



HAL
open science

Réinsertion sociale en psychiatrie : intervention de l'ergothérapeute dans le parcours institutionnel

Roxane Allouard

► **To cite this version:**

Roxane Allouard. Réinsertion sociale en psychiatrie : intervention de l'ergothérapeute dans le parcours institutionnel. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03040887

HAL Id: dumas-03040887

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03040887>

Submitted on 4 Dec 2020

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.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

ALLOUARD Roxane
25 mai 2020

Mémoire pour le Diplôme d'Etat
en Ergothérapie

Réinsertion sociale en psychiatrie : intervention de
l'ergothérapeute dans le parcours institutionnel

Directeur de Mémoire : Ivan SEREDIUK (ergothérapeute)

« Il faut donner du temps au temps »

Miguel de Cervantès

Remerciements

« Sous la direction de Ivan SEREDIUK, ergothérapeute au sein de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes, maitre de mémoire »

Je remercie tout particulièrement Ivan SEREDIUK, pour son engagement, sa disponibilité et ses conseils avisés tout au long de cette année de recherche.

Je remercie tous les ergothérapeutes qui ont participé à ma recherche, pour le temps qu'ils ont pu me consacrer et la richesse des expériences qu'ils ont su me transmettre.

Je remercie tous les membres de l'équipe pédagogie de l'Institut de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour leur soutien et leur engagement tout au long de mon cursus universitaire.

Je remercie mes camarades de la promotion 2017-2020 pour leur amitié, leur bonne humeur et leur soutien tout au long de ces trois années.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis de m'avoir accompagnée pour qu'un jour ce projet tant rêvé aboutisse. Je remercie tout particulièrement ma mère, pour ces années de dévouement sans faille, ses relectures, ses corrections.

Sommaire

Liste des tableaux et figures	3
Liste des abréviations	4
Introduction	5
1. Contexte de justification de l'étude	6
1.1. Connaissances sur le sujet	6
1.1.1. L'évolution de la psychiatrie au cours du temps	6
1.1.2. Évolution des termes définissant les troubles psychiques	8
1.1.3. La réinsertion sociale	11
1.1.4. L'ergothérapeute en psychiatrie	14
1.2. Enquête exploratoire	16
1.3. Question de recherche	16
1.4. Le cadre éthique	17
2. Méthodologie de la recherche	18
2.1. Choix de la population	18
2.2. Choix de l'outil	19
2.3. Mode d'analyse des données	20
3. Analyses des données et résultats	22
3.1. Analyse longitudinale	22
3.2. Analyse transversale	34
3.2.1. Analyse par thématique	35
3.2.2. Analyse par secteur d'activité	40
4. Discussion	42
4.1. Confrontation des résultats avec le concept de réinsertion sociale	42
4.2. Réponse à la question de recherche	45
4.3. Critiques et limites de l'étude	47

4.4. Apports et perspectives	48
Conclusion	50
Références bibliographiques	51
Annexe I : Formulaire d'information et de non-opposition	54
Annexe II : Grille d'entretien	55
Annexe III : Tableau d'analyse longitudinale entretien 1	57
Annexe IV : Tableau d'analyse longitudinale entretien 2	59
Annexe V : Tableau d'analyse longitudinale entretien 3	62
Annexe VI : Tableau d'analyse longitudinale entretien 4	65
Annexe VII : Tableau d'analyse longitudinale entretien 5	68
Annexe VIII : Tableau d'analyse longitudinale entretien 6	70
Annexe IX : Tableau d'analyse longitudinale entretien 7	72
Annexe X : Tableau d'analyse longitudinale entretien 8	74
Annexe XI : Tableau d'analyse longitudinale entretien 9	76
Annexe XII : Tableaux d'analyse transversale	77

Liste des tableaux et figures

- **Tableau :**

Tableau I : Échantillonnage des participants	19
--	----

- **Figures :**

Figure 1 : Fréquence d'utilisation des moyens individuels	36
Figure 2 : Fréquence d'utilisation des moyens de groupe	37
Figure 3 : Fréquence de collaboration avec les partenaires	38
Figure 4 : Fréquence d'apparition des facteurs	40

Liste des abréviations

- AERES** : Auto-Évaluation des Ressources
- ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CASIG** : Client Assesment of Strenghts Interests and Goals
- CATTP** : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
- CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CMP** : Centre Médico-Psychologique
- CRP** : Centre de Réhabilitation Psychosociale
- DIPC** : Document Individuel de Prise en Charge
- DU** : Diplôme Universitaire
- ELADEB** : Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés Et des Besoins
- ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- ETP** : Education Thérapeutique du Patient
- FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle
- HDJ** : Hôpital De Jour
- IUFE** : Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie
- MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- MDA** : Maison Départemental de l'Autonomie
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PRACS** : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales
- SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- UNAFAM** : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux

Introduction

Au cours de ma formation, un stage me permet de découvrir la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques dans une clinique institutionnelle où la problématique de la sortie d'hospitalisation se pose pour une femme : comment l'accompagner dans sa recherche de logement et son souhait de sortir d'hospitalisation complète ? Dans cette structure, tous les professionnels de santé sont nommés indifféremment « *moniteurs* » et chacun contribue, au travers de tâches quotidiennes et de médiations, à la libre circulation des pensionnaires dans la clinique et à l'ouverture vers la citoyenneté. Mais l'accompagnement vers un projet extérieur reste mal défini, qui accompagne, comment, dans quel but, m'amenant à m'interroger sur le rôle de l'ergothérapeute dans la sortie d'hospitalisation. Selon l'Organisation Mondiale Santé, un quart de la population serait touché à un moment de sa vie par un trouble psychique, causant des répercussions sur la vie personnelle et sociale. Les politiques publiques s'engagent vers un système organisé avec davantage de structures mettant en place de nouvelles techniques d'intervention et divers programmes de soins à l'intérieur de la communauté afin d'éviter les hospitalisations répétitives et de longue durée, et ainsi favoriser le processus de désinstitutionnalisation (Ailam et al. 2009).

De ce préambule émerge une interrogation : comment l'ergothérapeute peut-il intervenir dans le processus de désinstitutionnalisation et dans les divers programmes installés à l'intérieur de la cité.

En premier lieu, nous nous intéressons à l'évolution de l'approche de la prise en charge en psychiatrie jusqu'à nos jours. Puis, au travers de recherches dans la littérature scientifique et une enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes, nous définissons la question de recherche à laquelle nous répondons par la suite grâce à des entretiens auprès de neuf ergothérapeutes que nous exploitons selon plusieurs méthodes.

1. Contexte de justification de l'étude

1.1. Connaissances sur le sujet

1.1.1. L'évolution de la psychiatrie au cours du temps

- L'histoire

Au cours des siècles, les prises en charge en santé mentale en France ont beaucoup évolué. Au début, le malade mental est perçu comme incurable, enfermé dans des asiles tenus par des religieux avec tous les individus jugés nuisibles par la société et contraint au travail forcé. La psychiatrie asilaire est, à cette époque, un lieu d'enfermement et d'exclusion institutionnelle. En 1905 est fondée une corporation de médecins et psychiatres asilaires, forts de propositions et d'innovations. Ainsi, en 1920, sont créés les dispensaires d'hygiène mentale, moins onéreux et traitant la maladie mentale qui deviendront, en 1995, les services de santé mentale (Matot, 2001).

Durant la Seconde Guerre mondiale, les aliénés subissent de nombreuses maltraitances conduisant à des milliers de morts. En 1945, les prises en charge psychiatriques connaissent un véritable tournant, avancées rendues possibles par les réformes débutées par le syndicat des médecins asilaires durant l'entre-deux-guerres. La déshumanisation de l'enfermement asilaire est dénoncée. Les visions se modernisent, aboutissant à une psychiatrie ouverte vers l'extérieur et une humanisation des prises en charge. Le patient et l'entourage deviennent acteurs de la prise en charge. Une nouvelle approche apparaît : la psychothérapie collective ou psychothérapie institutionnelle ayant pour but de favoriser l'activité collective, le travail et les loisirs (Henckes, 2009). Ainsi, la mise en activité de la personne, comme le décrit François Tosquelles, est indispensable à la guérison (Robcis, 2016).

Les prises en charge psychiatriques connaissent un nouveau tournant primordial en 1950 avec la découverte des psychotropes entraînant une diminution des souffrances psychiques (Coldefy, 2012). Pour remédier au manque de prise en charge des différents stades de la maladie et à l'engorgement des structures, des secteurs psychiatriques sont créés en 1960, permettant la planification des équipements, la gestion des équipes et des

professionnels de soin et la répartition des patients selon leurs besoins (Coldefy, 2012; Henckes, 2009).

Les mouvements de désinstitutionnalisation de 1970 et 1980 ont permis une nouvelle vision de la prise en charge psychiatrique, promouvant l'intégration sociale du patient dans son environnement, l'insertion au plus proche du domicile et le retour à la citoyenneté. Le but est alors de lutter contre la stigmatisation et d'augmenter la qualification des professionnels. En 1980 se développent des structures alternatives et des services sociaux et médico-sociaux comme les Centres Médicaux Psychologiques (CMP), les services de soins ambulatoires à temps partiel, les équipes de psychiatrie-précarité, psychiatrie-vieillesse ou de l'adolescent (Coldefy, 2012). Dans ces années apparaît la réhabilitation psychosociale en France : au croisement de l'enfermement asilaire et de l'ouverture vers la cité, son rôle est déterminant pour une prise en charge sociale (Bonsack & Favrod, 2013). Ainsi, selon Magali Coldefy, « *la prise en charge des troubles psychiques est devenue depuis 2005 une priorité des politiques de santé européennes et mondiales, avec le lancement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'un plan d'action en faveur de la santé mentale en Europe. Il est désormais reconnu qu'une approche des soins équilibrée entre prise en charge ambulatoire et hospitalière est nécessaire et que les soins de proximité améliorent la qualité de vie de la majorité des patients.* » (2012).

- La psychiatrie ambulatoire

Le terme ambulatoire signifie que les différents types de prise en charge médicale s'effectuent dans une structure de santé sans hospitalisation à temps complet. Le soin ambulatoire permet une prise en charge de la personne après la phase aiguë, lors de la stabilisation des troubles. Les personnes sont en nécessité d'un accompagnement spécifique à la sortie de l'hospitalisation complète, les soins ambulatoires permettent la continuité du soin et l'accompagnement dans la communauté (Ferrari et al., 2016). Les soins ambulatoires sont proposés dans différentes structures :

- ❖ Les **CMP** proposant de la prévention, du diagnostic, de l'orientation, des soins et un accompagnement à la réinsertion.
- ❖ Les **CATTP**, qui ont pour rôle le soutien à l'autonomisation de la personne en proposant des ateliers de groupe thérapeutiques.

- ❖ Les **ateliers thérapeutiques** ont un rôle d'évaluation de l'autonomie globale de la personne dans l'objectif d'une réadaptation sociale et professionnelle au travers d'activités manuelles, sociales et relationnelles (Établissement Public de Santé Maison Blanche, 2018).
- ❖ L'**HDJ** dont la fonction est d'être un lieu de soin et d'accompagnement médico-social. Les options thérapeutiques valorisées sont la relation et le travail au travers d'ateliers thérapeutiques. Il favorise la stabilisation et le maintien de la personne dans la société, mais aussi accompagne les personnes en rechute avant qu'une hospitalisation à temps complet soit nécessaire (Hanus & Louis, 2010).
- ❖ Les **CRP** ont un rôle d'accompagnement centré sur le rétablissement. C'est un établissement travaillant en collaboration avec les différentes structures médico-sociales du territoire afin d'offrir un accompagnement global de la personne avec des troubles psychiques sévères (Centre ressource Lyon Vinatier, 2020).
- ❖ Les **associations** sont des alternatives complémentaires aux réseaux de soins médicaux en France. Elles apportent un soutien aux personnes souffrant de troubles psychiques et à leurs proches. Elles permettent de favoriser la continuité des soins en psychiatrie.

Cette évolution importante au cours du temps est principalement induite par l'émergence d'une meilleure appréhension de la maladie mentale et une nouvelle considération de la personne.

1.1.2. Évolution des termes définissant les troubles psychiques

Les termes définissant les troubles psychiques ont évolué au cours des siècles permettant une évolution des mentalités et des modes de prise en charge. Les changements débutent au XIXe siècle avec l'apparition du terme « *hygiène mentale* » désignant « *l'ensemble des moyens d'ordre éducatif, prophylactique ou psychothérapique mis en œuvre pour maintenir la santé mentale de la population et, si possible, prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques* » (Larousse, 2019). Au travers de ce terme, on reconnaît une nécessité de créer des espaces spécifiques à la prise en charge de la maladie mentale. Au milieu du XIXe siècle, l'hygiène mentale devient une préoccupation de santé publique, elle ne concerne plus uniquement les malades, mais

toute la population. Elle évolue vers une pratique préventive et favorise le dépistage, le traitement et l'adaptation du milieu de vie.

Ce n'est qu'en 1948 que l'OMS, lors de sa création, propose une définition de la santé pour répondre aux questions de santé publique, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2019). Après l'intervention de l'OMS, l'hygiène mentale devient la santé mentale et une question d'intérêt public. Ainsi débutent des campagnes de promotion et de prévention de la santé. Le comité d'experts de l'OMS constate un manque de moyens humains et thérapeutiques et préconise une prise en charge préventive de l'adulte et de l'enfant afin de réduire les risques de chronicisation de la maladie. Puis l'OMS redéfinit spécifiquement la santé mentale : « *la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* » (OMS, 2019). Cela permet de ne plus considérer le bien-être de l'individu seul, mais celui de son accomplissement dans la société. Les questions du quotidien de l'individu, de ses difficultés, de ses capacités d'adaptation à la collectivité sont posées. La santé mentale devient l'affaire de tous, car on s'interroge sur l'influence de l'environnement sur la personne. La multiplication des médias et des associations d'usagers, en communiquant sur la maladie psychique, favorisent sa banalisation et le regard sur la personne malade. Cela permet de lutter contre les préjugés et la stigmatisation, rendant l'environnement plus favorable (Veit, 2019). Ainsi les prises en charge ambulatoires deviennent possibles et l'insertion des patients vers la communauté est facilitée.

En 2005, une nouvelle loi redéfinit le handicap en incluant désormais le handicap psychique : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. 16 mai 2005)). L'UNAFAM définit le handicap psychique : les capacités

intellectuelles sont intactes, c'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. Celui-ci est « *caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales* » (UNAFAM, 2005). Grâce à la loi de 2005, de nouvelles reconnaissances voient le jour pour la personne atteinte de troubles psychiques comme la compensation du handicap par des aides au logement, à l'emploi et à des compensations financières afin de répondre aux besoins de la personne (Veit, 2019). Dans l'objectif d'un soutien mutuel face aux difficultés rencontrées lors de l'insertion sociale, professionnelle et citoyenne, les groupes d'entraide mutuelle se créent et s'organisent sous forme d'associations. Ces groupes visent à réduire l'isolement et à proposer des activités favorisant le bien-être et les liens sociaux. À la suite de la loi de 2005, la politique publique autour du handicap psychique s'accroît donnant naissance au « plan psychiatrie et santé mentale ». Les services d'accueil spécifique au handicap psychique se multiplient notamment les résidences accueil, les maisons relais ou les pensions de famille. L'articulation entre sanitaire-social-médicosocial s'enrichit avec la création de places dans les MAS, les FAM et les SAMSAH (Barrès, 2010). Cet accroissement du maillage sanitaire permet une meilleure continuité des soins et une plus grande coordination de la prise en charge répondant aux besoins et au projet de vie de la personne selon une démarche pluridisciplinaire (Leplège et al., 2015). Mais l'acceptation du handicap dit psychique reste une étape difficile pour la personne et ses proches et nécessite du temps avant de parvenir à construire un projet de vie (Bonamour Du Tartre, 2010).

L'évolution des modes de pensée sociétale et l'élaboration de lois autour du handicap psychique ont favorisé une diminution des idées reçues sur la personne atteinte de troubles psychiques, promouvant une meilleure acceptation de celle-ci dans son environnement. Ainsi, grâce à un environnement plus favorable et moins stigmatisant, les prises en charge vers l'extérieur de l'institution deviennent possibles tout comme la réinsertion sociale et professionnelle.

1.1.3. La réinsertion sociale

La législature actuelle s'oriente vers la désinstitutionnalisation des personnes présentant une pathologie psychique. Afin de parvenir à cet objectif, une stratégie d'optimisation des prises en charge est nécessaire. Elle vise la rémission et la prévention des rechutes. Le but est de restaurer et maintenir l'insertion sociale de la personne afin d'obtenir un rétablissement optimal dans une vie active et sociale (Pachoud, 2013). Le code de la santé publique (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé (J.O. 28 janvier 2016)) énonce : « *La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion* », oeuvrant dans un but d'amélioration de la continuité des soins.

Il existe des subtilités de vocabulaire entre les différentes prises en charge que l'on peut nommer réadaptation, réhabilitation ou réinsertion :

G. Riou, C. Poullain et I. Katsaros définissent la réadaptation comme une « *réintégration de la personne dans son environnement antérieur ou le démarrage de nouveaux projets* » grâce au développement des habiletés personnelles (Riou et al., 2016).

La réhabilitation, selon Riou et al, cherche à redonner à la personne « *toute sa dignité, soutenir sa capacité d'émancipation et son pouvoir d'agir dans la société* ».

La réinsertion apparaît comme au confluent des deux méthodes, car elle permet l'accompagnement de la personne vers une vie autonome au travers du développement des habiletés sociales. Elle peut être abordée en plusieurs temps : premièrement, les habiletés sont développées afin de faciliter les activités quotidiennes simples. Puis, vient le temps de l'accompagnement de l'autonomisation à l'extérieur de l'institution. Le but est d'éviter les rechutes et de permettre le maintien à l'extérieur de l'institution grâce aux aides apportées par les structures psychiatriques ambulatoires. La réinsertion sociale a pour objectifs le retour à l'autonomie dans la vie quotidienne, les activités occupationnelles ou l'emploi, le tout en lien avec le projet de vie de la personne (Hernandez, 2016).

Ces trois termes se rejoignent en un but commun qui est le rétablissement et l'autonomisation de la personne dans la vie communautaire. Dans ce mémoire, nous utiliserons le terme de réinsertion sociale pour évoquer le rôle des structures permettant le maintien des personnes présentant des troubles psychiques dans leur environnement.

Selon Ellen Corin et Gilles Lauzon, il existe trois axes principaux à la réinsertion sociale. La prise en charge est alors orientée dans ces trois axes qui vont permettre le rétablissement de la personne (Corin & Lauzon, 1988) :

- 1) **Les relations sociales** : elles comprennent les relations et les soutiens sociaux, l'objectif étant de maintenir une vie relationnelle épanouissante pour la personne au travers d'activités sociales. Le soutien va être apporté par les proches, la famille, la structure accueillant la personne afin de lui apporter un cadre rassurant et un environnement stable.
- 2) **Les rôles sociaux** : sont un imbriquement attendu de comportements, de droits, de normes, d'obligations qui s'adaptent à un contexte social au vu d'un statut social donné. L'accès à un rôle social permet d'entrevoir la personne comme acteur dans un environnement précis apportant une légitimité au sein d'un groupe social.
- 3) **L'espace-temps** : il comprend l'organisation, la circulation dans l'environnement, les rencontres, les activités. Il apparaît important que l'environnement soit un espace rassurant où le patient peut trouver son autonomie (Semal & Revillion, 2009). La structure accueillant la personne dans le cadre de la réinsertion sociale va avoir pour rôle de comprendre les contraintes auxquelles la personne se heurte afin de les diminuer et de favoriser son intégration sociale.

Selon Ram A. Cnaan, Laura Blankertz, Karlyn W. Messinger et Jérôme R. Gardner, la réhabilitation psychosociale ou la réinsertion sociale est fondée sur un ensemble de théories favorisant l'indépendance et le développement des personnes atteintes de troubles psychiques. Ils définissent treize principes indispensables à la réhabilitation psychosociale permettant de nommer une prise en charge en ces termes (Cnaan et al., 1988) :

- 1) **Utiliser au maximum les capacités humaines** : chaque individu possède des capacités pour améliorer son niveau de fonctionnement. Le but est de motiver la

personne à exploiter ses capacités sociales, émotionnelles, cognitives et instrumentales.

