



EN QUOI UNE ACTIVITÉ EST-ELLE ERGOTHÉRAPEUTIQUE ?

Expérience d'une activité « Tableaux en Scrapbooking »
avec des personnes atteintes de schizophrénie

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Mylène LE GALL

Juin 2008

Institut de **F**ormation en **E**rgothérapie de **R**ennes



**EN QUOI UNE ACTIVITÉ
EST-ELLE ERGOTHÉRAPEUTIQUE ?**

Expérience d'une activité « Tableaux en Scrapbooking »
avec des personnes atteintes de schizophrénie

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Mylène LE GALL

Juin 2008

*Je tiens à remercier tout particulièrement M. Guihard
pour son aide, sa disponibilité et sa gentillesse,
je souhaite aussi remercier Mmes Orvoine et Meunier-Shoen
pour m'avoir apporté leur savoir et leurs expériences,
et enfin, je remercie également mes camarades, ma famille et mes proches
pour leur soutien, leur compréhension et leur présence à mes côtés lors de cette formation.*

Sommaire

Introduction

I. THÉORIE CONCEPTUELLE.....	4
A. L'ERGOTHÉRAPIE	4
B. QUE FAIT UN ERGOTHÉRPEUTE ?	5
C. L'ERGOTHÉRAPEUTE EN PSYCHIATRIE ET SES RÔLES	8
D. DÉFINITION DE L'ACTIVITÉ	9
E. ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE ET ERGOTHÉRAPIE	10
1. <i>L'ergothérapeute</i>	10
2. <i>La relation thérapeutique</i>	10
3. <i>Le cadre</i>	13
4. <i>La médiation et ses propriétés</i>	16
5. <i>Objectifs spécifiques du patient</i>	18
F. LA SCHIZOPHRÉNIE	20
1. <i>Epidémiologie</i>	20
2. <i>Sémiologie</i>	20
3. <i>Etiologie</i>	22
4. <i>Formes cliniques</i>	22
5. <i>Mode d'entrée, évolution, pronostic</i>	23
6. <i>Traitements</i>	25
II. PARTIE MÉTHODOLOGIQUE	27
A. MÉTHODOLOGIE	27
B. OBJECTIFS DES OUTILS MIS EN PLACE	27
C. ETUDE DE CAS	27
1. <i>Justification de l'outil et démarche de la mise en place de l'activité</i>	27
2. <i>L'ergothérapeute</i>	28
3. <i>La relation thérapeutique</i>	28
4. <i>Le cadre</i>	28
5. <i>La médiation : le scrapbooking</i>	31
6. <i>Les objectifs propres aux patients</i>	38
7. <i>Interprétation et analyse de l'étude de cas</i>	45
8. <i>Limites</i>	50
9. <i>Conclusion de l'étude de cas</i>	50
D. ENTRETIENS	51
1. <i>Justification de l'outil et démarche mise en place</i>	51
2. <i>Les huit étapes pas à pas</i>	53
3. <i>Limites</i>	61
4. <i>Conclusion des entretiens</i>	62
E. CONCLUSION DES RECUEILS DE DONNÉES	62

Conclusion

Glossaire

Bibliographie

Annexes

Introduction

Durant ma formation, j'ai été amenée petit à petit à me positionner en tant que *professionnelle*. Je me suis souvent interrogée concernant cette démarche, ce qui a fréquemment engendré des remises en question par rapport à la profession d'ergothérapeute (son rôle, sa place dans une équipe, etc.) Parmi ces questions, il y avait des énigmes autour du noyau de ce métier : l'**Activité**. J'ai alors entamé une réflexion plus approfondie sur cette notion. Je me suis documentée mais quelques questions m'ont intriguée davantage : *en quoi peut-on dire qu'une activité est thérapeutique ou ne l'est pas ? Comment peut-on le déterminer ? Quels sont les critères qui le spécifient ? Ceux qui permettent d'engendrer un processus de soin, une rééducation, une réadaptation, un suivi ?*

Initialement, je me suis renseignée sur les théories et opinions de certains auteurs. D'autres questions s'en sont suivies... *En quoi un ergothérapeute est-il plus apte à pratiquer certaines activités et d'autres moins ? Quelle est la différence d'apport entre une activité réalisée par un ergothérapeute et une activité réalisée par un autre corps de métier (infirmier, aide soignant, éducateur spécialisé, psychologue par exemple) ? Toute activité animée par un ergothérapeute est-elle ergothérapeutique ? Etc.*

J'ai remarqué qu'il y avait peu d'écrit sur le sujet. Puis, je suis partie sur l'hypothèse qu'un certain nombre d'ergothérapeutes exerçant en psychiatrie pouvait se poser cette question.

Qu'est-ce qui fait qu'une activité est ergothérapeutique ?

Lors de mes différents stages, j'ai pu remarquer que chaque ergothérapeute avait une façon particulière de travailler et ce, même si nous avions à peu de choses près une formation identique. Alors, « *Y a-t-il autant d'ergothérapies que d'ergothérapeutes ?* »¹ Cela se discute... Cependant, je me suis aussi aperçue que les protocoles de prise en charge en rééducation fonctionnelle sont souvent « dictés », alors qu'en psychiatrie, il y a plus de liberté. De ce fait, chacun peut –s'il reste dans son champ de compétence- avoir différentes *expériences en ergothérapie*.

¹ S. DENEQUE, B. KOCH. « Recherche sur l'évaluation en psychiatrie ». *Expériences en ergothérapie*, 19^{ème} série. Montpellier : Sauramps Médical, 2006. p. 112.

Au départ, je m'orientais sur une activité (le mime) et je me demandais ce qu'elle pouvait apporter à des patients ayant une pathologie particulière : *comment le mime peut-il « agir » sur des personnes ayant un syndrome dissociatif dans le contexte d'une schizophrénie ?*

À côté de cela, j'ai toujours eu un attrait pour les **loisirs créatifs**. Depuis deux ans environ, je m'attachais plus à une activité en particulier, les *tableaux en scrapbooking*. À l'occasion d'un stage, j'ai pu noter que les ergothérapeutes l'utilisaient comme **support de rééducation** avec des personnes cérébro-lésées. De ce fait, j'ai eu envie d'expérimenter son utilisation auprès de patients en milieu psychiatrique.

Je me suis alors demandée : *comment cette activité peut-elle soigner ? Ou encore qu'est-ce que le scrapbooking aurait de plus qu'une autre activité dite « type » de l'ergothérapie comme le rotin, la menuiserie, la mosaïque, le cuir, etc... ?*

Après réflexion et quelques discussions, le sujet a évolué. En effet, cette activité étant « nouvelle », nous n'avons pas assez de recul, ni de distanciation pour percevoir ses « vertus thérapeutiques ». En cela, je me suis posée la question : *comment créer une activité en ergothérapie ? Ou encore, à partir de quel moment peut-on considérer une activité comme « ergothérapeutique »² ?* Ma démarche a ainsi suivi son cours à travers de nombreux articles et livres.

