurité. Comme on a que des patients hommes, c'est un peu compliqué de travailler
11 qu'avec des femmes. Les infirmiers ont leurs visions, nous on a la nôtre, par ce qu'on a notre
12 formation et ils ont leurs formations, on est complémentaire. C'est vraiment très intéressant et
13 enrichissant pour le patient.

14 **Quelle population recevez-vous ?**

15 Schizophrène, psychotique, on a quelques autistes. **Vous pouvez peut-être me renseigner sur**
16 **le sexe, l'âge le motif d'admission ?** Des hommes, il n'y a que des hommes. Ça va de 16 à 75
17 ans. Et le motif, c'est généralement par ce qu'ils ont eu de l'auto-agressivité, soit envers eux
18 même, ou hétéro agressivité, ça dépend.

19 **Pour quelles raisons, les personnes arrivent elles en ergothérapie ?**

20 C'est sous prescription médicale. Après pourquoi ils viennent, par ce que c'est un soin. En
21 fonction des patients, on a des objectifs et on essaye de répondre au mieux à ses objectifs par le
22 biais des activités.

23 **Quelles sont leurs plus grandes difficultés ?**

24 Leurs plus grandes difficultés : la prise de conscience de la maladie, et, parfois aussi gérer aussi
25 le règlement qu'il y a ici.

26 **Quelles activités leur proposez-vous dans le cadre de la resocialisation ? Les activités**
 27 **d'abord en général, puis en spécifique**

28 On en fait beaucoup, puisque l'activité n'est qu'un médiateur, donc on adapte nos activités en
 29 fonction des pathologies des patients. Pour donner un exemple, on a tout ce qui est ; les
 30 mobiliers en carton, la photo, la petite menuiserie, on a la vannerie, le macramé, on fait des
 31 dessins, on fait aussi quelques jeux de société, puzzle, on a aussi l'éducation alimentaire, l'art
 32 du cirque, on a aussi le kamishibai c'est des contes japonais, après ça varie, on a les groupes
 33 de parole, Dixiludo c'est un jeu de conversation, inventé par des ergothérapeutes à Nancy.
 34 Après, on va mettre des activités ponctuellement. On a aussi l'alphabétisation, c'est-à-dire
 35 qu'on leur apprend à lire à compter, pour se débrouiller dans la vie de tous les jours, par ce qu'il
 36 y a beaucoup de patients qui sont illettrés. Du coup, ils arrivent dans un magasin, ils ne savent
 37 pas lire, ils ne savent pas compter. Donc on essaye qu'ils se débrouillent dans les activités de la
 38 vie de tous les jours. Après ça varie, on peut en rajouter d'autres et, de temps en temps, on en
 39 enlève.

40 Après au niveau de la resocialisation, il faut savoir qu'au niveau de notre structure les patients
 41 sont dans leur unité de vie et l'ergothérapie est en unité à part. Les gens sortent de leur unité de
 42 vie et ils viennent dans l'unité centrale d'ergothérapie. Ils sont déjà en contact avec les patients
 43 de toutes les unités, ce qui n'est pas le cas si, nous, on venait dans leur unité de vie en fait. Déjà,
 44 rien que part ça, et tous les ateliers se font en groupe. Donc, c'est plus au niveau du cadre et du
 45 fonctionnement que la resocialisation se fait que par l'activité en elle-même.

46 **Quelle est l'influence de l'enfermement dans votre intervention ?**

47 Il n'y en a pas réellement, mais c'est juste que ça nous restreint sur quelques-unes de nos
 48 activités, c'est sûr qu'on fait peu d'activité en extérieur. Mais c'est plus sur leur façon de réagir
 49 à eux, par ce que pour eux c'est un réel problème l'enfermement.

50 **Votre intervention a-t-elle un impact sur l'enfermement ?**

51 Oui, justement ils se sentent enfermés, pire qu'en prison, et le fait de venir à l'ergothérapie, ça
 52 les apaise de ce côté-là. Il se sentent moins enfermés. Et, souvent l'ergothérapie, en plus, c'est
 53 sous prescription médicale, mais aussi à leur demande, c'est à la demande du patient. Donc,
 54 généralement les patients, ici, c'est un peu leur bouée d'oxygène. Ils ont besoin, un peu, de
 55 sortir de leur unité où ils sont enfermés avec 18 patients, le fait de venir à l'ergothérapie et de
 56 travailler, retrouver un petit peu une vie comme tout le monde, ils apprécient énormément, ils
 57 réclament l'ergothérapie. **Dans certaines UMD ne pas venir en soin en ergothérapie peut**

