

Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes

**L'activité cuir : moyen de
réhabilitation de la personne
schizophrène ?**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

FONTANA Laure

Juin 2008

« Le monde appelle fous ceux qui ne sont pas fous de la folie commune ».

Mme Roland M.

Je tiens à remercier Jean-Philippe GUIHARD pour avoir su me guider durant toute la réalisation de ce mémoire. Mais aussi les formateurs de l'IFER et les professionnels qui ont pris le temps de répondre à mes questions ainsi que toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Sans oublier ma famille pour son soutien et ses relectures.

Sommaire

<u>I. Emergence du sujet</u>	1
<u>II. Thèmes du mémoire</u>	3
<u>1. Que signifie être « ergothérapeute » ?</u>	3
<u>2. Qu'est ce que la schizophrénie ?</u>	6
<u>2.1. Modes d'entrée et symptômes</u>	6
<u>2.2. Épidémiologie et étiologie</u>	9
<u>2.3. Formes cliniques, évolutions et pronostic</u>	12
<u>2.4. Traitements</u>	13
<u>3. Réadaptation, réinsertion ou réhabilitation ?</u>	15
<u>3.1. Concept de réadaptation</u>	15
<u>3.2. Concept de réinsertion</u>	16
<u>3.3. Concept de réhabilitation</u>	16
<u>4. La classification internationale du fonctionnement humain, du handicap et de la santé (CIF)</u>	19
<u>4.1. La CIF, issue d'un modèle holistique.</u>	19
<u>4.2. Buts de cette classification.</u>	20
<u>4.3. Structure de la CIF.</u>	20
<u>III. L'activité cuir à travers la CIF</u>	22
<u>1. L'analyse de l'activité cuir au travers des différentes structures organiques.</u>	23
<u>2. L'analyse de l'activité cuir au travers des notions d'activités et de participation</u>	27
<u>3. Facteurs environnementaux et personnels</u>	30
<u>3.1. Facteurs environnementaux</u>	30
<u>3.2. Facteurs personnels</u>	31

<u>IV. Méthodologie</u>	32
<u>1. L'entretien</u>	32
<u>2. Résumé et analyse des réponses aux entretiens</u>	34
<u>3.Limites.</u>	44
<u>V. Discussion</u>	45
<u>VI. Conclusion</u>	48

Bibliographie

Annexes

I. Emergence du sujet

Lorsque l'on m'a demandé de choisir un thème de mémoire, j'ai immédiatement repensé à un stage en psychiatrie. En effet en deuxième année j'ai effectué mon stage de psychiatrie, dans un centre hospitalier départemental spécialisé, qui m'a passionné.

Lors de ce stage, j'ai pu découvrir plusieurs activités dont celle du cuir. J'ai particulièrement aimé cette activité : tout d'abord parce qu'elle est à mon avis plus originale que les activités que l'on rencontre souvent en psychiatrie (telles que la poterie ou encore le théâtre) mais aussi parce que j'ai trouvé l'activité enrichissante et bénéfique pour les patients.

La population de patients que j'ai suivie était assez diverse même si la majorité des patients étaient atteints de psychose¹, comme la schizophrénie.

Cette activité était proposée en intra-hospitalier mais aussi en extrahospitalier pour les patients suivis en hôpital de jour. Ainsi j'ai pu voir comment l'ergothérapeute adapte l'activité au fil de l'évolution des patients.

C'est alors que je me suis questionnée sur le devenir des patients. Finalement est-ce que le patient psychotique se réhabilite un jour ?

En approfondissant la question, j'en suis venue à me demander quel rôle jouait réellement l'ergothérapeute dans ce processus de réhabilitation.

Le devenir des patients, que ce soit dans le secteur fonctionnel ou dans celui de la psychiatrie, a toujours été la principale préoccupation de l'équipe soignante et donc de l'ergothérapeute. En effet, l'un des objectifs des prises en charge en ergothérapie, si ce n'est l'objectif principal, est l'autonomie du patient.

Pourtant j'ai trouvé qu'en psychiatrie, la réinsertion des patients me paraissait moins claire. En effet, en comparaison avec le secteur dit fonctionnel, il y a moins d'écrits sur le sujet, moins de solutions apportées par les autorités et moins de considération de la part de la société peut-être.

J'ai donc choisi de restreindre mon questionnement aux personnes schizophrènes. Non seulement parce que j'ai pu suivre la prise en charge de plusieurs d'entre elles en stage, mais aussi parce que c'est l'une des pathologies psychiques les plus fréquentes et les plus étudiées.

¹ D'après *Le petit Larousse illustré* 2005, 100^{ème} éditions, **Psychose**: affection mentale caractérisée par une altération profonde de la personnalité et des fonctions intellectuelles, et par le fait que *le sujet n'a pas conscience de son état*.

De plus, comme j'avais pu participer à l'activité cuir et que j'avais désormais un certain recul sur cette activité, j'ai décidé de l'analyser afin de mesurer ce qu'elle pouvait apporter aux patients. En effet, de prime abord l'activité cuir ne mène pas forcément à la réhabilitation d'une personne schizophrène.

Ainsi, parce que l'exclusion sociale des personnes en psychiatrie m'est difficile à supporter, j'ai décidé d'essayer de faire des recherches dans ce domaine. Mais qu'est ce que moi, future ergothérapeute, vais-je pouvoir apporter à ces personnes ? Et par quels moyens pourrai-je améliorer leur intégration dans une société qui n'hésite pas à exclure les personnes différentes, hors normes ?

Le handicap psychique étant encore peu connu et faisant peur, la réinsertion est-elle utopique ?

Devant tant de questionnements, j'ai dû faire un choix pour aboutir à une question qui est le point de départ de mes recherches : comment l'ergothérapeute peut aider le patient psychotique à se réinsérer dans la société ?

Pour tenter d'y répondre je me suis basée sur des recherches documentaires, des observations de stage et sur les entretiens que j'ai effectué auprès des différents professionnels.

Dans une première partie, je m'attacherai à décrire l'ergothérapie et la schizophrénie dans leurs différentes composantes. Puis je préciserai les différents termes polysémiques accolés au processus de retour dans la société de ces personnes (réadaptation, réhabilitation...) afin de choisir celui qui correspondra le mieux à mon sujet. Je poursuivrai avec la présentation de l'activité cuir à travers la Classification Internationale du Fonctionnement et je terminerai avec l'analyse des entretiens que j'ai effectués pour valider ou non mon hypothèse.

II. Thèmes du mémoire

Pour partir sur de bonnes bases de recherches, il me paraît légitime de préciser les fonctions de l'ergothérapeute, sa place en psychiatrie mais aussi de préciser les termes de schizophrénie, réinsertion, réadaptation et réhabilitation.

1. *Que signifie être « ergothérapeute » ?*

L'étymologie du mot « ergothérapeute », nous apprend qu'il vient des mots grecs *ergon* signifiant « le travail, l'œuvre » et de *thérapeuein* signifiant « soigner ». L'ergothérapeute soigne donc les troubles de l'activité humaine en le mettant en situation d'agir.

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes², précise que l'ergothérapeute propose une aide active aux personnes de tous âges porteuses de troubles physiques, *psychiques* ou intellectuels modifiant leurs capacités fonctionnelles et leur *autonomie*³. L'ergothérapeute guide donc la personne vers son autonomie en réduisant les obstacles à son indépendance (capacité d'agir).

Selon le décret N°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les actes de compétences de l'ergothérapeute, celui-ci peut (à travers notamment l'organisation d'activités d'artisanat):

- adapter ou réadapter aux gestes professionnels ou de la vie courante,
- développer les facultés d'adaptation ou de compensation,
- maintenir les capacités fonctionnelles, relationnelles et prévenir les aggravations,
- revaloriser, restaurer les capacités de relation et de création,
- maintenir ou reprendre l'identité personnelle et le rôle social,
- aider à exprimer les conflits internes.

De plus, comme nous le verrons plus tard, le service psychiatrique est composé de patients avec de graves troubles relationnels ainsi que des conflits internes importants. Ainsi l'ergothérapeute a sa place dans le traitement et la prise en charge des troubles psychiatriques et a explicitement un rôle à jouer dans la réinsertion auprès de ces patients.

² La brochure de l'ANFE « Une difficulté de vie quotidienne ? L'ergothérapie, une aide active vers votre autonomie » (2007).

³ *Le petit Larousse illustré 2005* 100^{ème} éditions, **Autonomie** : possibilité de décider, pour un individu ou un organisme, sans en référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité. 3

Sophie COUMEFF⁴ ajoute que l'ergothérapie est une thérapie, soumise à prescription médicale, qui conçoit et utilise l'activité comme un moyen thérapeutique dans le but de maintenir, de restaurer ou de développer les capacités d'autonomie, d'indépendance et de créativité du sujet. Elle met en jeu des processus dynamiques d'expression, de création et d'adaptation. L'activité est donc utilisée comme médiation de la relation au thérapeute, au monde et à soi-même.

De façon pragmatique, l'ergothérapeute exerce auprès de patients, des personnes par définition toutes différentes, aux histoires de vie diverses et aux psychismes présentant des configurations variées. L'ergothérapeute se doit alors d'adapter et de personnaliser sa pratique et ses objectifs à chaque patient en fonction de ses symptômes⁵. De plus, c'est en adaptant l'activité au patient, que celle-ci prendra du sens à ses yeux⁶.

D'après F. Klein⁷, les missions de l'ergothérapeute *en psychiatrie* sont :

- permettre au patient de restaurer un réseau relationnel et de faire rupture avec l'isolement,
- lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe et d'y être un élément vivant,
- l'aider à maîtriser ou à s'accommoder de son angoisse,
- l'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités,
- l'inciter à recouvrer une certaine estime de soi,
- susciter un minimum de dynamisme vital, un désir de vie,
- lutter contre le besoin inhérent à la psychose, qui est de détruire les liens, et par conséquent d'aider les personnes psychotiques à gérer le conflit terrifiant qu'ils ont en eux,
- et peut-être même à l'« occuper » sur le plan psychique, ce qui voudrait dire qu'il est parvenu à mettre de côté ses préoccupations.

L'ergothérapeute devra donc délimiter un temps et un espace (appelé cadre thérapeutique) pour pouvoir accueillir le patient et entrer en relation avec lui à travers l'objet. Ainsi le patient pourra ressentir et s'expérimenter à travers ces objets, ces matières mais aussi et surtout à travers son corps émotionnel, véritable mémoire sensorielle.

⁴ COUMEFF S. *Une définition de l'ergothérapie* in journal ErgOTHérapies N°21 Montaigu, Ed médicale service de communication Techni média services, Mars 2006, pages 53-54.

⁵ PIBAROT I. *activité thérapeutique et ergothérapie*, in *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, collection ErgOTHérapies, Gap, Ed Solal, Mai 2007. **Symptôme** est défini comme « le signal à prendre en compte car il est langage impensé du corps et/ou de la pensée d'une personne singulière, dans des circonstances particulières ».

⁶ Ibid. page 17.

⁷ Ibid. page 26.

Ce cadre thérapeutique, sorte de contrat passé avec le patient, explicitera un certain nombre de préambules (indication de la prise en charge, règles de sécurité, règles de vie au sein de l'atelier...) et d'invariants (aspects spatio-temporels) afin que le patient puisse s'inscrire dans le suivi thérapeutique. Le cadre sera réajusté en permanence par l'ergothérapeute et sera suffisamment contenant et sécurisant pour que le patient puisse y évoluer en sécurité. Toutefois le patient devra s'engager et à respecter ce cadre pour pouvoir adopter une position de sujet et non d'objet. En effet le patient ne doit pas subir sa prise en charge mais bien en être l'acteur pour se reconstruire. Maintenir ce cadre thérapeutique, auquel se confronte parfois le patient, permet à l'ergothérapeute d'être vigilant, d'observer le moindre signe de variation et d'être à l'écoute. En s'y confrontant, le patient découvre ou redécouvre les limites acceptables en société, ce qui lui permet de s'y adapter. Cette confrontation est donc nécessaire afin que le patient puisse s'individualiser et ne pas suivre passivement les règles de l'ergothérapeute.

Lors des activités, il y aura deux formes d'expérience⁸:

- l'expérience de la figuration, où le patient va donner forme à son imaginaire à travers la matière médiatrice. Ainsi dès lors qu'il est ébauché, ce réel impensé devient accessible et symbolisable. Ce qui permettra à l'ergothérapeute de pouvoir travailler sur les symboliques du travail effectué avec le patient lui-même. Celui-ci sera alors accompagné vers la prise de conscience de ses tourments psychiques, qu'il essaiera de comprendre et de dépasser tout au long de sa prise en charge.

- l'expérience de l'éprouvé, qui permettra au patient de « donner à l'événement son caractère d'actualité avec la satisfaction de rendre présent ce qui était absent, sans pour autant savoir de quoi il s'agit ». Le patient pourra donc matérialiser et projeter, consciemment ou non, ses angoisses à travers l'activité. De plus l'activité lui permettra également de réaliser qu'il est dans le présent, dans le réel et en action.

L'ergothérapeute s'attache à rétablir la communication avec le patient dans un espace rassurant pour qu'il puisse s'exprimer, réaliser un travail de restructuration de sa personnalité et ainsi se tourner vers les autres.

L'ergothérapeute sera donc aux côtés du patient dans son cheminement introspectif vers la société pour lui permettre, à terme, d'y être réhabilité.

⁸ Op.cit.Pibarot I. page 18.

2. Qu'est ce que la schizophrénie ?

J'ai décidé d'axer mon mémoire sur une pathologie psychiatrique en particulier : la schizophrénie. Il est nécessaire de définir cette pathologie, non seulement pour être précise dans mon sujet d'étude, mais aussi pour comprendre les troubles qu'elle engendre.

Lorsque l'on demande ce qui pourrait caractériser un schizophrène bien souvent persiste une idée reçue, qui contribue à renforcer la méfiance de notre société : « le schizophrène, c'est un fou qui a une personnalité dédoublée ! ».

A ceux qui le pensent, on pourrait leur répondre qu'une personne schizophrène n'a pas de double personnalité mais qu'elle a de grandes difficultés à s'organiser et à s'affirmer comme un tout cohérent. La confusion avec le dédoublement naît peut-être de l'étymologie *schizo* ayant pour signification « scinder, diviser » et *phrénie* signifiant « l'esprit ». Ce mot a été forgé en 1911 par le psychiatre suisse Eugen Bleuler pour signifier que l'esprit peine à rassembler l'ensemble du vécu, des sentiments, des comportements et des pensées en un sujet autonome et sûr de ses acquis.

2.1. Modes d'entrée et symptômes

Il peut y avoir deux grands modes d'entrée dans la maladie: brutal ou progressif.

Dans 30% des cas, la schizophrénie se déclenche brutalement, de façon explosive. Le mode aigu d'entrée dans la maladie commence souvent par un trouble de l'humeur (humeur morose, hostilité...), des troubles du comportement (fugue, automutilation...), ou encore par des bouffées délirantes aiguës (délire aigu s'installant en quelques heures et durant moins de six mois).

Dans 70% des cas le mode d'entrée dans la schizophrénie est progressif. La pathologie s'installe de façon insidieuse pendant six mois ou plus. On constate alors un fléchissement de l'activité ayant un retentissement sur la vie scolaire, sociale ou professionnelle. Une modification de la personnalité et des affects peut également être remarquée. La famille d'un malade met souvent les troubles du comportement sur le compte de l'adolescence et la pathologie n'est pas détectée tout de suite à cause de son caractère insidieux.

Avant la schizophrénie déclarée et dans la moitié des cas⁹, les sujets peuvent présenter une personnalité dite « schizoïde ». Cette personnalité est marquée par le goût de la solitude,

⁹ HANUS M. *Psychiatrie de l'Étudiant*. Paris, Ed Maloine (9^{ème} édition), 1996, 339 pages.

l'indifférence aux relations, des sources d'intérêts un peu étranges et souvent monodéiques¹⁰. Parfois ces sujets paraissent comme devenus inaptes à la tendresse comme à la colère, indifférents aux éloges comme aux critiques. Cependant ils ne présentent pas encore de délire.

Il est également très important de connaître la sémiologie de la schizophrénie non seulement pour la diagnostiquer (par le psychiatre), mais surtout pour tenir compte des différents troubles lors de la prise en charge ergothérapeutique qui visera à les diminuer et à les contrôler.

Eugen Bleuler explique qu'être schizophrène, en bref, c'est comme si le Moi¹¹ n'avait plus la force de jouer son rôle naturel de chef, de rassembleur, d'organisateur spontané d'expérience. Ce phénomène, il le nomme « Spaltung », la dissociation.

Ainsi, le terme de « schizophrénie » désigne un groupe de psychoses ayant un noyau sémiologique commun, la **dissociation**. Celle-ci marque donc la perte de cohésion et la dislocation de la vie psychique du schizophrène dans trois principaux secteurs : l'intellect, l'affect et le moteur.