Ce que nous pouvons constater, c'est que la santé mentale a quasiment été de tout temps un tabou dans la société. Elle l'est encore parfois, mais cela ne cesse de changer. Cependant, il y a toujours cette peur du « fou », de l'inconnu. Le tout n'est pas de rééduquer un patient et de le « jeter en pâture » à la société, mais de l'y insérer pour qu'il se sente *individu* et *citoyen* à part entière. Bien sûr, cela n'est pas réalisable dans tous les cas, mais c'est aussi à cela qu'il faut œuvrer.

C'est dans cette optique, que la problématique aurait pu être sollicitée par l'**institution** ou encore la **société**.

Dans le cadre de l'institution, cette demande aurait pu, par exemple, intervenir lors d'un changement ou d'un renouvellement des activités ou des ateliers. Tenter de créer des projets plus novateurs dans le but d'avoir des activités appropriées, adaptées aux envies et aux besoins des patients. Tenter que ces activités soignent et donc qu'elles soient thérapeutiques et comme je suis en train d'effectuer un mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'*ergothérapeute*, que ces **activités** soient **ergothérapeutiques**...

² Néologisme signifiant pouvant être utilisé, réalisable, praticable en ergothérapie.

Quels sont les **critères** qui rendent une activité thérapeutique afin de soigner et de pouvoir réintégrer, réinsérer, réhabiliter les personnes handicapées psychiques ? Cette question aurait pu être aussi requise par la société. En effet, la société actuelle cherche à réinsérer le plus possible les personnes ayant des troubles psychiques. Donc elle pourrait être en demande d'activités *qui soignent* et rendent des résultats satisfaisants afin de réadapter et réinsérer ces personnes dans les meilleures conditions qui soient.

J'en ai déduit : pour qu'une activité soit ergothérapeutique, il fallait qu'elle soit animée par -au moins- un **ergothérapeute**, qu'une **relation thérapeutique** soit établie entre ses patients et lui-même, qu'un **cadre** soit posé et que la **médiation** -ou l'activité- déterminée, ait des **objectifs généraux** répondant aux sphères que l'ergothérapeute cherche à travailler et qu'elle soit enfin un **moyen** mis en œuvre adapté aux **objectifs spécifiques** du ou des patients. C'est sur ces critères que mon hypothèse s'est basée.

Des éclaircissements au niveau personnel me paraissaient judicieux. Aussi, la problématique étudiée, ébauche d'un cheminement personnel, ainsi que d'expériences de stage. Elle émane d'une demande personnelle à laquelle j'avais envie d'essayer de répondre. En effet, d'ici à quelque temps, je serai professionnelle et je m'interroge sur cette spécificité. D'autant que, je serai peut-être amenée dans ma vie professionnelle, à faire une création de poste, à réaliser des ateliers ou encore à créer des projets. Autant de questions qu'il sera utile de se poser le jour approprié.

Cette problématique et son analyse ne seront sûrement pas exhaustives.

Elles reflèteront ma démarche de réflexion autour de l'activité en ergothérapie, celle-ci me semblant nécessaire avant toute concrétisation d'un projet. Elle pourra également être le point de départ d'une nouvelle recherche ou d'un approfondissement sur la question.

Cette réflexion est la réponse à une spéculation ; car au terme de mes dix mois de stage durant ces trois années de formation, l'expérience acquise est encore pauvre, même si elle ne demande qu'à s'enrichir (!)

Je vais donc en première partie définir l'ergothérapie et les différents concepts. J'expliciterai ensuite les différents termes et notions présents dans ma recherche, notamment les critères qui, selon moi, rendent une activité ergothérapeutique. J'aborderai également la psychopathologie de la schizophrénie et en deuxième lieu, d'après les renseignements que j'ai pu saisir, je démontrerai l'hypothèse en l'infirmant ou la confirmant.

I. THÉORIE CONCEPTUELLE

A. L'ERGOTHÉRAPIE

Souvent, lorsque je me présente à une personne, elle me demande ce que je fais dans la vie : « *je fais des études d'ergothérapie* ». Généralement, ces mots sont suivis d'un silence de quelques secondes. A partir de là, deux situations se présentent : soit la personne sait ce que c'est, et dans ce cas, il n'y a pas de souci. Soit elle ne connaît pas du tout, dans cette conjoncture, deux autres solutions s'offrent à elle : soit elle fait semblant de connaître et coupe court à la conversation, soit curieuse de découvrir un nouveau terme va « oser » demander : « *Mais l'ergothérapie, qu'est-ce que c'est ?!* ». C'est alors que je me lance dans une phrase devenue quasiment automatique et instinctuelle depuis que je veux exercer ce métier : « *L'ergothérapie, c'est une discipline **paramédicale** qui aide à maintenir ou à favoriser un maximum d'**indépendance**³ et d'**autonomie**⁴ à des personnes en **situation de handicap** physique, psychique ou sensoriel et ce, en utilisant comme **médiation** des **activités** manuelles, artisanales ou ludiques. »*

Il est vrai que cette phrase ne couvre pas totalement tous les champs d'activité et les compétences professionnelles de l'ergothérapeute, mais elle en donne l'essentiel. Ensuite, je peux m'aventurer à continuer : « *C'est aussi lui qui, sur **prescription médicale**, peut s'occuper de l'aménagement d'un logement –pour une personne en fauteuil roulant ou en déambulateur par exemple– ou alors fait des orthèses –sorte de contentions en thermoformable, plastique qui se moule lorsqu'il est à une certaine température– ou encore aide au choix d'un fauteuil roulant, et j'en oublie...* ». Sur ce, une conversation s'engage fréquemment car c'est une profession encore peu connue du grand public.

La définition que l'on peut trouver dans un dictionnaire commun précise son champ d'action :

« **Ergothérapie** n.f. (du grec *ergon*, travail). Professionnel paramédical exerçant une méthode de **rééducation** et de **réadaptation** sociale et psychologique par l'activité physique, le travail manuel. »⁵

³ et ⁴ Cf. glossaire.

⁵ Le Petit Larousse Illustré. Sous la dir. de I. JEUGE-MAYNARD. Paris : Larousse, 2006, p. 426.

Pour une description plus formelle et précise, je préfère m'appuyer sur le livre « *Ergothérapie : Guide des pratiques* »⁶, qui définit l'ergothérapie comme suit :

« L'ergothérapie est une thérapie par l'activité.

L'ergothérapie s'adresse à des personnes atteintes de **maladies** ou de **déficiences**⁷ de nature **somatique**, **psychique** ou **intellectuelle**, à des personnes qui présentent des **incapacités** ou à des personnes en **situation de handicap** temporaire ou définitive.

Le but de l'ergothérapie est de permettre à ces personnes de **maintenir** ou **développer** leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle.

L'ergothérapie est une **profession de santé** qui intervient dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation, de l'**insertion**. Elle se réfère aux sciences humaines, médicales, psychologiques, sociales et techniques. »

Pour compléter cette définition, il est aussi pertinent de faire appel aux textes officiels et entre autres, le décret de compétences de la profession d'ergothérapeute. *Cf. Annexe 1*

B. QUE FAIT UN ERGOTHÉRAPEUTE ?

L'ergothérapie, oui ! Mais que fait l'ergothérapeute dans ses ateliers ?!