58 **provoquer l'isolement, ce n'est pas le cas dans votre UMD ?** C'est en fonction du médecin
 59 chef qui donne la ligne de conduite, donc effectivement les patients sont sous contrainte de soin.
 60 On pourrait entendre qu'il y ait obligation d'honorer la prescription médicale. Il s'avère que
 61 chez nous le médecin n'est pas forcément de cet avis. Il va plus dans le sens du désir du patient.
 62 Après, il y a eu pour certains patients, où ça été difficile de mettre en place l'ergothérapie, qui
 63 étaient vraiment dans une apathie assez avancée pour qui on a mis en place des contrats de soin
 64 donc sont sous contrainte, mais les autres sont plus volontaires. Ce n'est pas plus mal dans un
 65 certain sens, parce que malgré le fait qu'on fonctionne sur le volontariat, on a énormément de
 66 demandes tout de même.

67 **Quel est le déroulé d'une activité ?**

68 Le déroulement d'une séance ? En général, les patients arrivent, souvent on prend un café
 69 ensemble. Ça permet décharger lors du café de ce qui s'est passé la veille, comment ça a été
 70 leurs journées, comment était le week-end. C'est un moment d'échange aussi. Ensuite, en
 71 général, dans une activité précise, que ce soit un jeu de société ou les activités artistiques, donc
 72 il y a beaucoup de possibilités, donc ils doivent se mettre d'accord sur la possibilité qu'ils vont
 73 choisir. S'ils vont faire un jeu de carte, ou un jeu de plateau par exemple. Puis ensuite, il y a
 74 l'activité en elle-même et, à la fin, il y a toujours un temps de parole.

75 **Quels sont les moyens d'apprentissage permettant la resocialisation mis en place dans les** 76 **activités ?**

77 Je trouve qu'on n'est pas dans l'apprentissage mais plutôt dans de l'éducation. Après les
 78 moyens, c'est comme je disais tout à l'heure : le fonctionnement, le cadre qu'on met en place ;
 79 qu'ils soient en groupe, que des fois on les met volontairement de tel sorte qu'ils s'entendent
 80 moins bien, pour leur apprendre, pour les éduquer au fait que ça arrive dans la vie et qu'il faut
 81 faire avec. Sinon ça peut se faire aussi sous forme d'entretien, on a beaucoup de dialogue avec
 82 les patients et on fait beaucoup d'entretien motivationnel, si on peut appeler ça comme ça, c'est
 83 le terme technique. Si on voit qu'il y a un problème avec l'administration, avec un collègue, on
 84 reprend ça régulièrement avec eux. Et on les met face aussi à leur réalité en les faisant réfléchir
 85 à la bonne attitude à avoir.

86 **Comment communiquez-vous avec le patient ?**

87 Nous, ergothérapeutes, on a deux, trois petites règles, car on évolue dans un milieu d'homme,
 88 nous, les ergothérapeutes, on est que des femmes ici. Donc, nous, on les vouvoie
 89 systématiquement, ça c'est obligatoire, par contre, eux ils peuvent nous tutoyer, ça ne nous

90 dérange pas. Et on met une certaine distance, tout en restant quand même sympas, si on peut
91 dire ça comme ça. Les contacts physiques sont quasiment inexistantes et, souvent, ils ont des
92 demandes un peu personnelles, par exemple : quel âge vous avez ? Vous avez des enfants ? On
93 répond, mais on ne va pas plus loin que ça sur notre vie personnelle.

94 **Observez-vous des changements chez la personne en rapport avec la resocialisation ?**

95 Nous, on n'observe pas directement des changements, mais on accueille régulièrement des
96 étudiants infirmiers qui sont dans leur unité, et ce sont eux qui nous rapportent le changement.
97 Quand l'étudiant vient faire une visite à l'ergothérapie, voit le patient qu'il suit à l'unité et
98 souvent, presque à chaque fois, il nous dit : c'est complètement différent de l'unité. Ici, il se
99 comporte bien, il a des échanges avec les autres, des interactions, il se plaît dans le groupe, il
100 trouve sa place, alors qu'en haut, il est complètement en retrait, toujours les écouteurs sur les
101 oreilles, il ne parle pas avec les autres etc. Donc, c'est dans ce sens-là, qu'on constate des
102 changements.