La dissociation intellectuelle

Elle peut être perçue par :

- Des troubles du cours de la pensée : barrage¹², bizarrerie d'association d'idées¹³, persévération¹⁴, pensée embrouillée...
- Des troubles du langage : mutisme¹⁵, monologue, néologisme¹⁶.
- L'altération de la logique, liée aux troubles du cours de la pensée.
- La baisse du rendement intellectuel : échec surprenant à un examen ou à un concours chez un sujet brillant, ou abandon d'un emploi.

La dissociation affective

La dissociation affective, quant à elle, peut être perçue par :

- La modification du caractère : humeur morose, hostilité au milieu familial, tendance à l'isolement.

¹⁰ D'après les cours de Mme Bourguignon, interne en psychiatrie adulte. 2007. **Monodéique** : une seule idée.

¹¹ Ibid., **Moi** : ici le moi intérieur présent dans chaque individu qui le définit en tant que tel.

¹² Ibid., **Barrage** : trouble dans le rythme de la conversation et dans le débit des idées. Ainsi le patient peut s'arrêter de parler d'un coup net.

¹³ Exemple de bizarrerie d'association d'idées : décalage entre le 1^{er} degré et le 2^{ème} degré d'un discours, « j'aime les œufs, je suis fêlé ».

¹⁴ Ibid., **Persévération** : le patient reste bloqué sur une idée, en parle sans cesse.

¹⁵ Ibid., **Mutisme** : le patient ne parle pas, le trouble n'est pas lié à une lésion de l'appareil phonatoire.

¹⁶ Ibid., **Néologisme** : le patient invente des mots qui ressemblent à d'autres mais qui n'existent pas.

- Des bizarreries : le patient s'intéresse à des choses auxquelles il ne s'intéressait pas auparavant (occultisme, magie, sectes, sciences ésotériques...)
- L'ambivalence affective : le patient alternativement, aime quelqu'un puis ne l'aime plus sans avoir de recul.
- Une froideur affective : le patient essaye d'exclure ses affects, parle de choses tristes sans l'être.
- Une perte de l'élan vital : le patient n'a plus le goût de vivre.
- Un renoncement à des activités de loisirs jusqu'alors investies (musique, sport, lecture...) sans qu'une justification plausible soit donnée.

La dissociation motrice

Elle peut être perçue par :

- Le maniérisme : le patient fait beaucoup de gestes.
- L'ambivalence psychomotrice : le patient n'arrive pas à se décider à faire quelque chose, ce qui évolue souvent vers un apragmatisme.

Le deuxième symptôme que l'on retrouve dans la schizophrénie est le **délire**. Le délire est non-systématisé, c'est-à-dire qu'il n'est pas cohérent ni construit comme il pourrait l'être dans la paranoïa par exemple. Le délire peut être perçu comme une tentative de reconstruction du monde extérieur. On le décrit selon un mécanisme et un thème.

Le mécanisme le plus fréquemment est l'hallucination (auditive, olfactive, gustative ou encore tactile). Mais il peut y avoir également l'illusion (à partir d'un objet réel), l'interprétation, l'intuition et l'imagination.

Les thèmes sont également variés : persécution, mégalomanie, mysticisme, hypochondrie, encore syndrome d'influence¹⁷ ou (automatisme mental)¹⁸.

Le troisième symptôme est le **repli autistique**. En effet, le patient est replié sur lui-même, il vit dans un monde intérieur et quelquefois n'en sort plus. Il s'exclut alors des autres, ou est exclu à cause de son comportement incompris. La schizophrénie a alors pour conséquence l'isolement social de la personne schizophrène.

¹⁷ LEMPERIERE TH. et al. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris, Ed Masson, Nouvelle présentation 1996, 414 pages : le sujet est convaincu d'une entrave dans la dynamique de sa pensée puis bientôt constate que ses idées, ses sentiments sont devancés, répétés en écho ou volés.

¹⁸ Ibid., l'**automatisme mental** est caractérisé par le fonctionnement automatique, spontané et dissident de toute ou partie de la vie psychique du sujet.

Même si on peut relever quelques symptômes que l'on retrouve chez beaucoup de patients schizophrènes, il n'existe pas une entité « schizophrénie » mais des schizophrènes qui expriment leur souffrance psychologique intense. Cette souffrance engendre des signes témoignant de l'anéantissement des mécanismes de défense et du refoulement massif de la réalité.

2.2. Épidémiologie et étiologie

La schizophrénie est souvent sous estimée car elle touche entre 0,9% et 1% de la population française. Cette pathologie débute chez l'adolescent ou l'adulte jeune (dans 75% des cas elle se révèle entre 15 et 35 ans), de fréquence égale dans les deux sexes.

L'étiologie de la schizophrénie tend à se préciser depuis quelques années sans toutefois apporter une cause particulière et précise.

En effet, il semble que cette pathologie soit multifactorielle : facteurs neurologiques, génétique, sociaux et psychodynamique.

De nombreuses études actuelles démontrent qu'un ensemble de facteurs se combineraient pour réaliser ce que l'on appelle une vulnérabilité. Ainsi les personnes schizophrènes ne seraient pas nées malades mais présenteraient d'emblée une plus grande susceptibilité que les autres à développer cette pathologie.

Pour s'exprimer, cette fragilité doit parfois être révélée par l'intervention de facteurs stressants (traumatismes, conflits...). Toutefois plus la fragilité est importante moins l'intervention des facteurs stressants sera nécessaire pour provoquer l'entrée de la maladie.

Ainsi depuis l'avènement de l'imagerie cérébrale fonctionnelle et de la résonance magnétique nucléaire fonctionnelle dans les années 80, les recherches se penchent sur les anomalies de structures cérébrales qui seraient à l'origine des anomalies du fonctionnement auxquelles sont associés les symptômes de la schizophrénie.

C'est pourquoi de nombreuses études se sont axées sur les modifications éventuelles de l'activité cérébrale chez les personnes atteintes de schizophrénie et **certaines anomalies structurelles neurologiques** ont pu être mis en évidence telles que :

- une dilatation des ventricules cérébraux au niveau du lobe temporal gauche,
- peu ou pas d'asymétrie des hémisphères cérébraux,
- une diminution du volume cérébral,

Mais aussi des anomalies fonctionnelles telles que :

- une hypofrontalité¹⁹ entraînant des troubles de l'expression verbale, de la planification des buts, de la volonté, de l'attention...
- un dysfonctionnement biochimique (dysfonctionnement des neurotransmetteurs) se traduisant par :
 - une hyperactivité dopaminergique²⁰ dans la région temporo limbique entraînant un syndrome de distorsion de la réalité et perturbation des réponses affectives,
 - une hypoactivité dans la région préfrontale entraînant des symptômes négatifs comme une désorganisation des comportements et de la pensée,
 - une inhibition des neurones dopaminergiques par les neurones sérotoninergiques²¹ au niveau préfrontal, aggravant les symptômes négatifs.

Ainsi toutes les études récentes tendent à définir la schizophrénie comme une pathologie cérébrale.²²

A ces facteurs biochimiques et structurels, pourra être associé le **facteur génétique** : le risque de schizophrénie serait plus élevé pour les individus apparentés à un sujet schizophrène que pour les individus de la population générale. En effet, si la fréquence de la pathologie est d'environ 1% pour l'ensemble de la population elle est de :

- 6% à 14% chez les frères et sœurs biologiques et les jumeaux dizygotes,
- 50% à 75% chez les jumeaux monozygotes,
- 7% à 16% pour les enfants d'un parent schizophrène,
- 40% à 68% pour les enfants de deux parents schizophrènes,
- 5% à 10% pour les parents d'un enfant schizophrène²³.

¹⁹ L'hypofrontalité est un déficit de fonctionnement de la partie frontale du cerveau, lieu où siègent les fonctions cognitives.

²⁰ GARNIER M. et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris, Ed Maloine (29^{ème} édition), 2006, 1039 pages : qui se rapporte à la libération de dopamine. **Dopamine**, acide animé, médiateur chimique présent dans diverses régions du système nerveux central et périphérique.

²¹ Ibid., **Sérotonine** : amine présente dans la plupart des tissus organiques où elle intervient comme médiateur chimique et joue un rôle dans certaines maladies mentales.

²² DA SILVA K. *L'ergothérapie : au cœur de la réadaptation* in *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, collection ErgOThérapies, Gap, Ed Solal, Mai 2007, p94.

²³ LEMPERIERE TH. et al. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris, Ed Masson, Nouvelle présentation 1996, p 247.

Même si le mode de transmission génétique n'est pas encore établi, le haut niveau de concordance retrouvé chez les vrais jumeaux est un facteur non réfutable pour affirmer l'origine génétique de certaines schizophrénies.

Il existe également des **facteurs sociaux** qui, une fois couplés aux autres, pourraient favoriser l'apparition de la schizophrénie chez un sujet. En effet, des études ont montré que la schizophrénie était plus fréquente dans les couches sociales moins favorisées que dans les autres. Ceci pourrait toutefois s'expliquer partiellement par le fait de la désocialisation progressive des schizophrènes qui favoriserait notamment la perte de l'emploi et du statut social.

L'isolement social avec repliement sur la cellule familiale, les migrations et le déracinement sont aussi reconnus comme étant des facteurs favorisants.

Enfin la schizophrénie a pu être observée dans tous les groupes ethniques : le milieu culturel ne ferait donc que changer l'expression sémiologique de la maladie.

A tous ces facteurs s'ajoute également le **facteur psychodynamique**, largement évoqué dans la littérature psychiatrique qui ne sera pas décrit ici dans toutes ses particularités. La survenue des manifestations psychotiques, comme la schizophrénie, s'expliquerait par des facteurs étroitement liés à la maturation affective et susceptibles d'en fausser le développement.

La schizophrénie peut alors être considérée comme une réaction spécifique déterminée par un état d'anxiété sévère dont l'origine remonte à l'enfance mais qui est réactivée ultérieurement au cours de l'existence lorsque la tension devient trop importante.

Incriminer l'équilibre affectif de l'enfance, c'est mettre en cause les relations parentales. Grâce aux études faites sur les familles de patients schizophrènes, on sait que la schizophrénie est plus fréquente dans les familles désunies (séparées ou vivant dans l'hostilité) mais elle se voit aussi souvent en dehors de ce facteur favorisant.

De plus l'ambivalence de la mère dans ses relations à l'enfant, surtout durant les premiers temps, serait un facteur capital. Cette ambivalence s'incarnerait dans une relation qui oscillerait perpétuellement entre une surprotection trop permissive et une agressivité exagérée.

Toutes les études décrites dans la littérature psychiatrique confirment que la schizophrénie résulte de l'association de nombreux facteurs. Mais il est vrai que les études, longtemps centrées sur les relations psychodynamiques parents-enfants voire mère-enfants, se tournent

actuellement vers les dysfonctionnements cérébraux et semblent confirmer l'idée que la schizophrénie serait une pathologie cérébrale.

2.3. Formes cliniques, évolutions et pronostic

Il existe différentes formes de schizophrénie :

- *la schizophrénie paranoïde*. C'est la plus fréquente. Elle est caractérisée par une désunion profonde de la personnalité mais surtout par une activité délirante permanente. Les délires succèdent à une ou plusieurs expériences délirantes aiguës (moments féconds). Ces expériences délirantes aiguës mettent radicalement en échec les relations entre le « Moi » et le monde. Le délire paranoïde chronique est flou, diffluant et sans axe thématique privilégié. Toutefois avec un traitement adapté, généralement les symptômes diminuent nettement. La schizophrénie paranoïde évolue vers un enkystement des délires, c'est-à-dire que les délires restent présents mais n'envahissent pas la vie du sujet.

- *la schizophrénie hébéphrénique*. Elle est la résultante la plus massive et la plus profonde du syndrome dissociatif. Cette forme clinique est marquée par l'importance de la dissociation dans les secteurs de la pensée, de l'intelligence, du langage et de l'affectivité aboutissant à un déficit global. Ce déficit global est caractérisé par une impression de dévitalisation du patient (pouvant être apparentée à de l'apragmatisme).

Cependant le délire est absent ou très pauvre dans ce type de schizophrénie. Les sujets atteints d'hébéphrénie arrivent donc vite à l'état déficitaire et réagissent moins bien aux traitements.

- *l'héboïdophrénie* ou encore schizophrénie pseudo-psychopathique est une forme peu fréquente. Le sujet présente des troubles du caractère : oppositionisme, impulsivité, comportements anti-sociaux (vagabondage, escroquerie, violences). Il existe également l'émergence d'épisodes dysthymiques avec tentatives de suicide, abus alcoolique ou encore consommation de drogue.

- *la schizophrénie dysthymique*. Cette forme comporte une symptomatologie dépressive, maniaque ou mixte qui évolue sur un mode intermittent (non continu) et périodique. Ainsi le sujet peut présenter des moments de forte dépression ou au contraire des moments d'euphorie.

L'évolution est chronique et dépend à la fois de la forme de schizophrénie déclarée et de la prise en charge thérapeutique. En effet plus la prise en charge intervient tôt et plus on retarde l'évolution de la pathologie.

Dans 25% des cas, on observe une nette diminution des symptômes,

Dans 50% des cas, on observe des accès récurrents qui évoluent vers l'aggravation des troubles,

Dans 25% des cas, la schizophrénie est résistante aux traitements.

Les facteurs de bon pronostic sont : la précocité de la mise en route du traitement, un déclenchement tardif de la pathologie, et la présence de délires (pour la plupart maîtrisables par les neuroleptiques) qui amènent à une consultation rapide.

2.4. Traitements

Toute schizophrénie nécessite une prise en charge régulière et prolongée. Le traitement est personnalisé suivant les symptômes du patient mais il varie également selon qu'il est dispensé avant, pendant ou après l'hospitalisation. Il associe psychothérapie, chimiothérapie, milieux institutionnel et social.

Lors d'une crise ou pendant une rechute, le sujet est hospitalisé en structure privée (clinique) ou publique. Il existe différents modes d'hospitalisation qui peuvent changer l'abord de la prise en charge : il y a donc l'hospitalisation sous contrainte (décidée par l'entourage, le maire et un médecin psychiatre) et l'hospitalisation libre (« HL », décidée par le patient lui-même).

L'hospitalisation sous contrainte regroupe l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) qui nécessite la demande d'un tiers et l'avis de deux médecins dont un psychiatre, et l'hospitalisation d'office (HO) qui nécessite l'accord du maire et d'un psychiatre²⁴. L'équipe médicale apparaît alors comme ayant le pouvoir de priver de liberté, et la prise en charge peut être vécue comme une persécution par le patient.

Souvent c'est l'occasion pour le psychiatre de faire un entretien avec le patient et de tout mettre en œuvre pour gérer la crise et diminuer le pic d'angoisse, notamment par des neuroleptiques. Puis, après rémission de l'épisode aigu, le psychiatre se montrera empathique envers le patient afin de l'aider à formuler ses demandes.

Pour certains patients, cette attitude de départ ne pourra déboucher que sur une psychothérapie de soutien, alors que pour d'autres, ayant des troubles moins massifs, une psychothérapie analytique pourra être entreprise avec des chances de succès.

La psychothérapie est couplée à la chimiothérapie pour réduire plus efficacement et plus rapidement les principaux symptômes. Le but de la chimiothérapie, qu'elle soit d'attaque

²⁴ D'après les cours de psychiatrie 2007 de Mme Bourguignon, interne en psychiatrie adulte.

ou d'entretien, est donc symptomatique. On utilisera et modulera le traitement médicamenteux (neuroleptiques), selon la prévalence des symptômes :

- contre l'angoisse de dépersonnalisation, l'agressivité : le Nozinan®, le Tercian® à dose parfois très élevées (jusqu'à 500mg/jr), la prise du soir étant plus élevée en raison de l'effet hypnotique ;
- contre le retrait autistique : le Dogmatil®, Solian® (antidéficients à dose faible) le Prazinil® ou le Risperdal®,
- contre les hallucinations et le délire : Haldol Fort® (anti productif)²⁵.

Le mode d'administration intramusculaire est préférable aux comprimés ou aux gouttes, lorsque l'on débute le traitement et surtout lorsque l'on a des doutes sur l'observance du traitement par le patient.

Il faut commencer le traitement par des doses faibles et les augmenter progressivement jusqu'à la dose minimale efficace, prévenir et essayer de limiter les effets secondaires (bavage, somnolences, tremblements...). Il est également nécessaire d'explicitement le traitement au patient et à son entourage afin de les informer et d'obtenir leur coopération active.

Le traitement ne doit pas être interrompu, même en cas d'affection intercurrente (rhume, bronchite...) car les neuroleptiques supportent sans danger toutes les associations thérapeutiques. Toutefois, il est important de spécifier ce traitement lors d'une opération chirurgicale par exemple.

Une fois que le patient est stabilisé et que l'amélioration de son état est satisfaisante, on établit un palier thérapeutique à la dose utile durant au moins un mois. Puis on diminue la posologie de manière progressive.

On passe alors aux neuroleptiques à action prolongée (NAP) qui permettent notamment de simplifier le traitement car ils sont pris en une injection toutes les deux à quatre semaines.