Pour parfaire la précédente définition et être complémentaire, les auteurs du même ouvrage ont décrit les actes professionnels de l'ergothérapeute⁸ :

« L'ergothérapeute :

→ Évalue :

- ☐ Les déficiences, les incapacités ou leurs conséquences somatiques, psychiques, intellectuelles ;
- ☐ Les éléments significatifs de l'**environnement** humain et matériel ;
- ☐ Les situations de handicap lors de la réalisation des activités de la personne dans le domaine familial, scolaire, professionnel, socioculturel ;

⁶ M.-C. DETRAZ *et al.* Ergothérapie : Guide des pratiques. Vieilleville : ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), 2000. p. 25.

⁷ Cf. glossaire.

⁸ M.-C. DETRAZ *et al.* *Op. cit.* p. 25 – 26.

- Utilise des **activités thérapeutiques** spécifiquement choisies et des mises en situation de vie quotidienne pour :
 - ▣ Favoriser l'amélioration des fonctions déficitaires et réduire les limitations fonctionnelles ;
 - ▣ Développer les capacités résiduelles, solliciter les ressources d'adaptation et d'évolution ;
 - ▣ Réduire ou supprimer les situations de handicap compte tenu des habitudes de vie, de l'environnement de la personne ;
 - ▣ Permettre à la personne de conserver son potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique ou relationnel ;
- Accompagne la personne dans sa thérapie en proposant un **cadre** de prise en charge repéré dans le temps et l'espace ;
- Réalise des appareillages, des dispositifs de positionnement et d'installations destinés à améliorer le confort, prévenir l'apparition ou l'aggravation de complications ou corriger des déformations ;
- Accompagne la personne dans l'élaboration de son **projet de vie** ;
- Analyse les besoins d'aide humaine en vue du retour ou du maintien dans le lieu de vie ;
- Etudie les aménagements environnementaux nécessaires :
 - ▣ Recherche et conseille le matériel et les aides techniques, les conçoit et les réalise le cas échéant. Il guide les essais et l'apprentissage de leur utilisation ;
 - ▣ Apporte un avis technique spécifique en intervenant auprès de la personne, de son entourage, d'associations, d'entreprises, d'instances ou de collectivités locales. »



Figure 1 : Cadre photo effectué par un patient



Figure 2 : Vannerie faite par un patient



Figure 3 : Miroir décoré par un patient

C. L'ERGOTHÉRAPEUTE EN PSYCHIATRIE ET SES RÔLES

L'ergothérapie, l'ergothérapeute d'accord.... Mais plus spécifiquement en psychiatrie ?

L'ergothérapeute a pour rôle d'aider le patient à mobiliser et faire émerger ses **capacités créatives**. Il le confronte à la **réalité** par la matérialité du médiateur et des objets ainsi qu'à des contraintes sociales. Il définit aussi un cadre et des limites qui déterminent les champs de possibilités du patient.

L'ergothérapeute se doit d'offrir au patient un **espace** pour tenter -en se concentrant sur une activité- de canaliser son attention sur un support qui sert de vecteur à la **communication** et l'**échange**.

Chaque activité à ses particularités. Si on ne les respecte pas, il se peut que l'objet ne soit pas comme initialement prévu. De ce fait, le patient pourra être confronté à la **frustration** ; ce qui, selon les patients, aura des répercussions négatives ou plutôt positives.

C'est en cela qu'un travail doit être effectué avant de proposer une activité à des patients. Cette dernière doit être analysée (**analyse d'activité**) de part ses caractéristiques spécifiques ainsi que par rapport au(x) patient(s).

L'atelier d'ergothérapie permet aussi aux patients de changer d'environnement, ce qui, comme la frustration, peut avoir des retentissements favorables ou non.

Le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie est d'aider la personne à mieux se connaître et s'accepter, à développer des ressources et connaître ses limites, à augmenter ses facultés d'**adaptation**, améliorer ou restaurer ses **capacités relationnelles** et bien sûr, avoir un gain d'autonomie.

Pour cela, il dispose d'outils, de moyens : les **Activités**. Il y en a de différents types : les activités de la vie quotidienne, les activités manuelles, créatrices, d'expression, et corporelles.

De cette définition découle une question : *Qu'est-ce qu'une « Activité » alors ?*

D. DÉFINITION DE L'ACTIVITÉ

D'après la *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*⁹, l'activité « désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne ».

En ergothérapie, elle a un rôle caractéristique, des **objectifs généraux** et **spécifiques**. L'activité est la base du métier d'ergothérapeute.

C'est un **médiateur**, c'est-à-dire « une personne ou une chose (objet ou action) qui s'entremet entre deux ou plusieurs personnes en vue d'une conciliation »¹⁰. C'est quelque chose qui sert d'**intermédiaire**. En l'occurrence, ici, l'activité sert d'intermédiaire à la **relation**, à la communication, à l'échange. D'après M. Gummy, ergothérapeute, « elle justifie la rencontre »¹¹. Et en effet, c'est grâce à elle qu'un lien peut se créer, que le patient peut se laisser aller d'une manière dissemblable à celle manifestée par la parole.

Il peut s'exprimer et exprimer différemment ses idées, ses ressentis et ses affects par les mimiques, les créations, l'imaginaire : le **non-verbal** en soi, en n'obligeant pas le patient à les exposer avec des mots, ce qui peut s'avérer parfois angoissant.



Figure 4 : Photo d'un tableau en scrapbooking

⁹ OMS. CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2007. p. 10.

¹⁰ Le Petit Larousse Illustré. Op. cit. p. 676.

¹¹ M. GUMMY. « La question de l'investissement chez de jeunes patients psychotiques ». Journal d'ergothérapie. Décembre 1995. Paris : Masson, 1995. page 219.

E. ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE ET ERGOTHÉRAPIE

Définition de l'**activité thérapeutique**¹² : « *Activité qui aide les personnes ayant des incapacités dans leur relation avec leur entourage et qui leur apprend à résoudre leurs problèmes spécifiques.* »

Qu'est-ce qui fait qu'une activité est thérapeutique en ergothérapie ? Telle est la question. En effet, c'est à ce dur labeur que je m'attèle... Car, si l'activité en milieu fonctionnel a principalement un versant rééducatif, il en est tout autre en psychiatrie.

J'ai donc mobilisé mon attention sur les cinq critères qui subjectivement, faisaient l'« *ergothérapeutique* » d'une activité. En premier lieu, l'**ergothérapeute** puis, la **relation thérapeutique de confiance** qu'il établit avec le patient, la définition d'un **cadre** et enfin la **médiation** en elle-même et les **objectifs** propres au(x) patient(s).

Je vais donc vous exposer ces cinq notions en les définissant et en expliquant leurs singularités.