103 **Selon vous, comment peut-on permettre la resocialisation en UMD ?**

104 Avant tout il faut mettre en place des situations de vie, parce que dans les unités de vie, ce n'est
105 pas forcément le cas, donc des choses toutes simples qu'on peut faire dans la vie quotidienne ;
106 être ensemble, boire un café, c'est déjà pas mal. Surtout, susciter le dialogue, et donner la parole.
107 Il y a des personnes qui ne veulent pas prendre la parole, donc, dans un premier temps, on
108 l'accepte. Ensuite, de plus en plus, on les pousse à prendre la parole et à se positionner, on leur
109 apprend à avoir un avis sur les choses, à pouvoir le défendre mais aussi accepter que les autres
110 puissent avoir un avis différent. Il y a beaucoup de dialogue et de communication. **Comment**
111 **définiriez-vous la communication avec le patient ?** C'est un échange. Dans le sens de la
112 communication, il y a aussi toute la communication non verbale qui est aussi intéressante et
113 qu'il faut observer chez le patient. Mais il faut observer, contrôler chez nous, pour être justement
114 dans une attitude d'écoute et d'empathie par rapport aux patients. Vous regardez le patient
115 avachi dans une chaise les bras croisés, il n'aura pas envie de vous parler. Il faut aussi y faire
116 attention, on a une population qui est vite violente dans l'ensemble, donc on va éviter les
117 relations duelles, on ne va pas se mettre face au patient mais plutôt sur le côté ou de trois quarts.
118 Il y a plein de petites choses qu'on apprend avec l'expérience ou que moi j'ai appris dans des
119 cours de psychologie.

120 **Selon vous, comment peut-on améliorer la resocialisation en UMD ?**

121 Améliorer la resocialisation. Peut-être ouvrir un peu les échanges avec l'extérieur que ce soit
122 l'extérieur qui vienne à l'UMD ou l'UMD qui aille à l'extérieur. Et surtout, déstigmatiser la
123 psychiatrie d'une façon générale.

124 **Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Sur la resocialisation ou sur l'entretien ?**

125 Non, rien de spécifique. Vous êtes d'où ? **de l'IFE de Marseille**. Je trouve ça bien que vous
126 vous intéressiez à l'ergothérapie en UMD parce qu'il n'y en a pas énormément qui s'y
127 intéressent. Et puis, c'est vrai qu'on a une structure assez particulière à *** assez inédite en
128 France, donc si vous avez l'occasion de passer, venez voir ce que c'est. ... Surtout n'hésitez pas,
129 on est un service d'ergothérapie assez complet, on fait beaucoup de choses par rapport à d'autres
130 UMD, on est un des premiers à avoir innové l'ergothérapie. C'est vrai qu'il y a pas mal
131 d'activités où on travaille avec des entreprises. Donc, là aussi, il y a des infirmiers qui travaillent
132 avec nous, comme ça on a un autre regard. Chez nous, c'est une prise en charge d'une heure et
133 demie en général, parfois ça peut-être plus, comme pour quelques activités, l'éducation
134 alimentaire où on va leur apprendre à manger équilibrer, ils vont faire la cuisine, ça va être des
135 journées entières. Mais sinon les autres activités, c'est des prises en charge d'une heure et demi.
136 Par contre avec mes collègues, quand ils travaillent en entreprise, c'est 3 heures le matin et 3
137 heures l'après-midi. Alors, soit ils viennent que le matin soit que l'après-midi ou soit ils
138 viennent en journée complète. Et là, ils doivent avoir un certain rythme, ils travaillent pour une
139 entreprise, donc ils n'ont pas le droit, entre guillemet, à l'erreur. Ils sont plongés un peu dans le
140 monde du travail. Tandis que chez nous, les patients peuvent travailler dans les autres ateliers
141 et venir juste une heure et demi chez nous. Parce que chez nous, ils vont plus prendre plaisir à
142 faire. C'est plus la recherche du plaisir, quand, par exemple, ils vont faire du dessin, quand ils
143 vont faire de la vannerie, un panier, quand un panier est fini, ils peuvent le garder pour eux.
144 Quand ils travaillent pour les entreprises, ils ne peuvent pas garder l'objet, ils travaillent pour
145 une entreprise. Déjà, il y a la satisfaction d'avoir fait l'objet, d'avoir pris plaisir à faire l'objet
146 et après à pouvoir le garder pour soi. C'est vraiment l'ergothérapie.