Le traitement continue donc après la sortie du patient de l'hôpital psychiatrique et doit être de très longue durée, soit au moins cinq ans après la disparition des derniers symptômes.

La réhabilitation psycho-sociale fait partie intégrante du traitement. En effet, elle peut se faire à travers :

- l'ergothérapie, qui est un atelier de travail thérapeutique sans réel but productif et qui vise à intégrer le malade dans une activité définie, en équipe ;

²⁵ HANUS M. *Psychiatrie de l'Etudiant*. Paris, Ed Maloine (9^{ème} édition), 1996, p 94.

- l'apprentissage des habiletés sociales qui permet aux patients une vie sociale plus satisfaisante (pouvant être effectué ou continué en ergothérapie également).

Puis, avec l'équipe pluridisciplinaire dont l'ergothérapeute fait parti, le patient doit établir son projet de sortie. Pour cela, avant même la sortie du patient, l'équipe met en place avec la famille les conditions optimales :

- un logement (appartement thérapeutique dans un 1^{er} temps éventuellement),
- un travail (ESAT²⁶, entreprise adaptée²⁷, entreprise ordinaire²⁸ ...),
- des ressources financières (invalidité, mesures de protection juridique),
- le traitement ambulatoire (modalités de consultations, visites à domicile, fréquentation de l'hôpital de jour...).

3. Réadaptation, réinsertion ou réhabilitation ?

Après avoir précisé le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie et les symptômes de la schizophrénie, j'ai commencé à faire des recherches sur le thème de la réinsertion d'une personne schizophrène, qui selon moi était le but ultime de la prise en charge. Mais très vite un problème s'est posé : le choix des termes.

En effet, au fil des lectures, je me suis aperçue que plusieurs auteurs utilisent indifféremment des termes plus ou moins proches comme celui de réadaptation, réinsertion ou encore de réhabilitation. Lequel convenait le mieux ?

Ces concepts n'étant pas tout à fait synonymes, il est nécessaire de rechercher la définition précise de chacun d'entre eux afin de choisir le plus adéquat.

3.1. Concept de réadaptation

Le terme de réadaptation est probablement le plus ancien dans la littérature française. Si l'on s'en tient à la définition du dictionnaire Petit Larousse, la réadaptation est un ensemble de moyens médico-sociaux permettant à une personne handicapée d'avoir une vie sociale et professionnelle la plus proche possible de la normale.

²⁶ D'après la loi du 11 février 2005 pour *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. Décret N°2006-703, **ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail. Institution sociale et médico-sociale accueillant des personnes handicapées ayant une capacité de travail inférieur à un tiers de la capacité normale, mais tout de même suffisante pour travailler.

²⁷ Ibid. décret 2006-150, **Entreprise adaptée** est une entreprise ordinaire de travail employant au moins 80% de travailleurs handicapés, lesquels peuvent ainsi exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités.

²⁸ Code du travail, Art L323-1, toute entreprise du secteur privé ou public d'au moins 20 salariés est obligé d'employer des travailleurs handicapés dans une proportion de **6%** de leurs effectifs. 15

La réadaptation désigne « l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît comme problématique, mais pour lesquelles on peut espérer une évolution positive à moyen terme afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes formes de la vie sociale »²⁹.

Son but est de donner un sens à l'activité en choisissant celle qui parle le plus au patient en fonction de sa demande, et/ou de ses capacités.³⁰ La réadaptation apparaît comme faisant partie des soins parce qu'elle participe à un mouvement psychique de réinvestissement : se réadapter, c'est faire un travail psychique. Les objectifs sont donc d'inclure dans un processus thérapeutique renouvelé la réalité du quotidien en favorisant tous les registres de la vie sociale : hébergement, travail, sport etc.

3.2. Concept de réinsertion

Ce terme plus récent se réfère davantage à une dimension sociale et il est en rapport avec une notion d'intégration dans une communauté plus vaste : on peut parler d'insertion ou de réinsertion professionnelle, mais aussi sociale, lorsqu'il s'agit de faciliter aux patients psychotiques leur retour dans la communauté et leur accès aux différents droits et obligations liés à la vie collective. La réinsertion désigne donc le fait de réintroduire quelqu'un dans un groupe social et vient renforcer l'idée de réadaptation tout en soulevant la question de l'appartenance à la société.

3.3. Concept de réhabilitation

La réhabilitation s'est essentiellement développée aux États-Unis après la deuxième guerre mondiale. Elle apparaît comme une alternative plus sociale au modèle médical qui prédominait dans les traitements psychiatriques.

Le terme de réhabilitation est le plus récent des trois concepts. Il provient de la langue anglaise, où il est issu des termes *able*, *ability*, *disabilty* (capable, capacité, incapacité).

Le philosophe JT Desanti précise la sémantique du mot « réhabilitation » : « re » indique une dynamique et marque une relation au passé. « Hab » est une racine latine ayant pour signification : tenir fermement en main. Et « habilitatio » formé sur « habilis » ayant comme définition : qui sait comment tenir en main.

Ainsi dans son usage anglo-saxon le terme désigne, conformément à son origine latine, l'enchaînement des actes par lesquels quelqu'un est rétabli dans ses droits et capacités

²⁹ VIDON G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Lyon, Ed Frison-Roche, 1995, p34.

³⁰ D'après les cours de psychiatrie 2006 de Meunier-Schoën P., formatrice à l'IFER.

(désirer, parler, penser, travailler...) mais aussi, comment un sujet peut lui-même se reprendre en main et devenir autonome.

Pour G.Vidon³¹, « la réhabilitation psychosociale sous-entend le « maintien » des malades psychiatriques chroniques dans la communauté et vise à construire pour eux des « systèmes de soutien » en dehors des hôpitaux. La réhabilitation réalise donc une ouverture sur tous les champs des alternatives à l'hospitalisation, sur les modes de suivi extrahospitalier, dépasse le champ étroit de la réadaptation et implique des interventions dans la communauté. » Il précise que « la réhabilitation est l'ensemble des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant des conduites déficitaires. Ses buts sont donc d'améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible ».³²

Cnaan précise l'ensemble des principes qui sous-tendent ce concept (cf. Annexe 1) :

- « L'utilisation maximale des capacités humaines ;
- Le développement des habilités des individus ;
- L'autodétermination des clients³³ doit être favorisé, c'est-à-dire qu'il faut reconnaître leurs droits et leurs capacités de prendre des décisions ;
- La normalisation des personnes doit être encouragée en leur permettant de vivre dans les lieux le moins restrictifs possibles et le plus souvent dans la communauté ;
- Chaque client a des besoins qui lui sont propres ; en conséquence, le processus de réadaptation doit être individualisé pour ce qui est des services de leur durée, de leur fréquence etc. ;
- Les intervenants doivent prendre un engagement envers leur client et croire qu'ils sont capables de progresser ;
- La déprofessionnalisation des services ;
- L'intervention doit viser à structurer l'environnement des clients de façon qu'ils puissent en tirer un maximum de soutien et ne pas restreindre le processus de réadaptation ;

³¹ KAPSAMBELIS V., BONNET C. *Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-295-E-10., Ed Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 11 pages, consultable sur internet, consultée le 18 Octobre 2007.

³² VIDON G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Lyon, Ed Frison-Roche, 1995, p 42.

³³ « Clients » doit être ici compris comme « patients ».

- Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à la réadaptation des personnes vivant des troubles mentaux sévères ;
- La participation au programme de réadaptation ne doit pas être limitée dans le temps ;
- La réadaptation doit comporter un volet travail parce que celui-ci est un élément facilitant la normalisation et l'intégration sociale ;
- La réadaptation psychosociale donne la priorité au social par rapport au médical. »³⁴

Ainsi la réhabilitation est l'utilisation associée et coordonnée des mesures médicales, éducatives et professionnelles pour entraîner ou ré-entraîner la personne au meilleur niveau possibles de ses capacités.³⁵ Il apparaît alors que les termes de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation ne sont pas à opposer mais au contraire à imbriquer.

Aussi le terme de réhabilitation insiste sur le fait que le patient, grâce à sa prise en charge, va retrouver ou acquérir des habiletés, devenir « utile » pour la société (c'est-à-dire productif) et sera alors accepté par celle-ci. L'important n'est donc pas le niveau de restauration des capacités du patient, mais plutôt l'adéquation entre ses habiletés retrouvées et la demande sociale. En effet, même si une personne schizophrène n'arrive pas à travailler en continu sur une semaine, mais qu'elle arrive à tenir les objectifs fixés et adaptés par l'entreprise, la réhabilitation de cette personne est effective. Les critères de réhabilitation sont donc variables d'un individu à l'autre, l'important étant qu'il ait retrouvé une place active dans la société.

Finalement c'est le terme de réhabilitation qui sera employé comme terme principal dans ce mémoire car il rassemble les concepts de réadaptation et de réinsertion, en mettant l'accent sur le fait que ce soit un droit pour le patient d'être réhabilité. Il induit implicitement le fait que la société doit elle-même s'adapter à ces personnes psychotiques et prévoir des structures pour les intégrer en son sein, et non plus les exclure hors de ses murs. Il précise également que c'est le patient lui-même qui se réhabilite car il est nécessaire qu'il soit acteur de ce processus. Ce qui convient en tous points aux objectifs de l'ergothérapeute en psychiatrie.

Ainsi la réhabilitation est en accord avec l'évolution « sociétale » récente. En effet, le 11 février 2005 une loi basée sur la Classification Internationale du Fonctionnement humain, du handicap et de la santé (CIF) est votée. C'est à travers cette loi appelée « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » que l'Etat reconnaît enfin le handicap psychique et reconnaît qu'un patient même issu de psychiatrie a le droit de prendre part à la société.

³⁴ VIDON G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Lyon, Ed Frison-Roche, 1995, p 43-44.

³⁵ D'après les cours de psychiatrie 2006 de Meunier Schoën P., formatrice à l'IFER.

4. La classification internationale du fonctionnement humain, du handicap et de la santé (CIF).

Il me semble important de préciser ce qu'est la CIF afin de pouvoir comprendre le fonctionnement de l'être humain et du handicap. Ainsi à partir de ce fonctionnement de l'être humain et des situations de handicap que déclenchent la schizophrénie, je vais pouvoir expliciter comment l'ergothérapeute peut adapter l'activité cuir afin de diminuer les conséquences de la pathologie et d'accompagner le patient tout au long du processus de réhabilitation.

4.1. La CIF, issue d'un modèle holistique.

L'ergothérapie est régie par des modèles de soins qui explicitent l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques dont les deux modèles généraux principaux sont le modèle bio-médical (anatomiste, mécaniste...) et le modèle holistique (systémique, humaniste...) ³⁶.

Du modèle principal holistique sont tirées des approches adaptées à l'ergothérapie qui construisent une théorie à partir de démonstrations pratiques dont le modèle de rééducation-réadaptation fait parti. Ce modèle de rééducation-réadaptation comporte lui-même deux concepts : le modèle biomédical (d'où est extrait la CIH³⁷) et le modèle bio-psycho-social dont la classification internationale du fonctionnement humain, du handicap et de la santé (CIF) est issue (cf. schéma 1).

J'ai choisi de me concentrer sur l'approche bio-psycho-sociale car c'est l'approche dominante actuellement en ergothérapie. Ce modèle perçoit la réadaptation comme une façon de vivre acceptée socialement. Les valeurs de ce modèle sont le respect de l'individualité de la personne, de son appartenance à un groupe social et de ses choix personnels et également la prise de conscience par la personne de ses capacités dans toutes les sphères de sa vie (subjective, psychologique, sociale).

En effet, les objectifs de ce modèle sont :

³⁶ D'après les cours des modèles conceptuels de Orvoine C. inspirés du livre de MOREL-BRACQ MC. *Approche des modèles conceptuels en Ergothérapie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2004, 176 pages.

³⁷ CIH : Classification Internationale des Handicaps (1988).

- Le respect du libre choix par une information complète,
- Le maintien des capacités résiduelles dans l'exercice des fonctions bio-psycho-sociales,
- Le retour au milieu naturel de vie,
- L'équilibre personnel et environnemental,
- Une vie dans la dignité.

J'ai donc décidé d'analyser l'activité cuir à travers la CIF, issue de ce modèle bio-psycho-social, point de vue que je n'avais pas envisagé lors de mon stage.

4.2. Buts de cette classification.

La classification internationale du fonctionnement humain, du handicap et de la santé est une rénovation de la CIH par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001, c'est donc la dernière classification en date. Elle a été créée pour :

- offrir une base scientifique des conséquences des problèmes de la santé,
- établir un langage commun pour améliorer les communications nationales et internationales,
- permettre la comparaison de données entre les pays, les disciplines de santé, les services et les périodes,
- et offrir un schéma systématique de codage pour les systèmes d'information de santé.

4.3. Structure de la CIF

La CIF est constituée de deux parties comprenant chacune deux composantes pouvant être des points positifs dit facilitateurs ou négatifs dit obstacles (cf. schéma 2).

La première partie « fonctionnement et handicap » contient les fonctions organiques et structures anatomiques, ainsi que les activités et la participation.

La deuxième partie « facteurs contextuels » contient les facteurs environnementaux et les facteurs personnels.

Le principe général de la CIF est que l'homme est un corps (organes et fonctions), que cet homme est toujours en activité et qu'il agit avec les autres (participation) (cf. schéma 3). On évalue alors ces 3 dimensions pour comprendre en quoi les facteurs personnels et environnementaux sont facilitateurs ou obstacles. Ainsi, par exemple, une maladie entraîne des déficiences ce qui limite l'activité en général et la participation du malade. Comme

cette personne a des capacités personnelles propres et qu'elle vit dans un environnement donné, il s'agit alors de croiser les trois dimensions (corps, activité, participation) avec les facteurs personnels et environnementaux (cf. schéma 4). Nous pourrions alors comprendre sur quels facteurs l'ergothérapeute peut agir afin de favoriser les facteurs facilitateurs, diminuer les facteurs obstacles et réhabiliter le patient.

J'ai donc tout au long de cette partie théorique : commencé par expliciter les symptômes caractéristiques de la schizophrénie qui aboutissent à l'exclusion de la société de la personne atteinte de cette pathologie. Puis j'ai précisé les objectifs de l'ergothérapeute en psychiatrie qui, à travers l'activité, a pour finalité la réhabilitation de ces personnes. J'ai alors décidé de préciser ma question de départ qui était « comment l'ergothérapeute peut aider le patient psychotique à se réhabiliter dans la société ? » pour affiner mes recherches. N'ayant pu observer que peu d'activités en psychiatrie, j'ai choisi de me baser sur l'activité que j'avais découverte à l'hôpital spécialisé : l'activité cuir. Mon hypothèse sera donc que **l'ergothérapeute peut amener une personne schizophrène à la réhabilitation au moyen de l'activité cuir**. Pour tenter de la valider, je prendrai la Classification Internationale du Fonctionnement humain, du handicap et de la santé (CIF), classification adoptée en France dans le cadre de la loi du 11 février 2005, comme outil d'analyse de l'activité cuir. Cette méthode me permettra d'avoir une approche holistique du patient tout en respectant la classification actuelle.

III. L'activité cuir à travers la CIF

C'est donc à travers cette classification holistique en trois parties (structures anatomiques, activité et participation) que je vais décrire l'activité cuir et comprendre ce que cette activité artisanale apporte dans les trois cas.

On ne saurait parler du choix de cette activité sans définir les multiples attraits qui la composent. Le cuir se travaille avec souplesse, c'est une matière que l'on sent vibrer sous ses doigts avec une once de sensualité. D'ailleurs l'amour des hommes pour ce noble matériau est toujours resté le même. Toutes les anciennes civilisations connaissaient cette matière noble, ils en faisaient mille objets différents pour l'usage pratique et pour le culte. Il s'adresse pour ces raisons à chacun d'entre nous.

J'ai eu l'occasion de pouvoir observer l'activité cuir en ergothérapie auprès de patients psychotiques, et c'est une réflexion sur ce que j'ai pu observer, apprendre et rechercher que je vous propose ici.

Ainsi à l'arrivée du patient, l'atelier et les règles de vie à l'intérieur de ce lieu sont explicités. Ceci correspond à la formation du cadre thérapeutique dans lequel le patient va pouvoir se mettre en action.

L'ergothérapeute doit donc effectuer une évaluation du patient. Cependant l'ergothérapie en psychiatrie ne possède que peu voire pas de bilans standardisés³⁸. L'évaluation a pourtant un rôle central dans la prise en charge en ergothérapie car c'est à travers elle que l'on peut mettre en évidence le projet de vie et de soins personnalisés du patient, ses besoins et son évolution. De plus la psychose est souvent associée à des troubles cognitifs qui rendent l'évaluation fonctionnelle difficile (que l'on pourrait effectuer plus aisément avec des patients névrotiques). L'ergothérapeute se tourne alors vers une évaluation globale du patient basée sur les capacités et incapacités du patient. En atelier cuir, c'est à travers le premier objet, le bracelet (cf. annexe 2), que l'on effectue l'évaluation initiale. La fabrication de ce bracelet intègre les principales étapes de fabrication de tout objet en cuir. L'ergothérapeute explique donc chaque étape et observe la capacité de concentration, de mémorisation du savoir faire, et d'adaptation aux nouveaux outils du patient, en prenant en compte que c'est la première fois

³⁸ LAULAN L. *La réinsertion sociale des patients psychotique* in *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. Ed Solal 2007. p 177-189.

qu'il travaille le cuir. Le patient doit aller à son rythme, c'est pour cela que la réalisation du bracelet peut prendre plusieurs séances.