- 2) **Doter l'individu de compétences** : l'objectif est d'apprendre ou réapprendre à la personne les compétences nécessaires à une vie autonome en communauté, ces apprentissages renforcent les capacités relationnelles, de résolution de problème et d'adaptabilité. Une évaluation des compétences existantes doit être faite en amont.
- 3) **Autodétermination** : la prise en charge prend en considération les droits, les capacités, les connaissances de l'individu pour participer à la prise de décision et aux conséquences qu'elle entraîne dans sa vie. Elle consiste aussi en l'apprentissage de la gestion de situations stressantes.
- 4) **Normalisation** : le but est de permettre le fonctionnement de l'individu au sein de la communauté en autonomie totale. Donner la possibilité de participer à une vie associative, avoir un logement adéquat, faire des achats dans la communauté... Le développement et l'évaluation des compétences doivent être faits en milieu écologique.
- 5) **Individualisation du soin** : le soin doit être adapté aux besoins, compétences, désirs de l'individu et avancer au rythme de celui-ci. Il nécessite l'évaluation des compétences de la personne par rapport à un environnement et de déterminer ce à quoi elle ne peut accéder seule.
- 6) **Engagement du personnel** : le personnel doit persévérer, croire aux capacités, à la réussite et aux progrès de l'individu même en cas d'échec et d'abandon. Cet engagement permet de limiter l'abandon du soin.
- 7) **Déprofessionnalisation de l'accompagnement** : la relation entre le thérapeute et la personne concernée est basée sur une relation partenariale. Le professionnel accompagne la personne dans sa globalité et peut interagir face à l'ensemble des problèmes rencontrés. De plus, il a pour rôle de guider l'individu vers une vision plus réaliste des troubles et de l'environnement.
- 8) **Intervention précoce** : l'intervention doit être rapide, dès lors que les premiers signes de décompensation sont observés afin d'éviter les récurrences, de préserver les compétences acquises et les liens avec la cité.
- 9) **Approche environnementale** : l'environnement doit être structuré comme un soutien quotidien à la personne. Elle inclut l'accompagnement des familles, des

proches et le développement du réseau social. Le but est de limiter l'isolement et la discrimination.

- 10) **Changer l'environnement** : l'objectif est de normaliser, structurer, rééduquer l'environnement en éduquant la population vers une acceptation des pathologies psychiques et une inclusion de la personne.
- 11) **Aucune limite à la participation** : il ne doit pas avoir de critères de sélection ni de durée limite à l'accompagnement.
- 12) **Processus centré sur le travail** : l'un des piliers de la réinsertion est de permettre l'accès à un travail, à une rémunération favorisant la normalisation, tout en développant l'estime de soi, les contacts sociaux, l'indépendance.
- 13) **Suprématie sociale plutôt que médicale** : le but est de sortir d'un modèle médical (symptômes, déficiences, traitements...) et de s'orienter vers le renforcement des compétences et de l'environnement social pour permettre à la personne une vie équilibrée, gérant le stress et les imprévus. Il est aussi de développer le travail avec les structures complémentaires pour développer le réseau extérieur.

L'ergothérapie a une place importante dans ce processus de réinsertion sociale. Elle permet, grâce à sa vision holistique, d'imaginer une prise en charge s'intéressant à la personne dans sa globalité. De plus, lors de la réinsertion, les problèmes les plus souvent rencontrés sont liés aux activités quotidiennes qui font partie intégrante de la profession d'ergothérapeute (Hernandez, 2016).

1.1.4. L'ergothérapeute en psychiatrie

L'ergothérapie est une profession reconnue officiellement en France en 1971 suite à la création du Diplôme d'État d'Ergothérapie comprenant un programme de formation officiel. Elle s'adresse à tous types de public : enfant, adulte, personne âgée. L'ergothérapeute travaille sur prescription médicale (Alexandre et al., 2010). Selon l'ANFE, « *l'objectif de l'ergothérapie (occupational therapy) est de maintenir, de restaurer et de 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. L'ergothérapeute (occupational therapist) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie*

quotidienne en société » (ANFE, 2019). C'est une profession qui vise à réduire et compenser les limitations de participation grâce à des actions de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale (Hernandez, 2016).

En psychiatrie, l'une des premières définitions du métier, par Philippe Pinel, est l'utilisation du travail comme un acte de soins. Le travail permet l'insertion du patient dans la dynamique quotidienne. L'ergothérapeute met alors en place un cadre permettant à la personne d'exprimer librement ses émotions, sa parole et de se sentir en sécurité. Puis il développe des ateliers d'ergothérapie où les patients se retrouvent autour d'activités artisanales permettant de développer des compétences sociales, communicationnelles, cognitives (Mattei, 2008). La thérapie par l'activité permet de favoriser la mise en action du patient, un environnement stable et de redonner des responsabilités à la personne. De ce fait, la personne est conduite vers la possibilité de vivre une vie autonome (Robcis, 2016).

La prise en charge est divisée en différentes étapes mises en place par l'ergothérapeute. Premièrement, il contribue à l'élaboration du dossier du patient. Créé depuis la loi de mai 2001, ce dossier « *contribue à une amélioration de la qualité de soin et une meilleure utilisation des ressources* » (ANAES, 2002). Il est constitué d'un recueil de données, des évaluations initiales et permet d'identifier les paramètres de vie de la personne, ses habitudes de vie et ses loisirs. Ces données aident à déterminer les paramètres, à définir le diagnostic ergothérapique et le cadre conceptuel. Puis l'ergothérapeute, en lien avec le projet de vie de la personne, établit un plan d'intervention, des objectifs et des moyens de prise en charge (Riou et al., 2016).

L'évolution des prises en charge psychiatriques est due aux mutations sociétales, citoyenne, thérapeutique. Elle diminue les ruptures de soins, développe l'engagement du patient dans la société et dans son rôle de citoyen. Le thérapeute prend alors une place d'accompagnant dans le projet de vie de la personne, l'amenant à mettre en évidence ses compétences afin qu'elle puisse s'impliquer dans ses soins (Riou et al., 2016). L'ergothérapeute joue un rôle de soutien et d'accompagnement dans la participation sociale. Au travers de ses ateliers thérapeutiques, l'ergothérapeute va permettre la réinsertion sociale et professionnelle (Mattei, 2008).

1.2. Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire vient interroger la pratique de terrain dans différentes structures psychiatriques. Elle questionne des ergothérapeutes sur trois points : dans quelles structures exercent-ils, la réinsertion sociale est-elle mise en place dans leur service et y participent-ils en tant qu'ergothérapeutes. Huit ergothérapeutes sont alors interrogés. Ils pratiquent dans différents types de structures psychiatriques : en HDJ, en unité intrahospitalière, en CRP, en CATTP et en CMP. Dans ces structures, la réinsertion sociale de la personne est mise en place par les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. Tous les ergothérapeutes participent. Par conséquent, la réinsertion sociale semble être mise en place dans les différents types de structures hospitalières existantes en psychiatrie avec la participation de l'ergothérapeute, certains précisant que les objectifs et les moyens ne sont pas les mêmes selon si la structure est intra ou extra hospitalière.

1.3. Question de recherche

La revue de littérature retrace l'évolution de la perception de la personne atteinte de troubles mentaux grâce aux avancées politiques, économiques, sociales ayant permis de la déstigmatiser. Grâce à ces évolutions, les types d'hospitalisation ont pu se diversifier, permettant la désinstitutionnalisation et le retour à la citoyenneté du patient. Il en a découlé la nécessité de créer des structures ambulatoires facilitant la continuité de soin et la réinsertion de la personne dans la société grâce au développement des habiletés. La réinsertion sociale et le travail des habiletés relèvent des compétences de l'ergothérapeute qui contribue à cette prise en charge.

L'enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes permet de confirmer l'utilisation de la réinsertion sociale avec les personnes atteintes de troubles psychiques. Ainsi, nous nous interrogeons sur le rôle de l'ergothérapeute dans ce type d'accompagnement, sur les objectifs et les moyens mis en place, sur l'identification de facteurs facilitateurs et obstacles à la réinsertion sociale. Comme le fait ressortir l'enquête exploratoire, la réinsertion sociale est utilisée en intra et en extrahospitalier, nous amenant à nous

interroger sur les différences de modalités d'accompagnement entre les différentes structures.

Comment l'ergothérapeute contribue-t-il à la réinsertion et au maintien dans la société de la personne atteinte de troubles psychiques tout au long de son histoire institutionnelle ?

1.4. Le cadre éthique

La rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche est soumise à un cadre éthique. L'étudiant s'engage à respecter la dignité, la vie privée et la confidentialité de la personne, de respecter l'anonymat. Il doit aussi s'assurer que la sécurité physique et le bien-être psychologique de l'individu ne soient pas affectés. L'étudiant se doit de demander l'autorisation de la personne lors de la prise de photographie et l'enregistrement d'entretien. De plus, un consentement libre et éclairé doit être donné avant chaque entretien. Pour cela, un formulaire d'information et de non-opposition sera délivré à l'ergothérapeute en amont (annexe I). Pour conclure, l'IUFE s'assure du passage en comité d'éthique du cadre éthique de la recherche avec réception d'un avis favorable.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Choix de la population

L'objectif de cette étude est de mieux identifier et comprendre l'intervention de l'ergothérapeute lors de la réinsertion et du maintien dans la société de la personne atteinte de troubles psychiques. Cette recherche a pour but de distinguer les différents moyens mis en place tout au long du parcours de soin de la personne, de l'intrahospitalier vers l'extrahospitalier. Pour répondre à cet objectif, nous avons questionné, par le biais d'entretiens, des hommes et des femmes diplômés d'état en ergothérapie avec une expérience professionnelle supérieure à trois ans, travaillant dans une structure psychiatrique et intégrant la réinsertion sociale dans leur accompagnement. Nous avons sélectionné des structures psychiatriques dans la région Auvergne Rhône-Alpes que nous avons ensuite contactées afin d'obtenir les coordonnées des ergothérapeutes. Puis des entretiens ont été convenus avec les thérapeutes, soit par téléphone, soit en face-à-face, selon leur localisation géographique. Neuf ergothérapeutes de la région Auvergne Rhône-Alpes ont répondu à la grille d'entretien. Deux entretiens se sont déroulés en face à face et sept ont été réalisés par téléphone. L'échantillonnage ci-dessous a permis de définir un panel diversifié d'ergothérapeutes interrogés.

Tableau I : Échantillonnage des participants

N° ergothérapeute		N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9
Année d'obtention du diplôme d'État		2008	2003	2005	2013	2016	1998	1983	2005	2017
Expérience en psychiatrie	3 -10 ans	X		X	X	X				X
	10 - 20 ans		X						X	
	20 - 30 ans						X			
	30 - 40 ans							X		
Structure	Intrahospitalier	X	X							X
	Extrahospitalier	X	X	X	X	X	X	X	X	
Service	HDJ	X	X		X					
	CRP	X		X				X		
	CMP	X			X					
	CATTP			X			X			
	SAMSAH					X				
	Institut de formation								X	
	Préparation à la sortie									X

2.2. Choix de l'outil

Dans un premier temps, il convient d'expliciter le choix de la méthode qualitative utilisée pour réaliser la recherche. Elle permet d'appréhender les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, tout en leur apportant un sens. C'est une méthode permettant d'interpréter les données en tenant compte de la valeur que leur donne chaque ergothérapeute. Pour répondre à l'objectif de cette étude, qui est de mieux identifier et

comprendre l'intervention de l'ergothérapeute, il a été nécessaire d'interroger des thérapeutes sur leurs pratiques quotidiennes au travers de la méthode qualitative. Le recueil de données s'est fait sous forme d'entretiens individuels semi-directifs.

La construction de la trame d'entretien (annexe II) a eu pour but de concrétiser la pratique de la réinsertion sociale au travers d'un échange avec un ergothérapeute. L'objectif de ces entretiens ont été de définir les différents moyens utilisés par l'ergothérapeute dans la réinsertion et le maintien de la personne dans la société ainsi que de déterminer les obstacles et les éléments facilitateurs. L'entretien a été divisé en trois parties :

- ❖ La **première partie** présente l'ergothérapeute et la structure dans laquelle il exerce. Ces données ont été recueillies afin de construire l'échantillonnage et de croiser, durant l'analyse transversale, les informations entre les structures d'intervention et les réponses données par les ergothérapeutes.
- ❖ La **seconde partie** aborde le concept de réinsertion et du maintien de la personne dans la société. Elle permet de définir les buts, les objectifs, les moyens utilisés par l'ergothérapeute durant l'accompagnement de la personne. Cette partie sera, lors de la discussion, confrontée aux données recueillies lors des recherches bibliographiques afin de comparer la vision théorique du concept de réinsertion, définie par certains auteurs, avec l'application pratique de l'ergothérapeute.
- ❖ La **troisième partie** a pour but de faire émerger les obstacles et les facilitateurs à la réinsertion de la personne dans la société. Elle permet d'étudier les difficultés rencontrées lors de la mise en place du concept et les répercussions qu'elles peuvent engendrer sur la personne et son rétablissement.

2.3. Mode d'analyse des données

Dans un premier temps, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Ils ont été traités un à un afin de recueillir les informations délivrées par chaque ergothérapeute. Ceci a permis l'analyse longitudinale des entretiens et le tri, sous forme de mots clés, des données par thématique. Les thématiques ont été définies en fonction des questions de

la grille d'entretien. Nous avons été à la recherche de récurrences, de liens logiques, de divergences entre les interviewés.

Dans un second temps, a été mise en place une lecture transversale des données recueillies plus tôt. Cette méthode a permis de rapprocher les différentes réponses obtenues sur un thème donné, afin de confronter les avis et voir émerger les points communs et les divergences dans les pratiques ergothérapeutiques. Cette analyse transversale a été divisée en deux temps, une analyse globale des neuf entretiens et une analyse en fonction du lieu d'exercice de l'ergothérapeute.

Les données traitées ont été par la suite analysées et comparées au concept abordé plus tôt dans la recherche. Cela a permis de traduire ce qu'il se passe sur le terrain.

3. Analyses des données et résultats

3.1. Analyse longitudinale

Cette analyse a été réalisée en ayant recours à un mode opératoire appliqué à tous les entretiens. Dans un premier temps, neuf thématiques ont été définies en fonction des questions de la grille d'entretien et sont : lieux d'intervention, buts/objectifs, bilans, moyens individuels, moyens de groupe, collaborateurs, moment de la maladie, facilitateurs, obstacles. Puis, pour chaque retranscription, les réponses ont été extraites puis répertoriées par thématique dans un tableau (annexe III à XI) et résumées ci-dessous.

❖ Ergothérapeute 1 (E1)

Lieux d'intervention : E1 travaille en structure hospitalière et intervient sur l'hospitalisation complète, l'HDJ, le CRP et le Centre Expert Schizophrénie. La réinsertion sociale est abordée dans tous ces services avec des moyens différents de mis en place.

Buts/objectifs : ils sont définis différemment en fonction des services.

Dans le service d'hospitalisation complète, les buts sont : travailler sur la poursuite de l'activité à l'extérieur de l'institution, permettre de sortir de l'isolement, favoriser la socialisation, favoriser la mise en mouvement, évaluer les compétences permettant le retour à domicile, verbaliser les émotions et améliorer l'autonomie.

En HDJ, continuité de l'hospitalisation, ces buts reviennent avec un accompagnement plus accentué autour de l'accès aux associations de ville et aux GEM.

Au CRP, le but est de travailler les compétences psychosociales et cognitives ainsi que les connaissances sur la maladie.

Au Centre Expert Schizophrénie, l'objectif est le diagnostic et la définition du projet de vie en fonction des besoins de la personne.

Bilans : pour définir les objectifs en service intra et en HDJ, E1 identifie les demandes grâce à un entretien avec le patient et aux observations faites lors des activités en atelier ou de l'atelier cuisine thérapeutique. Lorsque cela n'est pas possible pour les psychologues, E1 réalise des bilans cognitifs. Sur le Centre Expert Schizophrénie, E1

réalise les bilans ELADEB¹ et AERES² qui recueillent les demandes et les besoins des patients. Ces bilans sont aussi réalisés dans le CRP, mais par les infirmiers et psychologues formés aux bilans par l'ergothérapeute.

Moyens individuels : pour répondre aux objectifs dans les services intra et HDJ, où E1 intervient autrement que pour des évaluations ou des conseils, les moyens mis en place sont des accompagnements dans les associations de ville pour retrouver des loisirs, des mises en situation cuisine et courses pour évaluer les capacités du patient à un retour à domicile afin de l'orienter vers un foyer, un appartement thérapeutique ou un appartement individuel et de définir les besoins de la personne en aides extérieures supplémentaires. E1 met aussi en place des activités artisanales et des jeux de société.

Moyens de groupe : E1 organise avec une art-thérapeute un atelier théâtre et participe à certains modules des groupes de psychoéducation PRACS³.

Collaborateurs : E1 collabore avec l'équipe pluridisciplinaire de chaque service, les GEM, les associations de ville ou spécialisées, les familles, une art-thérapeute et les ergothérapeutes d'autres services du CHU.

Moment de la maladie : il est nécessaire que la personne soit stabilisée.

Facilitateurs : E1 cite les accompagnements en extérieur, la pérennisation de l'activité, la réassurance de la personne, l'adhésion au projet, la collaboration pluridisciplinaire, l'autonomisation et la variété d'activités.

Obstacles : à l'inverse, le manque de moyens humains, de temps des soignants, de place pour les groupes sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne.

❖ Ergothérapeute 2 (E2)

Lieux d'intervention : E2 travaille en intrahospitalier et a exercé en extrahospitalier dans le passé. Le but de l'ergothérapeute est de faire le lien entre les structures intra et extra hospitalières pour favoriser la continuité du soin.

¹ ELADEB est un outil évaluant, au moyen d'auto-questionnaires, les difficultés et les besoins de la personne. Son but est de définir des objectifs nécessaires à la réhabilitation du patient (Pomini et al., 2011).

² AERES est un outil d'auto-évaluation des ressources (qualités personnelles, loisirs, passions, ressources sociales/environnementales) permettant de faire un bilan sur les ressources intactes de la personne et la mobilisation de celles-ci face à différentes problématiques (Bellier, 2017).

³ Programme de psychoéducation de groupe sensibilisant les patients aux problèmes rencontrés au quotidien (gestion de l'argent, gestion du temps, communication, loisirs, présentation de soi) (Hervieux et al., 2007).

Buts/objectifs : E2 définit comme buts : respecter les besoins et demandes de la personne, la socialiser au travers de l'activité, favoriser l'ouverture vers la cité, prendre du plaisir à faire et le retranscrire par la suite à l'extérieur, prendre des initiatives, valoriser au travers de l'activité. La réinsertion a pour objectif de créer des points de repère fiables à l'extérieur de l'institution pour rassurer la personne et favoriser son engagement. Il est aussi important d'améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, les déplacements, la vie professionnelle et familiale.

Bilans : pour définir les objectifs propres à la personne, E2 fait un entretien pour déterminer ses envies et l'enrichi d'observations lors d'ateliers. L'épuisement de l'entourage est un facteur à prendre en compte dans le projet de vie de la personne. Les objectifs sont réévalués tous les six mois par l'équipe pluridisciplinaire.

Moyens individuels : les prises en charge individuelles sont essentiellement faites en intrahospitalier comme des accompagnements du patient à l'extérieur dans les transports, les associations, les GEM afin de le rendre autonome. Il y a aussi des ateliers artistiques avec la création de projets individuels dans l'idée de leur apprendre la prise d'initiative, la manipulation, les contraintes techniques. En extrahospitalier, elle utilise peu les accompagnements individuels sauf en cas de projet précis pour une personne.

Moyens de groupe : les prises en charge en groupe sont plus utilisées en extrahospitalier dont : un atelier cuisine, préparation du budget et courses, des sorties culturelles en rapport avec un projet artistique lors de l'atelier transversal nommé « *humanisation* », des médiations avec le Dixiludo®, le photolangage, la revue de presse pour travailler la verbalisation et les compétences sociales, des séjours thérapeutiques pour évaluer l'autonomie et le comportement des patients dans un autre milieu.

Collaborateurs : E2 collabore avec une équipe pluridisciplinaire, les associations de ville, les GEM, les ESAT, les CMP et les CATTP.

Moment de la maladie : il est nécessaire que la personne soit stabilisée pour mettre en place la réinsertion qui doit être investie dès l'entrée dans la maladie afin de limiter la chronicisation et l'isolement.

Facilitateurs : E2 cite le traitement stabilisé, une bonne connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique, un cadre sécurisant et contenant, la prise en charge de la personne dans sa globalité, l'adhésion au projet, la confiance, le suivi des envies et besoins du patient, la définition d'objectifs et sous-objectifs atteignables ainsi qu'une cohérence et une dynamique d'équipe.

Obstacles : E2 évoque la famille et le patient n'adhérant pas au projet, le manque de moyen et de personnel causant un épuisement des équipes, les changements récurrents de personnel, la ruralité, la stigmatisation, un cadre non rassurant au sein des associations et la persistance de troubles du comportement.