Annexe 7 : Entretien 4

1 **Quelle est votre profession ?**

2 Ergothérapeute

3 **Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?**

4 1999 de l'IFE de Rennes

5 **Depuis quand exercez-vous dans l'institution ?**

6 2003

7 **Quelle est la composition de votre équipe pluri-professionnelle ?**8 Ergothérapeutes, infirmiers, arthérapeutes, éducateurs spécialisés, psychomotriciens,
9 animateurs sportifs, ça doit être tout.10 **Quelle population recevez-vous ?**11 Essentiellement des psychotiques, des schizophrènes, mais il y a des troubles de la personnalité,
12 des pervers. **Vous recevez essentiellement des hommes ou des hommes et des femmes ?**
13 Homme, exclusivement homme. **L'Age et le motif d'admission sont communs à toutes les**
14 **autres UMD ?** Oui globalement, oui. Après c'était un des 4 premiers, ce n'est pas tout à fait
15 pareil. Enfin au niveau architecture, c'est pas tout à fait pareil. Nous, en comparant aux
16 nouvelles UMD où il n'y a que deux unités voir trois, nous on a cinq.17 **Pour quelle raison les personnes arrivent elles en ergothérapie ?**

18 Sur prescription médicale, exclusivement.

19 **Quelles sont leurs plus grandes difficultés ?**20 Leurs plus grandes difficultés, elles sont diverses et variées, ça peut être tant la concentration,
21 ça peut être la confrontation aux autres, ça peut être les difficultés d'attention au niveau des
22 consignes, la mise à distance des délires. C'est très varié. **Quels sont les objectifs principaux**
23 **de la prise en charge des « malades difficiles » ?** Là aussi, c'est très varié. Vous êtes allés en
24 UMD ou pas ? **Oui.** Lequel ? **À ***.** Ah oui, donc c'est la même configuration que nous, que
25 l'UMD de ***. Je ne sais pas comment c'était l'ergothérapie, mais pour nous on est une équipe
26 de huit, on accueille les patients toute la journée, ils sont adressés par le psychiatre et après les
27 objectifs sont assez larges. Il y a des objectifs non spécifiques ergothérapie. On dit ergothérapie
28 mais, en fait, il y a différentes professions qui travaillent ensemble. Souvent c'est la
29 socialisation, la remise en activité, des choses comme ça. Dans un premier temps, après on
30 affine au fur et à mesure des séances mais dans un premier temps, c'est souvent ça. **Comment**
31 **définiriez-vous la socialisation ?** La mise en contact avec les autres.

32 Déjà rentrer en relation de façon adaptée avec les autres vu qu'ils sont toujours, je ne sais pas
33 trop comment le dire, ils sont toujours... C'est un des problèmes principaux liés à la maladie,
34 comme on a beaucoup de schizophrènes en plus, de relation aux autres, là c'est le lieu où ils
35 peuvent tester leurs relations et apprendre à faire avec les autres et mettre en place des relations
36 adaptées avec le soignant, avec le groupe, avec tout le monde.

37 **Quelles activités leur proposez-vous ?**

38 Nous proposons énormément de choses ; des activités plutôt manuelles avec le cuir, le rotin, la
39 poterie, le jardin, nature et bois. On a des activités d'expression, on a l'art thérapie, la chanson,
40 le mime, la musicothérapie. On a des activités plutôt rééducatives, on a la stimulation cognitive,
41 on a de la psychomotricité, du sport, du sport adapté. On a des prises en charge de maladie
42 vasculaire, du tennis de table. Et peut-être que j'en ai oublié. On a un gros panel.

43 **Quelles activités leur proposez-vous dans le cadre de la resocialisation ?**

44 Toutes nos activités servent à la resocialisation, c'est nous qui adaptons. On travaille très peu
45 en individuel, on travaille qu'en groupe, pour favoriser la relation aux autres.

46 **Quelle est l'influence de l'enfermement dans votre intervention ?**

47 Côté positif c'est qu'on n'a aucun, contrairement aux services classiques, on n'a pas de
48 problème pour avoir les patients, puisqu'ils sont sur place et qu'on va les chercher. Je ne sais
49 pas si vous avez pu voir ailleurs, souvent c'est la difficulté qu'on rencontre que les patients
50 puissent venir. Là on est sur place, on est reconnu dans l'institution, tout comme doit l'être les
51 ergothérapeutes à ***, donc il n'y a aucun problème. Ça favorise le lien avec les patients, on
52 les connaît tous puisqu'on est dans le même milieu qu'eux. Donc, même si on ne les a pas en
53 charge, les 86, ils nous connaissent. Après les contraintes, c'est que l'enfermement, il peut être.
54 Alors on ne parle pas de regrouper, en disant on ne peut pas faire de réadaptation, puisque ça
55 c'est évident. C'est plus compliqué la réadaptation au niveau de l'enfermement. Après ça
56 contraint aussi la participation, c'est-à-dire que comme dans les prisons ou les choses comme
57 ça, ils... Le cadre de l'UMD fait qu'ils sont vite copains parce que ça leur fait plaisir de quitter
58 leur unité mais, ils savent qu'au bout ils doivent se tenir à « carreaux » pour pouvoir sortir de
59 l'UMD. Ça contraint un peu à ce niveau-là. Après c'est vrai qu'il y a peu de travail d'autonomie
60 ou de réadaptation, forcément.