1. L'ergothérapeute

Les fonctions et les rôles de l'ergothérapeute ont été décrits précédemment. C'est donc lui qui **anime** l'activité et donne les directives. Il faut aussi dire qu'une activité, sans lui, ne serait sûrement pas *ergo-thérapeutique*, même si d'autres enjeux se conjuguent sous ce terme.

2. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique est celle qui émane de la **rencontre** soignant/soigné. En ergothérapie, elle est **médiatisée**, c'est-à-dire qu'il existe un objet concret, objectif, entre le thérapeute et le patient. Cette relation permet d'objectiver les soins, de rassurer le patient pour qu'il se sente en sécurité et qu'il puisse s'extérioriser.

¹² M. BLOUIN, C. BERGERON. « Termes d'intervention et d'aides techniques ». *Dictionnaire de la réadaptation*. Tome 2. Québec : Les Publications du Québec, 1997. p. 12.

Il y a des **phénomènes** qui se passent à l'intérieur de celle-ci, en cela, la relation thérapeutique n'est pas une relation sociale.

	LA RELATION SOCIALE	LA RELATION THÉRAPEUTIQUE
TYPE DE RELATION	Relation symétrique : La relation se passe dans les deux sens. ⇒ Interlocuteur et récepteur échangent leur rôle chacun leur tour.	Relation asymétrique : La relation s'effectue plus dans un sens que dans l'autre. ⇒ L'interlocuteur « vient en aide » « demande de l'aide » au récepteur ; cela dépend du rôle du patient et du thérapeute
COMMUNICATION	Une communication sociale demeure. Chacun possède sa sphère personnelle qu'il partage plus ou moins avec l'autre personne.	La communication demande à être analysée ou décryptée. Chacun possède sa sphère et le thérapeute ne s'entretient pas de sa vie privée avec le patient.
DISTANCE ÉTABLIE	Distance plus ou moins proche selon les relations entretenues entre les deux protagonistes.	La distance physique et psychique est plus grande et contrôlée.

Tableau 1 : Comparaison entre la relation thérapeutique et la relation sociale¹³

La « relation thérapeutique de confiance » telle qu'elle est appelée dans le « jargon » des ergothérapeutes est soumise à des **règles**, explicitées et valables pour chacun. Elle est inscrite dans un **cadre** -que nous verrons ultérieurement- « garant de l'existence de règles du jeu, d'une référence possible et d'une sécurité suffisante »¹⁴ et ce, qu'elle soit ergothérapeutique, institutionnelle ou autre.

Elle est difficilement **évaluable**, car les notions de **qualité** et **quantité** sont **subjectives**¹⁵.

¹³ M. MUTIS. *Comprendre et mieux connaître l'ergothérapie en psychiatrie* [en ligne]. Disponible sur Internet : <http://ergopsy.free.fr/contenu.htm>. Février 2008.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Cf. glossaire.

Plusieurs critères¹⁶ définissent cette relation :

Il y a la **confiance** : savoir établir une relation de confiance est fondamental. Cette dimension repose sur la capacité d'empathie relationnelle du thérapeute, le respect d'autrui et la capacité d'écoute (savoir et pouvoir donner du temps à une personne pour exprimer ce qu'il ressent, ses affects) sont aussi de circonstance.

La **distance** est un autre critère. Comme expliqué précédemment, elle doit être maîtrisée et à bon écart. Toute chose n'est pas bonne à dire ou à faire comme nous le ferions dans notre vie personnelle.

Dans l'atelier, l'ergothérapeute dialogue avec le patient des ressentis et affects de celui-ci par rapport à la médiation employée. Il essaie d'**étayer** le sentiment d'exister dans le principe de réalité.

La relation pourra être plutôt **active** ou plutôt **passive** : interpeller le patient ou le laisser nous interpeller ? Chacun évalue et gère son comportement en fonction des objectifs du patient.

En dernier lieu, ces échanges engendrent une **transmission** du savoir-faire, que ce soit par initiation aux différentes techniques médiatrices ou par découverte ludique et autonome des matériaux.

L'ergothérapeute peut également référer de ces conversations en réunion de **synthèse** avec l'équipe **pluridisciplinaire** qui prend le patient en charge.



Figure 5 : Activité cuisine : L'ergothérapeute et le patient en plein « agir »

¹⁶ M. MUTIS. *Op. cit.*

3. Le cadre

Ses fonctions

Le cadre est un mot assez abstrait. Il donne des limites plus souvent virtuelles que réelles. Il se matérialise par la présence de **règles** et de **comportements** à respecter.

« Le cadre n'est pas une loi, mais une institution [chose établie] qui préserve l'intégrité [état d'une chose qui est entière] tout en favorisant une expression de l'inconscient, de l'inconnu à soi-même. »¹⁷

La détermination du cadre sera fonction des personnes rencontrées et soignées. Cependant, trois fonctions¹⁸ restent prépondérantes : la « fonction **contenante**, la fonction d'**espace intermédiaire** et la fonction de **garant de la loi** ».

Les dimensions contenante, spatiale et temporelle du cadre

Lieu

Les activités doivent se dérouler dans des lieux fixes afin de donner des repères aux patients. Ils doivent être **sécurisants** pour les patients, toujours **identiques** et différenciés du reste de l'institution. L'atelier d'ergothérapie doit être aussi un lieu unique dans l'institution où le patient a la possibilité de **s'exprimer** par la création d'objets.

Espace

La pièce doit être organisée du mieux possible sans être vide d'objets et de meubles avec, dans le meilleur des cas, une place pour chaque chose afin que les patients se repèrent et soient moins angoissés.

Lors de l'agencement de l'espace, il faudra penser aux couleurs, à l'**atmosphère** et enfin à la disposition des objets. Un endroit et une organisation structurés aideront le sujet à l'être plus.

La mise à disposition d'**espaces personnels** pour le rangement des objets créés aidera le patient à mieux s'approprier l'espace et donc le cadre.

¹⁷ M.-C. FESQUET-LOCECERE. « Une certaine manière d'être ergothérapeute dans une unité de soins pour adolescents ». *Expériences en ergothérapie, 19^{ème} série*. Montpellier : Sauramps Médical, 2006. p. 139.

¹⁸ M. MUTIS. *Op. cit.*

Temps

Les fréquences, les durées et les horaires des activités sont définis **par avance**. Toujours dans la même dynamique de repérer et sécuriser les patients.

Règles et fonctionnement

Certaines **règles** sont imposées dans l'atelier et lors des séances d'ergothérapie afin de limiter les débordements. Soignants comme soignés s'y plient. Elles sont établies par avance par l'ergothérapeute qui se doit de les expliquer aux patients et de les répéter si nécessaire. Il est important d'expliquer en début de séance ou au départ d'une activité, quel type de prise en charge va être effectué.

Le déroulement des séances y est inclus (exemple de déroulement de séance : explications, préparation du matériel, activité, temps de parole, puis rangement du matériel et nettoyage de l'atelier).