Pour mieux comprendre en quoi consiste l'activité cuir, voici les différentes étapes nécessaires lors de la fabrication du bracelet: pour faire un bracelet en cuir, le patient doit choisir, avec l'aide de l'ergothérapeute, un morceau de cuir non teinté et non abîmé. Puis il prend le patron et en dessine le contour sur l'envers du cuir. Ensuite il découpe au cutter le morceau de cuir selon les traits qu'il vient de tracer. Il va alors écrire son prénom grâce à des lettres (cf. annexe 3) qu'il pose sur le cuir et sur lesquelles il frappe avec un marteau pour qu'elles s'incrument. Ensuite il choisit la teinte dont il veut se servir, l'applique avec un chiffon et laisse sécher. Puis il trace un trait avec un formoir le long du bord du bracelet afin de faire un repère parfaitement droit. A l'aide d'un compas il fait des pré-trous puis des trous avec l'alène (cf. annexe 4). Le patient choisit son fil, le passe dans l'aiguille et coud le contour du bracelet. Une fois que les différentes étapes lui sont expliquées et qu'il a intégré où sont posés les outils, le patient est incité à prendre l'initiative de commencer son travail et d'aller chercher le matériel dont il a besoin (cf. annexe 5). Enfin il poinçonne deux trous pour y mettre les œillets afin de pouvoir fermer le bracelet.

Lors de l'activité, le patient se trouve confronté à un groupe de patients déjà actifs au sein de l'atelier. En effet, l'activité s'effectue en groupe, chacun étant assis à sa table, les tables regroupées en U.

Il y a en moyenne sept patients qui participent à l'activité en même temps et cela pour une demie journée entière (sauf cas exceptionnel : lorsque le patient est dans l'incapacité de se concentrer plus d'une heure par exemple).

1. L'analyse de l'activité cuir au travers des différentes structures organiques.

L'homme est constitué d'un corps organique, et donc schématiquement d'os, de muscles et d'un système nerveux central et périphérique. Ainsi comme le définit la CIF, les fonctions organiques qui composent l'homme désignent des fonctions physiologiques des systèmes organiques (par exemple les sens de base tel que le toucher, la fonction respiratoire...) ainsi

que des fonctions mentales (fonctions exécutives³⁹). Quant aux structures anatomiques, elles désignent des parties du corps humain tels que les organes, ou les membres.

Toutefois un dysfonctionnement des fonctions organiques ou des structures anatomiques va constituer un écart par rapport à une norme admise en biomédical ou une perte de fonctions que l'on nommera déficience.

Certaines études admettent qu'un déficit organique en dopamine associé à une fragilité organique du cerveau favoriserait l'apparition de la schizophrénie. La schizophrénie est liée à des déficiences qui vont impliquer des situations problème. L'individu rencontrera plus de situations de handicap que les autres car cette déficience aura des conséquences en termes de rapport aux autres (niveau participation dans la CIF). De plus l'image véhiculée par la schizophrénie dans la société fera qu'elle pourra être un obstacle à une vie normale pour le patient.

A travers l'activité cuir, l'ergothérapeute limite les conséquences de certaines de ces déficiences. Même si le matériau cuir en psychiatrie n'a pas comme premier intérêt la rééducation des déficiences organiques, j'ai pu constater qu'il renvoie aux patients schizophrènes certaines sensations oubliées favorisant cette rééducation.

En général, la première chose dont parlent les patients est l'odeur que dégage le cuir. En effet cette odeur bien particulière rappelle consciemment ou non beaucoup de souvenirs, le sac d'une mère, la trousse ou le cartable d'antan...

Le cuir, par son riche éventail de grains et de textures, intrigue très souvent et suscite l'envie de le toucher. La personne schizophrène apprend donc avec l'aide de l'ergothérapeute à reconnaître les différents grains (moucheté ou non), les différentes épaisseurs et la qualité du cuir notamment à travers le toucher. La sensibilité superficielle est sollicitée non seulement pour ce repérage mais également tout au long du travail du cuir. Ne serait-ce qu'en enfilant le fil dans une aiguille pour faire la couture périphérique d'un bracelet par exemple, une bonne sensibilité est de mise.

Grâce aux multiples couleurs et teintes possibles du cuir, le patient schizophrène peut visualiser la différence entre plusieurs bleus par exemple. Grâce au toucher il peut distinguer un morceau abîmé d'un autre. Peu à peu l'ergothérapeute l'incite à comprendre que deux couleurs mélangées peuvent en former une troisième (travail des entités à travers la métaphore des couleurs). Et qu'à l'inverse une couleur peut être issue de deux autres, cette association

³⁹ D'après les cours de neuropsychologie 2007 de Orvoine C., **fonctions exécutives** : elles sont au nombre de 24 cinq. Il y a la stratégie, la planification, le maintien de l'attention, la flexibilité mentale et l'inhibition.

peut être difficile à comprendre pour un patient qui est dissocié, mais c'est un travail à effectuer justement pour favoriser le sentiment de regroupement du patient.

Ainsi le cuir met en éveil les sens et permet non seulement au patient de développer l'univers sensoriel parfois resté archaïque chez certaines personnes schizophrènes, mais aussi une ouverture au monde extérieur qui lui crée des sensations.

Le cuir est une activité artisanale qui nécessite un travail plus moteur que corporel (en opposition à une activité d'expression directe telle que le modelage). Elle permet la rééducation du geste, forme la plus expressive et la plus riche de la motricité.⁴⁰ Ainsi le geste traduit la qualité ou l'insuffisance de toutes nos fonctions nerveuses et psychiques. Un patient qui va mal aura d'autant plus de difficultés à exécuter un geste précis.

Cette activité entraîne donc un travail articulaire plus ou moins en force notamment lors de la coupe du cuir, le perçage manuel du cuir ou encore la couture (car le fil étant long, les membres supérieurs sont mobilisés jusqu'aux amplitudes extrêmes d'abduction et d'extension). J'ai pu expérimenter par moi-même que le perçage du cuir, de par la force qu'il nécessite et l'énergie déployée, permet d'évacuer les angoisses et les tensions accumulées. D'ailleurs certains patients disent se sentir plus apaisés après cette étape de perçage. Ainsi le cuir était également utilisé comme outil exutoire lors de certaines étapes de fabrication.

Le cuir, travail manuel et bimanuel, permet de favoriser la dextérité et la minutie car il faut parfois travailler sur de petits morceaux de cuir, comme sur le bracelet. L'activité cuir fait donc partie des activités structurantes car elle impose rigueur du tracé et de la découpe. Il s'agit de mesurer fidèlement, de séparer, d'assembler minutieusement et d'échafauder un objet. Les règles de bases sont donc impératives. En effet si un morceau de cuir est coupé aux mauvaises dimensions la fabrication de l'objet ou l'utilité de l'objet est compromise (par exemple le bracelet peut être trop petit, un sac peut ne pas se fermer...). Cela apprend au patient à être rigoureux dans un but précis, et non pas parce qu'il le faut, car ses actes ont directement des conséquences palpables. Le patient apprend donc que bien faire quelque chose peut lui être utile et que ce n'est pas forcément qu'un critère demandé implicitement par l'ergothérapeute. La fabrication d'un objet demande du temps, le patient apprend également à prendre son temps et à être endurant.

⁴⁰ DERLON B. *Activité cuir et restructuration de la personnalité* in *Expériences en ergothérapie* N° 7, Paris, Ed Masson, p 85-90.

En plus des symptômes de la pathologie, il existe des effets secondaires aux traitements qui peuvent gêner les patients. L'un d'entre eux est le tremblement, qui peut être gênant lorsque le travail nécessite de la minutie. Dans ce cas l'ergothérapeute peut adapter l'objet à fabriquer, afin que la minutie ne soit qu'une petite partie du travail ; en lui demandant de fabriquer un sous-main en patchwork par exemple, pour éviter l'étape de la couture. Ou encore l'ergothérapeute peut aider le patient en réalisant les étapes plus compliquées afin de ne pas le mettre en l'échec total ; ce qui renforçait l'idée qu'il n'est pas capable de produire quelque chose et donc qu'il n'a pas de place dans la société.

La fabrication d'un bracelet en cuir nécessite le respect d'un certain nombre d'étapes ordonnées chronologiquement. Ainsi, les fonctions supérieures du patient sont nécessairement utilisées. Comme nous le savons, les fonctions supérieures des patients schizophrènes sont souvent détériorées dans cette pathologie (dissociation intellectuelle, altération de la logique...), et la détérioration est parfois majorée par les traitements.

Ainsi le patient doit redoubler d'efforts pour se concentrer sur les différents matériaux et respecter les différentes étapes expliquées et les mémoriser (mémoire de travail⁴¹, praxies⁴²). Le patient apprend alors à se servir d'outils qu'il n'a pas l'habitude de voir. Et l'attention est de rigueur quand il s'agit de retrouver le patron et les objets à utiliser.

Le patient doit donc s'adapter à cette activité nouvelle, ce qui sera important pour lui par la suite, lors de sa réhabilitation sociale. En effet on peut penser qu'en apprenant à s'adapter à des nouvelles activités et à de nouvelles techniques, le patient aura plus de facilité à s'intégrer dans un nouvel emploi.

Si besoin l'ergothérapeute pourra reprendre les différentes étapes de fabrication avec le patient quand celui-ci le demandera. Il peut également lui rappeler les étapes avec une technique d'indilage afin que le patient réfléchisse et puisse retrouver les étapes plus facilement. Si vraiment le patient a des troubles mnésiques importants, l'ergothérapeute peut faire une fiche rappelant les différentes étapes, que le patient pourra consulter dès qu'il en aura besoin. Ainsi il pourra acquérir une certaine autonomie dans son travail, qui lui permettra de se détacher des problèmes techniques pour se recentrer sur lui à travers l'activité.

Le patient, avec l'ergothérapeute, fait face à ses difficultés, apprend à en être conscient et à les dépasser.

⁴¹ D'après les cours de neuropsychologie 2007 de Orvoine C., **la mémoire de travail** est l'une des cinq mémoires de l'Homme. Elle permet d'effectuer plusieurs tâches à la fois. Elle siège dans le cortex préfrontal.

⁴² Ibid. **Praxie** : capacité à exécuter une activité gestuelle. Elle comporte trois phases : la planification, la programmation et l'exécution du geste.

Ainsi l'activité cuir permet un réentraînement des capacités fonctionnelles mais aussi des fonctions cognitives.

2. L'analyse de l'activité cuir au travers des notions d'activités et de participation

La CIF définit deux autres niveaux concomitants au niveau organique et fonctionnel :

- *L'activité* est l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose. Une déficience va entraîner une limitation de l'activité.

- *La participation* est le degré d'implication d'une personne dans une situation de la vie réelle et le degré de participation de l'homme dans la société. Toute gêne à ce niveau est nommée restriction.

Ainsi à cause de la limitation d'activité qu'elle déclenche, la schizophrénie empêche la personne atteinte de prendre part à la « vie réelle » et donc à la société. Le patient est alors en souffrance car il est dans l'incapacité d'agir avec les autres.

Les notions de la CIF étant en interaction les unes avec les autres, lorsque l'ergothérapeute agit sur une déficience par exemple, il agit indirectement sur la restriction de participation du patient.

De part son cadre (horaires, règles de vie en groupe) contenant et rassurant, le patient est apaisé et stimulé afin de pouvoir se mettre en activité.

L'activité cuir a deux aspects : technique et créatif. Elle peut être rassurante car étant technique, le patient peut se laisser guider par les différentes procédures et elle peut être également libératrice et expressive par son aspect créatif.

L'homme est reconnu dans notre société à travers ses actes. Le patient schizophrène souvent se replie sur lui-même, n'agit plus (apragmatisme) et ne fait plus que subir la pathologie. Il s'exclut alors de lui-même d'une société qui par nature rejette les personnes hors normes. A travers le cuir, le patient se met en action et devient acteur de sa propre prise en charge. A nouveau, il peut agir de façon adaptée et son action est comprise : ce qui constitue un facteur d'épanouissement personnel. Ceci est très important car la réhabilitation d'une²⁷

personne ne doit pas venir uniquement de personnes extérieures. Si le patient ne veut pas être réhabilité, nous ne pouvons pas le faire contre son gré. C'est aussi pour cela que la prise de conscience de la pathologie par le patient lui-même est capitale. En effet pourquoi être pris en charge si tout va bien ? Ainsi à chaque difficulté, à chaque angoisse le patient est invité à verbaliser ses émotions afin de pouvoir faire un travail sur lui-même, et de mieux gérer la situation. Il pourra prendre conscience du fait qu'il n'est pas « fou » mais qu'il est atteint d'une maladie. De plus, apprendre à s'exprimer et s'expliquer quand quelque chose ne va pas permet d'agir de façon adaptée. Ainsi dans la société ou au travail, le patient pourra essayer de dialoguer plutôt que de se mettre en colère quand quelque chose n'ira pas.

Le patient doit donc se plier aux règles du cadre, arriver à l'heure, avec une apparence correcte (soins de l'apparence effectués, vêtements adaptés à l'activité et à la saison...) ou encore être poli en arrivant. Ce règlement doit être simple et clairement énoncé lors de l'accueil du patient. L'ergothérapeute est le garant de ce cadre et n'hésitera pas à reprendre avec le patient les éventuelles dérives qu'il aurait pu commettre. Ainsi le patient intègre peu à peu ces règles de vie indispensable à sa future réhabilitation, apprend à se maîtriser et amorce une reconstruction d'une personnalité plus structurée.

L'activité se fait seul mais au sein d'un groupe, ce qui favorise l'intégration du patient à un groupe. Au fil des séances, les liens peuvent se créer, le patient se resocialise. L'ergothérapeute renforcera ces liens en créant de l'interaction entre les patients en demandant à l'un d'entre eux d'expliquer une technique ou d'aider quelqu'un qui en a besoin. C'est alors qu'un échange pourra avoir lieu, et que la personne aidant pourra se sentir revalorisée puisqu'on l'a jugée capable d'expliquer.

Ce contexte particulier des séances d'ergothérapie va être un élément facilitateur de contexte, comme la CIF le définit.

Des pauses sont souvent instaurées au milieu de chaque séance. Là encore, c'est une façon d'intégrer les règles de vie en communauté. Ainsi un patient devra par exemple prendre l'initiative de faire le café, l'autre de mettre les tasses, de débarrasser... Des activités de la vie quotidienne, comme faire le café ou laver les tasses, sont ainsi effectuées pendant ces pauses, ce qui est bénéfique pour les patients qui n'ont plus l'habitude de les faire.

Lors de ces pauses, tout le monde peut se retrouver autour de la même table et discuter de ce qu'il veut. La difficulté étant pour certains de rester assis et de prendre part à la discussion. C'est là que l'ergothérapeute a également un grand rôle de stimulation à jouer. Il incite les patients à participer, relance les conversations, pose des questions et rappelle le cadre à ceux qui veulent partir par exemple. Ainsi ce temps de pause est aussi un moment de

partage et d'écoute qui permet d'échanger sur les difficultés du quotidien de certains patients (en hôpital de jour). Tout le groupe essaie de trouver des solutions aux problèmes pratiques, ce qui permet aux patients hospitalisés à temps plein de pouvoir se projeter dans la vie à l'extérieur de l'hôpital.

A l'intérieur de l'atelier chacun gère seul sa production. On encourage ainsi la prise d'initiatives par le patient, qui va lui-même chercher les outils dont il a besoin, ranger son poste de travail et décider de nous interpellier si quelque chose ne va pas plutôt que d'attendre.

Le fait que le patient atteigne dans la plupart des cas une certaine autonomie au fil des séances, induit qu'il doit faire des choix seul. Par exemple, quand il décide de la teinte de son bracelet, il doit se positionner en tant que personne et se responsabiliser.

Les objets produits par le patient seront de plus en plus réussis ce qui va favoriser sa revalorisation (cf. Annexes 6 et 7). Même le bracelet de base, une fois terminé, a un résultat appréciable. Dès le début de la prise en charge, le patient pourra se rendre compte qu'il est capable de bien faire. Puis des commandes peuvent être passées à l'atelier par des personnes extérieures. Le patient va donc pouvoir en réaliser, ce qui le mettra en lien avec l'extérieur et une fois de plus le responsabilisera. Son objet fini aura une valeur marchande et sera donc vendu, quelque fois par le patient lui-même. Ceci renforce les principes de réalité, le patient prend conscience qu'il fait parti d'un monde extérieur et qu'il peut être en interaction avec celui-ci.