61 **Votre intervention a-t-elle un impact sur l'enfermement ?**

62 Oui. Quand ils parlent de l'activité, ils parlent d'une bulle d'oxygène. C'est un espace ouvert,
63 enfin pour eux, c'est un espace ouvert sur l'extérieur, c'est la liberté. Même si on est au sein
64 des murs dans un bâtiment, ils sortent de leur unité, ils font des activités. Ils vont dans un autre
65 lieu avec des personnes différentes, qui n'ont pas de blouse, on n'a pas de blouse. On est un
66 peu l'extérieur à l'intérieur de l'UMD.

67 **Quel est le déroulé d'une activité ?**

68 Ça dépend. En règle générale on fonctionne beaucoup par groupe, on a des groupes d'environ
69 quatre. Chacun va dans une unité pour récupérer les patients de tout le monde. Pour éviter les
70 allées et venues. On a un temps d'accueil au début de l'activité, global, pour tout le monde. Où
71 tout le monde arrive sur le groupe. Après, on va à nos différentes activités, où chacun s'installe,
72 prend ce qu'il a à faire, fait son travail, poursuit ce qu'il a à faire ou commence de nouveau
73 objet, pour moi c'est le cuir. Et après on a un temps de pause, au milieu, pour couper un peu ce
74 temps. Parce qu'on fait les ateliers de 10 heure à midi. Donc pour couper le temps qui serait
75 trop long, on fait une pause, ça permet aussi de discuter avec eux, tranquille, puis on reprend
76 jusqu'à midi. Et pareil l'après-midi.

77 **Quels sont les moyens d'apprentissage permettant la resocialisation mis en place dans les**
78 **activités ?**

79 Les moyens d'apprentissages permettant la resocialisation. Déjà, je ne sais pas si c'est un moyen
80 d'apprentissage, pouvoir être en activité avec d'autres personnes et pouvoir communiquer avec
81 elles ; se passer les outils, s'entraider, des choses comme ça. Prendre le temps avec le groupe,
82 c'est déjà pour moi un bon travail de resocialisation. Après on va avoir des activités qui vont
83 être plus spécifiquement sur ça.

84 **Comment communiquez-vous avec le patient ?**

85 Normalement, comme avec n'importe quelle personne. **A quoi pensez-vous lors de la**
86 **communication ? Comment pensez-vous la relation ?** Je répondrais pareil. Je m'adresse à
87 eux comme je m'adresserais à quelqu'un de normal. Je ne sais pas si c'est sur le vouvoiement
88 des choses comme ça, après personnellement, je vouvoie tous les patients, je les appelle par
89 leurs prénoms, ils m'appellent par mon prénom, ça reste dans le respect. Après, avec les
90 schizophrènes, les mots, les phrases sont plutôt courts, limités, parce que trop d'informations à
91 la fois, ils ne peuvent pas forcément intégrer. Donc, pour les consignes, on reste simple. Je

92 communique comme je parlerais à n'importe qui, sauf que je ne les tutoie pas, ce ne sont pas
93 mes amis.

94 **Observez-vous des changements chez la personne en rapport avec la resocialisation ?**

95 Je ne sais pas trop si c'est la resocialisation ou pas. C'est au fur et à mesure du séjour où ils
96 prennent confiance en nous, ils finissent par se comporter de façon complètement adaptée, enfin
97 pas totalement adaptée. A échanger avec à peu près tout le monde, échanger normalement,
98 s'intégrer au sein d'un groupe et pouvoir adapter leurs relations aux autres.

99 **Selon vous, comment peut-on permettre la resocialisation ?**

100 En confrontant le patient à des situations, comme tout ce qui est à la mode en ce moment, la
101 remédiation cognitive, les choses comme ça qui se mettent en place petit à petit. Déjà au sein
102 d'une activité, essayer d'instaurer des relations dites normales, dites naturelles, savoir s'adapter
103 à la personne correctement pour la relation à l'autre, les relations adaptées vis-à-vis de l'autre.
104 Et après, apprendre à gérer tous les petits soucis du quotidien dans la relation à l'autre, face à
105 toutes situations problématiques. Savoir comment agir différemment que par la violence.

106 **Selon vous, comment peut-on améliorer la resocialisation en UMD ?**

107 En mettant en place des ateliers plus spécifiques comme ça commence à se mettre en place, tout
108 ce qui est réhabilitation psycho-sociale. Essayer de, puisqu'on est contraint en UMD, de
109 travailler l'autonomie. Les règles de sécurité contraignent beaucoup l'autonomie, ça restreint
110 l'autonomie. Si on ne peut pas travailler par ce biais-là, travailler par le biais de tous ces
111 nouveaux médiateurs qui existent en complément de nos activités.