❖ Ergothérapeute 3 (E3)

Lieux d'intervention : E3 travaille dans un CRP. Bien qu'orienté par son médecin ou psychiatre, le patient vient uniquement de son plein gré, car ce n'est pas un soin obligatoire, mais un soin supplémentaire d'amélioration de la qualité de vie.

Buts/objectifs : E3 décrit des objectifs établis dans un premier temps par le patient puis réévalués en fonction des difficultés et besoins émergeant durant le bilan. La demande initiale est souvent centrée sur le travail, mais, par la suite, d'autres objectifs apparaissent prioritaires comme améliorer les fonctions cognitives (cognition froide, cognition sociale), les relations, l'autonomie, l'organisation quotidienne, l'entretien du logement, la gestion de l'argent, la connaissance de la maladie ou reprendre une activité de loisirs. E3 ajoute que si les objectifs de la personne ne sont pas atteignables, il est alors primordial de mettre en place des sous-objectifs afin de favoriser la réussite et d'éviter le découragement. Le CRP a pour fonction de soutenir, accompagner et proposer des stratégies aux personnes qui le demandent. Étant une structure non médicalisée, les patients sont obligatoirement suivis à l'extérieur par un médecin ou une équipe médicale.

Bilans : afin de définir les objectifs, un bilan en trois parties est réalisé, comprenant un entretien médical, un bilan neuropsychologique et un bilan des habitudes de vie quotidienne. E3 participe à ce troisième bilan qui interroge les différentes sphères de la vie quotidienne (toilette, alimentation, entretien, loisirs...) afin de déterminer les besoins et les difficultés de la personne. Il s'inspire du bilan canadien CASIG⁴.

Moyens individuels : ce sont des mises en situation et des accompagnements individuels, à domicile ou en extérieur, afin de permettre à la personne d'être actrice de sa prise en charge. Par exemple, E3 peut accompagner la personne pour passer le bac, entrer en licence, en Brevet de Technicien Supérieur (BTS), travailler en milieu protégé, trouver un logement, faire des démarches administratives, faire les courses.

⁴ Le CASIG évalue les habiletés et les besoins de la personne à court et moyen terme grâce à une auto-évaluation suivie d'une évaluation des compétences par le professionnel (Lecomte & Wallace, 2012).

Moyens de groupe : E3 met en place des groupes cognitions sociales avec de nombreuses mises en situation. Le CRP met aussi en place l'ETP qui permet le partage d'expériences sur la maladie, les traitements, les symptômes résiduels, les décompensations, les pertes cognitives.

Collaborateurs : pour optimiser l'accompagnement, les suivis en extérieur se font en binôme. De plus, E3 collabore avec une équipe pluridisciplinaire, différentes associations, les psychiatres traitants, les familles, les ESAT, les CMP, les GEM et les centres sociaux.

Moment de la maladie : il est nécessaire que le patient soit stabilisé pour qu'il soit réceptif aux moyens mis en place. E3 ajoute qu'elle alerte les équipes médicales lors d'une rechute pour favoriser la continuité des soins.

Facilitateurs : ce sont la stabilisation du traitement, la connaissance de la maladie, la connaissance de soi, l'acceptation des troubles, l'adhésion au projet, la relation thérapeutique, le cadre sécurisant, la réponse aux besoins et envies de la personne, mais aussi le fait que le CRP soit une structure extérieure aux soins et neutre face aux échecs passés de la personne.

Obstacles : ce sont le traitement interrompu, l'instabilité psychique, un projet inadapté à la personne, des objectifs irréalisables, la stigmatisation et un manque de bienveillance de la part de certaines associations accueillant les personnes.

❖ Ergothérapeute 4 (E4)

Lieux d'intervention : E4 travaille au sein d'un centre hospitalier, mais elle est rattachée à plusieurs services du secteur. Les médecins lui font une prescription pour des patients de l'intra comme de l'extra. Elle intervient ainsi dans les CMP, l'HDJ et les unités intrahospitalières.

Buts/objectifs : elle intervient souvent auprès de personnes très isolées à domicile, E4 définit des buts qui sont : faire sortir les personnes de l'isolement et les axer vers des associations culturelles, des GEM, des CCAS, l'aide alimentaire pour mieux gérer leur budget et privilégier des activités peu anxiogènes et procurant du plaisir. Les objectifs sont définis en collaboration avec le patient afin de répondre à ses besoins propres et permettant d'encourager l'inscription dans la société, l'investissement, de valoriser l'estime de soi et gérer l'anxiété. E4 ajoute que l'accompagnement nécessite un investissement et du temps aux soignants.

Bilans : pour définir les objectifs, E4 utilise les observations faites lors de mises en situation où la personne est en autonomie afin de définir et stimuler les capacités existantes de la personne.

Moyens individuels : ce sont majoritairement des prises en charge individuelles, des mises en situation et accompagnements répétés plusieurs fois afin de les inscrire dans une routine. E4 ajoute « *on commence par faire avec et puis après s'installe le faire faire, quand on voit que le patient nous guide et n'a plus besoin de nous pour faire les choses, là on se dit que c'est tout gagné* ». E4 souligne l'importance de la stimulation et de la mise en place de stratégies, d'outils pour permettre le faire seul (planning, carte, plan, liste de repas hebdomadaires) ainsi que l'aide à la réorganisation du quotidien. E4 privilégie les moyens mettant en avant les capacités de la personne et utilisant ce qu'elle peut faire seule. E4 est un soutien, une aide extérieure, elle peut aussi accompagner les familles et les proches lors des rencontres au domicile.

Moyens de groupe : E4 coanime un groupe avec plusieurs modules sur les sorties où il est évoqué les différentes orientations, lieux, mais aussi le plaisir de sortir, les émotions ressenties, comment trouver une activité et l'organiser. Elle participe aussi à l'ETP qui permet d'apprendre à vivre avec sa maladie, de discuter des impacts au quotidien, d'essayer de trouver des stratégies à mettre en place et d'évoquer les vulnérabilités et sensibilités face à l'extérieur et aux activités sociales.

Collaborateurs : Elle collabore avec les différentes équipes pluridisciplinaires des services, les professionnels de foyers où les patients résident, les infirmiers libéraux, les aides ménagères, les curateurs et tuteurs, les CCAS, les SAMSAH et les différentes associations accueillant des patients.

Moment de la maladie : il est nécessaire que la personne soit stabilisée. Quand un délire à bas bruit persiste malgré le traitement, il est nécessaire qu'il n'entrave pas le quotidien pour éviter la mise en échec non bénéfique.

Facilitateurs : ils sont l'entourage stimulant et bienveillant, le temps, la répétitivité, l'estime de soi et la motivation du patient.

Obstacles : ils sont la priorisation du budget, la gestion des avances de budget avec les tuteurs ou curateurs pour les séances et activités, les angoisses, les entraves organisationnelles au sein des équipes avec redondance de rendez-vous sur le même créneau, mais aussi le regard de l'autre et l'autostigmatisation.

❖ Ergothérapeute 5 (E5)

Lieux d'intervention : E5 travaille en SAMSAH spécialisé dans l'approche rétablissement, dans une association. Une notification MDA est nécessaire pour accéder à ce service, cette demande peut être faite par un professionnel de santé ou par la personne elle-même.

Buts/objectifs : E5 définit comme buts : trouver un équilibre permettant à la personne de s'inscrire dans son environnement, l'accompagner pour qu'elle se sente mieux, qu'elle ait des activités significatives, qu'elle ne soit pas isolée socialement, qu'elle puisse avoir un équilibre de vie adéquat à ses besoins et envies, mais aussi résoudre ses blocages et faire émerger des envies nouvelles et propres tout en instaurant un cadre contenant, apprendre à se déplacer et se repérer à l'extérieur et donner de l'autonomie dans les activités du quotidien. Des sous-objectifs vont être définis afin de marquer l'évolution de la personne pour la revaloriser et de cerner les éléments problèmes d'une situation complexe. E5 dit que l'objectif de la reprise du travail revient souvent, mais dans le but de retrouver un statut social, de s'occuper donc parfois, l'activité bénévole est une alternative à cet objectif. Le but est de développer les capacités du patient.

Bilans : E5 réalise un entretien afin de compléter le DIPC. Au travers de celui-ci, l'ergothérapeute cherche à déterminer les besoins, les envies et les freins de la personne. De plus, les mises en situation quotidiennes en milieu écologique sont utilisées pour évaluer les capacités de la personne.

Moyens individuels : les moyens mis en place pour répondre au projet individualisé de la personne sont entièrement organisés en extérieur ou à domicile. Des mises en situation et accompagnements sont organisés selon les besoins de la personne. E5 travaille à la suite d'autres structures de soins, c'est pour cela qu'elle axe principalement son accompagnement sur la réadaptation de la personne et l'adaptation de l'environnement pour limiter les situations de handicap.

Moyens de groupe : le SAMSAH, ayant ouvert récemment, procède à la création de groupes et particulièrement un groupe cuisine thérapeutique et un groupe de parole qui se dérouleront dans différentes associations et CCAS afin de favoriser l'insertion dans la cité.

Collaborateurs : l'ergothérapeute travaille en binôme et collabore avec une équipe pluridisciplinaire, un pair aidant⁵, les associations de ville, les GEM, les ESAT, l'UNAFAM, les partenaires de la personne au quotidien. De nombreuses rencontres avec les partenaires extérieurs sont réalisées afin de faire connaître la structure et de connaître le maillage associatif de la ville.

Moment de la maladie : les patients accompagnés au SAMSAH sont des jeunes récemment diagnostiqués, leurs profils sont très différents au niveau de la connaissance de la maladie, du rétablissement, du logement...

Facilitateurs : E5 définit que l'estime de soi, le temps, les envies, le soutien de l'entourage familial et amical et la motivation facilitent la réinsertion.

Obstacles : ce sont l'autostigmatisation, la stigmatisation, les offres culturelles et de soins réduites selon les zones géographiques, la ruralité et la difficulté à maintenir une activité dans le temps.

❖ Ergothérapeute 6 (E6)

Lieux d'intervention : E6 travaille en CATTP, avec un projet d'habiletés sociales⁶ permettant des tâches du quotidien, la gestion du domicile, l'administratif, les courses, le ménage, la santé, les habiletés cognitives, émotionnelles et sociales.

Buts/objectifs : lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion sociale de la personne, E6 définit comme but l'autonomisation de celle-ci. Pour cela, le CATTP a mis en place un projet d'habiletés sociales. L'objectif va être de mobiliser chez le patient des ressources qu'il n'exploite plus, de lui permettre de s'adresser aux bonnes personnes lorsqu'il en a besoin, de découvrir de nouvelles ressources, afin de créer un réseau autour de lui et de stimuler ses capacités.

Bilans : l'évaluation se déroule en trois temps dès l'entrée du patient. Premièrement un entretien, avec deux professionnels, sur les activités du quotidien, la santé, l'extérieur, puis un travail sur la relation à soi, aux autres et la communication suivi d'une évaluation cognitive. Cet entretien est divisé en trois catégories : les difficultés à prendre en compte immédiatement, les problèmes résiduels et les points forts. La personne classe dix items

⁵ "La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique" (Psycom, 2016).

⁶ Les habiletés sociales sont les compétences spécifiques permettant à une personne d'accomplir une performance jugée socialement adaptée (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011).

de vie quotidienne et sociale dans ces catégories. Deuxièmement, il y a une visite à domicile, puis une synthèse avec le patient afin de créer un projet individualisé.

Moyens individuels : les moyens mis en place pour répondre aux objectifs sont des interventions individualisées à domicile afin d'exploiter l'environnement familial de la personne. E6 réalise aussi des accompagnements extérieurs, là où la personne est en difficulté, afin de développer son réseau et les choses auxquels il peut avoir recours pour limiter les situations nouvelles et complexes. E6 explique qu'il est important de répéter plusieurs fois un accompagnement et, si cela est nécessaire, de faire appel aux services sociaux pour appuyer l'accompagnement et favoriser l'étayage. De plus, E6 met en place des activités artisanales en individuel.

Moyens de groupe : l'ergothérapeute, en coanimation, met aussi en place des groupes afin de développer les compétences sociales. Ils organisent des groupes de parole, des mises en situation, des jeux de rôles, des vidéos, de modelage, ils utilisent aussi le Dixiludo® et le Jeu compétence® afin de favoriser la communication, l'expression des émotions et l'estime de soi.

Collaborateurs : E6 travaille en binôme et collabore avec une équipe pluridisciplinaire, les mandataires judiciaires, les tuteurs, les curateurs, les services sociaux, les centres sociaux, les associations de ville et spécialisées, les professionnels travaillant à domicile, les médecins traitants, le SAMSAH, les GEM et les familles pour permettre le maintien de la personne dans son environnement.

Moment de la maladie : il est important que la personne soit stabilisée, mais il n'y a pas de période spécifique dans la maladie, tout dépend de l'accompagnement de l'entourage.

Facilitateurs : E6 définit que la motivation, la volonté, l'investissement, un cadre rassurant, encadrant et étayant, le bon suivi du traitement ainsi que le suivi médical et le contrat défini au début de la prise en charge sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion et des habiletés sociales.

Obstacles : la prise de toxiques, la barrière de la langue, l'amotivation, un manque de temps et de moyens humains font obstacle à la réinsertion sociale de la personne.

❖ Ergothérapeute 7 (E7)

Lieux d'intervention : E7 travaille en CRP, les patients sont orientés sur avis médical, c'est une prise en charge ponctuelle qui s'échelonne sur le temps et dure maximum un an.

Buts/objectifs : E7 définit des buts qui sont : l'ouverture de la personne vers la cité, créer un maillage solide, permettre le bien-être et le bon fonctionnement dans son environnement et lutter contre la stigmatisation. Pour cela, des objectifs individualisés vont être définis pour améliorer les relations interpersonnelles, le travail, les loisirs, les difficultés cognitives avec les cognitions froides et les cognitions sociales, ainsi que l'estime de soi, l'expression des émotions et la gestion du stress.

Bilans : pour définir les objectifs, des évaluations sont faites dont un entretien médical et un bilan neuropsychologique. L'ergothérapeute réalise, en binôme, un bilan d'autonomie de la vie quotidienne sous forme d'entretien. Puis une synthèse est organisée pour réaliser le projet individualisé en respectant les besoins et envies de la personne.

Moyens individuels : les moyens mis en place par E7 pour répondre aux objectifs sont des ateliers individuels de remédiation cognitive avec le travail des cognitions sociales et des cognitions froides, des entretiens motivationnels. Les programmes utilisés sont RECOS et RCSS. Parfois, E7 accompagne les patients dans des associations de loisirs, de travail, mais régulièrement les informations importantes sont données aux patients pour qu'ils puissent s'autonomiser un maximum. Les personnes ont un référent de parcours qui évalue régulièrement les objectifs. E7 travaille les objectifs à domicile en donnant des tâches à réaliser dans le quotidien, le but étant de trouver ensemble des stratégies à mettre en place pour faciliter la réalisation.

Moyens de groupe : des groupes de psychoéducation sont mis en place en coanimation sur l'estime de soi, la gestion du stress, les médiations fonctionnelles. Ponctuellement, E7 organise des sorties à l'extérieur pour ces groupes, des randonnées ou des mises en situation dans des commerces, afin d'apprendre à gérer ses émotions et les verbaliser. De plus, E7 participe au programme de psychoéducation des familles pour leur apporter des cartes.

Collaborateurs : E7 collabore avec une équipe pluridisciplinaire, des associations de ville et spécialisées, Cap Emploi, des jobs coach, le CMP, les assistantes sociales, les médecins traitants.

Moment de la maladie : les personnes accompagnées lors de la réinsertion sont des personnes sorties d'hospitalisation et stabilisées. La structure essaie de développer la prise en charge des jeunes entrant dans la maladie pour perdre le moins de temps possible dans la réhabilitation.

Facilitateurs : E7 définit une situation géographique proche de la ville et un degré d'Insight⁷ important comme facteur facilitateur de la réinsertion.

Obstacles : un isolement social et géographique, un défaut d'Insight, les addictions, les symptômes négatifs et des comorbidités, le manque de personnel et de formation sont des facteurs obstacles à la réinsertion sociale.

❖ **Ergothérapeute 8 (E8)**

Lieux d'intervention : E8 travaille dans une structure de formation spécialisée dans le champ de la santé mentale. Il participe à former des personnes atteintes de troubles psychiques afin qu'ils deviennent des représentants d'usagers et des pairs aidants grâce à un DU d'un an ou des formations courtes.

Buts/objectifs : les buts apportés par les formations de pair aidant et de représentant d'usager sont la notion de savoir expérientiel et d'accompagnement vers la professionnalisation ou le milieu associatif. C'est une démarche personnelle qui s'inscrit dans la notion de réinsertion, de rétablissement et d'engagement. Le but est de mettre en avant les savoirs acquis par les patients au travers de la maladie pour leur donner une légitimité de faire. Ces personnes sont alors considérées comme personnes concernées avec une plus-value. E8 a pour but de donner des outils permettant de répondre aux besoins d'une situation professionnelle et d'apporter les compétences nécessaires. La formation a pour objectif de soutenir les personnes voulant s'engager dans des responsabilités associatives ou professionnelles. Ces formations leur permettent de retrouver les codes universitaires, facilitent l'insertion professionnelle, favorisent le rétablissement en apportant les cartes pour mieux se connaître. La formation permet d'organiser le temps et de structurer les objectifs, rendant plus perceptible l'évolution des compétences et des progrès de la personne et favorisant ainsi son engagement.

Bilans : l'évaluation se fait en amont pour déterminer les besoins de la personne et en fin de parcours permettant un retour sur les acquis et les choses à améliorer en fonction des objectifs.

Moyens individuels : l'ergothérapeute effectue le suivi individualisé du mémoire orienté sur le projet professionnel de chaque étudiant.

Moyens de groupe : les sessions de formation sont composées de quinze à trente participants. E8 met en place des cours de mises en situation et de jeux de rôles

⁷ Capacité d'un sujet à avoir conscience de ses troubles (Académie de Médecine, 2020).

développant la connaissance de soi et la posture professionnelle. Cela permet de travailler des compétences et d'aborder des stratégies.

Collaborateurs : E8 collabore avec une équipe pluridisciplinaire et pédagogique, des responsables d'associations et des pairs aidants déjà diplômés pour mettre en place les cours.

Moment de la maladie : lors de l'entrée dans la formation, les personnes sont stabilisées. Mais une rechute peut survenir durant la formation nécessitant une hospitalisation temporaire considérée comme un arrêt maladie. Il est important de considérer le temps comme un facteur de réinsertion, quel que soit l'accompagnement.

Facilitateurs : selon E8, la formation donne une légitimité auprès des employeurs. De plus, l'apport du groupe est très enrichissant, permet d'expérimenter, de comparer, de s'entraider et de ne pas se sentir seul. Ainsi, la légitimité, l'émulation du groupe et la création de réseaux sociaux apportant témoignages et expériences, la prise en compte de ses limites, le temps nécessaire pour cheminer, l'entraide sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion.

Obstacles : le manque de prise en charge et de suivi individualisé ainsi que le manque de temps pour réajuster, la stigmatisation, l'autostigmatisation, le manque de motivation, la vie étudiante universitaire, la peur du rejet et le défaut d'Insight sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne en formation.

❖ **Ergothérapeute 9 (E9)**

Lieux d'intervention : E9 travaille en service de préparation à la sortie, en service intrahospitalier. L'accès à ce soin se fait sur prescription médicale puis par analyse du dossier et du préprojet par l'équipe pluridisciplinaire. La sortie fonctionne sous forme de permissions de plus en plus longues afin de favoriser la sortie définitive de l'hospitalisation.

Buts/objectifs : E9 définit des buts qui sont : répondre aux attentes du patient tout en favorisant le projet et l'environnement, mais aussi, permettre le retour à domicile, la recherche de logement ou de foyer. Le but principal de l'ergothérapeute est le bien-être, l'autonomie, l'indépendance de la personne en adéquation avec son projet ainsi que la réassurance, l'accès à un rôle social et un cadre sécurisant, permettre l'autonomisation progressive de la personne, développer les capacités existantes. Les principaux sous-

objectifs vont être les différentes permissions pour arriver au but final qui est le retour à domicile.

Bilans : les objectifs individualisés sont définis en fonction des besoins de la personne révélés par les différents bilans. E9 utilise la passation du bilan ELADEV pour mettre en lumière les besoins et les envies de la personne. Il permet aussi de comparer l'image qu'a la personne d'elle-même et celle de l'équipe de soins. E9 réalise aussi des ateliers cuisine thérapeutique et des analyses d'activités afin d'observer le fonctionnement de la personne autour d'une activité quotidienne.