On lui demandera également d'augmenter, raisonnablement, sa cadence de production. C'est alors à l'ergothérapeute de savoir doser les efforts demandés aux patients pour que la charge de travail ne soit pas un souci pour lui. Il adapte l'activité au patient, ce n'est pas le patient qui doit s'adapter à l'activité. Ainsi l'activité cuir permet aux personnes schizophrènes de limiter les conséquences de leurs déficiences, afin qu'elles puissent réaliser une activité qui les rendront participatives au sein de la société.

L'atelier cuir est aussi un lieu où l'on apprend à gérer ses frustrations. En effet, lorsque le patient commence l'activité il peut être déçu par sa production. Il doit également apprendre à gérer ses frustrations lorsque l'ergothérapeute est indisponible, ce qui arrive assez fréquemment. J'ai aussi observé que certains patients ont du mal à laisser leur objet non fini en fin de séance et repartent sans avoir la satisfaction du travail accompli. C'est pourquoi inévitablement l'activité est source de frustration : le patient doit apprendre à les verbaliser et à les surmonter. L'ergothérapeute a donc à charge de permettre au patient de vivre et d'exprimer son affectivité.

Enfin l'atelier permet d'acquérir les gestes de la vie quotidienne tels que ranger ses outils ou refermer les pots de colle afin qu'elle ne sèche pas. Les prises en charge étant en groupe, le sens du collectif doit être intégré par les patients. Toutefois il n'est pas rare qu'il faille le rappeler.

Et j'ai finalement compris que puisque l'atelier fonctionne comme une « microsociété », le patient apprend non seulement à s'ouvrir aux autres mais aussi à respecter les règles sociales afin de pouvoir se faire intégrer dans le groupe.

3. Facteurs environnementaux et personnels

Ces facteurs peuvent être abordés avec le patient lors de l'activité cuir ou lors des pauses. Il est important que l'ergothérapeute connaisse ces différents facteurs afin de pouvoir adapter la prise en charge ; lorsque par exemple on sait que le patient n'a pas de réseau social, on peut l'inciter à prendre contact avec des associations.

3.1. Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux peuvent être facilitateurs ou obstacles à une réhabilitation sociale. Ils peuvent être de plusieurs ordres : sociaux, familiaux ou encore environnementaux au sens strict du terme.

Dans la société l'environnement est plutôt obstacle car les gens ont peur du domaine psychiatrique. Ils sont mal informés et restent sur les *a priori* véhiculés par les médias ou encore le cinéma. Les gens ont peur de l'inconnu et donc des réactions imprévisibles d'une personne schizophrène. La « folie » est restée dans l'esprit des gens comme une vision archaïque de la psychiatrie. De plus la peur de devenir « fou » à leur tour majeure, consciemment ou non, ce comportement d'évitement.

A l'inverse, l'hôpital et l'atelier ergothérapique en particulier sont un environnement facilitateur car ils s'adaptent aux besoins et aux rythmes des patients.

Cependant, depuis la création de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le handicap psychique est reconnu ce qui constitue un facteur social facilitateur. En effet, d'après l'article n°1 de la loi « constitue un handicap [...] 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 ». Ainsi, aujourd'hui plus que jamais, une personne schizophrène a le droit de participer à la citoyenneté et donc d'être réhabilitée dans la société. La loi du 11 février 2005, apporte des évolutions fondamentales dans le milieu du handicap psychique. Elle distingue la maladie psychique de la maladie mentale et efface ainsi l'amalgame entre les troubles psychiques (handicap psychique) et la déficience intellectuelle (handicap mental).

De plus, même si de nombreux patients n'ont plus de contact avec leurs proches, l'environnement familial et amical peut constituer un facteur facilitateur ou obstacle. En effet, si les personnes significantes pour le patient le soutiennent et comprennent les conséquences de sa pathologie ils peuvent constituer un facteur facilitateur. A l'inverse, si l'entourage du patient est plutôt destructeur à son égard s'il ne le soutient pas et aggrave sa situation, il peut constituer un facteur obstacle.

L'absence totale de personnes significantes pour lui peut constituer un obstacle de plus à la réhabilitation du patient schizophrène.

3.2. Facteurs personnels

Les facteurs personnels, c'est-à-dire les particularités propres au patient, ont une influence sur sa réhabilitation.

En effet, l'âge auquel la pathologie se déclare (en général chez l'adolescent ou le jeune adulte) peut constituer une difficulté supplémentaire. Si la pathologie s'est déclarée chez un patient très jeune, sa scolarité en a pâti. C'est pourquoi certains patients ont quitté rapidement le milieu scolaire et n'ont pas ou peu de diplômes, ce qui est un obstacle de plus à la réhabilitation. Plus le patient a un lourd bagage derrière lui, plus on peut espérer qu'il garde un maximum de ses capacités. Quelqu'un qui ne sait ni lire ni écrire part avec un plus gros handicap qu'un autre.

J'ai eu l'occasion de parler avec un patient qui était ingénieur en informatique et du fait de sa pathologie avait perdu la plupart de ses capacités dans ce domaine. Il le vivait très mal et n'arrivait pas à réintégrer ce qu'il avait su. Il a donc été confronté aux limitations d'activité qu'engendre la pathologie.

La capacité à faire face aux conséquences de la pathologie est également importante. En effet, chaque patient est différent. Certains ne vont jamais prendre conscience de leurs troubles, d'autres vont en prendre conscience et ne pas les supporter, et d'autres encore vont en prendre conscience et dépasser les difficultés.

La schizophrénie ne provoque pas les mêmes symptômes selon les personnes. Certains sont légèrement touchés, d'autres le sont plus gravement. Certains évoluent rapidement vers un état déficitaire, d'autres beaucoup moins vite. Mais aussi, certains patients réagissent très bien aux traitements qui stabilisent leur état, d'autres ne sont pas du tout sensibles aux traitements.

IV. Méthodologie

1. L'entretien

Pour répondre à ma problématique, j'ai décidé d'effectuer des entretiens avec différents ergothérapeutes. En effet, ce choix me semblait être plus approprié que celui des questionnaires pour répondre précisément à mes interrogations car on sait de par l'expérience de nos prédécesseurs que les questionnaires reviennent peu nombreux. Ainsi j'ai choisi de recueillir mes données via des entretiens, le nombre de réponses étant moins aléatoire. J'ai fait passer des entretiens dirigés à quatre ergothérapeutes ou infirmiers faisant fonction d'ergothérapeutes, d'environ 25 à 35 minutes chacun.

Par souci d'anonymat, j'ai choisi de désigner les interviewés par des lettres.

Monsieur A est ergothérapeute, cadre supérieur de santé, responsable de l'unité d'ergothérapie et du centre socioculturel d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (cf. Annexe 8). Il a également fait des écrits ainsi qu'une formation sur la réhabilitation psychosociale.

Monsieur B est infirmier faisant fonction d'ergothérapeute. Il a travaillé 5 ans en atelier cuir en psychiatrie adulte, notamment avec des personnes atteintes de schizophrénie.

Madame C est infirmière faisant fonction d'ergothérapeute. Elle a travaillé dans divers ateliers en psychiatrie adulte et elle est en atelier cuir depuis septembre 2007.

Madame D est ergothérapeute depuis juin 2005, mais elle est également diplômée infirmière d'Etat depuis 1979. Elle travaille en atelier cuir en psychiatrie adulte depuis l'obtention de son diplôme d'ergothérapeute.

Mon guide d'entretien est composé de neuf questions : quatre questions ouvertes et cinq questions fermées. J'ai donc posé cinq questions fermées pour m'assurer que toutes les

notions que j'abordais avaient du sens pour l'interviewé et quatre questions ouvertes afin qu'il puisse s'exprimer librement et évoque des concepts auxquels je n'aurai pas encore pensé.

Ce guide d'entretien a été réfléchi pour répondre à ma problématique. Voici donc les questions composant mon entretien et les raisons pour lesquelles je les ai posées :

1. Pour vous, que signifie la notion de réhabilitation en psychiatrie ?

Objectifs : savoir ce que la notion de réhabilitation signifiait pour un ergothérapeute en psychiatrie, pour la préciser et ne plus rester dans la définition souvent axée sur le secteur fonctionnel.

2. Est-ce que vous pouvez me dire, selon vous, ce qu'apporte l'activité cuir aux personnes schizophrènes ?

Objectifs : confronter ma perception de l'activité cuir à celle des professionnels. En effet, ils adaptent quotidiennement cette activité pour les personnes schizophrènes et de ce fait ont plus d'expérience et de recul que moi pour l'analyser.

3. Est-ce que le cuir peut-être une activité « réhabilitatrice » ?

Objectifs : répondre à une question fondatrice de mon mémoire qui de prime abord n'est pas évidente.

4. Est-ce que le terme de CIF vous parle ?

Objectifs : savoir si, sur le terrain, la notion de CIF avait remplacé la notion de CIH et si elle était la base des prises en charge.

5. Pensez-vous que la CIF soit une bonne grille de lecture de l'homme ?

Objectifs : chercher à savoir si cette grille d'évaluation est valable en secteur psychiatrique.

6. J'ai décrit l'activité cuir au travers des différentes dimensions de la CIF, pour expliciter ce que l'activité cuir pouvait apporter au patient. Est-ce que pour vous cette démarche a du sens ?

Objectifs : connaître le point de vue de professionnels sur ma démarche.

7. La CIF a été le point de départ de l'élaboration de la loi d'égalité des droits et des chances de 2005. Connaissez-vous cette loi ?

Objectifs : savoir si la diffusion de la loi du 11 février 2005 s'est étendue jusqu'au professionnels de psychiatrie.

8. Que pensez-vous de cette loi par rapport aux personnes schizophrènes ?

Objectifs : comprendre si cette loi est adaptée à la population des schizophrènes et ce qu'elle peut leur apporter.

9. Pensez-vous que toutes les personnes schizophrènes peuvent être réhabilitées ?

Objectifs : savoir quelles sont les limites, si elles existent, de la réhabilitation des personnes schizophrènes.

2. Résumé et analyse des réponses aux entretiens

Pour extraire les grandes idées des entretiens, j'ai d'abord résumé les pensées de chaque interviewé en conservant fidèlement les notions abordées puis j'ai regroupé les différentes réponses sous forme de tableau, en fonction des questions auxquelles elles répondaient afin de pouvoir en discuter.

Analyse de la première question : Les différentes réponses des professionnels interviewés

<p>1^{ère} question</p>	<p><i>Pour vous, que signifie la notion de réhabilitation en psychiatrie ?</i></p> <hr/>
<p>Monsieur A</p>	<p>C'est un terme anglo-saxon qui chapote l'<i>insertion</i> et la <i>réinsertion</i> et signe un travail au <i>long cours</i>. Ces actions vont être faites par <i>l'ensemble des soignants</i> pour que le patient puisse <i>retourner dans son milieu de vie de la meilleure façon possible</i> et <i>avec plaisir</i>. Une fois l'état de crise passé, il faut repérer ce qui a amené le patient à être dans cet état et essayer de palier à ces <i>causes</i> afin qu'elles ne déclenchent plus cet état. Ce travail nécessite la <i>coopération du patient</i>, il doit avoir envie d'être réinséré pour que la réhabilitation soit effective. Il faut donc construire une <i>relation de confiance</i> avec le patient pour qu'il puisse <i>se livrer</i> à nous et que nous puissions trouver les <i>moyens</i> de l'aider à travers l'ergothérapie, qui <i>lui</i> correspondent et non qui nous correspondent. Il faut également inclure les <i>personnes ressources</i> des patients (famille, amis proches...) dans la prise en charge car ils constituent <i>l'environnement</i> du patient, bien que souvent ces patients soient dans une misère relationnelle.</p>
<p>Monsieur B</p>	<p>La réhabilitation correspond à <i>l'objectif de réinsertion</i> du patient que se fixe l'ergothérapeute.</p>
<p>Madame C</p>	<p>Etre réhabilité signifie être bien dans son corps et sa tête, avoir <i>conservé ses acquis</i> et vivre de façon <i>autonome</i> à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. L'important étant que la personne connaisse et respecte les règles de vie afin de devenir sociable. Ce processus s'inscrit dans la durée.</p>
<p>Madame D</p>	<p>Etre réhabilité signifie <i>être inséré à l'extérieur</i> de l'hôpital psychiatrique. Le patient doit être dans un <i>bon état psychologique</i> pour pouvoir être <i>autonome</i> et pouvoir vivre à l'extérieur <i>sans l'étiquette</i> de la psychiatrie. Le patient doit avoir un <i>comportement adapté</i> dans la société et tenant compte de <i>ses envies et de ses désirs</i>.</p>

s'accordent pour définir la réhabilitation comme un processus long, pluridisciplinaire, qui positionne le patient comme acteur central de sa prise en charge. Lors de la réhabilitation, l'équipe soignante vise à inciter le patient à se réinsérer dans la société en lui apprenant ou réapprenant des comportements sociaux adaptés tout en tenant compte de ses envies et de ses désirs. Le but est que le patient conserve ses capacités et en développe d'autres afin de vivre avec plaisir et de façon autonome à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique : le patient est alors rétabli dans ses droits et ses capacités. Pour que le retour du patient dans son milieu de vie soit optimal il faut également tenir compte de l'environnement humain et matériel de celui-ci.

<p>2^{ème} question</p>	<p><i>Est-ce que vous pouvez me dire, selon vous, ce qu'apporte l'activité cuir aux personnes schizophrènes ?</i></p> <hr/>
<p>Monsieur A</p>	<p>L'activité cuir <i>n'apporte rien en elle-même</i>. Elle est un <i>prétexte</i> de mise en relation avec le patient. Mais c'est en travaillant le cuir que le patient va <i>agir</i>, ce qui va être un <i>tremplin à la communication</i> pour l'ergothérapeute. C'est l'ergothérapeute qui va <i>observer</i> et <i>adapter l'activité</i> au rythme du patient allant jusqu'à arrêter la prise en charge cuir si besoin. Tout cela doit rester souple car le projet de soin doit rester <i>individualisé</i>.</p> <p>La spécificité du cuir est son caractère <i>intermédiaire</i> : elle a une <i>dimension créatrice</i> et une <i>dimension technique</i> beaucoup plus cadrant. Le cuir a également une <i>image sociale noble</i>, matériau cher et précieux, ce qui rend le travail du cuir <i>revalorisant</i>.</p>

Monsieur B

Le cuir est un *média* qui permet au patient de pouvoir *agir*, concevoir un objet *du début à la fin* étape après étape. Toutes ces étapes chronologiques vont permettre au patient schizophrène de reprendre pied avec la *réalité de travail et de conception*. Cela dans l'optique d'acquérir de la *méthodologie* et une certaine *autonomie propre aux capacités du patient*.

L'ergothérapeute est là pour amener les patients à *se rencontrer, à échanger leur savoir-faire et s'entraider*. Dans l'activité cuir ce sont les *relations* thérapeute-patient et patient-patient qui sont le plus important. L'ergothérapeute va cerner les *capacités* du patient lors de la réalisation d'un bracelet en cuir, mais s'il voit que l'activité n'est vraiment pas *adaptable* au patient il peut arrêter la prise en charge pour éviter de le mettre en *échec*.

Madame C	<p>Pour un ergothérapeute, le principal objectif mis en place dans l'atelier cuir est <i>l'autonomie</i> du patient pour qu'il puisse se <i>réinsérer</i> plus tard. On recherche à ce que le patient <i>prenne des initiatives, fasse des choix et exprime ses envies</i>.</p> <p>L'activité cuir apporte un <i>cadre horaire, des règles à respecter</i> (que ce soit règles d'hygiène ou règles de vie) et <i>un espace bien délimité</i> (l'atelier). Le patient doit aussi <i>se concentrer, être à l'écoute</i> (de l'ergothérapeute ou des autres patients) et <i>mémoriser</i> les étapes de création d'un objet ainsi que les différents outils (l'ergothérapeute est là pour l'aider à retrouver par lui-même les différentes étapes). L'atelier cuir est un <i>lieu intermédiaire</i> entre l'unité de soin et l'extérieur. Ce qui permet aux patients d'être <i>moins angoissés</i> (l'angoisse étant très présente chez les patients schizophrènes) et de pouvoir <i>exprimer</i> leurs problèmes plus facilement.</p> <p>Le temps de pause, partie intégrante de l'activité, permet d'<i>appliquer les règles</i> d'hygiène et de vie en communauté concrètes mais aussi d'<i>échanger</i> sur les problèmes que les patients rencontrent <i>dans leur quotidien</i>. Les patients sont amenés à <i>s'entraider</i>, ce qui permet à certains patients de commencer à <i>se projeter</i> dans l'avenir pour trouver quelles solutions apporter aux problèmes.</p>
-----------------	---

<p>Madame D</p>	<p>L'activité cuir permet de travailler l'<i>attitude</i> du patient au sein du groupe pour qu'il puisse <i>s'adapter</i> à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. L'activité est donc <i>cadree</i> pour que le patient se confronte aux <i>règles</i> de l'atelier et <i>amorce</i> le processus de réhabilitation.</p> <p>Le cuir a deux facettes : l'une <i>technique rassurante</i> et l'autre <i>créatrice</i>. Le patient est incité par l'ergothérapeute et par le groupe à <i>personnaliser</i> ses objets et à faire des <i>choix</i>.</p> <p>Lors de la première séance l'ergothérapeute demande au patient d'effectuer un porte-monnaie pour évaluer ses <i>capacités fonctionnelles et cognitives</i> et ainsi <i>adapter</i> l'activité pour qu'il y soit le plus <i>autonome</i> possible.</p> <p>Le cuir a la particularité de développer le <i>toucher</i>, de provoquer des <i>sensations sensibles</i> agréables mais aussi des <i>sensations olfactives</i>. Il permet également au patient de prendre conscience des <i>limites</i> de son propre corps, différent de cette autre peau.</p>
------------------------	---

Analyse de la deuxième question : Pour trois des ergothérapeutes interviewés, l'activité cuir est bénéfique dans le traitement des patients schizophrènes. Le quatrième ergothérapeute précise que l'activité cuir est bénéfique pour le patient schizophrène mais uniquement parce que c'est l'ergothérapeute qui l'adapte au patient et non simplement parce que c'est une activité cuir.