112 **Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu m'accorder. Est-ce que vous avez
113 quelque chose à ajouter ?**

114 Non, c'était très bien. Vous êtes de quelle école ? **De l'IFE de Marseille.** On n'a jamais eu
115 d'étudiant d'aussi loin. Juste pour info à *** ils ont beaucoup d'ergothérapie ... Merci pour ces
116 renseignements.

Annexe 8 : Entretien 5

1 **Quelle est votre profession ?**

2 Infirmier secteur psychiatrique

3 **Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?**

4 1985 de l'école de ***

5 **Depuis quand exercez-vous dans l'institution ?**

6 1985 j'ai travaillé tout de suite après le diplôme, un an et demi après je suis parti 5 ans à
7 l'étranger en Suisse. Après je suis entré aux UMD. Aux UMD, j'ai travaillé un peu à une unité
8 pour les hommes puis l'unité des femmes. Après j'ai travaillé, depuis 12 ans en ergothérapie.

9 **Quelle est la composition de votre équipe pluri-professionnelle ?**

10 Il y a des ergothérapeutes, des infirmiers DE, des infirmiers en secteur psychiatrique, des ASH,
11 une psychologue, les psychiatres, un cadre de santé, un cadre supérieur et les médecins.

12 **Quelle population recevez-vous ?**

13 C'est des patients qui sont en SDRE, ou en D398. Donc des patients qui ont déjà eu un parcours
14 en psychiatrie marqué pour la plupart, qui ont déjà fait pas mal de structures, d'établissements.
15 Ou alors des patients qui ont fait un acte plus répréhensif, violent, de l'agressivité soit vis à vis
16 d'eux même soit vis-à-vis d'autrui de manière suffisamment importante, marquée, qui ne
17 peuvent plus être hospitalisés dans des structures d'hospitalisation en psychiatrie normale, qui
18 suscite une prise en charge particulière et plus contenue. On a ce type de patient ou alors on a
19 des patients qui, en D398, sont en instruction suite à tentative de meurtre, infanticide, etc, qui
20 sont répréhensif par la loi.

21 **Quelles sont leurs plus grandes difficultés ? Quels sont les objectifs d'intervention ?**

22 Par rapport aux activités, les activités thérapeutiques permettent de faire du lien avec les
23 différences de santé et, peut être, rattraper un peu leur souffrance.

24 **Quelles activités sont proposées ?**

25 Il y a un pôle sport et un pôle activités manuelles. Je détaille ? **Oui.** En sport, il y a une salle de
26 musculation, il y a des jeux collectifs avec basket, badminton, ping-pong, football, ensuite il y
27 a piscine et sinon, ponctuellement, des activités extérieures comme des randonnées, de
28 l'escalade, la participation à des tournois inter-hôpitaux en ce qui concerne le sport. Après en
29 ce qui concerne l'ergothérapie, il y a journal peinture, alphabétisation, ensuite il y a l'activité
30 poterie, sculpture, modelage, un atelier vannerie. Un atelier carto-récup, un atelier chorale, jeu,

31 jeu compétence, histoire d'argile. Il y a le jardin, sinon après il y a des sorties thérapeutiques
32 qu'on fait avec les patients ponctuellement. Education thérapeutique qui vient d'être mis en
33 place dernièrement.

34 **Quelles activités leur proposez-vous dans le cadre de la resocialisation ?**

35 Sur la resocialisation, sur les activités sur lesquelles je travaille. Là où je suis essentiellement
36 référent. Les ateliers, il y a de la resocialisation mais il n'y a pas que ça. Les ateliers sur lesquels
37 je suis référent ; jardin, journal, poterie, ponctuellement je vais aider certains de mes collègues.
38 On se soutient, on va se remplacer les uns les autres. Sinon, il y a les sorties thérapeutiques.
39 Resocialisation, toutes les activités peuvent être dans le cadre de la resocialisation, après ce
40 n'est pas que ça.

41 **Quelle est l'influence de l'enfermement dans votre intervention ?**

42 En ergothérapie, le cadre et le fonctionnement est différent de celui des unités, il y a peut-être
43 un peu plus de souplesse. Il y a, par exemple, la mixité qu'il n'y a pas dans les autres unités.
44 D'autre part, sur une activité, ils sont occupés donc ils ne pensent pas ou n'ont plus la notion
45 d'enfermement. D'autres dynamiques que l'enfermement sont beaucoup moins mal vécues au
46 travers de l'ergothérapie que dans les unités de soin.