Moyens individuels : les moyens mis en place par E9 pour répondre aux objectifs sont des mises en situation de vie quotidienne soit à l'hôpital, soit en extérieur, des mises en situation en atelier autour de médiations pour travailler les fonctions cognitives, l'émergence d'envie et de projet structuré. E9 accompagne les patients dans des activités de loisirs, dans des associations et des structures d'aide à la réinsertion par le travail.

Moyens de groupe : en groupe, E9 organise un atelier cuisine toutes les semaines pour favoriser les rapports sociaux.

Collaborateurs : elle collabore avec l'équipe de soins, les revendeurs médicaux, les associations, les GEM, les bailleurs sociaux pour permettre la réinsertion. Souvent, les personnes sont aussi suivies en CMP, CATTP, HDJ, SAMSAH. E9 collabore avec ces différentes équipes pour discuter du projet de vie et favoriser la continuité des soins.

Moment de la maladie : pour entrer dans ce service, les patients doivent être stabilisés et participer pleinement à la construction du projet de vie.

Facilitateurs : E9 définit que la motivation, l'investissement, le maillage construit autour de la personne, le temps, l'entourage, l'environnement et les capacités de la personne à faire appel à ses ressources personnelles et extérieures sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion.

Obstacles : l'entourage et l'environnement pouvant induire des rechutes, les crises d'angoisse et de stress et le manque d'observance du traitement sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne.

3.2. Analyse transversale

L'analyse transversale a permis de croiser les informations recueillies lors de l'analyse longitudinale. Pour la réaliser, les mots clés émergeant des résumés de chaque

entretien (annexe III) ont été regroupés dans un tableau par thématique (annexe IV) permettant ainsi de comparer les réponses des neuf ergothérapeutes. Puis, l'analyse transversale croisant les neuf entretiens a été réalisée en deux temps : premièrement, une analyse par thématique (buts/objectifs, bilans, moyens individuels, moyens de groupe, collaborateurs, moment de la maladie, facilitateurs et obstacles) permettant d'appréhender les méthodes utilisées pour la réinsertion sociale. Dans un second temps, une analyse par secteur d'activité permettant d'analyser les thématiques en fonction du lieu d'intervention de réinsertion (intra-hospitalier, extra-hospitalier ou en dehors d'une institution hospitalière).

3.2.1. Analyse par thématique

❖ **Buts/objectifs**

Les neuf ergothérapeutes s'accordent à définir des objectifs individualisés répondant aux besoins et désirs de la personne. Ces objectifs font partie du projet de vie de la personne. La prise en charge de la réinsertion a des buts bien identifiés par les ergothérapeutes. Les plus fréquents sont : améliorer les relations sociales et rompre l'isolement pesant sur les personnes présentant une pathologie psychique, travailler l'estime de soi, réassurer la personne sur ses capacités au travers de l'activité et favoriser l'autonomie. Il y a aussi accompagner vers une activité extérieure afin de permettre à la personne de s'inscrire dans son environnement. D'autres buts spécifiques à la réinsertion émergent, mais sont moins évoqués unanimement : améliorer les compétences psychosociales soutenant une vie autonome face aux épreuves du quotidien, favoriser le retour à un statut social qu'il soit professionnel, associatif ou familial, fragmenter en sous-objectifs pour entrevoir son évolution et se valoriser, développer les fonctions cognitives, apporter les connaissances sur la maladie, apprendre à se connaître, favoriser le bien-être, permettre le retour à domicile grâce à l'apprentissage des gestes quotidiens et de l'organisation, apporter des stratégies pour limiter les situations anxiogènes ainsi que créer un maillage solide favorisant les repères fixes. Enfin certains buts ressortent, mais restent verbalisés ponctuellement dans certaines pratiques comme : créer un cadre sécurisant et contenant, apprendre à gérer son stress et son anxiété, apprendre à gérer son budget, mobiliser ses ressources, trouver un équilibre de vie, favoriser l'engagement et la prise d'initiative, prendre du plaisir, se mettre en mouvement, travailler sur la

concrétisation des tâches, donner de la légitimité, favoriser le rétablissement, soutenir par la formation la réinsertion professionnelle ou associative et redonner le rapport au temps.

❖ Bilans

Pour évaluer les besoins et les difficultés de la personne, huit des neuf ergothérapeutes proposent des entretiens individuels avec la personne en début d'accompagnement. Ces entretiens peuvent correspondre ou non à la passation d'un bilan validé. Certains utilisent ELADEB, AERES, CASIG dans une version aménagée. D'autres viennent interroger la personne sur son parcours et ses habitudes de vie afin de récolter les informations nécessaires pour la détermination des objectifs thérapeutiques. Pour compléter cela, certains utilisent des mises en situation de la vie quotidienne pour évaluer les compétences de la personne, ainsi qu'une évaluation cognitive et une visite à domicile. Un ergothérapeute, par manque de temps et pour répondre aux impératifs imposés par le cursus universitaire, utilise des questionnaires pour définir les besoins et les difficultés de la personne. Ces évaluations permettent aux ergothérapeutes de définir un projet individualisé qui évolue au cours de la prise en charge.

❖ Moyens individuels

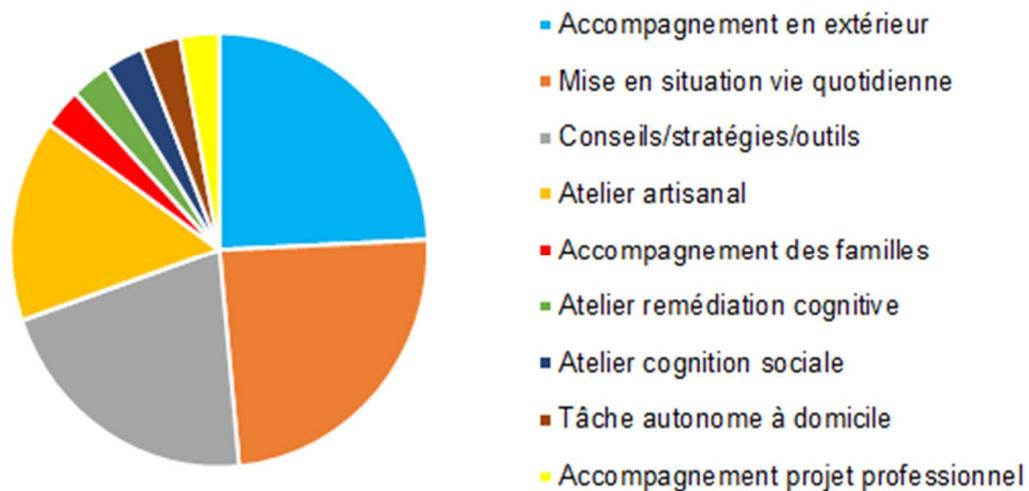


Figure 1 : Fréquence d'utilisation des moyens individuels

Lors des prises en charge centrées sur la réinsertion, les ergothérapeutes insistent plus particulièrement sur quatre prises en charge individuelles. Premièrement, ils

effectuent des accompagnements extérieurs dans les associations spécialisées, les associations de loisirs, les structures d'aide à la reprise du travail. Ce sont des accompagnements ponctuels visant à encourager l'intégration de nouvelles activités dans le quotidien. Le but est d'obtenir par la suite un investissement total et autonome de l'activité permettant le développement du maillage relationnel autour de la personne. Deuxièmement, on trouve les mises en situation de vie quotidienne, très utilisées, qui s'effectuent à domicile, en extérieur, en milieu écologique ou à l'hôpital selon les ressources de la personne et permettent de développer les compétences propres de la personne. Les ergothérapeutes effectuent aussi la mise en place de stratégies, d'outils, de conseils permettant d'adapter l'environnement de la personne et de faciliter les actions complexes du quotidien. Enfin, ils ont recours aux séances en atelier autour de médiations artisanales qui permettent à la personne de se mettre en mouvement, de créer, de travailler les fonctions cognitives et de reprendre confiance en ses capacités. En plus de ces prises en charge, les ergothérapeutes, selon leur spécificité et leur lieu d'intervention, utilisent d'autres moyens comme l'accompagnement des familles, les ateliers de remédiation cognitive, les ateliers de cognition sociale, l'organisation de tâches autonomes à domicile et l'accompagnement dans le mémoire pour les étudiants en DU de pair aidance.

❖ Moyens de groupe

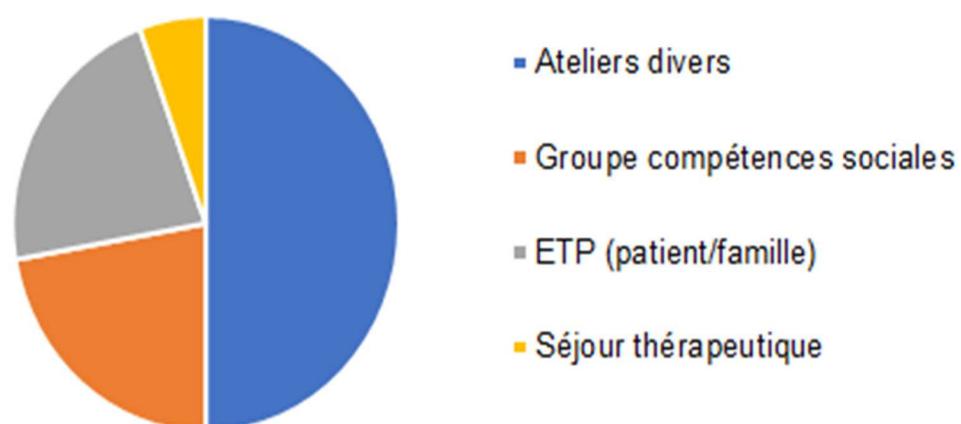


Figure 2 : Fréquence d'utilisation des moyens de groupe

Les ergothérapeutes mettant en place la réinsertion sociale utilisent beaucoup d'ateliers variés comme des ateliers cuisine, théâtre, compétences professionnelles, socioculturelles, estime de soi, gestion du stress, médiation fonctionnelle. Ils proposent des séances en intérieur ou en extérieur de l'institution et mettent en place durant ces groupes des échanges d'expérience, des mises en situation, des jeux de rôles, des vidéos, du modelage, des jeux de société... Selon sa spécificité, chacun a un objectif bien particulier et un cadre spécifique. Très utilisé lors de la réinsertion sociale, le groupe compétences sociales permet de travailler les différentes habiletés des membres du groupe au travers de divers outils comme le jeu compétences®, le photolangage, le Dixiludo®. Les groupes ETP, pour apprendre à la personne à vivre avec sa pathologie, sont beaucoup utilisés, mais peu ont un ergothérapeute intégré dans l'équipe pluridisciplinaire. Les ergothérapeutes participant aux ETP disent développer particulièrement les modules sur les habitudes de vie, la reprise d'activité, la reprise du plaisir. Un ergothérapeute met en place des séjours thérapeutiques pour évaluer les compétences d'adaptation du patient à un nouvel environnement et son autonomie au sein du groupe.

❖ Collaborateurs

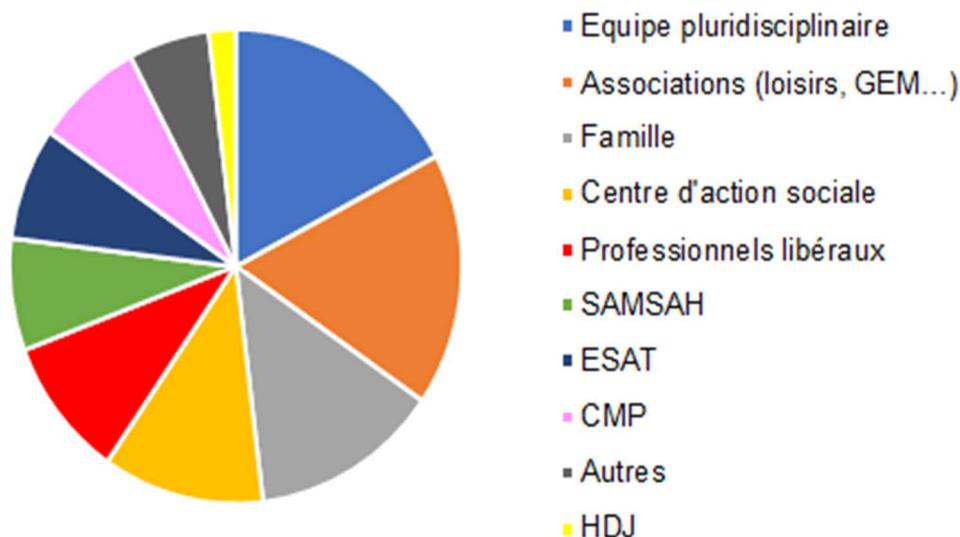


Figure 3 : Fréquence de collaboration avec les partenaires

L'analyse des neuf entretiens permet de faire ressortir que le travail pluridisciplinaire est indispensable à la prise en charge du patient durant sa réinsertion.

L'équipe est principalement constituée de médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs, aides-soignants, assistants sociaux. À ce travail pluridisciplinaire s'ajoute la collaboration avec les différentes associations. Cette collaboration permet de favoriser l'intégration de la personne dans le milieu, de prévenir et former les intervenants à la spécificité de la maladie mentale. Les ergothérapeutes collaborent aussi énormément avec les différents centres d'actions sociales comme les CCAS, les SAVS, les centres sociaux, les assistants sociaux de secteur. Mais aussi avec les professionnels libéraux, les professionnels des foyers accueillant les patients, les familles, les pairs aidants et les représentants juridiques de la personne (tuteurs, curateurs, mandataires judiciaires). De plus, un réseau de collaboration important existe entre les différentes structures médicalisées et médico-sociales (CMP, SAMSAH, CATTP, ESAT, HDJ) et certains services de rééducation/réadaptation pour permettre l'échange entre ergothérapeutes. Les multiples collaborations permettent de construire un maillage solide autour de la personne et de faciliter la continuité du soin indispensable dans la pathologie psychique.

❖ **Moment de la maladie**

Les neuf ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la réinsertion sociale est envisageable lorsque la personne est stabilisée au niveau du traitement et des différents troubles psychiques. Certains ajoutent que, plus la réinsertion est mise en place précocement dans l'entrée dans la maladie, plus elle est favorable et durable. Ils précisent que les délires à bas bruit ne sont pas des critères d'exclusion à la réinsertion sociale.

❖ **Facilitateurs/obstacles**

Nous pouvons nous rendre compte au cours de l'analyse des entretiens que la grande majorité des facteurs apparaissent facilitateur par leur présence et obstacle par leur absence. Nous choisissons de faire un graphique citant les facteurs indifféremment de leur aspect facilitateur ou obstacle afin de mettre en exergue leur valeur significative dans la réinsertion sociale.

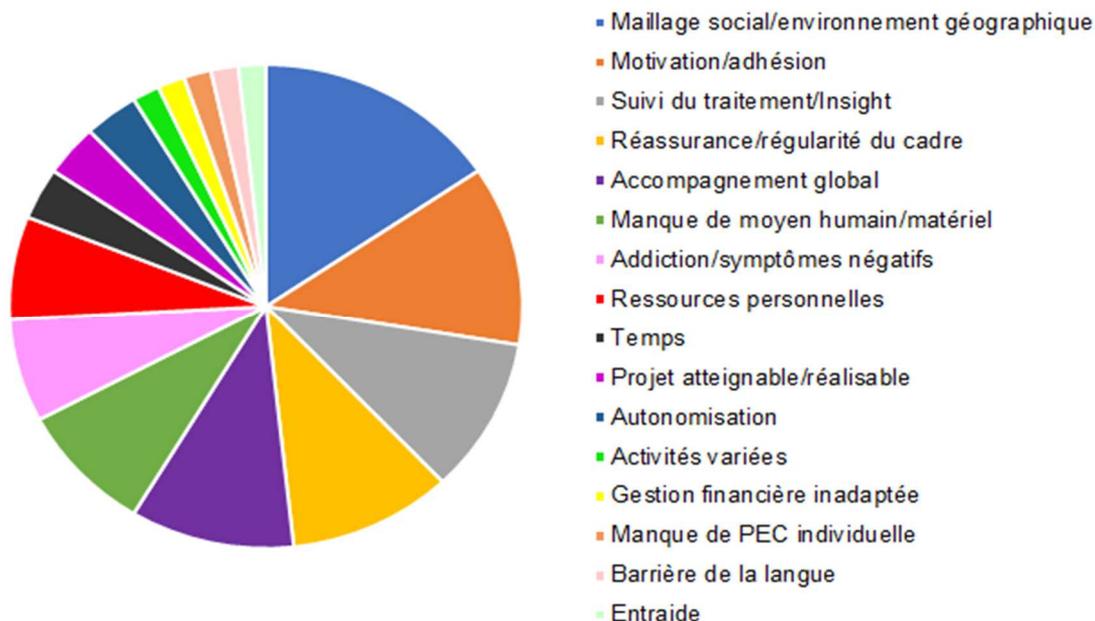


Figure 4 : Fréquence d'apparition des facteurs

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que l'environnement familial, amical, soignant, associatif et géographique est facilitateur lorsque celui-ci est bienveillant, structurant, encourageant et accessible, mais à contrario devient obstacle lorsqu'il est pauvre, rural et en inadéquation avec l'accompagnement. La motivation et l'adhésion au projet de soins sont capitales pour la pérennité de la réinsertion. Un bon suivi du traitement, l'insight, une bonne connaissance de la maladie sont bénéfiques à l'inclusion sociale et limitent les rechutes, la stigmatisation et l'autostigmatisation dévastatrice. De plus, la répétition des accompagnements afin d'ancrer la pratique, la réassurance ainsi qu'une collaboration pluridisciplinaire autour d'une approche globale du patient est facilitateur à la réinsertion. La définition d'un projet atteignable et séquençable en sous-objectifs, la stimulation des ressources personnelles existantes, la nécessité d'avoir le temps, l'entraide et l'autonomisation de l'individu permettent une meilleure réussite du projet. À l'inverse, les addictions, les symptômes négatifs, le manque de moyens humains et matériels au sein des équipes, le changement récurrent des accompagnants, les difficultés de gestion financière et de priorisation des besoins vitaux, les difficultés de la vie autonome et la barrière de la langue sont identifiés comme des obstacles.

3.2.2. Analyse par secteur d'activité

Au cours de l'analyse transversale par thématique, nous pouvons dégager de nombreuses similitudes entre les prises en charge intra, extra hospitalières et hors de

l'institution. Premièrement, toutes ces prises en charge interviennent au même moment de la pathologie, lorsque la personne est en capacité de prendre des décisions, des initiatives et une symptomatique à bas bruit. De plus, les évaluations permettant de définir les besoins de la personne sont similaires en structure intra et extra hospitalière. Cependant, certaines différences peuvent être constatées :

- ❖ En **intrahospitalier**, la prise en charge est davantage axée sur la création de l'environnement autour de la personne, la recherche de logement, l'adaptation de celui-ci, la recherche d'associations... ainsi que sur le transfert des acquis développés dans l'institution vers l'extérieur. Les moyens mis en place sont davantage réalisés à l'intérieur de l'institution : mises en situation à l'hôpital, ateliers artisanaux, les accompagnements à l'extérieur sont ponctuels. Les collaborateurs privilégiés de l'ergothérapeute sont les structures extrahospitalières afin d'accentuer l'accompagnement vers l'extérieur et permettre la continuité de soin.
- ❖ En **extrahospitalier**, l'ergothérapeute accompagne davantage sur le développement et le soutien de l'environnement déjà existant, ainsi que sur l'élargissement du réseau de la personne. Il contribue à trouver des stratégies, des adaptations aux situations nouvelles afin de favoriser la prise d'initiatives et maintenir l'activité de façon autonome. Il travaille davantage les habiletés sociales et cognitives particulièrement dans les CRP. Il axe des accompagnements sur la connaissance de la maladie et participe aux ETP. Les moyens mis en place se font en extérieur, en milieu écologique. Il organise des ateliers de remédiation cognitive et de cognition sociale. L'ergothérapeute collabore plus avec les professionnels libéraux intervenant au domicile, les responsables judiciaires et les centres sociaux.
- ❖ Enfin, lors de la prise en charge **en dehors de l'hospitalisation** et de l'institution psychiatrique, l'ergothérapeute a un rôle de soutien, d'encadrement. La participation à la formation reste initiée uniquement par la personne. L'ergothérapeute insiste sur le fait que l'étudiant n'est plus un patient, mais un adulte responsable, conscient des enjeux et des objectifs de sa formation. Le but est d'apporter du savoir expérientiel pour permettre l'accès à un rôle social. L'accompagnement est davantage axé sur l'inclusion professionnelle et les compétences requises pour y parvenir durablement.