Lors de certaines activités, il y aura telles ou telles règles qui ne seront pas applicables dans une autre activité (cadre muet, cadre sonore...). A chaque début de séance, le cadre sera répété voire redéfini s'il y a lieu (temps, espace et règles...).

Le thérapeute doit être garant de ce cadre et veille au respect des règles pour chacun des patients. Même si le propre du cadre est de donner des repères et des limites, il doit permettre aussi au patient de se les approprier et de les transgresser, dans une limite tolérable, bien entendu.

Le cadre thérapeutique sera élaboré en fonction du dispositif global de l'institution, des nécessités et choix thérapeutiques (fonction du patient) et enfin des orientations de l'ergothérapeute.

Horaires

Ils font partis du *temps*, mais aussi des *règles*, car ils instaurent l'heure du début et la fin de l'atelier. Cela, toujours dans le but de repérer le patient et de l'habituer à ce qu'il y ait des règles comme dans chaque institution et dans la société en général.

Organisation de l'activité

L'ergothérapeute a bien évidemment un rôle essentiel à jouer. Il dispose de différentes méthodes.

Il peut y avoir des prises en charge **individuelles**, dans ce cas, le thérapeute prend en charge un seul patient. Ce mode peut servir pour réaliser un accueil, permettre l'amorce d'une relation. Lors de ces temps, le patient peut se sentir écouté, respecté et entendu en tant qu'individu et différencié des autres personnes. Il peut aussi être utilisé lorsque le patient n'est pas intégrable dans un groupe (comportement, sociabilité, confiance en soi...).

Les prises en charge peuvent être également **groupales** : chaque sujet réalise une activité à côté des autres personnes, pas forcément la même activité. Il existe des groupes **ouverts**, où tout nouveau patient peut à tout moment, décider ou non d'y participer, des groupes **fermés**, où l'incorporation de nouvelles personnes est impossible, les patients choisis sont *fixes* et ne seront en aucun cas *remplacés* s'ils sont absents. Enfin, il existe des groupes **semi-ouverts** où des patients pourront être insérés au groupe, mais devront être présents jusqu'à la fin de l'activité.

Il est important de noter les situations qui sont sources d'angoisse, de repli ou de fuite car la notion de groupe peut avoir un impact positif ou négatif selon les sujets. Il s'agit donc d'utiliser la dynamique de groupe à bon escient car des phénomènes particuliers et propres au groupe existent.

Les lieux, la disposition, la taille du groupe et son homogénéité seront alors à déterminer.

Il est également nécessaire de connaître les techniques d'animation de groupe et de les avoir vécues soi-même.

L'activité peut être **animée** par l'ergothérapeute seul ou en **co-animation** avec un autre professionnel (ergothérapeute ou non). Cette dernière favorise un **étayage** plus riche pour chaque patient. Elle optimise le lien, la **cohésion** par rapport au **projet de soins** du patient. Cela entraîne aussi un sentiment plus fort de sécurité. Elle permet accessoirement d'enrichir mutuellement les pratiques des soignants et d'offrir aux patients, deux visions différentes et complémentaires.

Chaque professionnel va avoir une approche et un regard différents selon son corps de métier et cela n'en sera que plus enrichissant pour le groupe, l'activité et les thérapeutes eux-mêmes. Le fait d'être plusieurs intervenants peut être un atout, car cela rend plus disponibles les soignants qui ont ainsi, plus de temps à accorder aux patients.

Il peut aussi y avoir différents types d'animations¹⁹ : l'animation **directive** (le thérapeute donne des conseils techniques, des indications de réalisations, fixe des étapes chronologiques à réaliser), l'animation **non-directive** (elle consiste en l'élaboration d'un espace thérapeutique à l'intérieur duquel le sujet évoluera à son rythme et à sa manière, avec le minimum d'intervention possible du ou de la thérapeute) ou alors une animation **en alternance** (alterner les deux situations successivement).

4. La médiation et ses propriétés

L'activité en elle-même est, comme expliqué précédemment, un médiateur. C'est elle qui *justifie la rencontre* et c'est par elle que le soin en ergothérapie prend forme. Chaque atelier gagne donc à être formalisé de façon verbale et écrite dans le but de donner toujours plus de repères : la médiation a donc lieu dans un cadre spatial et dans des rythmes temporels particuliers.

Dans ce cadre, certaines personnes vont **découvrir** leurs capacités créatives au travers d'activités qu'elles connaissent ou qu'elles pratiquent déjà, d'autres vont les **redécouvrir** en passant par le biais de techniques totalement novatrices. Le tout n'est pas de créer du « beau », mais de **créer** tout court.

Car chaque matériau possède ses **caractéristiques** et ses **fonctions symboliques** propres. Par exemple :

- La terre possède une fonction symbolique primitive, le bois quant à lui, possède une fonction symbolique plutôt constructive ;
- La sculpture du cuir se travaille sur du cuir mouillé mais est difficilement réalisable lorsque celui-ci est sec, la peinture sur soie diffuse sur le tissu, donc il faut faire attention de ne pas y laisser tomber de gouttes...

¹⁹ M. MUTIS. *Op. cit.*

La médiation va donc proposer le **vécu** d'une **expérience particulière**, ce qui va entraîner un ressenti des affects spécifique qui peut, s'il émerge, être intéressant de travailler en ergothérapie avec certains patients.

« Toute médiation par son apport de découvertes, sensorielles, relationnelles, gestuelles, psychiques, va enrichir l'espace intérieur du sujet. La médiation agit sur la personne qui agit sur le matériau, et ainsi de suite. »²⁰

Le matériau, la technique et l'objet lui-même, viennent également imposer des **règles de réalité** qui vont contribuer au rétablissement du principe de réalité. L'une des difficultés des personnes psychotiques est qu'elles sont susceptibles de se confondre avec le matériau qui leur est présenté. En effet, ces personnes ne considèrent pas la réalité comme quelque chose d'extérieur à elles.

A ce titre, il y a différents types d'activités²¹ qui ne font pas travailler les mêmes objectifs selon leurs particularités :

- **Les activités impressives** : ce sont des activités s'adressant au vécu corporel, aux différents sens. Exemples : la piscine, l'écoute de musique.
- **Les techniques régressives** : par son aspect ludique, l'ergothérapie est souvent vécue comme maternelle et infantine et peut entraîner des situations régressives, archaïques ou infantiles. Exemples : l'argile, la peinture au doigt.
- **Les activités corporelles** : elles visent essentiellement à retrouver un vécu corporel plus riche et un sentiment d'existence plus concret. Exemples : la relaxation, l'expression corporelle.
- **Les activités portant sur l'image du corps** : ces activités permettent l'expression du corps imaginaire et permettent aux personnes de s'identifier ou de se différencier ; de jouer un rôle, de parler d'elles à travers un personnage. Exemples : le théâtre, les marionnettes, la photographie.
- **Les activités de la vie quotidienne** : elles ont une visée d'intégration, de bilans d'évaluation, de réinsertion. Exemple : préparation d'un menu et ensuite prise du repas ensemble.

²⁰ M. MUTIS. Op. cit.

²¹ Ibid.