47 **Votre intervention a-t-elle un impact sur l'enfermement ?**

48 Oui, dans le bon sens, du côté positif, à un moment donné l'ergothérapie permet d'oublier cet
49 enfermement. Ça permet au travers de l'activité d'être ailleurs en dehors de ces quatre murs, de
50 ces chambres, de ces cellules. De par l'activité qu'on propose, par le relationnel qu'on amène,
51 l'enfermement est toujours présent, mais de manière beaucoup moins lourde, beaucoup plus
52 supportable.

53 **Quel est le déroulé d'une activité ?**

54 Il y a des fiches de poste qui sont mises en place par rapport aux objectifs, avec les référents ;
55 le pourquoi, comment de l'activité. Après sur un planning, il faut déterminer la place de
56 l'activité ; Quel jour ? Ou si c'est après-midi, matin ? Etc. Après au niveau de l'organisation au
57 niveau de l'équipe pour que chaque activité puisse avoir sa place et pas être décalée toutes les
58 semaines, pour qu'elle garde un cadre, une référence, un repère pour les patients. Il y a une
59 décision d'équipe pour savoir quel patient fait l'activité en demandant aux patients si ça les
60 intéresse, si c'est leur choix. Une fois que tout cela est déterminé, l'activité en elle-même. Il y
61 a la préparation de l'atelier, s'il faut prévoir des feuilles, prévoir du matériel, des outils, etc. Le

62 déroulé du coup, une fois que les patients arrivent, on leur rappelle un peu le fonctionnement,
63 les attentes, les objectifs, le but de l'activité, préciser le contexte dans lequel ils sont : l'atelier.
64 Soit par un travail collectif ou individuel. Les deux peuvent se faire. Arrivé au terme d'une
65 heure et quart, on rappelle qu'on est sur la fin de la séance, on commence à ranger. C'est à ce
66 moment-là qu'on peut faire aussi un bilan de la séance, en demandant comment il a ressenti
67 cette séance par rapport à ce qu'il a fait, son travail, l'activité. Ça peut être une démarche
68 individuelle ou bien collective, au niveau du groupe. Au bout d'une heure et demi, le matériel
69 est rangé, la séance est finie.

70 **Quels sont les moyens d'apprentissage permettant la resocialisation ?**

71 Les moyens d'apprentissage, c'est d'essayer de revaloriser le patient, le re-narcissiser, c'est lui
72 redonner une estime de soi, pour qu'il puisse retrouver les acquis qu'il a pu avoir, de
73 l'autonomie, qu'il soit à l'extérieur ou sur la structure. Pour qu'il puisse être plus autonome et
74 avoir un peu plus d'indépendance dans ses gestes du quotidien comme dans le relationnel avec
75 les autres personnes. Quand tu fais cette démarche de retrouver des acquis, le potentiel du
76 patient il l'a perdu pour X raison, parce qu'il y a une chronicité, une hospitalisation à répétition,
77 donc ils perdent des moyens, ils perdent toute la dynamique qu'il peut y avoir à l'extérieur.
78 Donc notre but, c'est à la fois de la stabiliser dans sa problématique, mais aussi petit à petit
79 cette resocialisation, quelle se fasse par le biais des ateliers, mais aussi ponctuellement par des
80 sorties thérapeutiques, tu remets dans ce contexte.

81 **Comment communiquez-vous avec le patient ?**

82 Ça dépend des personnes. Ça peut-être dans une discussion normale entre individus parce qu'il
83 y a un accès à la parole, il y a un accès au relationnel, il y a, comment dire, une reconnaissance
84 de l'autre et de soi-même, la discussion peut avoir lieu. Par contre, il y a des patients où c'est
85 beaucoup plus difficile parce qu'ils sont dans un monde, ils sont dans leur monde, ils sont
86 fermés, ils sont dans leurs délires, dans leurs interprétations. Il va donc falloir y aller de manière
87 très progressive. Et pour certains, il faut trouver des biais. Les différents biais sont, entre autres,
88 les activités en ergothérapie, où tu utilises un médiateur, une activité qui peut être la terre,
89 modelage, ça va être l'activité jardin, qui va permettre au travers d'une activité d'établir un
90 début de relation, un début de discussion et d'échange avec le patient qui aurait pas pu se faire
91 autrement dans ce cas de figure.

92 **Observez-vous des changements chez la personne en rapport avec la resocialisation ?**

93 Oui, une fois qu'il y a une meilleure estime de soi, une meilleure reconnaissance, plus de prise
94 d'initiative et une meilleure confiance en soi, même sur l'aspect, même sur l'image, la
95 présentation, la personne prend soin un peu plus d'elle-même et elle va même un peu plus au-
96 devant des autres, elle est plus dans le contact, elle est plus dans les échanges. Ce qui permet
97 d'être dans cette resocialisation, dans la sphère du quotidien, de tous les jours, avec tous les
98 échanges qu'on peut avoir normalement en société.