4. Discussion

4.1. Confrontation des résultats avec le concept de réinsertion sociale

Cette partie va permettre de confronter l'analyse des entretiens avec le concept théorique de la réinsertion sociale s'exprimant au travers de deux points de vue (cf. 1.1.3), celui de Ellen Corin et Gilles Lauzon et celui de Ram A. Cnaan, Laura Blankertz, Karlyn W. Messinger et Jérôme R Gardner. La correspondance ou non de ces deux concepts avec la pratique de terrain nous apporte des éléments de réponse à la question de recherche.

En premier lieu, Corin et Lauzon définissent trois axes principaux à la réinsertion sociale qui sont : les relations sociales, les rôles sociaux et l'espace-temps. Ces trois axes sont retrouvés de façon similaire dans le discours des ergothérapeutes interrogés :

- 1) Très largement citées par les ergothérapeutes, les relations sociales sont développées afin de créer autour de la personne un maillage constitué de relations auprès des associations, des commerçants du quartier, des proches, de la famille pour sortir la personne de l'isolement. Le maillage doit être contenant, rassurant et stable.
- 2) Les rôles sociaux sont construits avec l'aide des ergothérapeutes par le biais d'ateliers travaillant les différentes compétences psychosociales, ainsi que par des accompagnements extérieurs et par des mises en situation. La personne s'inscrit ainsi dans son environnement, le but est de lui donner un statut au sein de la société. Il peut être associatif, professionnel, familial. L'accès à la formation professionnelle donne accès à la légitimité dans le monde du travail.
- 3) L'espace-temps est abordé par les ergothérapeutes. La circulation dans l'environnement et la gestion du quotidien sont travaillées pour devenir autonomes. Il est important de relever que les rencontres et les activités sont instituées dans les milieux ordinaires comme les associations de ville, les commerces, les cafés, mais aussi dans les associations spécialisées favorisant l'accompagnement par la pair-aidance.

En second lieu, Cnaan et al définissent treize principes indispensables à la prise en charge de la réinsertion. Certains de ces axes sont réalisés de façon identique sur le terrain par les ergothérapeutes et d'autres sont nuancés, voire mis de côté dans les différentes pratiques professionnelles.

- 1) **Utiliser au maximum les capacités humaines** : les ergothérapeutes partent des compétences existantes et sollicitent les personnes par le biais de mises en situation afin de trouver des stratégies, des outils pour améliorer leur autonomie. Les deux se rejoignent sur l'importance de développer l'envie de faire et la motivation chez l'individu pour permettre la pérennisation de l'insertion dans la société.
- 2) **Doter l'individu de compétences** : la pratique de terrain accroît les compétences cognitives et psychosociales en utilisant des médiations de groupe ou individuelles de remédiation cognitive, de cognition sociale, de développement des habiletés par le biais de mises en situation, de jeux de rôle ou d'ateliers artisanaux. Les ergothérapeutes développent aussi les connaissances interpersonnelles et sur la maladie afin d'apprendre à s'adapter aux situations rencontrées. Ils réalisent des évaluations des différentes compétences afin d'axer le travail en fonction des habiletés acquises et celles à développer.
- 3) **Autodétermination** : les ergothérapeutes impliquent la personne dans le choix de l'activité, mais surtout dans la construction du projet de vie. Des évaluations sont réalisées pour connaître les envies et besoins. Le but est de favoriser l'engagement de la personne et la prise d'initiative face à des situations nouvelles. Les ergothérapeutes séquencent le projet de vie en sous-objectifs afin de permettre à la personne de mesurer son évolution, ses progrès ce qui favorise sa motivation, sa confiance en soi et sa prise d'engagement autonome.
- 4) **Normalisation** : les ergothérapeutes apportent beaucoup d'importance à la normalisation. Les mises en situation en milieu écologique se font principalement au niveau des services extrahospitaliers afin d'adapter les apprentissages à l'environnement de la personne.
- 5) **Individualisation du soin** : les ergothérapeutes, par l'intermédiaire d'entretiens ou de bilans, interrogent la personne sur ses besoins et ses difficultés afin de créer un projet de soin individualisé, correspondant au rythme de la personne.

- 6) **Engagement du personnel** : à plusieurs reprises les ergothérapeutes soulignent leur engagement personnel et l'importance d'investir du temps et de l'énergie dans l'accompagnement de la personne pour former une relation thérapeutique. Cependant, cet engagement de l'ergothérapeute est complexifié par les exigences des structures hospitalières, le manque de budget et de personnel. De plus, il est complexe de soutenir la personne dans un projet qui a déjà échoué de multiples fois. Il est donc important de créer un maillage entre les différentes structures hospitalières pour favoriser le meilleur engagement dans le projet de vie de la personne sur le plus long terme.
- 7) **Déprofessionnalisation de l'accompagnement** : les ergothérapeutes accompagnent la personne dans sa globalité, évaluent tous les champs problématiques du patient et collaborent avec lui pour créer un projet satisfaisant. Les ergothérapeutes participent peu aux ETP qui permettent d'apprendre à la personne et sa famille à connaître et vivre avec les troubles.
- 8) **Intervention précoce** : il est fortement ressorti qu'une intervention précoce est capitale, donc dès les premiers signes de décompensation, afin de limiter les rechutes et préserver les compétences acquises et les liens sociaux engagés. Cependant, dans la pratique, la plupart des patients orientés vers l'ergothérapeute sont entrés depuis longtemps dans le circuit institutionnel.
- 9) **Approche environnementale** : les ergothérapeutes considèrent l'environnement personnel comme indispensable à la réussite d'une insertion pérenne dans la société. Ils contribuent à construire cet environnement stable, encourageant, non stigmatisant, à créer un maillage social diversifié et attentif aux difficultés de la personne par le biais d'accompagnements et de mises en relation. Un environnement social doit maintenir la participation et l'entraide entre les individus, il permet de trouver un équilibre de vie permettant de maintenir la personne dans la société et dans un rôle participatif et citoyen.
- 10) **Changer l'environnement** : pour que cet environnement soit bienveillant et rassurant pour la personne, l'ergothérapeute prévient et forme les gérants des associations sur les troubles psychiques et leurs répercussions dans le quotidien. Cependant, la stigmatisation reste présente et a un impact négatif sur le regard que la personne porte sur elle-même. L'environnement extérieur reste un milieu générateur d'images péjoratives de la pathologie psychique rendant l'inclusion difficile et instable.

- 11) **Aucune limite à la participation** : les ergothérapeutes souhaiteraient pouvoir accompagner les personnes à leur rythme, sans limitation de temps et sans critère de sélection. Mais la participation à une prise en charge de réinsertion dépend de l'orientation du médecin. Le manque de personnel, le manque de temps et la nécessité de rentabilité institutionnelle limitent la participation dans le temps, ce qui n'est pas compatible avec le respect du rythme du patient qui a besoin de temps pour s'engager de façon autonome. Le relai entre les structures est alors un moyen de faire perdurer la prise en charge et la continuité du soin.
- 12) **Processus centré sur le travail** : les ergothérapeutes font ressortir que le retour à l'emploi est une demande importante de la patientèle, cependant de nombreux obstacles à cette reprise existent. Bien que ce ne soit pas leur priorité, ils peuvent accompagner vers une reprise du travail, vers des structures spécialisées ou bien développer les compétences indispensables au monde du travail.
- 13) **Suprématie sociale plutôt que médicale** : la prise en charge en ergothérapie, éloignée de toute prise médicamenteuse, est centrée sur la personne, l'évaluation de ses difficultés, de ses besoins au quotidien, permettant d'avantager le modèle social sur le modèle médical. Les ergothérapeutes précisent qu'il reste nécessaire de faire le lien avec le soin et de prévenir les risques de rechute en réorientant, si besoin, la personne vers l'hôpital.

4.2. Réponse à la question de recherche

Au travers de l'analyse des entretiens et de la confrontation avec le concept scientifique, nous pouvons répondre à la question de recherche. Oui, l'ergothérapeute contribue à l'insertion sociale de la personne atteinte de troubles psychiques. Il collabore avec de nombreux professionnels et structures extérieures afin de créer un maillage solide et favoriser une réinsertion pérenne.

L'ergothérapeute, dans un premier temps, accueille la personne suite à une demande médicale ou personnelle. Elle arrive avec une envie, une motivation, un projet personnel déjà présent ou non et l'ergothérapeute va devoir composer avec. Il réalise un entretien individuel pour déterminer les besoins, les difficultés et les désirs de la personne face à ses activités de la vie quotidienne, ses habitudes de vie, son environnement social et géographique. Il tente de déterminer le degré d'ancrage de la personne dans la réalité.

Pour affiner certains points, il réalise parfois des mises en situation thérapeutiques, des visites à domicile et des évaluations cognitives. Les évaluations réalisées par l'ergothérapeute dépendent de la répartition des tâches dans l'équipe pluridisciplinaire et de la demande médicale. À partir des résultats de toutes les évaluations, l'équipe pluridisciplinaire et le patient se concertent pour définir un projet de vie global et des objectifs individualisés. Les objectifs sont segmentés en sous-objectifs en vue de définir des étapes atteignables par le patient qui se rend ainsi compte des étapes nécessaires pour atteindre une action qui lui semble impossible, permettant d'encourager la réussite et la persévérance. Pour répondre aux objectifs individuels, l'ergothérapeute met en place des ateliers individuels ou de groupe autour d'accompagnements extérieurs, de mises en situation de vie quotidienne en milieu écologique ou à l'hôpital, des ateliers artisanaux, des ateliers de remédiation cognitive, des ateliers de cognition sociale, des ETP pour la personne et sa famille. Au travers de tout cela, le but de l'ergothérapeute est de permettre à la personne atteinte de troubles psychiques d'envisager une vie épanouie et autonome dans la société, de rompre l'isolement social, de restaurer l'estime de soi et les compétences interpersonnelles (cognitive, sociale, psychosocial...) afin de s'inscrire dans son environnement, d'élaborer un maillage solide et contenant et de définir un rôle social adéquat (professionnel, associatif, familial, amical...). Mais certains points restent à développer et à améliorer afin d'optimiser la réinsertion sociale de la personne. Premièrement, la stigmatisation est un fardeau considérable à la réinsertion, le travail autour de l'éducation du milieu de vie et de la population est à développer davantage. Deuxièmement, le manque de moyens attribués aux équipes et à l'ergothérapeute ne permet pas une implication totale, le manque de temps et de personnel limite les prises en charge et les accompagnements extérieurs, ne permettant pas de soutenir la personne dans toutes les sphères présentant une limitation de participation. Enfin, les ergothérapeutes participent très peu aux ETP, leur collaboration permettrait d'aborder une vision plus approfondie du fonctionnement de la participation dans les habiletés sociales et les gestes de la vie quotidienne.

Pour conclure, la réinsertion est abordée dans les différents secteurs de psychiatrie, en intrahospitalier, en extrahospitalier, parfois en dehors de toute institution hospitalière. Nous constatons que les prises en charge poursuivent les mêmes objectifs avec des spécificités propres à chacun inhérentes au temps consacré à l'accompagnement de la réinsertion, à la demande de l'équipe médicale, à

l'environnement et aux maillages présents ou non, au projet de vie défini ou à un manque de motivation et de perspective de la personne.

4.3. Critiques et limites de l'étude

A l'issue de ce travail, certaines critiques et limites émergent :

Concernant le questionnaire, je constate que certaines questions ont été interprétées de façons différentes par les ergothérapeutes et ont donné lieu à des réponses très diverses, rendant la comparaison entre questionnaires plus difficile à exploiter. Au départ, j'ai fait le choix de construire une grille d'entretien avec des questions ouvertes, permettant à chacun de s'exprimer plus librement sur sa pratique. Ce choix a parfois désarmé les personnes interviewées, rendant certaines réponses peu développées. Pour y remédier, je ferais aujourd'hui le choix de créer des questions plus ciblées pour enrichir la recherche.

Concernant les modalités d'entretien, la plupart des entretiens, de par l'éloignement géographique, se sont faits par téléphone. Cependant, deux des neuf entretiens ont été réalisés en face à face, rendant l'échange différent. L'échange par téléphone entrave la spontanéité des réponses et efface le langage corporel indispensable à la compréhension de certaines explications. De ce fait, ils imposent davantage d'explicitier par les mots afin de se faire comprendre, ce qui facilite la retranscription.

Les neuf entretiens concernent des ergothérapeutes de la région Auvergne Rhône-Alpes, permettant d'appréhender l'accompagnement selon un secteur géographique ciblé. La réinsertion sociale serait peut-être abordée différemment avec une localisation sur la France entière, mais nécessiterait un temps d'étude dont je ne dispose pas.

De plus, neuf entretiens ne semblent pas un nombre significatif pour obtenir une image précise de l'activité de l'ergothérapeute sur le terrain, pourtant de nombreuses redondances apparaissent dans les discours des neuf ergothérapeutes, permettant de se rapprocher potentiellement de la saturation des données qui semble difficilement atteignable lors d'une recherche de ce type, car chaque pratique reste personnelle.

Enfin une recherche sur la satisfaction et la qualité de vie des personnes accompagnées lors d'une prise en charge de réinsertion sociale, en amont et en aval de

l'accompagnement, permettrait de compléter cette étude et de définir l'impact de ce type de prise en charge.

4.4. Apports et perspectives

Au cours de cette étude, j'ai développé nombre de mes compétences autant sur le plan personnel que professionnel. L'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de fortifier une méthodologie de recherche, de synthèse, de questionnement, mais aussi un esprit critique, d'analyse, d'observation, d'écoute et une rigueur de rédaction. Il a aussi démultiplié ma curiosité et mes envies d'en savoir davantage sur ce sujet. La question de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques m'intéresse depuis mon entrée en institut de formation en ergothérapie. Cette recherche m'a permis d'élargir mes connaissances sur ce sujet et d'affiner mon projet professionnel qui s'oriente vers cette spécialité. Durant cette recherche, les échanges avec les différents professionnels ont permis de définir des démarches à suivre, des raisonnements permettant d'élaborer des accompagnements adaptés à chaque personne, que j'ai pu mettre en pratique durant mes stages dans ce domaine.

L'analyse des entretiens et les recherches bibliographiques effectuées m'invitent à me poser d'autres questions qu'il semblerait pertinent d'approfondir dans d'autres études. Premièrement, l'environnement est un élément pilier de la construction d'une prise en charge autour de la réinsertion sociale. L'ergothérapeute accompagne, aide à le construire, soutient l'entourage, rencontre les associations, développe un réseau autour de l'individu. Cependant, la stigmatisation est un facteur obstacle qui émerge énormément des discours des ergothérapeutes. Celle-ci limite la participation et réduit l'assurance de la personne dans son environnement. Je m'interroge sur les moyens qui pourraient être mis en place pour lutter contre la stigmatisation et les discriminations faites aux personnes souffrant de pathologies psychiques. Deuxièmement, les troubles psychiques sont généralement chroniques, il est important de les connaître et d'apprendre à vivre avec. Pour cela, le temps est un facteur indispensable au rétablissement et à la connaissance de soi. Il est primordial de laisser du temps à la prise en charge et à l'accompagnement, ainsi le relai entre structures intrahospitalières, extrahospitalières, associatives permet la continuité du suivi et d'offrir le temps nécessaire. Cependant, je m'interroge sur le temps donné aux soins, à quel moment le lien doit-il être rompu, à quel moment l'étayage, la

sécurité apportée par l'accompagnement n'intervient plus dans une logique d'autonomisation de la personne dans son environnement de façon sécuritaire, mais devient une situation confortable sur laquelle on peut se reposer entièrement et que l'on ne peut plus rompre empêchant l'autonomisation.

Conclusion

Au cours de cette étude, nous observons que les façons de penser ont évolué au cours des siècles pour permettre depuis peu l'ouverture des hôpitaux psychiatriques et l'accompagnement vers l'accessibilité à la citoyenneté pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Cependant, nous pouvons constater au cours des échanges avec les différents professionnels que cette insertion est aujourd'hui encore limitée par le regard porté sur ces individus. La stigmatisation renvoie une image péjorative à la personne qui finit par s'autostigmatiser, réduisant sa motivation et son désir de citoyenneté.

Cette recherche répond à la question : Comment l'ergothérapeute contribue-t-il à la réinsertion et au maintien dans la société de la personne atteinte de troubles psychiques tout au long de son histoire institutionnelle ?

A l'aide des recherches scientifiques et des neuf entretiens auprès d'ergothérapeutes, nous apportons une réponse à cette question. L'ergothérapeute participe au sein d'une équipe pluridisciplinaire à l'insertion sociale de la personne tout au long de son parcours institutionnel. Dans cet objectif, il propose des moyens individuels et collectifs en accord avec des objectifs individuels définis en amont grâce à des évaluations. Son but est de permettre à la personne de vivre une vie autonome et épanouie dans la société. Pour cela, il l'accompagne dans des démarches d'adaptation de l'environnement, d'accès à un rôle social ou encore de développement des compétences personnelles afin de savoir répondre efficacement aux situations rencontrées au quotidien. Au cours de cette recherche, nous pouvons apprécier l'importance d'apprendre à vivre avec une pathologie psychique, que ce soit pour la personne, sa famille ou son entourage afin que son environnement puisse s'adapter à ce qui est bénéfique pour lui. L'ETP semble une réponse pertinente à ce besoin et il semblerait important que l'ergothérapeute prenne davantage sa place dans cette démarche d'éducation individuelle et communautaire, qui faciliterait l'insertion de la personne présentant une pathologie psychique.

Références bibliographiques

- Académie de Médecine. (2020). L'Insight. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=Insight>
- Ailam, L., M. Rchidi, A. Tortelli, et N. Skurnik. (2009). Le processus de désinstitutionnalisation. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 167(6) : 455.
- Alexandre, C. A., Lefèvre, G., Palu, M., & Vauvillé, B. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie* (De Boeck, Solal). De Boeck, Solal.
- ANAES. (2002). Le dossier du patient en ergothérapie (ANAES) : Service des recommandations et références professionnelles : Mai 2001. *Ergothérapies, N°5*, 9-57.
- ANFE. (2019). *Définition de l'ergothérapie*. <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme* (Elsevier Masson). Elsevier Masson.
- Barrès, M. (2010). La notion de handicap psychique au travers des lois et politiques publiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168, 760–763.
- Bellier, T. (2017). *AERES, Auto-évaluation des ressources*. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/aeres-auto-evaluation-des-ressources>
- Bonamour Du Tartre, J.-J. (2010). La notion de handicap psychique comme analyseur des mots de la psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168, 776–778.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : L'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89(3), 227–232.
- Centre ressource Lyon Vinatier. (2020). *Les centres de réhabilitation psychosociale*. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-les-centres-de-rehabilitation-psychosociale->
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial rehabilitation : Toward a definition. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 61.
- Coldefy, M. (2012). L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : Similitudes et divergences. *Quest Déconomie Santé*, 1–8.

- Corin, E., & Lauzon, G. (1988). Réalités et mirages : Les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 69–86.
- Établissement Public de Santé Maison Blanche. (2018). *Soins ambulatoires et hébergement*. <http://www.ch-maison-blanche.fr/Soins/Psychiatrie-adulte/Soins-ambulatoires-et-hebergement>
- Ferrari, P., Mebarkia, A., Garcia, C., Valloton, S., & Wrobel, D. (2016). Soins de transition après l'hôpital psychiatrique. *REISO, Revue d'information sociale*. <http://www.reiso.org/spip.php?article5707>
- Hanus, M., & Louis, O. (2010). *Psychiatrie pour l'étudiant*. Maloine.
- Henckes, N. (2009). Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950. *Genèses*, 3, 76–98.
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck.
- Hervieux, C., Gendron, A.-M., Lançon, C., Martano, B., & Umidon, G. (2007). Un nouveau programme psychoéducatif, le programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales (Pracs). *L'information psychiatrique, Volume 83(4)*, 277-283.
- Larousse. (2019). *L'hygiène*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hygi%C3%A8ne/40927>
- Lecomte, T., & Wallace, C. J. (2012). *Evaluation des forces, des intérêts et des objectifs clients*. http://www.espace-socrate.com/pdfs/g_casig_sr_fr.pdf
- Leplège, A., Bruneau, G., & Boudvin, J. (2015). Le handicap dit psychique. *Perspectives Psy*, 54(4), 296–308.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. 16 mai 2005).
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé (J.O. 28 janvier 2016).
- Matot, J.-P. (2001). Les services de santé mentale à l'épreuve des différences. *Cahiers de psychologie clinique*, 2, 39–61.
- Mattei, P. O. (2008). Ergothérapie et psychiatrie. *La Lettre du psychiatre*, 4(5), 134–138.
- OMS. (2019). *Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé*. <https://www.who.int/fr>
- Pachoud, B. (2013). Enjeu de la réinsertion sociale après un premier épisode psychotique. *L'Encephale*, 39(2), S105–S109.