- **Activités sociales, associatives, sorties, sports** : ces activités se centrent sur la socialisation et la réinsertion, l'adaptation à la réalité, la possibilité de retrouver du plaisir dans un loisir déjà expérimenté auprès de thérapeutes. Exemple : intégration dans une association qui fait des activités manuelles
- **Activités ludiques** : les jeux de société confrontent aux règles, aux limites et à l'organisation. Certains jeux vont plus être liés au hasard (gênant les sentiments de toute-puissance des personnes psychotiques), d'autres plus centrés sur les fonctions cognitives (fonctions exécutives, mémoire, attention, recherche de mots) ou les deux. Exemples : jeux graphiques, jeux de connaissance.
- **Activités manuelles** : les critères de réalité et d'apprentissage y sont importants et parfois contraignants. Elles peuvent être très structurées, faire appel à la logique, l'esprit de synthèse ou encore à des connaissances techniques préalables ou acquises lors de la thérapie. Exemple : la poterie, la peinture sur soie, la vannerie.
- **Activités créatives et projectives** : elles favorisent l'expression personnelle et ne demandent pas trop d'apprentissage technique. Exemples : l'expression graphique, la peinture, le collage.

5. Objectifs spécifiques du patient

Pour établir les objectifs spécifiques du patient, les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire²² qui le prennent en charge, se réunissent lors de **réunions de synthèse**. Chacun y dégage la **problématique** du patient concernant son domaine de compétence. Une liste d'objectifs émerge alors et chacun à charge d'utiliser les **outils** pertinents et les **moyens** adéquats pour les mettre en œuvre. Ce sont eux qui déterminent les fondements du processus de soins du patient.

L'ergothérapeute peut utiliser les **entretiens individuels** ainsi que l'**observation** pour déterminer ses objectifs. Cela peut-être : favoriser la resocialisation du patient, veiller à la revalorisation... Chaque patient, indépendamment de sa pathologie, a une problématique particulière qui entraîne des objectifs particuliers.

²² La composition de l'équipe pluridisciplinaire varie en fonction des structures : médecins, infirmières, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux...

Une réévaluation des objectifs peut s'effectuer au fur et à mesure de la prise en charge du patient et de son évolution.

F. LA SCHIZOPHRÉNIE²³

Le champ de la recherche s'affine ici. La restriction du domaine de recherche s'imposait. Le choix d'une pathologie –la **schizophrénie**– fréquemment rencontrée dans les services des établissements en santé mentale, paraissait pertinent. Je vais donc en expliquer la symptomatologie et ses diverses caractéristiques.

1. Epidémiologie

La schizophrénie touche 1% de la population. C'est une maladie qui débute généralement chez le jeune adulte entre 20 et 30 ans et qui touche indifféremment les hommes et les femmes.

2. Sémiologie

La schizophrénie est une maladie **chronique**²⁴ qui évolue régulièrement et qui entraîne un **affaiblissement** pseudo-démontiel (intellectuel). Trois grands symptômes la définissent : le délire, la dissociation et le repli autistique.

Le délire

Il correspond pour le sujet à une tentative de **reconstruction** du monde extérieur. Il faut un mécanisme délirant et un thème.

Les grands mécanismes délirants

Pour la schizophrénie, il y a généralement les **hallucinations**²⁵ auditives (audition de voix -qui donnent des ordres ou qui insultent-, de sons ou d'acouphènes²⁶), mais aussi olfactives (mauvaises odeurs par exemple), gustatives (impression d'empoisonnement ou goût amer), tactiles (la personne a l'impression d'être traversée par des ondes ou d'être touchée : la cénesthésie²⁷) ou encore visuelles, rarement retrouvées dans les cas de schizophrénie.

Les autres mécanismes délirants sont les **illusions**²⁸, l'**interprétation**²⁹, l'**intuition**³⁰ ou encore l'**imagination**³¹.

²³ La composition de la psychopathologie de la schizophrénie se réfère au contenu des cours de l'Institut de Formation de Rennes.

²⁴ à ³¹ : Cf. glossaire.

Les thèmes les plus fréquents

Il y a la **persécution** (exemple : impression d'être filmé en permanence par une caméra), la **mégalomanie** (toute puissance et télépathie), le **mysticisme**, l'**hypochondrie** et le **syndrome d'influence** (de deux types : le petit syndrome d'influence où le sujet a l'impression que quelqu'un lui induit ou lui vole ses pensées et le grand syndrome d'influence qui est de l'ordre du moteur, la personne ressent que quelqu'un lui mobilise les membres).

Le diagnostic de la schizophrénie est long, parce que le patient n'arrive pas tout de suite en racontant ses idées délirantes. Souvent, on peut observer des conduites caractéristiques telles des **attitudes d'écoute** (le patient tend l'oreille) qui sont des signes indirects ou des **troubles du comportement** qui vont faire penser à un délire.

Le délire est **non systématisé**, c'est-à-dire qu'il n'est pas construit, on ne peut pas y croire.

La schizophrénie est une maladie chronique. On parle de schizophrénie lorsque les symptômes sont présents depuis au moins six mois.

Le délire = Mécanisme + Thème + Durée + non-systématisation

La dissociation

C'est le fait que les pensées et le comportement du sujet perdent leur **cohésion**. La dissociation touche l'intellect, les affects et le moteur.

Dissociation intellectuelle

La personne a des troubles de la pensée. Son raisonnement est embrouillé, **diffluent**³². Elle présente des bizarreries dans les associations d'idées qu'elle effectue et des troubles dans le débit de ses idées.

Elle présente aussi des troubles du langage ; la personne monologue ou présente un mutisme. Elle a généralement des **barrages**³³ et une altération de la logique.

³² et ³³ Cf. glossaire.

Dissociation affective

La personne présente des **bizarries de comportement**, est **ambivalente**³⁴ affectivement (elle aime puis n'aime plus quelqu'un dans un temps rapproché), elle présente une **froideur affective**³⁵, une **aboulie**³⁶ (perte de l'élan vital) qui entraîne un désintérêt de la vie et parfois des actes psychotiques comme des **raptus**³⁷.

Dissociation motrice

Toujours la présence de bizarreries de comportement, ajoutée à une ambivalence psychomotrice ("je fais, je ne fais pas") qui évoluent en **apragmatisme**³⁸.

Le repli autistique

Le sujet est **replié** sur lui-même, ce qui le guide vers un monde intérieur.

3. Etiologie

L'origine de la schizophrénie est floue : déficit en dopamine ? Génétique ? Les toxiques ? Les chercheurs cherchent encore...

Souvent, on retrouve une **personnalité schizoïde** antérieure : goût pour la solitude, personne repliée sur elle-même qui a du mal à s'ouvrir sur son environnement et apparition de sources d'intérêts bizarres. Il n'est pas rare non plus de retrouver des parents surprotecteurs ou des problèmes de rôles/places intra-familiaux ou des personnes ayant une biographie atypique avec beaucoup de situations d'échecs surtout dans la scolarité et dans les relations à autrui.