L'activité cuir est un prétexte à la relation entre l'ergothérapeute et le patient, au sein d'un lieu apaisant parce qu'il est l'intermédiaire entre le soin et l'extérieur.

L'activité présente deux dimensions : une créatrice et une technique. Elle permet de mettre le patient en action et de lui apprendre une certaine méthodologie en fabriquant un objet du début jusqu'à la fin. L'ergothérapeute cerne les aptitudes fonctionnelles et cognitives du patient afin de pouvoir les améliorer à travers l'activité. Il l'adapte ensuite aux aptitudes du patient afin qu'il puisse être le plus autonome possible, qu'il puisse prendre des initiatives et faire des choix. Le média cuir permet d'éveiller les sens de la personne schizophrène et de lui faire prendre conscience des limites de son corps.

L'activité est cadrée par des règles que le patient peut transposer dans sa vie quotidienne, ce qui amorce le processus de sa réhabilitation.

L'activité s'effectue en groupe, ce qui permet aux patients d'échanger et de s'entre aider.

Le patient acquiert donc un savoir-faire et prend conscience de la réalité du travail.

3^{ème} question	<i>Est-ce que le cuir peut-être une activité « réhabilitatrice » ?</i> _____
Monsieur A	Oui, comme toutes activités ergothérapeutiques.
Monsieur B	<i>Oui, mais ce n'est pas spécifique au cuir.</i>
Madame C	Bien sûr.
Madame D	Oui.

Analyse de la troisième question : Pour l'ensemble des arguments cités à la question précédente, l'ensemble des interviewés répondent spontanément que l'activité cuir est une activité « réhabilitatrice ». Deux d'entre eux précisent toutefois que même si l'activité cuir a ses particularités, c'est bien parce qu'elle est adaptée et pensée par l'ergothérapeute, et donc quelle est ergothérapeutique, qu'elle permet d'amorcer le processus de réhabilitation et non parce qu'on utilise le média cuir spécifiquement.

4^{ème} question	<i>Est-ce que le terme de CIF vous parle ?</i> _____
Monsieur A	Oui.
Monsieur B	Non.
Madame C	Oui.
Madame D	Oui.

Analyse de la quatrième question : On apprend donc que la CIF n'est pas connue de tous les professionnels, mais par la grande majorité d'entre eux tout de même. La notion a donc peut être pu changer ou faire évoluer leur mode de prise en charge des patients.

5^{ème} question	<i>Pensez-vous que la CIF soit une bonne grille de lecture de l'homme ?</i> _____
Monsieur A	<i>Oui, surtout qu'en psychiatrie il n'y a pas encore vraiment ce genre d'outils. La CIF a d'abord été conçue pour le secteur fonctionnel, mais lorsqu'on parle de réhabilitation on est à la frontière du fonctionnel et du psychique. Donc cette grille est tout à fait</i>
Monsieur B	<i>Je n'ai pas assez de recul sur cette nouvelle notion pour me</i>
Madame C	<i>Elle est un bon outil papier qui permet de ne rien oublier. Il faut toutefois pouvoir s'en détacher pour continuer une prise en charge personnalisée, globale et ne pas chercher à séquencer le patient. De plus une même pathologie peut avoir des répercussions différentes qui peuvent ne pas rentrer dans les « cases » de la CIF.</i>
Madame D	<i>Je ne sais pas si elle est beaucoup utilisée en psychiatrie, mais des outils d'évaluation comme celui-ci sont nécessaires en ergothérapie.</i>

Analyse de la cinquième question : Trois des ergothérapeutes interrogés pensent que la CIF est une bonne grille de lecture de l'homme et qu'elle a sa place en psychiatrie. En effet, elle permet d'avoir une approche holistique du patient, telle que le préconise l'ergothérapie. Elle découpe l'homme en plusieurs notions qui sont toutes en interactions les unes avec les autres. Cela dit, un ergothérapeute avoue ne pas avoir assez de recul sur cette notion pour se prononcer. Toutefois les ergothérapeutes disent ne pas utiliser la CIF dans leur pratique, ce qui peut paraître contradictoire avec le fait qu'ils soient d'accord pour dire qu'elle est pertinente.

6^{ème} question	<p><i>J'ai décrit l'activité cuir au travers des différentes dimensions de la CIF, pour expliciter ce que l'activité cuir pouvait apporter au patient. Est-ce que pour vous cette démarche a du sens ?</i></p> <hr/>
Monsieur A	<p><i>Bien sûr. Il faut quand même garder en tête que la CIF traite les aspects psychologiques comme étant secondaires aux handicaps physiques. Alors qu'en psychiatrie c'est l'inverse.</i></p>
Monsieur B	<p><i>Je pense que ce travail est intéressant mais qu'il ne faut pas qu'il soit trop catégorisant, trop schématique.</i></p>
Madame C	<p><i>Oui, c'est intéressant de prendre le temps d'analyser les outils dont nous disposons. C'est ce que doit faire tout ergothérapeute, se tenir au courant, prendre du recul et critiquer les nouveaux outils.</i></p>
Madame D	<p><i>Oui, ce travail a du sens. Il faut seulement préciser que l'activité cuir n'est qu'un exemple d'activité permettant la réhabilitation.</i></p>

Analyse de la sixième question : Selon les interviewés, analyser l'activité cuir a non seulement du sens mais est aussi nécessaire. La CIF, étant une grille de lecture, semble être adaptée à ce travail et serait donc un outil pertinent pour l'ergothérapeute et pour décrire l'activité cuir. En effet, chaque ergothérapeute doit analyser les activités qu'il pratique et prendre du recul sur les différents outils et classification mis à sa disposition afin de se les approprier. Ainsi il pourra adapter l'activité au patient, qu'il aura évalué et dont il aura cerné les difficultés auparavant. La CIF, permet de brosser les différents symptômes du patient à travers les notions de déficience, d'activité et de participation. Cette approche holistique est intéressante toutefois même si l'on classe les incapacités du patient selon les trois notions énoncées il faut garder en tête qu'elles sont en interaction les unes par rapport aux autres.

7^{ème} question	<i>La CIF a été le point de départ de l'élaboration de la loi d'égalité des droits et des chances de 2005. Connaissez-vous cette loi ?</i> _____
Monsieur A	Oui.
Monsieur B	Assez mal.
Madame C	Oui.
Madame D	Oui.

Analyse de la septième question : La loi du 11 février 2005 semble être connue pour trois des professionnels interrogés et assez mal connue pour l'un d'entre eux. Ce qui montre qu'elle n'est pas encore explicite dans l'esprit de certains ergothérapeutes.

8^{ème} question	<i>Que pensez-vous de cette loi par rapport aux personnes schizophrènes ?</i> _____
Monsieur A	C'est la <i>première fois</i> qu'on prend en compte le <i>handicap psychique</i> et donc qu'un malade psychique souffre d'un handicap psychique. Reste à faire <i>accepter la maladie</i> par la société et par le patient lui-même. Cette loi est parallèle à <i>l'évolution de la politique hospitalière</i> qui tend à gérer la crise en intra-hospitalier puis le suivi en extrahospitalier. Ainsi la <i>réhabilitation</i> va être plus que jamais une des préoccupations des ergothérapeutes. C'est pour cela qu'il est important que la société soit prête à <i>accueillir</i> ces patients car même s'ils le veulent ils ne peuvent pas se réhabiliter seuls.

Monsieur B	Même si elle reste floue pour moi, je pense que c'est un <i>bien</i> . Si elle permet au patient de <i>s'intégrer</i> à une entreprise adaptée ou à une entreprise ordinaire c'est tant mieux.
Madame C	Elle est très bien. Il faut maintenant qu'elle soit <i>appliquée</i> . De plus comme la psychiatrie a évolué, les patients sont de moins en moins enfermés dans l'hôpital. C'est en les <i>incluant</i> dans la société par des ateliers extérieurs par exemple, que la société va <i>s'habituer</i> à eux et ne plus avoir <i>peur</i> , pour finalement les réhabiliter. Comme c'est la situation qui induit le handicap, c'est à la société de <i>s'adapter</i> pour limiter ces situations.
Madame D	Elle est bien. Il faut que les <i>décrets</i> sortent, qu'ils soient <i>appliqués</i> et que les <i>moyens</i> permettant de les appliquer soient donnés. Il faut que cette loi déclenche un <i>changement</i> d'attitude face au handicap psychique, qu'il arrête de faire peur. Pour cela il faut également que la société soit

Analyse de la huitième question : La majorité des ergothérapeutes est consciente que la loi du 11 février 2005 concerne effectivement les patients schizophrènes car, pour la première fois, le handicap psychique est reconnu officiellement. Ainsi elle doit permettre la réhabilitation des patients schizophrènes au sein de la société. Elle est également parallèle à une nouvelle politique hospitalière qui vise à réduire le temps de prise en charge en intra-hospitalier. C'est pourquoi la réhabilitation des personnes schizophrènes est plus que jamais d'actualité car ils seront au sein de la société de plus en plus tôt. Il faut également que la société fasse l'effort d'accepter les personnes sortant de psychiatrie.

Cependant il est nécessaire de préciser que les réponses des professionnels ont été assez brèves (voire floue pour Mr B), même en essayant d'approfondir le sujet. Il semble alors que les professionnels ne soient peut-être pas tous à l'aise avec cette notion.

<p>9^{ème} question</p>	<p><i>Pensez-vous que toutes les personnes schizophrènes peuvent être réhabilitées ?</i></p> <hr/>
<p>Monsieur A</p>	<p><i>Oui. On ne peut pas se fier aux apparences. La schizophrénie a des expressions diverses, il y a des schizophrénies qui entraînent des états très déficitaires et d'autres qui entraînent des symptômes moins lourds. Si un patient très déficitaire reste au sein d'une institution et qu'il s'y sent bien tant mieux. En revanche ce n'est pas lorsque le patient n'a plus de soin qu'on peut dire qu'il est réhabilité. En effet un patient peut être réhabilité mais être encore suivi en ambulatoire. D'ailleurs le suivi post hospitalier est très important pour le patient.</i></p>
<p>Monsieur B</p>	<p><i>Non je ne le pense pas. Certains patients sont trop déficitaires pour être réhabilités.</i></p>
<p>Madame C</p>	<p><i>Non pas dans l'absolu, cela dépend de l'intensité des symptômes des patients. Certains sont trop dépendants et trop peu autonomes pour pouvoir vivre hors des murs de l'institution. Il y a aussi des périodes propices à la réhabilitation. Un patient qui n'apparaît pas comme pouvant être réhabilité à un moment peut l'être à un autre. Il faut surtout que le patient s'en sente capable pour ne pas risquer l'échec. C'est aussi pour cela qu'une fois que le patient est réhabilité, il faut continuer le suivi, même si ce n'est qu'en ambulatoire, pour continuer à lui donner des repères et pouvoir le soutenir.</i></p>

Madame D	Je dirais <i>non</i> car la schizophrénie n'a pas les mêmes conséquences sur un patient que sur un autre. Une personne en proie à des délires angoissants et dangereux ne pourra pas être réhabilitée.
-----------------	--

Analyse de la neuvième question : La majorité des professionnels tend à penser que toutes personnes atteintes de schizophrénie ne peuvent pas être réhabilitées dans l'absolu. Pour certaines, la schizophrénie a généré un état trop déficitaire pour que le processus aboutisse. En effet, les traitements peuvent peu ou ne pas agir et les symptômes peuvent être trop présents pour que le patient soit conscient de son corps et du monde extérieur. C'est pourquoi en théorie il n'y a pas de conditions pour être « réhabilitable » mais en réalité l'état de conscience de la personne et la sévérité des symptômes sont en grande partie déterminantes pour engager ce processus de réhabilitation.

Toutefois un professionnel, Monsieur A, pense que toutes les personnes schizophrènes peuvent être réhabilitées car un patient peut paraître très déficitaire et finalement réussir à se réhabiliter. Pour lui la réhabilitation n'est pas effective lorsque le patient quitte l'hôpital psychiatrique. Le devenir du patient est à penser en fonction de ses capacités mais aussi en fonction de ses envies et de son bien être.

3. Limites

Après avoir retranscrit mes entretiens, j'ai pensé que mes questions auraient pu être mieux tournées afin de répondre réellement et précisément à ce que je voulais savoir. En effet, les réponses faites ont parfois été assez brèves et quelques fois hésitantes, ce qui montre peut-être que les professionnels ne sont pas à l'aise avec la loi du 11 février 2005 et la CIF. On peut ainsi penser qu'ils n'utilisent pas ses notions dans leur pratique professionnelle. Il aurait été alors intéressant de savoir s'ils se basaient sur une grille de lecture dans leur pratique et, si c'était le cas, de préciser laquelle.

J'ai également fait le choix d'interviewer des professionnels issus du même établissement spécialisé, celui où j'avais moi-même découvert l'activité cuir. Il aurait été aussi intéressant d'interviewer des professionnels qui utilisaient le cuir dans un autre établissement spécialisé

et peut être avec des objectifs différents.

En prenant du recul, j'ai également pensé qu'interviewer des patients pour connaître leur point de vue sur l'activité cuir aurait pu perfectionner ce mémoire, même si j'ai pu avoir le ressenti de certains d'entre eux lors de mon stage.

V. Discussion

A travers mes entretiens et mes recherches, nous avons pu comprendre que l'ergothérapeute a une place essentielle dans le processus de réhabilitation d'un patient schizophrène. Ce processus est long et s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée du patient. Il le met au centre de cette prise en charge et l'incite à en être l'acteur. La réhabilitation vise à apprendre ou réapprendre des comportements sociaux adaptés et à maintenir ou développer les capacités du patient. Lors des entretiens il est nettement apparu que les professionnels employaient plus volontiers le terme « réinsertion » que celui de « réhabilitation », sûrement parce que ce terme est moins diffusé dans la pratique et est peut-être encore trop théorique.

Cependant c'est à travers une activité cadrée, qu'il aura adaptée, que l'ergothérapeute peut aider le patient schizophrène à se réinsérer dans la société. En effet la réinsertion du patient, au sens large du terme, passe par la réhabilitation des droits et des capacités du patient au sein de cette société. J'ai donc décidé d'axer ce mémoire sur une activité en particulier, celle du cuir. Ainsi j'émettais l'hypothèse que l'ergothérapeute peut amener la personne schizophrène à se réhabiliter au moyen de l'activité cuir.

Tout au long de ce travail de recherche, j'ai montré qu'adaptée par l'ergothérapeute, l'activité cuir permet de limiter les conséquences de la schizophrénie : que ce soit en palliant aux déficiences, en augmentant les capacités et les performances du patient ou encore en augmentant sa participation. Comme je l'ai décrit lors de l'analyse, l'activité cuir permet tout d'abord une rééducation du geste fonctionnel (amplitudes articulaires, dextérité, minutie) et de l'endurance. En effet, l'ergothérapeute peut diminuer les conséquences des déficiences en se servant du cuir pour éveiller les sens du patient et l'encre dans la réalité, notamment en lui faisant prendre conscience des limites entre lui et un objet (les limites de son corps). Le patient peut également se servir du travail du cuir comme exutoire lorsqu'il ressent trop d'angoisse (en perçant un cuir épais...).

L'activité cuir permet aussi un travail des fonctions cognitives du patient (stratégie, planification, flexibilité mentale, attention et inhibition...) et fonctions supérieures en général (mémoires, praxies...).

A travers cette activité artisanale le patient se met en action et donc participe à la vie en collectivité: soit en suivant les différentes étapes du cuir (dimension technique du cuir) ce qui le permet de se laisser guider et donc d'être rassuré au sein de l'activité, soit en créant un objet ce qui le permet de s'exprimer librement.