- Pomini, V., Reymond, C., Golay, P., Fernandez, S., & Grasset, F. (2011). *ELADEB*.
<http://ateliers-rehab.ch/produits-psychiatrie-communautaire/eladeb/>
- Psycom. (2016). *La Pair-aidance*. Santé.fr. <https://sante.fr/la-pair-aidance>
- Riou, G., Poullain, C., & Katsaros, I. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*.
https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergoth%C3%A9rapie%20en%20Sant%C3%A9%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf
- Robcis, C. (2016). François Tosquelles and the Psychiatric Revolution in Postwar France. *Constellations*, 23(2), 212–222.
- Semal, R., & Revillion, J.-J. (2009). À propos de l'intégration des soins psychiatriques dans la ville, évaluation d'une structure d'hospitalisation à domicile sur un secteur de psychiatrie adulte. *Annales médico-psychologiques*, 167(2), 127–133.
- UNAFAM. (2005). *Le handicap psychique*. UNAFAM. <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>
- Veit, C. (2019). L'espace de la santé mentale : Un paysage discursif et clinique en remaniement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177, 347–351.

Annexe I : Formulaire d'information et de non-opposition

Ergothérapie en psychiatrie, contribution à la réinsertion

- **Promoteur : Université Clermont Auvergne**
49 Boulevard François Mitterrand
CS 60032
63 001 Clermont-Ferrand
- **Investigateur principal : Stéphanie FOUILLAT**, Référente Pédagogique IUFEA
Stephanie.FOUILLAT@uca.fr
CHU Louise Michel, 61 route de Châteaugay 63118 Cébazat
- **Partenaire :**
ALLOUARD Roxane

Université Clermont Auvergne, 49 Boulevard François Mitterrand, CS 60032
63000 CLERMONT-FERRAND

L'objectif de cette étude est de mieux identifier et comprendre l'intervention de l'ergothérapeute lors de la réinsertion et du maintien de la personne, atteinte de troubles psychiques, dans la société. Elle a pour but de distinguer les différents moyens mis en place lors de la prise en charge.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non-opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant réalise un entretien enregistré avec l'un des investigateurs en donnant au préalable sa non-opposition.

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées sont pseudonymisées et les résultats sont traités de manière anonyme. De plus, des analyses statistiques sont réalisées sur les données de groupe d'âge.

Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude (Stephanie.FOUILLAT@uca.fr). L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI NON

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer ce document.

Date :/...../.....

Signature du participant :
(Précédée de la mention « Lu et compris »)

Paraphe de l'investigateur :

Annexe II : Grille d'entretien

◆ Partie 1 : Présentation des ergothérapeutes

Questions	Moyens de relance
Portrait individuel ?	<ul style="list-style-type: none">- Nombre d'année d'expérience en service de santé mentale- Type de structure actuelle (CMP-CATTP-HDJ-CRP-...)
Description de la structure ?	<ul style="list-style-type: none">- Mode d'orientation des patients dans la structure- Durée des séjours- Nombre d'ergothérapeute dans la structure

◆ Partie 2 : Présentation de la réinsertion

Questions	Moyens de relance
Dans quel but utilisez vous la réinsertion auprès de personnes atteintes de maladie mentale ?	<ul style="list-style-type: none">- Comment définissez vous le projet de vie de la personne ?- Quels objectifs mettez vous en place lors de l'utilisation de la réinsertion dans votre prise en charge ?- Quel est l'objectif final attendu lors de la mise en place de la réinsertion ?- En quoi ce type de prise en charge favorise-t-il la stabilité du patient et son maintien hors de l'hôpital ?
Quels moyens mettez vous en place afin de permettre la réinsertion et le maintien de la personne dans la société ?	<ul style="list-style-type: none">- Réalisez vous des bilans lors de la prise en charge de réinsertion ? De quels types ?- Quels types de prise en charge utilisez vous ? (groupe/individuel/individuel en groupe)- Quelles médiations utilisez vous lors de vos séances ?- Quels types de collaboration mettez

	vous en place ? (avec les professionnels de votre structure, avec des structures extérieures)
A quelle étape de la réinsertion intervenez vous en tant qu'ergothérapeute ?	<ul style="list-style-type: none"> - Durant les rechutes - Lors de la stabilisation de la maladie - Lors du maintien de la personne dans sa situation actuelle - En relai d'une structure hospitalière à temps complet

◆ **Partie 3 : Obstacles et éléments facilitateurs à la réinsertion**

Questions	Moyens de relance
Quels sont les éléments facilitateurs que vous rencontrez lors de la réinsertion et du maintien de la personne dans la société ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dans votre profession - Par rapport aux types de population - Par rapport aux structures extérieures - Par rapport à la structure où vous travaillez - Quels sont les répercussions de ces éléments facilitateurs sur la réinsertion de la personne et son rétablissement ?
Quels sont les éléments obstacles que vous rencontrez lors de la réinsertion et du maintien de la personne dans la société ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dans votre profession - Par rapport aux types de population - Par rapport aux structures extérieures - Par rapport à la structure où vous travaillez - Quels sont les répercussions de ces éléments facilitateurs sur la réinsertion de la personne et son rétablissement ?

Annexe III : Tableau d'analyse longitudinale entretien 1

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -hospitalisation complète -HDJ -CRP -centre expert schizophrénie -intra et extra hospitalier 	<p>L'ergothérapeute 1 (E1) travaille en structure hospitalière et intervient sur l'hospitalisation complète, l'HDJ, le CRP et le Centre Expert Schizophrénie. La réinsertion sociale est abordée dans tous ces services ce qui change ce sont les moyens mis en place.</p>
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -poursuivre l'activité à l'extérieur -sortir de l'isolement -se mettre en mouvement -travailler le concret, la réalisation des tâches -améliorer les compétences psychosociales -améliorer les compétences cognitives -définir un projet de vie individualisé -faire un diagnostic des besoins -favoriser la socialisation -évaluer les compétences permettant le retour à domicile -verbaliser les compétences mises en place lors de l'activité -verbaliser les émotions -améliorer l'autonomie 	<p>Lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion, E1 définit des buts différents en fonction des services. Dans le service d'hospitalisation complète, le but est : travailler sur la poursuite de l'activité à l'extérieur de l'institution, permettre de sortir de l'isolement, favoriser la socialisation, favoriser la mise en mouvement, évaluer les compétences permettant le retour à domicile, verbaliser les émotions et améliorer l'autonomie. Ces buts reviennent lors des prises en charge en HDJ, car ce service est la continuité de l'hospitalisation, de plus, l'accompagnement est plus accentué autour de l'accès aux associations de ville et aux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Au CRP, le but est de travailler les compétences psychosociales et cognitives, mais aussi les connaissances sur la maladie. Au Centre Expert Schizophrénie, l'objectif est le diagnostic et la définition du projet de vie en fonction des besoins de la personne.</p>
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -entretien -observation d'atelier thérapeutique -bilan cognitif -ELADEB -AERES 	<p>Pour définir les objectifs en service intra et en HDJ, E1 rencontre la personne et, au travers d'un entretien, identifie les demandes. Elle utilise aussi les observations faites lors des activités en atelier ou de l'atelier cuisine thérapeutique. Lorsque cela n'est pas possible pour les psychologues, E1 réalise des bilans cognitifs. Sur le Centre Expert Schizophrénie, E1 réalise les bilans ELADEB et AERES qui recueillent les demandes et les besoins des patients. Ces bilans sont aussi réalisés dans le CRP, mais par les infirmiers et psychologues formés aux bilans par l'ergothérapeute.</p>
Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -accompagnement association -mise en situation (cuisine 	<p>Pour répondre aux objectifs dans les services intra et HDJ, service où E1</p>

	thérapeutique) -activités artisanales -conseils -jeux de sociétés	intervient autre que pour des évaluations ou des conseils, les moyens mis en place sont des accompagnements dans les associations de ville pour retrouver des loisirs, des mises en situation cuisine et courses pour évaluer les capacités d'un patient à un retour à domicile afin de l'orienter vers un foyer, un appartement thérapeutique ou un appartement individuel et de définir les besoins de la personne en aides extérieures supplémentaires. En individuel, E1 met aussi en place des activités artisanales et des jeux de société.
Moyens Groupes	-atelier théâtre -groupe psychoéducation PRACS	En groupe, E1 organise avec une art-thérapeute un atelier théâtre et participe à certains modules des groupes de psychoéducation PRACS.
Collaborateurs	-équipe pluridisciplinaire -GEM -SAMSAH -SAVS -Espérance63 -association -ergothérapeute MPR -famille -art-thérapeute	E1 collabore pour permettre la réinsertion avec une équipe pluridisciplinaire de chaque service, les GEM, les associations de ville ou spécialisées, les familles, une art-thérapeute et les ergothérapeutes d'autres services du Centre Hospitalier Universitaire (CHU).
Moment de la maladie	-stabilisé	Pour permettre la réinsertion, il est nécessaire que la personne soit stabilisée.
Facilitateurs	-accompagnements en extérieur (associations de loisirs, GEM) -adhésion au projet -collaboration pluridisciplinaire -autonomisation -variété des activités proposées	E1 définit les accompagnements en extérieur, la pérennisation de l'activité, la réassurance de la personne, l'adhésion au projet, la collaboration pluridisciplinaire, l'autonomisation et la variété d'activités comme les facteurs facilitateurs à la réinsertion.
Obstacles	-manque de moyens humains -manque de place -manque de temps	À l'inverse, le manque de moyens humains, le manque de temps des soignants, le manque de place pour les groupes sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne.

Annexe IV : Tableau d'analyse longitudinale entretien 2

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -HDJ -unité d'hospitalisation complète -intra et extra hospitalier 	<p>L'ergothérapeute 2 (E2) travaille en intrahospitalier et a travaillé en extrahospitalier dans le passé. Le but de l'ergothérapeute est de faire le lien entre les structures intra et extra hospitalières pour favoriser la continuité du soin.</p>
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -socialiser au travers de l'activité -favoriser l'ouverture vers la cité -prendre du plaisir -retranscrire les acquis à l'extérieur -s'adapter aux besoins de la personne -créer un environnement fiable -créer des repères -favoriser l'engagement -réassurer la personne -développer l'autonomie -développer vie professionnelle -développer vie familiale -favoriser la prise d'initiative -créer un cadre sécurisant -réapprendre les activités du quotidien -faire émerger les besoins de la personne -valoriser au travers de l'activité 	<p>Lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion sociale de la personne, E2 définit des buts qui sont : socialiser la personne au travers de l'activité, favoriser l'ouverture vers la cité, prendre du plaisir à faire et le retranscrire par la suite à l'extérieur, respecter les besoins et demandes de la personne, prendre des initiatives, valoriser au travers de l'activité. La réinsertion a pour but de créer des points de repère fiables à l'extérieur de l'institution pour rassurer la personne et favoriser son engagement. Il est aussi important d'améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, les déplacements, la vie professionnelle et familiale.</p>
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -entretien -parcours de vie -prise en compte de l'entourage dans projet de vie -souhait du patient -observation lors d'atelier pour définir des compétences -bilan tous les 6 mois 	<p>Pour définir les objectifs individualisés de la personne, E2 fait un entretien pour déterminer les envies de celle-ci et des observations lors d'ateliers. L'épuisement de l'entourage est un facteur à prendre en compte dans le projet de vie de la personne. Les objectifs sont réévalués tous les six mois par l'équipe pluridisciplinaire.</p>
Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -accompagnement dans les déplacements -accompagnement association -atelier artisanal 	<p>Les moyens mis en place par E2 sont différents selon les services. En intrahospitalier, il y a des prises en charge individuelles comme des accompagnements de patient à l'extérieur dans les transports, les associations, les GEM afin de rendre la personne autonome. Il y a aussi des ateliers artistiques avec la création de projets individuels dans l'idée de leur apprendre la prise d'initiative, la manipulation, les contraintes techniques. En extrahospitalier,</p>

		elle utilise peu les accompagnements individuels sauf lorsqu'il y a un projet très précis pour une personne.
Moyens Groupes	<ul style="list-style-type: none"> -atelier cuisine -sortie socioculturelle -atelier transversal "humanisation" -séjour thérapeutique -Dixiludo® -photolangage -revue de presse -compétence sociale 	Les prises en charge en groupe y sont plus utilisées par E2 dont : un atelier cuisine, préparation du budget et courses, des sorties culturelles en rapport avec un projet artistique lors de l'atelier transversal nommé "humanisation", mais aussi des séjours thérapeutiques pour évaluer l'autonomie des patients et leurs comportements dans un autre milieu et des médiations avec le Dixiludo®, le photolangage, la revue de presse pour travailler la verbalisation et les compétences sociales.
Collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> -équipe pluridisciplinaire -famille -association -GEM -ESAT -CMP -CATTP 	E2 collabore avec une équipe pluridisciplinaire, les associations de ville, les GEM, les Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) et les autres structures spécialisées CMP et CATTP.
Moment de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> -stabilisé -dès l'entrée dans la maladie -limiter la chronicisation 	Il est nécessaire que la personne soit stabilisée pour mettre en place la réinsertion qui doit être investie dès l'entrée dans la maladie afin de limiter la chronicisation et l'isolement.
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -traitement stabilisé -bonne connaissance de la maladie -alliance thérapeutique -vision globale -confiance -répondre au désir du patient -objectifs atteignables -division en sous-objectifs -dynamique d'équipe -régularité -trouver un bénéfice à l'activité -continuité du soin -adhésion au projet -cadre sécurisant et contenant 	Selon E2, le traitement stabilisé, une bonne connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique, un cadre sécurisant et contenant, la prise en charge de la personne dans sa globalité, l'adhésion au projet, la confiance, le suivi des envies et besoins du patient, la définition d'objectifs et sous-objectifs atteignables ainsi qu'une cohérence et une dynamique d'équipe sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion.
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -manque accompagnement des familles 	À l'inverse, les familles et les patients qui n'adhèrent pas au projet, le manque de

	<ul style="list-style-type: none"> -manque d'adhésion au projet -changement récurrent de personnel -cadre non rassurant -trouble du comportement -ruralité -stigmatisation -manque de moyen -manque de personnel 	<p>moyens et de personnel causant un épuisement des équipes et des changements récurrents de personnel, la ruralité, la stigmatisation, un cadre non rassurant au sein des associations et la persistance de troubles du comportement sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne.</p>
--	--	---

Annexe V : Tableau d'analyse longitudinale entretien 3

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -CRP -extrahospitalier 	<p>L'ergothérapeute 3 (E3) travaille dans un CRP, les personnes sont orientées vers cette structure par leurs médecin ou psychiatre, mais viennent uniquement de leur plein gré. “ On n'est pas dans un soin obligatoire, mais dans un soin supplémentaire d'amélioration de la qualité de vie”. Une évaluation de l'évolution de l'accompagnement est faite tous les ans et transmise à l'Agence Régionale de Santé (ARS).</p>
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -objectif individuel -définition du projet de vie par la personne -favoriser la réinsertion professionnelle et scolaire -améliorer les fonctions cognitives -améliorer les relations sociales -développer l'organisation et la gestion du logement -améliorer la gestion des tâches quotidiennes -apprendre la gestion de l'argent -améliorer les connaissances sur la pathologie -reprendre une activité loisir -prioriser -procéder par sous-objectifs -favoriser la réussite, la continuité de soin -permettre la prise d'initiative, que le patient soit acteur de sa prise en charge -rendre autonome -accompagner la personne vers la définition de ses objectifs de soin 	<p>Lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion sociale de la personne, E3 définit des objectifs qui sont dans un premier temps établis par la personne suivie, puis réévalués en fonction des difficultés et besoins émergeant durant le bilan. Dans un premier temps, la demande est souvent centrée sur le travail, mais d'autres objectifs apparaissent par la suite prioritaires selon E3 comme améliorer les fonctions cognitives (cognition froide, cognition sociale), les relations, l'autonomie, l'organisation quotidienne, l'entretien du logement, la gestion de l'argent, la connaissance de la maladie ou bien reprendre une activité de loisirs. E3 ajoute qu'il est possible que les objectifs de la personne ne soient pas atteignables, il est alors primordial de mettre en place des sous-objectifs afin de favoriser la réussite et d'éviter le découragement. C'est une structure non médicalisée, les patients sont obligatoirement suivis à l'extérieur par un médecin ou une équipe médicale. E3 ajoute “ que le CRP a pour fonction de soutenir, accompagner et proposer des stratégies aux personnes qui le demandent”.</p>
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -CASIG aménagé -entretien semi-dirigé -bilan des habitudes de vie -détermine besoins et difficultés de la personne 	<p>Pour définir les objectifs, un bilan en trois parties est réalisé : un entretien médical, un bilan neuropsychologique et un bilan des habitudes de vie quotidienne. E3 participe à ce troisième bilan qui interroge les différentes sphères de la vie quotidienne (toilette, alimentation, entretien, loisirs...) afin de déterminer les besoins et les difficultés de la personne. C'est un bilan inspiré du bilan canadien CASIG.</p>

Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -mise en situation à domicile -accompagnement en extérieur/associations -acteur de la prise en charge -soutien présentiel -trouver des stratégies 	<p>Les moyens mis en place par E3 pour répondre au projet individualisé de la personne sont : des mises en situation et des accompagnements individuels, à domicile ou en extérieur, afin de permettre à la personne d'être actrice de sa prise en charge. Par exemple, E3 a pu mettre en place des moyens individuels, comme passer le bac, entrer en licence, en BTS, travailler en milieu protégé, trouver un logement, faire des démarches administratives, faire les courses.</p>
Moyens groupes	<ul style="list-style-type: none"> -groupe cognition sociale -mise en situation en groupe -ETP -partage d'expériences 	<p>De plus, E3 met en place des groupes cognitions sociales avec beaucoup de mises en situation. Le CRP met aussi en place l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) qui permet le partage d'expériences sur la maladie, les traitements, les symptômes résiduels, les décompensations, les pertes cognitives.</p>
Collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> -équipe pluridisciplinaire -association -ESAT -GEM -centres sociaux -CMP -psychiatres traitants -famille 	<p>Pour mettre en place un accompagnement optimal, les suivis en extérieur se font toujours un binôme de plus, E3 collabore avec une équipe pluridisciplinaire, différentes associations, les psychiatres traitants, les familles, les ESAT, les CMP, les GEM et les centres sociaux.</p>
Moment de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> -stabilisé -réceptive et capable de s'autonomiser 	<p>Il est nécessaire que le patient soit stabilisé pour qu'il soit réceptif aux moyens mis en place. E3 ajoute que leur rôle est aussi d'alerter les équipes médicales lorsqu'il y a une rechute pour favoriser la continuité des soins.</p>
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -traitement stabilisé -connaissance de la maladie -connaissance de soi -adhésion au projet -relation thérapeutique -structure neutre -répondre aux besoins et envies -cadre sécurisant -acceptation des troubles 	<p>Pour l'ergothérapeute 3, les facteurs facilitateurs de la réinsertion sociale sont la stabilisation du traitement, la connaissance de la maladie, la connaissance de soi, l'acceptation des troubles, l'adhésion au projet, la relation thérapeutique, le cadre sécurisant, la réponse aux besoins et aux envies de la personne, mais aussi le fait que le CRP soit une structure extérieure aux soins et neutre face aux échecs passés de la personne.</p>
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -traitement non suivi -instabilité psychique -projet irréalisable -manque de bienveillance dans encadrement association 	<p>À l'inverse, le traitement interrompu, l'instabilité psychique, un projet inadapté à la personne, des objectifs irréalisables, la stigmatisation et un manque de bienveillance de la part de certaines associations</p>

	-stigmatisation	accueillants les personnes sont des obstacles à la réinsertion sociale.
--	-----------------	---