4. Formes cliniques

Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde est la plus fréquente. Dans cette forme, le délire prédomine. Elle est sensible aux traitements et se soigne relativement bien. A long terme, soit le délire s'enkyste (fond délirant, mais moyennement envahissant), soit il disparaît totalement (rarement). La schizophrénie paranoïde progresse vers un **repli autistique** et un **apragmatisme** ; c'est-à-dire une **évolution plus déficitaire** que délirante.

³⁴ à ³⁸ Cf. glossaire.

Schizophrénie hébéphrénique

Elle est beaucoup moins fréquente. Dans cette forme, c'est le **syndrome dissociatif** qui prédomine. Elle évolue rapidement vers un repli autistique et un apragmatisme. La personne délire moins, voire plus du tout, mais a des pensées **diffuses** et embrouillées.

Elle touche plutôt les sujets jeunes, entraînant un désinvestissement scolaire rapide. La schizophrénie hébéphrénique présente une réactivité moindre aux traitements.

Schizophrénie héboïdophrénique ou pseudo-psychopathique

La personne présente un comportement violent et antisocial. Il est impulsif et **intolérant** à la **frustration** avec présence de délires et dissociations.

Schizophrénie dysthymique

C'est une personne qui présente en plus de leurs troubles schizophréniques, des **troubles de l'humeur** avec des moments de dépression (catatonie³⁹) ou d'euphorie importante.

5. Mode d'entrée, évolution, pronostic

Mode d'entrée

La schizophrénie est une maladie qui apparaît brutalement ou progressivement (installation sur au moins six mois). Elle commence soit par un trouble de l'humeur un peu atypique, soit par une **bouffée délirante aiguë**⁴⁰ (décompensée dans les six premiers mois), soit par des troubles de la conduite ou du comportement (fugues, automutilations...)

Evolution

L'évolution dépend surtout de la forme schizophrénique et de la prise en charge médicale et thérapeutique du patient. Généralement :

- Guérison complète : environ 20% des personnes ;
- Patient sans traitement : évolution vers un état déficitaire ;
- Aggravation régulière des troubles : environ 50% des personnes ;
- Résistance au traitement ou aucune amélioration : environ 25% des personnes.

³⁹ et ⁴⁰ Cf. glossaire.

Pronostic

Facteurs de bon pronostic :

- Précocité de la mise en place d'un traitement ;
- Début tardif de la maladie ;
- Symptômes délirants (meilleure action des médicaments) ;
- Bonne adaptation familiale.

<i>Signes positifs ou productifs de la schizophrénie</i>	<i>Signes négatifs ou déficitaires de la schizophrénie</i>
<ul style="list-style-type: none">* Monde intérieur très fourni avec des idées délirantes* Hallucinations* Troubles du comportement : agitation, fugues, bizarreries	<ul style="list-style-type: none">* Apragmatisme* Froideur affective* Isolement et manque de contact* Baisse de rendement scolaire ou professionnel.

Tableau 2 : Tableau des différents signes de la schizophrénie

6. Traitements

Le premier traitement est l'**hospitalisation** au début de la maladie et lors de **rechutes**. Il faut impérativement surveiller le risque suicidaire. Ensuite, il faut des entretiens psychiatriques réguliers. Un traitement médicamenteux au long cours est mis en place (neuroleptiques ou anti-psychotiques/anti-productifs pour diminuer les idées délirantes et/ou désinhibiteurs pour stimuler le patient par rapport à son apragmatisme et souvent anxiolytiques). Il existe aussi des **traitements retardateurs** qui, une fois injectés (par voie intra-musculaire), délivrent progressivement le médicament (neuroleptiques) dans l'organisme. Cela permet de réduire les prises médicamenteuses quotidiennes, en prises bimensuelles, voire mensuelles.

Pour l'efficacité du traitement, une bonne **observance** est nécessaire sinon, il y a rechute.

Parallèlement, une prise en charge pluridisciplinaire s'impose avec entre autres : le médecin, des infirmiers, des assistants sociaux, des ergothérapeutes, des psychomotriciens...

II. PARTIE MÉTHODOLOGIQUE

Confrontation de l'hypothèse avec les différents recueils de données

A. MÉTHODOLOGIE

Pour ce faire, j'ai utilisé deux outils de **recueils de données** : une **étude de cas** qui a été réalisée lors d'un stage en hôpital de jour en psychiatrie et des **entretiens**.

Les procédés méthodologiques utilisés seront expliqués et détaillés au fur et à mesure de l'exposé.

B. OBJECTIFS DES OUTILS MIS EN PLACE

Le dessein de cette partie est d'**affirmer** ou d'**infirmer** mon hypothèse : *c'est l'ergothérapeute, la relation thérapeutique, le cadre, la médiation en elle-même et les objectifs propres au patient qui font de l'activité, une activité ergothérapeutique.*

C. ETUDE DE CAS

1. **Justification de l'outil et démarche de la mise en place de l'activité**

Pour répondre à mon hypothèse, j'ai voulu avant tout, argumenter ce que je supposais. Etant sur le terrain lors d'un stage en psychiatrie, j'en ai profité pour faire cette *expérience*.

Une étude de cas paraissait s'imposer. En effet, l'occasion de **mettre en pratique** une supposition, engendrait des conséquences relativement immédiates avec la distinction d'**avantages**, d'**inconvenients** et de **limites**, qui permettaient d'apprécier assez facilement la portée de mes actes et de ce fait, de mon hypothèse. Cependant, le processus de soins des personnes ayant des troubles psychiques, s'effectue sur du long terme ; ce n'est donc pas sur la durée de mon stage que j'ai pu en apprécier les bénéfices réels et concrets. Par conséquent, pour de plus amples résultats, cette expérience serait à renouveler lors d'une pratique professionnelle à plus long terme. Toutefois, j'en ai pris compte et quelques remarques des patients ont pu tout de même m'orienter.

Ce stage s'est donc déroulé dans un hôpital de jour dans le secteur psychiatrique sur la période de septembre à octobre 2007. Le groupe était composé de cinq patients de pathologies différentes, mais comme expliqué précédemment, j'ai limité mes observations aux trois **patients** atteints de **schizophrénie**, diagnostiquée par le médecin psychiatre de la structure.

J'ai donc eu l'opportunité de mettre en place une activité, j'ai choisi le « **Scrapbooking** ». Je vais donc vous expliquer ce que c'est, le « **pourquoi** », le « **comment** » et le « **pour quoi** » de cette activité, ce qui s'est produit, mon cheminement, selon les différents critères évoqués précédemment. Ensuite, l'interprétation et l'analyse des résultats seront présentées, les limites constatées et enfin la conclusion de cette étude.

2. L'ergothérapeute

Cette expérience a donc été concrétisée en stage. J'ai eu l'occasion de pouvoir gérer et animer plusieurs séances « *comme une professionnelle* » car l'ergothérapeute référente s'est placée en co-animatrice afin de me laisser la *gestion* de l'activité.