Ainsi au sein d'un cadre, rassurant et contenant, le patient se met à acquérir certaines capacités et à augmenter ses performances (d'après le découpage de la CIF) pour devenir participatif (avec et au sein d'un groupe). Le cadre est indispensable au bon fonctionnement de l'activité et à l'évolution en sécurité des patients. Il précise les règles du fonctionnement de l'atelier et les règles sociales auxquelles va se confronter le patient afin de s'individualiser. Le patient, une fois les règles sociales comprises, pourra les transposer dans son quotidien afin de se réhabiliter.

Peu à peu, l'ergothérapeute amène le patient à devenir autonome, faire des choix (autodétermination selon Cnaan), prendre des initiatives et finalement se responsabiliser. Ainsi il pourra à son tour aider d'autres patients et échanger avec eux. En effet, l'ergothérapeute se sert du fait que l'activité s'effectue en groupe pour inviter le patient à adopter une attitude socialement acceptable afin d'être intégré aux autres.

L'activité cuir, qui s'effectue dans un lieu peu médicalisé, est le prétexte aux échanges à travers la verbalisation, que ce soit avec les autres patients ou même avec l'ergothérapeute afin qu'il puisse exprimer ses envies, ses émotions et ses désirs : devenir un être avec un comportement adapté.

Enfin, le travail du cuir a une connotation noble, qui souvent aboutit à un objet de qualité. Le patient prend alors conscience qu'il est capable de faire quelque chose de bien et se revalorise.

Ainsi c'est parce que l'activité cuir amène le patient à retrouver un comportement socialement adapté et un certain nombre de ses capacités que, comme le souligne les professionnels interviewés, elle est une activité « réhabilitatrice ». Elle permet au patient de se reconstruire intérieurement afin qu'un nouvel investissement de l'extérieur soit possible et durable. **C'est pourquoi l'hypothèse que l'ergothérapeute puisse amener un patient schizophrène à se réhabiliter à travers l'activité cuir est validée. Elle n'est toutefois pas la seule activité ergothérapique à travers laquelle l'ergothérapeute peut atteindre cet objectif.**

J'ai également fait le choix d'analyser l'activité cuir à travers la CIF, classification adoptée en France depuis 2001. Cette classification est connue de la majorité des professionnels même s'ils paraissent ne pas être à l'aise avec cette notion. Il faudrait toutefois que la totalité des professionnels la connaissent, ce qui pourrait se faire par des formations continues ou encore des programmes d'informations afin qu'ils puissent s'en servir dans leur pratique. Comme le soulignent les ergothérapeutes, **j'ai compris qu'au sein de ma future pratique professionnelle il sera important d'avoir une grille de lecture de l'Homme à l'esprit**. La CIF en est une pertinente qui a tout à fait sa place en psychiatrie. En effet, elle permet de prendre en compte les conséquences de la schizophrénie propres au patient, mais aussi de prendre en compte son environnement (humain ou matériel) et ses facteurs personnels (diplômes obtenus ou pas, famille présente...). Elle permet à l'ergothérapeute d'avoir une approche globale du patient, ce qui convient en tout point à l'approche holistique qu'il se doit d'effectuer lors de la prise en charge. Cette analyse du cuir selon la CIF, est un travail que fait ou devrait faire l'ergothérapeute pour chaque activité qu'il propose aux patients. Elle permet de connaître les spécificités de l'activité et de prendre du recul pour l'adapter selon les stimulations et les capacités que l'on veut déclencher chez le patient psychotique.

La CIF a notamment été le point de départ théorique de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi est connue par la majorité des professionnels, mais là encore il faudrait qu'elle soit connue dans toutes ses spécificités, de l'ensemble des professionnels. Pour la première fois on reconnaît le handicap psychique et reconnaît que les personnes du secteur psychiatrique ont une place dans la société. La réhabilitation des personnes psychotiques, et des schizophrènes en particulier, est donc un devoir officiellement reconnu. De plus, elle est parallèle à une nouvelle politique hospitalière dont les professionnels m'ont fait part : la durée de séjour en psychiatrie sera réduite pour ne concerner que les périodes de crises. Les patients seront donc hors des murs de l'hôpital psychiatrique bien plus tôt qu'à l'heure actuelle. C'est pourquoi la réhabilitation des personnes schizophrènes est plus que jamais d'actualité et devient la priorité des ergothérapeutes exerçants en psychiatrie. Cependant les professionnels se rejoignent en majorité pour dire que la réhabilitation d'une personne schizophrène a des limites. Ainsi un patient atteint d'une schizophrénie résistante aux traitements (25% des patients) ou encore un patient dont l'évolution de la pathologie vers l'état déficitaire est déjà entamée ne pourra pas être réhabilité. Le devenir de ses personnes serait alors une institutionnalisation au sein d'un service spécialisé, où l'ergothérapie aura également sa place (visant cette fois d'autres objectifs que celui de la réhabilitation).

VI. Conclusion

Mes recherches et les entretiens me permettent d'avoir une vue d'ensemble sur le concept de la réhabilitation de la personne schizophrène à travers l'activité cuir.

La réhabilitation des personnes schizophrènes est la préoccupation de tout soignant. Cette notion anglo-saxonne, plus sociale, est d'actualité car la politique hospitalière évolue vers la réduction de temps de prise en charge en intra-hospitalier.

Ce processus a pour but de rétablir le patient dans ses droits et ses capacités afin qu'il puisse retourner dans son milieu de vie dans les meilleures conditions possibles et avec plaisir. C'est donc un processus long, qui concerne l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et le patient lui-même avant tout.

Conformément au décret des compétences mentionné en première partie de ce mémoire, l'ergothérapeute a toute sa place dans l'élaboration et l'accompagnement de ce processus auprès du patient.

J'ai choisi d'analyser l'activité cuir en prenant comme point de vue la CIF. Grâce à celle-ci, l'ergothérapeute peut évaluer les conséquences de la schizophrénie sur le patient : les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation dans son quotidien.

A travers l'activité cuir et l'atelier (lieu intermédiaire entre l'hôpital et l'extérieur), l'ergothérapeute crée une relation de confiance avec le patient qui lui permet d'explicitier ses problèmes et ses désirs.

Le cadre précis au sein duquel se déroule l'atelier cuir et dont l'ergothérapeute est le garant, rassure le patient. Il peut ainsi se confronter aux règles imposées, les comprendre, les accepter et les appliquer. Il pourra ensuite les transposer dans sa vie sociale. Toutefois le processus de réhabilitation n'a pas pour objectif de conditionner le patient selon un mode unique de

pensées ; l'ergothérapeute a toujours à l'esprit que chaque patient est différent et que chacun a sa propre personnalité.

L'ergothérapeute adapte l'activité et le média cuir aux capacités du patient pour que la prise en charge soit en conformité avec le projet de soins individualisé du patient. Il va apprendre ou réapprendre au patient des habiletés et des comportements adaptés indispensables à une réintégration réussie dans la société.

A travers la dimension technique de l'activité, le patient acquiert une nouvelle méthodologie d'action, exerce ses capacités fonctionnelles et cognitives (mémoire, attention...), réalise un objet du début jusqu'à la fin et finalement devient de plus en plus autonome et responsable.

A travers la dimension créatrice, le patient va devoir faire des choix, exprimer ses envies, prendre des initiatives et comprendre qu'il est capable de faire.

Bien souvent, le média cuir plaît au patient, ce qui favorise une motivation et un investissement dans l'activité mais aussi une revalorisation certaine lors de la réalisation d'un objet.

L'activité se pratiquant en groupe, l'accent est mis sur la relation. En effet, l'ergothérapeute garde en tête que la schizophrénie a pour conséquence une inadaptation sociale. C'est pourquoi, il incite le patient à échanger avec les autres membres du groupe, à écouter, à partager son savoir-faire et à s'entraider.

Le patient apprend également à se dissocier de l'objet, à se réappropriier les contours de son corps et enfin se détacher de l'objet qu'il réalise pour pouvoir le mettre en vente.

C'est donc parce que l'activité cuir lui permet de devenir autonome qu'on peut la qualifier de « réhabilitatrice ». Toutefois l'activité cuir n'est pas « réhabilitatrice » en elle-même, elle l'est uniquement parce que l'ergothérapeute en connaît ses spécificités et l'adapte au patient.

De plus, l'ergothérapeute prendra en compte les facteurs personnels (niveau scolaire, intensité des symptômes, tolérance aux traitements...) et les facteurs environnementaux du patient (a-t-il un lieu où loger ? est-il entouré ? avait-il un emploi ?...) pour l'amener à quitter l'hôpital et à reprendre une vie sociale dans les meilleures conditions possibles (prendre part à la vie associative par exemple). Il faut alors préciser que, même si l'activité cuir est un moyen⁵¹

pour le patient de se réhabiliter, elle ne permet pas de retrouver un travail ou encore un toit. C'est alors avec l'aide de toute l'équipe pluridisciplinaire, que le patient pourra envisager un nouveau projet professionnel. Il pourra intégrer un ESAT, une entreprise adaptée ou ordinaire et continuer le processus de réhabilitation. En ce qui concerne le logement, on pourra lui conseiller d'intégrer un appartement thérapeutique si l'équipe pense que c'est mieux pour lui, étape parfois nécessaire avant d'avoir un logement seul.

Il est alors très important de continuer le suivi extrahospitalier pour soutenir le patient, même une fois sorti de l'hôpital. Il pourra se tourner vers l'hôpital de jour ou encore le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel⁴³.

Ainsi l'ergothérapeute prend en charge le patient schizophrène pour l'accompagner dans le processus de réintégration de la société. Mais finalement la réhabilitation du patient ne peut se faire si la société ne fait pas le même processus de son côté. En effet, même si la volonté de réhabilitation du patient est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour qu'il trouve une vraie place dans la société.

La loi du 11 février 2005 est un premier grand pas social car le handicap et la maladie psychiques sont enfin reconnus : la solidarité nationale envers les personnes handicapées est décrétée. Mais il faut encore, à mon sens, mener des campagnes d'informations sur les spécificités de cette loi auprès des professionnels de santé et surtout auprès de la population. Cela permettra peut-être de briser les tabous et la peur que les mots « psychiatrie » et « schizophrénie » engendrent afin qu'à terme la réhabilitation des personnes sortant de psychiatrie devienne naturelle.

De plus, la nouvelle politique hospitalière vise à réduire la durée des séjours intra-hospitaliers, pour ne plus gérer que les « périodes de crises ». En effet, depuis les années 1970, les hôpitaux psychiatriques ferment des lits, et les patients sont hospitalisés pour des durées plus courtes.

Une fois « la période de crise » passée, le patient sera suivi en extrahospitalier et devra donc se réinsérer dans la société plus prématurément. Ces personnes sortant d'hospitalisation psychiatrique repartent alors dans un milieu familial souvent déjà épuisé par les manifestations précédentes de la maladie. Le handicap psychique reste encore un problème social grave et une souffrance familiale immense.

De nombreuses questions se soulèvent alors. Est-ce qu'un patient schizophrène peut se réhabiliter immédiatement après sa « période de crise » ? Est-ce que la société lui permettra ?

⁴³ D'après les cours de psychiatrie 2006 de Meunier-Schoën P. **CATTP** : centre similaire à l'hôpital de jour où le patient peut venir ponctuellement pour gérer ses angoisses ou encore s'inscrire dans des actions bénévoles.

Enfin, pour que le processus de réhabilitation puisse être mené à terme et que la réhabilitation de la personne schizophrène perdure dans le temps il est nécessaire d'aider les proches de ces patients. Mais en tant qu'ergothérapeute, comment faire ?

Bibliographie

Ecrits

BAPTISTE R. *Reconnaître le handicap psychique : développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle*. Lyon, Ed Chronique Sociale, 2005, 165 pages.

GARNIER M. et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris, Ed Maloine (29^{ème} édition), 2006, 1039 pages.

HANUS M. *Psychiatrie de l'Etudiant*. Paris, Ed Maloine (9^{ème} édition), 1996, 339 pages.

HERNANDEZ H. et al. *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, collection ErgOTHérapies, Gap, Ed Solal, Mai 2007, 236 pages.

LEMPERIERE TH. et al. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris, Ed Masson, Nouvelle présentation 1996, 414 pages.

MERLET P. et al. *Dictionnaire Le petit Larousse illustré 2005*. Paris, (100^{ème} édition), 2004, 1855 pages.

MOREL-BRACQ MC. *Approche des modèles conceptuels en Ergothérapie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes, Paris,, 2004, 176 pages.

OMS. *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, 2001, 304 pages

VIDON G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Lyon, Ed Frison-Roche, 1995, 485 pages.

Articles

COMBES C. *L'ergothérapie, une valeur thérapeutique pour les sujets que nous accompagnons : partage d'une pratique* in journal ErgOTHérapies N° 20, Montaigu, Ed médicale service de communication Techni média services, Décembre 2005, pages 21-29.

COUMEFF S. *Une définition de l'ergothérapie* in journal ErgOTHérapies N°21, Montaigu, Ed médicale service de communication Techni média services, Mars 2006, pages 53-54.

DA SILVA K. *L'ergothérapie dans le processus de réhabilitation* in journal ErgOTHérapies N°18, Montaigu, Ed médicale service de communication Techni média services Juin 2005, pages 43-52.

DERLON B. *Activité cuir et restructuration de la personnalité* in Expériences en ergothérapie N° 7, Paris, Ed Masson, pages 85-90.

KAPSAMBELIS V., BONNET C. *Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-295-E-10., Ed Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 11 pages, consultable sur internet, consultée le 18 Octobre 2007.

VERSAEVEL C. *La clinique des schizophrénies* in Soins psychiatrie N°249, Langres, Ed Masson, Mars/Avril 2007, pages 18-23.

Cours et brochures

Cours de psychiatrie 2007 de Mme Bourguignon, interne en psychiatrie adulte.

Cours de législation 2007 et 2008 de Mr Blaise, cadre de santé et formateur à l'IFER.

Cours des modèles de soins en ergothérapie et de neuropsychologie 2007 de Mme Orvoine, cadre de santé et directrice de l'IFER.

Cours de psychiatrie 2006 de Mme Meunier Schoën, cadre de santé et formatrice à l'IFER ayant exercé en psychiatrie.

Borchure *Une difficulté de vie quotidienne : l'ergothérapie, une aide active vers votre autonomie* Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2007.

Sites Internet

- <http://www.geneva-link.ch>, site du Réseau Francophone des Programmes de Réhabilitation Psychiatrique, consulté le 3 Décembre 2007.

- www.legifrance.gouv.fr site du service public de la diffusion du droit français, consulté le 4 avril 2008.

- www.em-consulte.com site de l'encyclopédie médico-chirurgicale, consultée le 18 Octobre 2007.

Annexes

Annexe 1 : Grands principes de la réhabilitation selon Cnaan.

Annexe 2: Bracelet en cuir.

Annexe 3 : Lettres que l'on imprime sur le cuir.

Annexe 4 : Principaux outils.

Annexe 5 : Un outil, une place.

Annexe 6 : Sac en cuir rouge.

Annexe 7: Sac en cuir vert.

Annexe 8 : Transcription de l'entretien avec Monsieur A.

Ils sont au nombre de 13 :

- **1^{er} principe : l'utilisation maximale des capacités humaines (Full Human Capacity en anglais)**

Chaque personne est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. La vie est un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. C'est de la responsabilité des professionnels, dont l'ergothérapeute fait parti, de développer le niveau d'attentes que les patients ont pour eux-mêmes, de les aider à se percevoir comme capable de progrès et de les soutenir dans ce processus de croissance.

Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son Moi⁴⁴.

- **2^{ème} principe ; Doter les personnes d'habiletés (Equipping People with Skills)**

C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales), et non la disparition des symptômes cliniques, qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc, vont être les objectifs du traitement et notamment en atelier ergothérapique de l'activité cuir.

- **3^{ème} principe : L'auto-détermination (Self Determination)**

Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit donc pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix.

L'auto-détermination des personnes devrait concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de

⁴⁴ D'après Freud, tout individu est composé du Moi du Ça et du Surmoi. Pour positionner le rôle du Moi, Freud nous propose : « Le Moi traduit en action la volonté du Ça » (*Le Ça le Moi et le Surmoi* p101). « Si toute la force motrice qui fait se mouvoir le vaisseau est fournie par le Ça, le Moi est en quelque sorte celui qui assume la manœuvre du gouvernail, sans laquelle aucun but ne peut être atteint » p136. « Le Moi tend vers le plaisir et cherche à éviter le déplaisir » p139. Pour Freud, le Ça est donc la source d'énergie et le Moi est le gouvernail.

traitement (c'est essentiellement le rôle du psychiatre, toutefois l'ergothérapeute peut prendre le temps de réexpliquer certains termes par exemple si le patient lui demande).

- **4^{ème} principe : La normalisation (Normalization)**

Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, éducation, travail) ou en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.

- **5^{ème} principe : L'individualisation des besoins et des services (Differential Needs and Care)**

Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation dont l'ergothérapeute fait parti, doit être individualisé pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est donc une prise en charge personnalisée qui doit être menée et non une action globalisante pour l'ensemble des patients au long court.