99 **Selon vous, comment peut-on permettre la resocialisation ?**

100 D'une part, par rapport aux activités car elles amènent un peu à ça, même s'il ne doit pas y avoir
101 que cet élément qui doit être pris en compte. La resocialisation, c'est aussi la prise en charge au
102 niveau du patient à travers ces entretiens avec le médecin, avec le traitement qui va permettre
103 de se stabiliser et puis, peut-être, de mieux travailler, ça va l'aider à mieux prendre en compte
104 pour après avancer et aller vers cette resocialisation. C'est maintenir les liens avec les éléments
105 extérieurs, ça peut-être les amis, la famille, les proches, etc. C'est peut-être aussi garder des
106 acquis du patient, à un moment donné s'il a déjà eu une expérience professionnelle. C'est un
107 peu d'appuyer pour qu'il puisse garder cette ouverture possible lorsqu'il sera sur l'extérieur.
108 Pour essayer de maintenir tous ces liens, il y a, par exemple, un travail qui est fait avec le service
109 social, par rapport aux différentes aides qu'ils peuvent avoir pour essayer de les orienter aussi
110 par rapport à des appartements, par rapport à des formations, tout ce qui peut maintenir. C'est
111 un travail vraiment pluridisciplinaire.

112 **Selon vous, comment peut-on améliorer la resocialisation en UMD ?**

113 On fait pas mal de bon boulot dans l'ensemble. Le seul truc, c'est le fait que les patients soient
114 en UMD, l'image de l'UMD est tellement négative, les gens appréhendent tellement en disant
115 que c'est des patients dangereux, que même tout le travail qui a été fait à la fois par le patient
116 et les équipes qui l'ont accompagné ne sont pas pris en compte. Et l'amélioration de la
117 resocialisation, pour moi la plus importante c'est qu'il y ait cette reconnaissance du travail qui
118 est fait, mais sur les équipes qui vont recueillir le patient une fois qu'il est sorti des UMD. Je
119 crois qu'il y a un travail à faire à ce niveau-là, parce que souvent les équipes ne sont pas prêtes
120 et gardent encore une image du patient telle qu'elles l'on connu avant son entrée en UMD et ne
121 prennent pas en compte le travail qui a été fait par le patient et les équipes, et donc la situation
122 nouvelle. Et souvent tout le travail de resocialisation qui a pu être fait est un petit peu banni, est

123 non reconnu, par les appréhensions qu'ont les équipes à retrouver un patient qu'elles ont connu
124 dans un autre contexte. C'est surtout sur ce point-là qu'il faudrait travailler.

125 **Est -ce que vous avez quelque chose à ajouter ?**

126 Je te donne des idées par rapport à ma sensibilité, par rapport à mon expérience professionnelle,
127 par rapport au fait que je sois infirmier psy. Après, je pense que tu peux avoir des tas de réponses
128 avec des approches différentes les unes des autres.

RESUME

L'hospitalisation en UMD est comme un passage dans une vie. C'est une rupture avec l'environnement extérieur pour protéger la société et permet à la personne de se restructurer, de se stabiliser et ainsi diminuer son état potentiellement dangereux. Des équipes pluri-professionnelles y travaillent dont l'ergothérapeute. Comprendre quelle est la place de l'ergothérapeute dans ce lieu de soin qui enferme, notamment dans le développement de la participation sociale, dans la perspective d'un retour à la communauté. L'objet de cette étude est de voir en quoi l'ergothérapeute peut-il intervenir dans la resocialisation des malades difficiles institutionalisés en UMD. La méthode clinique permet, à l'aide d'entretiens, d'obtenir des informations qualitatives sur la pratique de différents professionnels travaillant en UMD.

MOTS CLEFS : Ergothérapie, Milieux fermés, Participation sociale

ABSTRACT

In France, special unities are called units for tough sick person (UMD), welcom persons potentially dangerous under threats. The hospitalisation in this health center is a break with the extern environment in order to protect the society and allow sick person people to restructure, stabilize and reduce their potential dangerous part. Multi-professionals teams, included an occupational therapist, work on it. The aim of this study is to answer to : how the occupational therapist can act for the re-socialization of tough sick persons in UMD. The clinical method thanks to meets help of interviews, to have qualitatives informations about practice of different professionals working in UMD.

KEYWORDS : Occupational therapy, Closed environment, Social participation