Annexe VI : Tableau d'analyse longitudinale entretien 4

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -CMP -HDJ -unités intrahospitalières -extrahospitalier 	<p>L'ergothérapeute 4 (E4) travaille au sein d'un centre hospitalier, mais elle est rattachée à plusieurs services du secteur, "c'est un peu comme un ergothérapeute libéral on va dire, les médecins me font une prescription et donc je peux aussi bien voir des patients de l'intra que de l'extra." Elle intervient ainsi dans les CMP, l'HDJ et les unités intrahospitalières.</p>
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -sortir de l'isolement -retrouver de relations sociales -apprendre à gérer son budget -gérer son anxiété au travers de l'activité -objectifs définis en collaboration avec la personne -projet individualisé -répondre au désir de la personne -s'inscrire dans la société -valoriser l'estime de soi -s'investir -favoriser l'autonomie -gérer les situations nouvelles, imprévues 	<p>E4 dit " la réinsertion sociale concerne souvent des personnes qui sont isolées à leur domicile et qui sortent peu." Lors d'une prise en charge, elle définit des buts qui sont : faire sortir les personnes de l'isolement et les axer vers des associations culturelles, des GEM, des Centre Communal d' Action Sociale (CCAS), l'aide alimentaire, car ce sont des personnes qui ont du mal à gérer leur budget. Le but va essentiellement être d'accompagner vers des activités où la personne se sent capable de gérer son anxiété et de ressentir du plaisir. Les objectifs sont définis en collaboration avec le patient. Le fait de répondre aux besoins propres à la personne permet d'encourager l'inscription dans la société, l'investissement, valoriser l'estime de soi et gérer l'anxiété. E4 ajoute que l'accompagnement nécessite un investissement et du temps aux soignants.</p>
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -observation lors mise en situation -capacités individuelles 	<p>Pour définir les objectifs, E4 utilise les observations faites lors de mises en situation où la personne est en autonomie afin de définir et stimuler les capacités existantes de la personne.</p>
Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -mise en situation -faire avec -faire faire -créer des outils de soutien -mettre en place des stratégies -organisation quotidienne -soutiens/repères -accompagnement des familles -répétition de l'accompagnement -accompagnement associatif (loisir, culturel, aide alimentaire) 	<p>Les moyens mis en place pour répondre aux objectifs sont majoritairement des prises en charge individuelles, des mises en situation et accompagnements répétés plusieurs fois afin de les inscrire dans une routine. E4 ajoute " on commence par faire avec et puis après s'installe le faire faire, quand on voit que le patient nous guide et n'a plus besoin de nous pour faire les choses, là on se dit que c'est tout gagné". Il est très important de stimuler la personne et de mettre en place des stratégies, des outils pour lui permettre de</p>

		faire seule (planning, carte, plan, liste de repas hebdomadaires) ainsi que de l'aider à se réorganiser dans son quotidien. Dans les moyens utilisés, l'ergothérapeute essaye au maximum de mettre en avant les capacités de la personne et de travailler avec ce qui peut être fait seul. E4 est un soutien, une aide extérieure, elle peut aussi accompagner les familles et les proches lors des rencontres au domicile.
Moyens Groupes	-groupe gérer les sorties -ETP gérer sa maladie et impact au quotidien	De plus, E4 coanime un groupe avec plusieurs modules sur les sorties où il peut y être évoqué les différentes orientations, lieux, mais aussi le plaisir de sortir, les émotions ressenties, comment trouver une activité et l'organiser. L'ergothérapeute participe aussi à l'ETP qui permet d'apprendre à vivre avec sa maladie, de discuter des impacts au quotidien, d'essayer de trouver des stratégies à mettre en place et d'évoquer les vulnérabilités et sensibilités face à l'extérieur et aux activités sociales.
Collaborateurs	-équipes pluridisciplinaires -personnels des foyers -infirmier libéral -aide-ménagère -curateur -tuteur -CCAS -SAMSAH -association -famille -centres sociaux	Lors de ses prises en charge, l'ergothérapeute collabore avec les différentes équipes pluridisciplinaires des services, les personnels de foyers où les patients résident, les infirmiers libéraux, les aides ménagères, les curateurs et tuteurs, les CCAS, les SAMSAH et les différentes associations accueillant des patients.
Moment de la maladie	-stabilisé -délire à bas bruit sans entraver le quotidien -envie de se réinsérer	Pour mettre en place la réinsertion sociale, il est nécessaire que la personne soit stabilisée. Certains peuvent délirer à bas bruit, car le traitement ne fonctionne pas toujours sur le délire, il est nécessaire que celui-ci n'entrave pas le quotidien pour éviter la mise en échec non bénéfique.
Facilitateurs	-l'entourage stimulant -le temps -la répétition -la motivation personnelle -choix personnel -estime de soi	E4 définit que l'entourage stimulant et bienveillant, le temps, la répétitivité, l'estime de soi ainsi que la motivation du patient sont des facteurs facilitateurs à la réinsertion.
Obstacles	-priorité financière -gestion financière tutelle-curatelle	À l'inverse, la gestion du budget, la gestion avec les tuteurs ou curateurs des avances de budget pour les séances et activités, les

	<ul style="list-style-type: none">-angoisse-entrave organisation institutionnelle-stigmatisation-autostigmatisation	angoisses, les entraves organisationnelles dans les équipes avec redondance de rendez-vous sur le même créneau, mais aussi le regard de l'autre et le regard que l'autre renvoie sur sa propre personne sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne.
--	--	---

Annexe VII : Tableau d'analyse longitudinale entretien 5

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -SAMSAH approche rétablissement -extrahospitalier 	<p>L'ergothérapeute 5 (E5) travaille en SAMSAH spécialisé dans l'approche rétablissement, dans une association. Une notification Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) est nécessaire pour accéder à ce service. Une demande de notification peut être faite par un professionnel de santé ou par la personne elle-même.</p>
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -trouver un équilibre de vie -s'inscrire dans son environnement/activité -bien-être -sortir de l'isolement social -répondre aux besoins et envies de la personne -trouver un statut social (travail/bénévolat) -développer les capacités/compétences individuelles -définir des sous objectifs -revaloriser la personne -maintenir un cadre contenant -apprendre à se déplacer et se repère à l'extérieur -donner de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne 	<p>Lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion sociale de la personne, E5 définit des buts qui sont : trouver un équilibre lui permettant de s'inscrire dans son environnement, accompagner pour qu'elle se sente mieux, qu'elle ait des activités significatives, qu'elle ne soit pas isolée socialement, qu'elle puisse avoir un équilibre de vie adéquat à ses besoins et envies, mais aussi résoudre ses blocages et faire émerger des envies nouvelles et propres tout en instaurant un cadre contenant, apprendre à se déplacer et se repérer à l'extérieur et donner de l'autonomie dans les activités du quotidien. Des sous-objectifs vont être définis afin de marquer l'évolution de la personne, de déterminer les éléments problèmes d'une situation complexe et de la revaloriser. E5 dit que l'objectif de la reprise du travail revient souvent, mais dans un but de retrouver un statut social, de s'occuper et, parfois, l'activité bénévole est une alternative à ces objectifs. Au travers de ceux-ci, le but est de développer les capacités du patient.</p>
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -entretien individuel (DIPC) -définir les envies et besoins de la personne -définir les obstacles à l'activité -observation lors de mise en situation de vie quotidienne en milieu écologique 	<p>Pour définir les objectifs de la personne, un entretien est réalisé afin de compléter le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC). Au travers de celui-ci, l'ergothérapeute cherche à déterminer les besoins, les envies et les freins de la personne. De plus, les mises en situation quotidiennes en milieu écologique sont utilisées pour évaluer les capacités de la personne.</p>

Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -mise en situation extérieure -mise en situation à domicile -accompagnement extérieur -adaptation environnement -projet d'activité manuelle -accompagnement dans les différentes étapes pour réaliser l'objectif 	<p>Les moyens mis en place pour répondre au projet individualisé de la personne sont entièrement organisés en extérieur ou à domicile. Des mises en situation et accompagnements sont organisés selon les besoins de la personne. E5 travaille à la suite d'autres structures de soins, c'est pour cela qu'elle axe principalement son accompagnement sur la réadaptation de la personne et l'adaptation de l'environnement pour limiter les situations de handicap.</p>
Moyens Groupes	<ul style="list-style-type: none"> -projet groupe cuisine -projet groupe de parole 	<p>Le SAMSAH, ayant ouvert récemment, procède à la création de groupes et particulièrement un groupe cuisine thérapeutique et un groupe de parole qui se dérouleront dans différentes associations et CCAS afin de favoriser l'insertion dans la cité.</p>
Collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> -pair aidant -équipe pluridisciplinaire -association -GEM -ESAT -UNAFAM -travail en binôme -partenaires de la personne au quotidien 	<p>L'ergothérapeute, lors de ces prises en charge, travaille en binôme et collabore avec une équipe pluridisciplinaire, un pair aidant, les associations de ville, les GEM, les ESAT, l'UNAFAM, les partenaires de la personne au quotidien. De nombreuses rencontres avec les partenaires extérieurs sont réalisées afin de faire connaître la structure et de connaître le maillage associatif de la ville.</p>
Moment de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> -stabilisé -jeune (18-40ans) -entrée dans la maladie 	<p>Les patients accompagnés au SAMSAH sont des jeunes récemment diagnostiqués, leurs profils sont très différents au niveau de la connaissance de la maladie, du rétablissement, du logement...</p>
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -estime de soi -soutien de l'environnement amical/familial -la motivation -temps -envies 	<p>E5 définit que l'estime de soi, le temps, les envies, le soutien de l'entourage familial et amical et la motivation sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion.</p>
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -autostigmatisation -stigmatisation -offres de soins et culturelles réduites selon les zones géographiques -difficulté à maintenir une activité dans le temps -ruralité 	<p>À l'inverse, l'autostigmatisation, la stigmatisation, les offres culturelles et de soins réduites selon les zones géographiques, la ruralité et les difficultés à maintenir une activité dans le temps sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne.</p>

Annexe VIII : Tableau d'analyse longitudinale entretien 6

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -CATTP programme d'habiletés sociales -extrahospitalier 	L'ergothérapeute 6 (E6) travaille en CATTP, avec un projet d'habiletés sociales permettant des tâches du quotidien, la gestion du domicile, l'administratif, les courses, le ménage, la santé, les habiletés cognitives, émotionnelles et sociales.
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -autonomisation -développer les habiletés sociales -mobiliser ses ressources -être capable de s'orienter auprès des bonnes personnes -créer un réseau -stimuler les capacités 	Lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion sociale de la personne, E6 définit comme but l'autonomisation de celle-ci. Pour cela, le CATTP a mis en place un projet d'habiletés sociales. L'objectif va être de mobiliser chez le patient des ressources qu'il n'exploite plus, lui permettant de s'adresser aux bonnes personnes lorsqu'il en a besoin, de découvrir de nouvelles ressources, afin de créer un réseau autour de lui et de stimuler ses capacités.
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -entretien activité vie quotidienne/personnelle/relationnelle -hiérarchisation des difficultés par ordre d'importance -évaluation cognitive -visite à domicile -projet individualisé 	L'évaluation se déroule en trois temps dès l'entrée du patient. Premièrement un entretien, avec deux professionnels, sur les activités du quotidien, la santé, l'extérieur, puis un travail sur la relation à soi, aux autres et la communication suivi d'une évaluation cognitive. Cet entretien est divisé en trois catégories : les difficultés à prendre en compte immédiatement, les problèmes résiduels et les points forts. La personne classe dix items de vie quotidienne et sociale dans ces catégories. Deuxièmement, il y a une visite à domicile, puis une synthèse avec le patient afin de créer un projet individualisé.
Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -mises en situation à domicile -exploiter l'environnement écologique -mettre en place des stratégies face aux situations nouvelles -développer le réseau -accompagnement activités vie quotidienne -répétition des accompagnements -favoriser l'étayage -ateliers artisanaux 	Les moyens mis en place pour répondre aux objectifs sont des interventions individualisées à domicile afin d'exploiter l'environnement familier de la personne. E6 réalise aussi des accompagnements extérieurs, là où la personne est en difficulté, afin de développer son réseau et les choses auxquels il peut avoir recours pour limiter les situations nouvelles et complexes. E6 explique qu'il est important de répéter plusieurs fois un accompagnement et, si cela est nécessaire, faire appel aux services sociaux pour

		accentuer l'accompagnement et favoriser l'étayage. De plus, E6 met en place des activités artisanales en individuel.
Moyens Groupes	<ul style="list-style-type: none"> -groupe compétences sociales -groupe de parole -mises en situation -Dixiludo® -jeu compétences® -jeux de rôle -vidéo -modelage 	L'ergothérapeute, en coanimation, met aussi en place des groupes afin de développer les compétences sociales. Ils organisent des groupes de parole, des mises en situation, des jeux de rôles, des vidéos, le modelage, ils utilisent aussi Dixiludo® et le Jeu compétences® afin de favoriser la communication, l'expression des émotions et l'estime de soi.
Collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> -équipe pluridisciplinaire -mandataire judiciaire -tuteur -curateur -services sociaux -centres sociaux -associations -transporteur -médecin généraliste -GEM -famille -travail en binôme -SAMSAH -professionnel à domicile 	E6 travaille en binôme et collabore avec une équipe pluridisciplinaire, des mandataires judiciaires, des tuteurs, des curateurs, les services sociaux, les centres sociaux, les associations de ville et spécialisées, les professionnels travaillant à domicile, les médecins traitants, le SAMSAH, les GEM et les familles pour permettre le maintien de la personne dans son environnement.
Moment de la maladie	-stabilisé	Pour cela, il est important que la personne soit stabilisée, mais il n'y a pas de période spécifique dans la maladie, tout dépend de l'accompagnement de l'entourage.
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -la motivation -la volonté -l'investissement -bon suivi du traitement -contrat d'engagement -cadre sécurisant, encadrant, étayant 	E6 définit que la motivation, la volonté, l'investissement, un cadre rassurant, encadrant et étayant, le bon suivi du traitement ainsi que le suivi médical et le contrat défini au début de la prise en charge sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion et des habiletés sociales.
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -la prise de toxique -la barrière de la langue -manque de temps -manque de moyen humain -amotivation 	À l'inverse, la prise de toxiques, la barrière de la langue, l'amotivation, un manque de temps et de moyens humains font obstacle à la réinsertion sociale de la personne.

Annexe IX : Tableau d'analyse longitudinale entretien 7

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	-CRP -extrahospitalier	L'ergothérapeute 7 (E7) travaille en CRP, les patients sont orientés sur avis médical, c'est une prise en charge ponctuelle qui s'échelonne sur le temps et dure maximum un an.
Buts/Objectifs	-ouverture vers la cité -créer un maillage solide -favoriser le bien-être -adapter l'environnement -améliorer les relations interpersonnelles -reprendre une activité (loisirs, travail...) -améliorer les fonctions cognitives -améliorer l'estime de soi -apprendre à gérer son stress -lutter contre la stigmatisation -orienter vers d'autres professionnels spécialisés -exprimer ses émotions	Lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion sociale de la personne, E7 définit des buts qui sont : l'ouverture de la personne vers la cité, créer un maillage solide, permettre le bien-être et le bon fonctionnement dans son environnement et lutter contre la stigmatisation. Pour cela, des objectifs individualisés vont être définis pour améliorer les relations interpersonnelles, le travail, les loisirs, les difficultés cognitives avec les cognitions froides et les cognitions sociales, ainsi que l'estime de soi, l'expression des émotions et la gestion du stress.
Bilans	-bilan autonomie de la vie quotidienne -entretien individuel -projet individualisé -respect des besoins et demandes de la personne	Pour définir les objectifs, des évaluations sont faites dont un entretien médical et un bilan neuropsychologique. L'ergothérapeute réalise, en binôme, un bilan d'autonomie de la vie quotidienne sous forme d'entretien. Puis une synthèse est organisée pour réaliser le projet individualisé en respectant les besoins et envies de la personne.
Moyens individuels	-ateliers remédiations cognitives -atelier sur les cognitions sociales -programme (RECOS, RCSS) -accompagnement association -tâche autonome à domicile -trouver des stratégies -entretien motivationnel	Les moyens mis en place par E7 pour répondre aux objectifs sont des ateliers individuels de remédiation cognitive avec le travail des cognitions sociales et des cognitions froides, des entretiens motivationnels. Les programmes utilisés sont RECOS et RCSS. Parfois, E7 accompagne les patients dans des associations de loisirs, de travail, mais, régulièrement, les informations importantes sont données aux patients pour qu'ils puissent se débrouiller le maximum en autonomie. Les personnes ont un référent de parcours qui évalue régulièrement les objectifs. E7 travaille les objectifs à domicile en donnant des tâches à réaliser dans le quotidien, le but étant de trouver

		ensemble des stratégies à mettre en place pour faciliter la réalisation.
Moyens Groupes	<ul style="list-style-type: none"> -groupe estime de soi -groupe gestion du stress -groupe médiation fonctionnelle -randonné -mise en situation/défi -psychoéducation des familles -psychoéducation du patient 	Des groupes de psychoéducation sont mis en place en coanimation sur l'estime de soi, la gestion du stress, les médiations fonctionnelles. Ponctuellement, E7 organise des sorties à l'extérieur pour ces groupes, des randonnées ou des mises en situation dans des commerces, pour apprendre à gérer ses émotions et les verbaliser. De plus, E7 participe au programme de psychoéducation des familles pour leur apporter des cartes.
Collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> -associations -CAP emploi -jobcoach -CMP -assistante sociale -équipe pluridisciplinaire -médecin traitant -travail en binôme -famille 	E7 collabore, pour mettre en place la réinsertion, avec une équipe pluridisciplinaire, des associations de ville et spécialisées, Cap Emploi, des jobs coach, le CMP, les assistantes sociales, les médecins traitants.
Moment de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> -stabilisé -sortie d'hospitalisation -jeune entrant dans la maladie 	Les personnes accompagnées lors de la réinsertion sont des personnes sorties d'hospitalisation et stabilisées. La structure essaie de développer la prise en charge des jeunes entrant dans la maladie pour perdre le moins de temps possible dans la réhabilitation.
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -situation géographique en ville -entourage -Insight 	E7 définit la situation géographique proche de la ville et un degré d'Insight important comme facteur facilitateur de la réinsertion.
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -isolement social -isolement géographique -défaut d'insight -addiction -symptômes négatifs -manque de personnel -manque de formation -addiction -comorbidité 	À l'inverse, un isolement social et géographique, un défaut d'Insight, les addictions, les symptômes négatifs et des comorbidités, le manque de personnel et de formation sont des facteurs obstacles à la réinsertion sociale.

Annexe X : Tableau d'analyse longitudinale entretien 8

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -institut de formation -en-dehors de l'institution 	L'ergothérapeute 8 (E8) travaille dans une structure de formation spécialisée dans le champ de la santé mentale. Il participe à former des personnes atteintes de troubles psychiques afin qu'ils deviennent des représentants d'usagers et des pairs aidants grâce à un diplôme universitaire (DU) d'un an ou des formations courtes.
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -mettre en avant les savoirs expérientiels -accompagner vers la professionnalisation/milieu associatif -donner de la légitimité -apporter des stratégies/outils -apporter des compétences supplémentaires -apporter un soutien -aborder les codes du monde professionnel -engagement -donner une étiquette personne concernée -connaître ses limites -organiser son temps -voir son évolution -favoriser le rétablissement -accompagner vers un rôle social -soutenir par la formation la réinsertion professionnelle/associative -inscrire l'insertion dans une démarche de parcours individuel -redonner le rapport au temps 	Lors de cet accompagnement, E8 définit des buts qui sont apportés par la formation soit de pair aidant, soit de représentant d'usager, la notion de savoir expérientiel et d'accompagnement vers la professionnalisation ou le milieu associatif. C'est une démarche personnelle qui intervient dans la notion de réinsertion, de rétablissement et d'engagement. Le but est de mettre en avant les savoirs que les patients ont pu acquérir au travers de la maladie pour leur donner une légitimité de faire, ces personnes sont alors considérées comme des personnes concernées avec une plus-value. E8 a pour but de donner des outils permettant de répondre aux besoins d'une situation professionnelle et d'apporter les compétences nécessaires. La formation a pour objectif de soutenir les personnes voulant s'engager dans des responsabilités associatives ou professionnelles. Ces formations leur permettent de retrouver les codes universitaires facilitant l'insertion professionnelle, favorisant le rétablissement en apportant les cartes pour mieux se connaître. La formation permet d'organiser le temps, de structurer les objectifs, ainsi la personne voit l'évolution de ses compétences et ses progrès ce qui favorise son engagement.
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -évaluation des besoins -questionnaire de satisfaction -début et fin de formation 	L'évaluation se fait en amont pour déterminer les besoins de la personne et en fin de parcours permettant un retour sur les acquis et les choses améliorées en fonction des objectifs.
Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -travail du mémoire -définition du projet professionnel -accompagnement 	Les moyens utilisés par l'ergothérapeute lors de ses accompagnements sont le suivi

	-adapté au rythme de la personne	individualisé du mémoire orienté sur le projet professionnel de chaque étudiant.
Moyens Groupes	-formation en groupe classe pair aidant et représentant d'usager -jeux de rôle -mise en situation -apprendre à se connaître -aborder des stratégies -développer des compétences	Comme c'est une formation, les sessions sont composées de quinze à trente participants. E8 met en place des cours de mise en situation et de jeu de rôle abordant la connaissance de soi et la posture professionnelle. Cela permet de travailler des compétences et d'aborder des stratégies.
Collaborateurs	-équipe pluridisciplinaire/pédagogique -responsables associations -pairs aidants diplômés	E8 collabore avec une équipe pluridisciplinaire et pédagogique, les responsables d'associations et les pairs aidants déjà diplômés pour mettre en place des cours.
Moment de la maladie	-stabilisé -besoin de temps -démarche personnelle	Lors de l'entrée dans la formation, les personnes sont stabilisées, mais il peut leur arriver durant la formation d'avoir besoin d'être hospitalisé quelque temps et c'est considéré comme un arrêt maladie comme un autre. Il est important de considérer le temps comme un facteur de réinsertion, quel que soit l'accompagnement.
Facilitateurs	-légitimité apporter -enrichissement par le groupe -réseaux sociaux -prendre en compte ses limites -temps du cheminement -entraide	Selon E8, la formation donne une légitimité auprès des employeurs. De plus, l'apport du groupe est très enrichissant, cela permet d'expérimenter, de comparer, de s'entraider et de ne pas se sentir seul. Ainsi, l'apport de légitimité, l'émulation du groupe et la création de réseaux sociaux apportant des témoignages et des expériences, la prise en compte de ses limites, le temps afin de cheminer, l'entraide sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion.
Obstacles	-groupe -manque de temps -suivi moins individualisé -stigmatisation -autostigmatisation -amotivation -Insight -logiciels informatiques -vie étudiante universitaire	À l'inverse, le manque de prise en charge et de suivi individualisé ainsi que le manque de temps pour réajuster, la stigmatisation, l'autostigmatisation, le manque de motivation, la vie étudiante universitaire, la peur du rejet et le défaut d'Insight sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne en formation.