Pour cela la relation avec le patient doit être basé sur la confiance. L'ergothérapeute doit bien connaître le patient et échanger avec lui afin de savoir quels sont ses sentiments, ses attentes et ses désirs.

- **6^{ème} principe : L'engagement de l'équipe pluridisciplinaire (Commitment of Staff)**

L'engagement des différents professionnels soucieux du bien-être de la personne et qui ont foi dans ses capacités de progresser doit être maximal. En effet si l'ergothérapeute n'est pas convaincu que le patient peut atteindre les buts fixés cela influencera la prise en charge, elle ne sera pas efficace. Les objectifs de la prise en charge doivent donc être réalistes, suivent une progression et doivent correspondre au projet de vie du patient. Ainsi l'équipe pluridisciplinaire accompagne et soutient le patient schizophrène tout au long du processus de réhabilitation. C'est pourquoi les intervenants peuvent être amenés à garder contact avec les personnes (coup de téléphone, visites à domicile à l'appartement thérapeutique...) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.

- 7^{ème} principe : La déprofessionnalisation de la relation d'aide (Deprofessionalization of Service)

Les intervenants ne doivent pas se cacher derrière une couverture professionnelle. Les barrières artificielles doivent être enlevées. Tomber dans la plainte ne sera en aucun cas bénéfique au patient et faussera la relation soignant-soigné qui régit la prise en charge.

Le côté « humain » du professionnel est crucial dans le processus de réhabilitation. De même les intervenants doivent appréhender la personne comme un être humain avec toutes ses dimensions plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de "neutralité" ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes non-thérapeutiques.

-8^{ème} principe : Intervenir précocement (Early Intervention)

Il est essentiel d'intervenir le plus précocement possible dès les premiers signes avant-coureurs de rechute ou de dysfonctionnement. Pour cela il est indispensable d'informer le patient et sa famille sur la nécessité de suivre le traitement médicamenteux mais également les encourager à nous alerter s'ils remarquent un mal être renaissant. Le but est d'éviter les rechutes et les réhospitalisations et de préserver les acquis en compétences et en liens sociaux (travail, logement, contacts sociaux,...).

-9^{ème} principe : Structurer l'environnement proche du patient (Environmental Approach)

Les interventions doivent viser à structurer l'environnement immédiat de la personne (la famille, réseau social, milieu de vie, de travail,...) pour qu'elle puisse en obtenir un maximum de soutien

- 10^{ème} principe : Changer l'environnement plus largement (Changing the Environment)

Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie mentale sévère (informer le public, modifier les services médicaux, les structures d'accueil,...).

- 11^{ème} principe : Aucune limite à la participation (No limits on participation)

La réhabilitation psychosociale est un processus continu qui nécessite continuité des soins et du soutien et qui doit être constamment revu en fonction de l'évolution. Il importe de ne pas suspendre les services de réhabilitation en cas d'hospitalisation. S'il n'y a pas de limite de temps, il convient aussi de mettre le moins possible de critères de sélection pour l'entrée dans un programme.

- 12^{ème} principe : La valeur du travail (Work Centered Process)

La Réhabilitation Psychiatrique soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspérer et de se réaliser dans un emploi rémunéré, est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapée par la maladie mentale. Il s'agit d'envisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi temps plein, mais des emplois souples, diversifiés tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs.

- 13^{ème} principe : Priorité au social par rapport au médical (Social Rather Than Medical Supremacy)

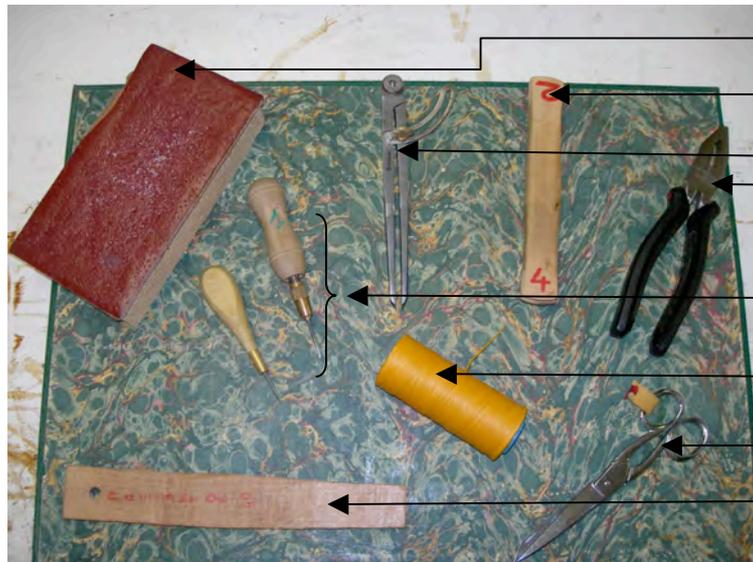
Il s'agit de dépasser le modèle médical traditionnel, du moins à mon sens après une certaine stabilisation de la situation de crise: maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments, le savoir médical qui sait ce qui est juste pour le patient, etc, pour favoriser une approche globale de la personne centrée sur son autodétermination, sur ses capacités, sur l'apprentissage d'habiletés, sur la mobilisation de son environnement social propre. Dans cette dynamique, le médical doit pouvoir s'effacer tout en restant disponible, pour laisser la place à d'autres acteurs sociaux.



Annexe 2 : bracelet en cuir.



Annexe 3 : Lettres que l'on imprime sur le cuir.



Calle en bois

Formoir

Compas

Pince

Aussi

Annexe 4 : Principaux outils nécessaires.



Annexe 5 : Un outil, une place.



Annexe 6 : Sac en cuir rouge.



Annexe 7 : Sac en cuir vert.

Entretien avec Monsieur A, ergothérapeute cadre supérieur de santé, responsable de l'unité d'ergothérapie et du centre socioculturel du centre hospitalier spécialisé.

Pour vous, qu'implique la notion de réhabilitation en psychiatrie ?

D'abord il ne faut pas perdre de vue que le terme « réhabilitation » est un terme anglo-saxon, qui chapote ce que l'on peut appeler la réinsertion et la resocialisation. Ces actions vont être faites par l'ensemble des soignants pour permettre à un patient de retourner dans son milieu de vie de la meilleure manière possible. Et pouvoir évoluer dans son milieu de vie avec plaisir en prenant contact avec les gens présents autour de lui. Reprendre une vie, la meilleure possible, tout en tenant compte le handicap et la maladie. C'est donc un gros travail et surtout un travail de long cours.

La réhabilitation passe donc par la continuité des soins car elle ne peut avoir un effet que si elle est inscrite dans la durée. Car une fois l'état de crise du patient passée, les causes d'entrée dans cet état ne sont pas résolues et c'est à ça qu'il va falloir s'attacher. C'est pourquoi en ambulatoire il y a un double travail. Dans un premier temps, une fois stabilisé, repérer qu'est ce qui a amené le patient à cet état. Puis dans un second temps, fort de ce constat, on va voir comment on peut l'aider à ce que les mêmes causes ne provoquent pas les mêmes effets. Et ceci en ayant la participation et l'accord du patient puisque on sait qu'il y a des solutions compliquées à trouver. L'exemple souvent cité est celui des malades alcooliques. L'idéal serait de leur dire de ne pas retourner voir leurs connaissances alcooliques, et si ça leur demande de s'isoler c'est perdu d'avance. On voit bien là que la marge de manœuvre est étroite. Il faut donc prendre son temps pour arriver à déterminer les bonnes origines des problèmes pour pouvoir travailler dessus. Et c'est dans ce travail là, à la fois de continuité de soins, de recherches des vraies causes aux problèmes et des moyens d'y palier, que l'ergothérapie a toute sa place à prendre. Mais sûrement pas toute seule, car il faut travailler en équipe, d'ailleurs à l'extérieure aussi.

On pense que si un patient a un travail, un logement et un réseau social, il est réinséré. C'est déjà pas mal mais il ne faut pas oublier que le patient doit reprendre du plaisir à vivre. Parce que finalement ce n'est pas très compliqué de trouver un toit à quelqu'un ou encore un travail, mais si on n'a pas réussi à lui redonner l'envie d'être à l'extérieur, d'aller vers les autres, de peut-être s'inscrire dans des associations, de profiter quand il fait beau d'aller se promener,

d'avoir des démarches culturelles ou autre et bien on n'a pas fait grand-chose. Et c'est ce qu'on constate pour certains de nos patients, qui sont à l'extérieur. Ils sont pourtant autonomes chez eux mais ils sont aussi dans une misère relationnelle importante qui fait que leurs problèmes ne sont pas solutionnés. C'est l'envie de s'en sortir qui déclenche la réinsertion et donc la réhabilitation. On ne peut pas se battre sans le patient.

Et pour induire cette envie très personnelle, il faut prendre le temps pour que le patient soit à même d'échanger avec nous. Peu à peu, il va nous dire où se situent ses difficultés, dans quelles situations il se sent en difficultés, pour qu'ensuite nous puissions lui faire des propositions qui vont vraiment correspondre. Il ne faut surtout pas faire les choses sans l'envie et l'accord du patient car, j'insiste, cela voudrait dire qu'on prend nos désirs de soignant pour des réalités et qu'on considère que retrouver un travail ça va être bien pour le patient alors que ce n'est pas du tout ce qu'il attend et qui le motive. Il y a beaucoup de gens dans ce cas. En effet il y a beaucoup de gens qui sont aidés par la reprise du travail parce que ça les revalorise mais pour d'autres ce n'est pas du tout le cas. Il faut vraiment se donner le temps de les accompagner, pour être là au bon moment, que la relation soit assez empathique pour que le patient se livre et nous fasse confiance.

J'ai également oublié de parler de quelque chose de très important, ce sont les personnes ressources. Il est essentiel de savoir si dans l'environnement du patient il y a des personnes ressources dans leur famille ou même en tant qu'amis qui pourraient le soutenir. Et c'est intéressant de les inclure dans la démarche et de les inviter à prendre part au processus.

J'ai donc décidé de baser mon mémoire sur la réhabilitation des schizophrènes sur l'activité cuir. Est-ce que vous pouvez me dire, selon vous, ce qu'elle peut apporter aux personnes schizophrènes ?

Là je vais être clair. L'activité cuir en elle-même n'apporte rien aux schizophrènes. L'activité n'est qu'un prétexte pour pouvoir entrer en relation avec la personne. Le problème des maladies psychiques, c'est la difficulté d'exprimer leur souffrance, de communiquer. Le cuir, en tant qu'activité, est alors un prétexte qui va tendre vers ça. C'est-à-dire qu'on pense qu'en mettant le patient dans la situation d'agir à travers une activité, avec un ergothérapeute qui s'implique également dans l'activité, cela va être un bon levier pour favoriser la communication. Pour surement au début parler de l'aspect technique du cuir puis très vite de parler du reste, c'est-à-dire des vrais problèmes. Dans cet aspect, n'importe quel support pensé dans cette idée peut favoriser ce travail.

De plus, comme tous traitements, l'activité fonctionne ou non. Le patient peut ne pas apprécier le cuir ou ne pas se sentir impliquer dans ce qu'il fait. C'est là que l'ergothérapeute doit être observateur et comprendre la situation. Il peut alors proposer une évolution de l'activité, de son rythme ou encore un changement d'atelier. Tout cela doit rester très souple dans la mesure où chaque situation est individuelle. Les projets de soins de l'hôpital sont individualisés. Et même si l'activité cuir se fait en groupe, chaque patient est unique.

Et si l'on tient vraiment à parler de l'activité cuir, elle est spécifique en un point. Elle est une activité intermédiaire. C'est-à-dire qu'elle offre une dimension créatrice au patient si on le désire et à l'opposé offre un aspect très technique correspondant à une demande d'activité très cadrée. Dans ce sens là c'est une activité intéressante. Et effectivement, le cuir a une image sociale de matériau précieux, cher et noble. C'est donc un matériau qui en soit revalorise la personne.

Est-ce que le cuir peut-être une activité « réhabilitatrice » ?

Oui, comme toutes activités ergothérapeutiques contenant par, définition, un cadre, un ergothérapeute et un objet médiateur de la relation.

Est-ce que le terme de CIF vous parle ?

Oui.

J'aimerais donc savoir si vous pensez que la CIF soit une bonne grille de lecture de l'homme ?

Oui, je pense qu'elle est bonne d'autant plus qu'en psychiatrie nous n'avons pas encore vraiment ce genre d'outils. Il a d'abord été créé pour la rééducation fonctionnelle, mais en matière de réhabilitation, on est dans quelque chose qui est à la frontière entre le domaine du psychologique et du fonctionnel, en l'occurrence il s'agira des deux. Et donc ce genre de grille est tout à fait exploitable.

J'ai donc décrit l'activité cuir au travers des différentes dimensions de la CIF, pour expliciter ce que l'activité cuir pouvait apporter au patient. Est-ce que pour vous cette démarche a du sens ?

Bien sûr cela garde du sens. Mais il faut regarder ce résultat d'analyse que vous avez fait avec un certain recul. Le recul de se dire que la CIF est quand même faite pour des problèmes de rééducation physique et non psychique, et traite des aspects psychologiques secondaires au handicap. Alors qu'en psychiatrie c'est l'inverse. C'est-à-dire que chez les patients dont on s'occupe, l'aspect psychologique passe en premier. Et c'est cet aspect psychologique qui va entraîner des déficiences voire des incapacités physiques. Il faut donc bien lire votre travail dans ce sens.

La CIF a été le point de départ de l'élaboration de la loi d'égalité des droits et des chances de 2005. Que pensez-vous de cette loi par rapport aux personnes schizophrènes ?

Le point majeur de cette loi c'est qu'elle fait apparaître pour la première fois le handicap psychique. On considère donc qu'un malade psychiatrique peut souffrir d'un handicap psychique et que cet handicap psychique doit être pris en compte. C'est cela qui fait toute la différence. Et pour nous, soignants hospitaliers en psychiatrie, cela fait une différence. Car maintenant on est amenés de plus en plus, à réduire la partie de nos soins intra-hospitaliers et à baser la majorité de nos soins sur l'extrahospitalier. C'est la nouvelle politique hospitalière, l'intra-hospitalier servira à gérer les crises pendant un temps bref, et les patients seront suivis en ambulatoire. C'est dans cette évolution que les ergothérapeutes ont leurs rôles à jouer. La réhabilitation sera plus que jamais une des préoccupations de l'ergothérapeute.

Maintenant que la situation de handicap causée par la maladie psychiatrique est reconnue, il faut toujours travailler sur l'acceptation de cette maladie. Que ce soit pour le patient lui-même ou pour la société. Car finalement la réhabilitation ne dépend pas que du patient. S'il essaie de se réinsérer dans un milieu qui le rejette, il est clair que cela ne fonctionnera pas. Maintenant, il faut voir de quel point de vue on se place. Nous soignant, n'avons que le patient en face de nous et c'est lui que nous devons aider évidemment en s'appuyant sur son environnement. Mais nous ne pouvons pas nous battre contre des montagnes. Pour résumer la réhabilitation ne dépend pas uniquement du patient, mais elle dépend du patient en grande partie.

Pensez-vous que toutes les personnes schizophrènes peuvent être réhabilitées ?

Ce n'est pas simple comme question mais j'ai envi de dire oui. On ne peut pas se permettre de commencer à dire « celui là ne sera jamais réinsérer », on ne peut pas se baser sur les apparences. Quelques fois on est étonné.

La schizophrénie, certes est une maladie grave, mais elle peut s'exprimer de façon très diverses. Pour faire simple il y a des personnes « un peu » schizophrènes et d'autres qui sont « gravement » schizophrènes. Les « gravement schizophrènes » vont avoir besoin de soins toute leur vie et évolués dans un milieu institutionnel. Mais cela peut les satisfaire. A l'opposé on peut avoir un schizophrène « léger » qui va retourner au travail et refaire sa vie. Et ce n'est pas parce qu'un schizophrène a encore des soins en ambulatoire, par exemple, qu'il n'est pas réhabilité. Il est important que le patient sache qu'il est soutenu.

Finalement le terme schizophrénie fait peur, mais il ne faut pas envisager quelque chose de monolithique derrière ce terme. Mais oui je pense que n'importe quels schizophrènes peut être réhabilités, pourquoi pas !

Résumé :

La réhabilitation apparaît comme un processus long, personnalisé et pluridisciplinaire qui permet au patient de se sentir au centre de cette évolution et qui l'incite à en être l'acteur. L'ergothérapeute, faisant partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire en secteur psychiatrique, est amené à prendre en charge ce patient et à faire de sa réhabilitation l'objectif final.

Ce travail de recherche tend alors à savoir si l'ergothérapeute peut accompagner un patient schizophrène dans son processus de réhabilitation à travers une activité peu commune : le cuir.

C'est à travers la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), classification adoptée en France dans le cadre de la loi du 11 février 2005, que cette activité est analysée afin de comprendre ce qu'elle peut apporter lorsqu'elle est adaptée à un patient souffrant d'une pathologie psychique : la schizophrénie.

Mots Clés :

- Ergothérapeute
- Schizophrénie
- CIF
- Activité cuir