Annexe XI : Tableau d'analyse longitudinale entretien 9

Thématiques	Mots clés	Résumer
Lieu d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -service de préparation à la sortie -intrahospitalier 	<p>L'ergothérapeute 9 (E9) travaille en service de préparation à la sortie, en service intrahospitalier. L'accès à ce soin se fait sur prescription médicale puis par analyse du dossier et du préprojet par l'équipe pluridisciplinaire. La sortie fonctionne sous forme de permissions de plus en plus longues afin de favoriser la sortie définitive de l'hospitalisation.</p>
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -réponds aux envies de la personne -permettre le retour à domicile -favoriser la recherche d'un logement adapté -définir un projet individualisé -améliorer l'environnement -améliorer le bien-être -favoriser l'autonomie -favoriser l'indépendance -objectifs en étapes -réassurer la personne -donner accès à un rôle au quotidien -développer un cadre sécurisant -permettre l'autonomisation progressive -développer les capacités existantes -faire émerger la prise d'initiative/motivation 	<p>Lors d'une prise en charge centrée sur la réinsertion sociale de la personne, E9 définit des buts qui sont : répondre aux attentes du patient tout en favorisant le projet et l'environnement, mais aussi, permettre le retour à domicile, la recherche de logement ou de foyer. Le but principal de l'ergothérapeute est le bien-être, l'autonomie, l'indépendance de la personne en adéquation avec son projet ainsi que la réassurance, l'accès à un rôle social et un cadre sécurisant, permettre l'autonomisation progressive de la personne, développer les capacités existantes. Les principaux sous-objectifs vont être les différentes permissions pour arriver au but final qui est le retour à domicile.</p>
Bilans	<ul style="list-style-type: none"> -projet évolue dans le temps -ELADEB -définir envies et besoins de la personne -observation lors de mise en situation -fonctionnement lors activité de vie quotidienne 	<p>Les autres objectifs sont définis selon les besoins de la personne observés par les différents bilans. E9 définit les objectifs individualisés grâce à la passation du bilan ELADEB qui permet de mettre en lumière les besoins et les envies de la personne. Il permet aussi de voir les différences entre l'image que la personne a d'elle-même et celle de l'équipe de soins. E9 réalise aussi des ateliers cuisine thérapeutique et des analyses d'activités afin d'observer le fonctionnement de la personne autour d'une activité quotidienne.</p>
Moyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> -mise en situation vie quotidienne à l'hôpital -mise en situation à l'extérieur -activités artisanales 	<p>Les moyens mis en place par E9 pour répondre aux objectifs sont des mises en situation de vie quotidienne en individuel soit à l'hôpital, soit en extérieur, des mises</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -accompagnement association loisirs -accompagnement structure d'aide réinsertion professionnelle -accompagnement dans déplacement quotidien 	<p>en situation en atelier autour de médiations pour travailler les fonctions cognitives, l'émergence d'envie et de projet structuré. E9 accompagne les patients dans des activités de loisirs, dans des associations et des structures d'aide à la réinsertion par le travail.</p>
Moyens Groupes	<ul style="list-style-type: none"> -atelier cuisine -rapports sociaux -atelier en médiation 	<p>En groupe, E9 organise un atelier cuisine toutes les semaines pour favoriser les rapports sociaux.</p>
Collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> -équipe pluridisciplinaire -revendeurs médicaux -associations -GEM -bailleurs sociaux -CMP -HDJ -CATTP -SAMSAH 	<p>Elle collabore avec l'équipe de soins, les revendeurs médicaux, les associations, les GEM, les bailleurs sociaux pour permettre la réinsertion. Souvent, les personnes sont aussi suivies en CMP, CATTP, HDJ, SAMSAH. E9 collabore avec ces différentes équipes pour discuter du projet de vie et favoriser la continuité des soins.</p>
Moment de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> -stabilisé -projet défini 	<p>Pour entrer dans ce service, les patients doivent être stabilisés et participer pleinement à la construction du projet de vie.</p>
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -motivation -investissement -maillage -temps -entourage -mobiliser ses ressources -établir seul son projet -observance 	<p>E9 définit que la motivation, l'investissement, le maillage construit autour de la personne, le temps, l'entourage, l'environnement et les capacités de la personne à faire appel à ses ressources personnelles et extérieures sont des facteurs facilitateurs de la réinsertion.</p>
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -entourage -environnement inadapté -traitement 	<p>À l'inverse, l'entourage et l'environnement qui peuvent induire des rechutes, les crises d'angoisse et de stress et le manque d'observance du traitement sont des obstacles à la réinsertion sociale de la personne.</p>

Annexe XII : Tableaux d'analyse transversale

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Lieux d'intervention	-hospitalisation complète -HDJ -CRP -centre expert schizophrénie -intra et extra hospitalier	-HDJ -unité d'hospitalisation complète -intra et extra hospitalier	-CRP -extrahospitalier	-CMP -HDJ -unités intrahospitalières -extrahospitalier	-SAMSAH approche rétablissement -extrahospitalier	-CATTP programme d'habiletés sociales -extrahospitalier	-CRP -extrahospitalier	-institut de formation -en dehors de l'institution	-service de préparation à la sortie -intrahospitalier

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Buts/Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -poursuivre l'activité à l'extérieur -sortir de l'isolement -se mettre en mouvement -travailler le concret, la réalisation de tâches -améliorer les compétences psychosociales -améliorer les compétences cognitives -définir un projet de vie individualisé -faire un diagnostic des besoins -favoriser la socialisation -évaluer compétences permettant le retour à domicile -verbaliser les compétences mises en place lors de l'activité -verbaliser les émotions -améliorer l'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> -socialiser au travers de l'activité -favoriser l'ouverture vers la cité -prendre du plaisir -retranscrire les acquis à l'extérieur -s'adapter aux besoins de la personne -créer un environnement fiable -créer des repères -favoriser l'engagement -réassurer la personne -développer l'autonomie -développer vie professionnelle -développer vie familiale -favoriser la prise d'initiative -créer un cadre sécurisant -réapprendre les activités du quotidien -faire émerger les besoins de la personne -valoriser au travers de l'activité 	<ul style="list-style-type: none"> -objectif individuel -définition du projet de vie par la personne -favoriser la réinsertion professionnelle et scolaire -améliorer les fonctions cognitives -améliorer les relations sociales -développer l'organisation et la gestion du logement -améliorer la gestion des tâches quotidiennes -apprendre la gestion de l'argent -améliorer les connaissances sur la pathologie -repandre une activité loisir -prioriser -procéder par sous-objectifs -favoriser la réussite, la continuité de soin -permettre la prise d'initiative, que le patient soit acteur de sa prise en charge -rendre autonome -accompagner la personne vers la définition de ses objectifs de soin 	<ul style="list-style-type: none"> -sortir de l'isolement -retrouver des relations sociales -apprendre à gérer son budget -gérer son anxiété au travers de l'activité -objectifs définis en collaboration avec la personne -projet individualisé -répondre au désir de la personne -s'inscrire dans la société -valoriser l'estime de soi -s'investir -favoriser l'autonomie -gérer les situations nouvelles, imprévues 	<ul style="list-style-type: none"> -trouver un équilibre de vie -s'inscrire dans son environnement/activité -bien-être -sortir de l'isolement social -répondre aux besoins et envies de la personne -trouver un statut social (travail/bénévolat) -développer les capacités/compétences individuelles -définir des sous-objectifs -revaloriser la personne -maintenir un cadre contenant -apprendre à se déplacer et se repérer à l'extérieur -donner de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> -autonomisation -développer les habiletés sociales -mobiliser ses ressources -être capable de s'orienter auprès des bonnes personnes -créer un réseau -stimuler les capacités 	<ul style="list-style-type: none"> -ouverture vers la cité -créer un maillage solide -favoriser le bien-être -adapter l'environnement -améliorer les relations interpersonnelles -repandre une activité (loisirs, travail...) -améliorer les fonctions cognitives -améliorer l'estime de soi -apprendre à gérer son stress -lutter contre la stigmatisation -orienter vers d'autres professionnels spécialisés -exprimer ses émotions 	<ul style="list-style-type: none"> -mettre en avant les savoirs expérientiels -accompagner vers la professionnalisation/milieu associatif -donner de la légitimité -apporter des stratégies/outils -apporter des compétences supplémentaires -apporter un soutien -aborder les codes du monde professionnel -engagement -donner une étiquette personne concernée -connaître ses limites -organiser son temps -voir son évolution -favoriser le rétablissement -accompagner vers un rôle social -soutenir par la formation la réinsertion professionnelle/as sociative -inscrire l'insertion dans une démarche de parcours individuel -redonner le rapport au temps 	<ul style="list-style-type: none"> -répondre aux envies de la personne -permettre le retour à domicile -favoriser la recherche d'un logement adapté -définir un projet individualisé -améliorer l'environnement -améliorer le bien-être -favoriser l'autonomie -favoriser l'indépendance -objectifs en étapes -réassurer la personne -donner accès à un rôle au quotidien -développer un cadre sécurisant -permettre l'autonomisation progressive -développer les capacités existantes -faire émerger la prise d'initiative/motivation

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Bilans	-entretien -observation d'atelier thérapeutique -bilan cognitif -ELADEB -AERES	-entretien -parcours de vie -prise en compte de l'entourage dans projet de vie -souhait du patient -observation lors d'ateliers pour définir des compétences -bilan tous les 6 mois	-CASIG aménagé -entretien semi- dirigé -bilan des habitudes de vie -détermine besoins et difficultés de la personne	-observation lors mises en situation -capacités individuelles	-entretien individuel (DIPC) -définir les envies et besoins de la personne -définir les obstacles à l'activité -observation lors de mise en situation de vie quotidienne en milieu écologique	-entretien activité vie quotidienne/perso nnelle/relationnell e -hiérarchisation des difficultés par ordre d'importance -évaluation cognitive -visite à domicile -projet individualisé	-bilan autonomie de la vie quotidienne -entretien individuel -projet individualisé -respect des besoins et demandes de la personne	-évaluation des besoins -questionnaire de satisfaction -début et fin de formation	-projet évolue dans le temps -ELADEB -définir envies et besoins de la personne -observation lors de mise en situation -fonctionnement lors activité de vie quotidienne

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Moyens individuels	-accompagnement association -mise en situation (cuisine thérapeutique) -activités artisanales -conseils -jeux de société	-accompagnement dans les déplacements -accompagnement association -atelier artisanal	-mise en situation à domicile -accompagnement en extérieur/associati ons -acteur de la prise en charge -soutien présentiel -trouver des stratégies	-mise en situation -faire avec -faire faire -créer des outils de soutien -mettre en place des stratégies -organisation quotidienne -soutiens/repères -accompagnement des familles -répétition de l'accompagnement t -accompagnement associatif (loisir, culturel, aide alimentaire)	-mise en situation extérieure -mise en situation à domicile -accompagnement extérieur -adaptation environnement -projet d'activité manuelle -accompagnement dans les différentes étapes pour réaliser l'objectif	-mise en situation à domicile -exploiter l'environnement écologique -mettre en place des stratégies face aux situations nouvelles -développer le réseau -accompagnement activités vie quotidienne -répétition des accompagnement s -favoriser l'étayage -atelier artisanal	-atelier remédiations cognitives -atelier sur les cognitions sociales -programme (RECOS, RCSS) -accompagnement association -tâche autonome à domicile -trouver des stratégies -entretien motivationnel	-travail du mémoire -définition du projet professionnel -accompagnement adapté au rythme de la personne	-mise en situation vie quotidienne à l'hôpital -mise en situation à l'extérieur -activité artisanale -accompagnement association loisirs -accompagnement structure d'aide réinsertion professionnelle -accompagnement dans déplacement quotidien

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Moyens Groupes	-atelier théâtre -groupe psychoéducation PRACS	-atelier cuisine -sortie socioculturelle -atelier transversal "humanisation" -séjour thérapeutique -Dixiludo -photolangage -revue de presse -compétence sociale	-groupe cognition sociale -mise en situation en groupe -ETP -partage d'expériences	-groupe gérer les sorties -ETP gérer sa maladie et impact au quotidien	-projet groupe cuisine -projet groupe de parole	-groupe compétences sociales -groupe de parole -mise en situation -Dixiludo -jeu compétences -jeux de rôle -vidéo -modelage	-groupe estime de soi -groupe gestion du stress -groupe médiation fonctionnelle -randonnée -mise en situation/défi -psychoéducation des familles -psychoéducation du patient	-formation en groupe classe pair aidant et représentant d'utilisateur -jeux de rôle -mise en situation -aborder des stratégies -développer des compétences	-atelier cuisine -rapports sociaux -atelier en médiation

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Collaborateurs	-équipe pluridisciplinaire -GEM -SAMSAH -SAVS -Espérance63 -associations -ergothérapeute MPR -famille -art-thérapeute	-équipe pluridisciplinaire -famille -associations -GEM -ESAT -CMP -CATTP	-équipe pluridisciplinaire -associations -ESAT -GEM -centres sociaux -CMP -psychiatres traitants -famille	-équipes pluridisciplinaires -personnel des foyers -infirmier libéral -aide-ménagère -curateur -tuteur -CCAS -SAMSAH -associations -famille -centres sociaux	-pair aidant -équipe pluridisciplinaire -associations -GEM -ESAT -UNAFAM -travail en binôme -partenaires de la personne au quotidien	-équipe pluridisciplinaire -mandataire judiciaire -tuteur -curateur -services sociaux -centres sociaux -associations -transporteur -médecin généraliste -GEM -famille -travail en binôme -SAMSAH -professionnel à domicile	-associations -CAP emploi -jobcoach -CMP -assistante sociale -équipe pluridisciplinaire -médecin traitant -travail en binôme -famille	-équipe pluridisciplinaire/pédagogique -responsables associations -pairs aidants diplômés	-équipe pluridisciplinaire -revendeurs médicaux -associations -GEM -bailleurs sociaux -CMP -HDJ -CATTP -SAMSAH

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Étape de la maladie	-stabilisé	-stabilisé -dès l'entrée dans la maladie -limiter la chronicisation	-stabilisé -réceptive et capable de s'autonomiser	-stabilisé -délires à bas bruit sans entraver le quotidien -envie de se réinsérer	-stabilisé -jeune (18-40ans) -entrée dans la maladie	-stabilisé	-stabilisé -sortie d'hospitalisation -jeune entrant dans la maladie	-stabilisé -besoin de temps -démarche personnelle	-stabilisé -préprojet défini

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Facilitateurs	- accompagnements en extérieur (associations de loisirs, GEM) -adhésion au projet -collaboration pluridisciplinaire -autonomisation -variété des activités proposées	-traitement stabilisé -bonne connaissance de la maladie -alliance thérapeutique -vision globale -confiance -répondre au désir du patient -objectifs atteignables -division en sous-objectifs -dynamique d'équipe -régularité -trouver un bénéfice à l'activité -continuité du soin -adhésion au projet -cadre sécurisant et contenant	-traitement stabilisé -connaissance de la maladie -connaissance de soi -adhésion au projet -relation thérapeutique -structure neutre -répondre aux besoins et envies -cadre sécurisant -acceptation des troubles	-entourage stimulant -le temps -la répétition -la motivation personnelle -choix personnel -estime de soi	-estime de soi -soutien de l'environnement amical/familial -la motivation -temps -envies	-la motivation -la volonté -l'investissement -bon suivi du traitement -contrat d'engagement -cadre sécurisant, encadrant, étayant	-situation géographique en ville -entourage -Insight	-légitimité apportée -enrichissement par le groupe -réseaux sociaux -prendre en compte ses limites -temps du cheminement -entraide	-motivation -investissement -maillage -temps -entourage -mobiliser ses ressources -établir seul son projet -observance

THÉMATIQUES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -manque de moyens humains -manque de place -manque de temps 	<ul style="list-style-type: none"> -manque accompagnement des familles -manque d'adhésion au projet -changement récurrent de personnel -cadre non rassurant -trouble du comportement -ruralité -stigmatisation -manque de moyen -manque de personnel 	<ul style="list-style-type: none"> -traitement non suivi -instabilité psychique -projet irréalisable -manque de bienveillance dans encadrement association -stigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> -priorité financière -gestion financière tutelle-curatelle -angoisse -entrave organisation institutionnelle -stigmatisation - autostigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> - autostigmatisation -stigmatisation -offre de soin et culturelle réduites selon les zones géographiques -difficulté à maintenir une activité dans le temps -ruralité 	<ul style="list-style-type: none"> -la prise de toxiques -la barrière de la langue -manque de temps -manque de moyens humains -amotivation 	<ul style="list-style-type: none"> -isolement social -isolement géographique -défaut d'insight -addiction -symptômes négatifs -manque de personnel -manque de formation -addiction -comorbidités 	<ul style="list-style-type: none"> -groupe -manque de temps -suivi moins individualisé -stigmatisation - autostigmatisation -amotivation -Insight -logiciels informatiques -vie étudiante universitaire 	<ul style="list-style-type: none"> -entourage -environnement inadapté -traitement

RÉSUMÉ

Contexte : La prise en compte de l'ensemble des pathologies psychiques a connu de multiples mutations dans son histoire aboutissant à une meilleure appréhension de la personne et de ses troubles, facilitant ainsi son retour à la citoyenneté. L'objectif de cette étude a été de définir les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser le retour à une vie en société selon le concept de la réinsertion sociale.

Méthode : Neuf ergothérapeutes ont été interrogés afin de définir les buts, les bilans, les moyens individuels et de groupe, les collaborateurs, les moments de la maladie, les obstacles et les facilitateurs à la réinsertion.

Résultats : Les résultats de cette étude ont montré que l'ergothérapeute accompagne l'individu, par le biais d'ateliers individuels et de groupe, vers des activités extérieures ayant pour but son autonomisation et son épanouissement en société. Les multiples accompagnements encouragent l'individu à aspirer à une vie épanouie et socialement riche.

Conclusion : La réinsertion sociale est un des moyens mis en place par l'ergothérapeute en santé mentale. La construction d'un environnement contenant et stable est l'une des priorités de la réinsertion, mais la stigmatisation apparaît comme une ombre au tableau. Pour aller plus loin, nous pourrions étudier les actions communautaires à envisager pour lutter contre cette discrimination.

Mots clés : Réinsertion sociale - trouble psychique - ergothérapie

ABSTRACT

Background : The consideration of all psychic pathologies has undergone many changes in its history, leading to a better understanding of the person and their disorders, thus facilitating their return to citizenship. The aim of this study was to define the means used by occupational therapists to promote a return to life in society according to the concept of social reintegration.

Methods : Nine occupational therapists were interviewed in order to define the goals, the assessments, the individual and collective means, the team members, the stages of the disease, the obstacles and the facilitators to reintegration.

Results : The results of this study showed that the occupational therapist supported the person through individual and group workshops, towards outdoor activities with the aim of encouraging their self-empowerment and self-fulfilment in society. The numerous forms of support encouraged the individual to aspire to a socially rich and fulfilled life.

Conclusion : Social reintegration is one of the means implemented by the mental health occupational therapist. The construction of a facilitating and stable environment is one of the priorities of reintegration, but stigmatization appears to be a cloud on the horizon. To go further, we could study the community actions worth considering to fight against this discrimination.

Key words : Social reintegration - mental disorder - occupational therapy