3. La relation thérapeutique

Comme explicité dans le premier chapitre, la relation thérapeutique est celle qui émane de la **rencontre soignant/soigné** ; elle est **médiatisée** à travers l'**activité**. Pour le groupe, la relation thérapeutique de confiance était en cours d'élaboration. J'avais déjà rencontré tous les participants de l'atelier et eu au moins, une séance individuelle avec chacun et l'ergothérapeute référente.

4. Le cadre

Lieu :

A chaque fois, l'activité s'est déroulée dans l'**atelier d'ergothérapie** au sein de l'hôpital de jour dans lequel le stage était effectué. Dans ce lieu, chaque patient possédait un lieu unique pour ranger ses créations permettant.

Temps (horaires, durée et fréquence) :

L'activité a duré de 14h00 à 16h00 soit deux heures, selon la gestion de l'activité par les patients, avec une pause commune de 10 à 15 minutes au milieu de la séance.

Elle s'est déroulée une fois par semaine durant trois semaines.

Nombre de personnes :

Cinq personnes participaient à l'atelier « **Tableaux en Scrapbooking** » avec des pathologies différentes et des capacités hétérogènes, plus l'ergothérapeute et moi-même.

Règles et fonctionnement :

Les règles ont été fixées au début de la première séance avec utilité de les répéter lors des suivantes.

L'activité s'est déroulée ainsi : présentation de l'activité et des patients, explications de l'activité à venir, préparation du matériel, activité, pause, activité, temps de parole, puis rangement du matériel et nettoyage de l'atelier.

A chaque début de séance, nous avons reparlé de ce qui s'est passé la fois précédente. Durant ce temps de parole, les questions posées furent :

- Qu'allez-vous faire de la composition créée ?
- Qu'avez-vous ressenti en faisant l'activité ? Quels sont les sentiments qui vous ont traversés ?
- Pourquoi le choix de cette image et de cette photographie ?

Lors de la seconde séance, l'introduction de nouvelles consignes a été optée. Il fallait que les patients élaborent une **fiche technique** de leur future réalisation. Il leur fallait donc projeter la mise en scène de leur photo sur une feuille A4 avec des contraintes imposées :

- Un jeu de mattage (d'encadrement de la photo) ;
- Au moins deux perforatrices différentes ;
- Au moins une paire de ciseaux crantés ;
- Du texte (un ou plusieurs mots ou commentaires, soit écrit à la main, avec une règle lettrée ou en découpant des lettres dans un magazine, etc.) ;
- Au moins deux couleurs différentes ;
- Feutres ;

Les outils seront présentés ultérieurement.

Organisation de l'activité

Le mode de fonctionnement institutionnel concernant l'ergothérapie inclut la nécessité d'une **prescription médicale** pour commencer un travail thérapeutique avec des patients.

En l'occurrence, chaque patient avait une prescription ergothérapeutique avec des **objectifs spécifiques** détaillés.

Il y avait deux **intervenants** : une ergothérapeute référente en co-animation et une stagiaire ergothérapeute (moi-même).

Ce fut une prise en charge groupale en **groupe semi-ouvert** avec une **animation en alternance** (directive et non-directive) avec propositions de conseils techniques, indications pour accomplir les compositions, détermination chronologique des étapes à réaliser... et successivement, permettre aux patients d'évoluer à leur rythme et à leur manière, pour laisser leur imagination et leurs capacités créatrices se manifester.

5. La médiation : le scrapbooking

Présentation de la médiation :

Le scrapbooking (scrap) est un terme qui est apparu au XIX^{ème} siècle en Grande-Bretagne. Cela signifiait : « *Coupage de journaux et morceaux de papier colorés utilisés pour décorer et personnaliser des albums photographiques* »⁴¹. C'est en 1825 qu'est éditée la première revue sur le scrap. En 1854, ce mot est entré dans l'« Oxford English Dictionary »⁴².

Le principe consiste, à partir de photographies, à **mettre en valeur** ses souvenirs et à construire des pages qui vont raconter une histoire.

Si à l'origine, le travail du scrapbooking était principalement d'agrémenter les pages d'album d'un décor autour de photos laissées entières, la technique a aujourd'hui évolué. Il existe plusieurs genres de scrap : le scrap américain (photos laissées entières) et le scrap européen (plus récent, reposant davantage sur la découpe des photos et la **mise en scène** de ces dernières sur une page d'album).

Il y a aussi différentes techniques complémentaires autour desquelles l'harmonie des pages se construit : jeux de découpe autour des photos, embellissements des pages avec divers accessoires et mise en scène de commentaires, ceci en donnant toujours la priorité aux photos, sujet principal des mises en pages.

Le scrapbooking est plutôt une **activité créative**, elle favorise l'**expression personnelle** et ne demande pas d'apprentissage **technique** immodéré.

⁴¹ M. CARLIER, M.-S. SIMON. *Scrapbooking, Mettez en scène vos photos*. Paris : France Loisirs, 2004. p. 28-37.

⁴² Scrapbooking, Photos anciennes. Sous la dir. de C. TRACOU. Belgique : Azza Reportage, 2006. p 4-5.

En ce qui concerne l'activité instituée, ce sont surtout des « *tableaux en scrapbooking* » qui ont été réalisés, c'est-à-dire l'ornementation d'une ou plusieurs photos à visée d'accrochage.



Figure 6 : Exemple de tableau en scrapbooking.

Les objectifs propres à toutes les activités et spécifiques à l'activité « tableaux en scrapbooking » :

- Veiller au maintien ou à la **restructuration identitaire** de la personne ;
- Stimuler le développement de ses **centres d'intérêt** et l'**éveil de ses sens** ;
- Favoriser la **(re)socialisation** : gestes sociaux, respect d'autrui, place dans le groupe..., lutter contre l'isolement ;
- Permettre au patient d'**extérioriser** ses sentiments, des souvenirs en encourageant l'expression orale et en amenant le patient à **interagir** avec le groupe. Le patient doit être un **catalyseur**⁴³ ;
- Favoriser l'**expression** sous toutes ses formes ;
- Maximiser le développement de la notion de **plaisir** ;
- **(Re)valoriser** la personne par le simple fait de réaliser un objet soi-même ;
- Travailler sur le **principe de réalité** car c'est un travail cadrant et structurant avec les limites du support à ne pas dépasser ; recentrage sur soi-même ;
- Amener le patient à affronter ses difficultés et à **prendre conscience** de ses **troubles** et/ou de sa maladie ;

⁴³ Cf. glossaire.

- Solliciter son **imagination** et sa **créativité** ;
- Chercher à améliorer la **coordination psychomotrice** des patients en stimulant leurs **fonctions cognitives**, c'est-à-dire, stimuler les **fonctions exécutives**⁴⁴ tout en travaillant, la concentration, la mémoire, le calcul, la précision...

Réalisation du projet :

Mettre en valeur une **image** dans un premier temps et une **photographie personnelle** dans un second temps, sur un support simple (du carton) avec une superposition de papiers de différentes couleurs, coupés de différentes formes avec une ornementation propre à chacun.

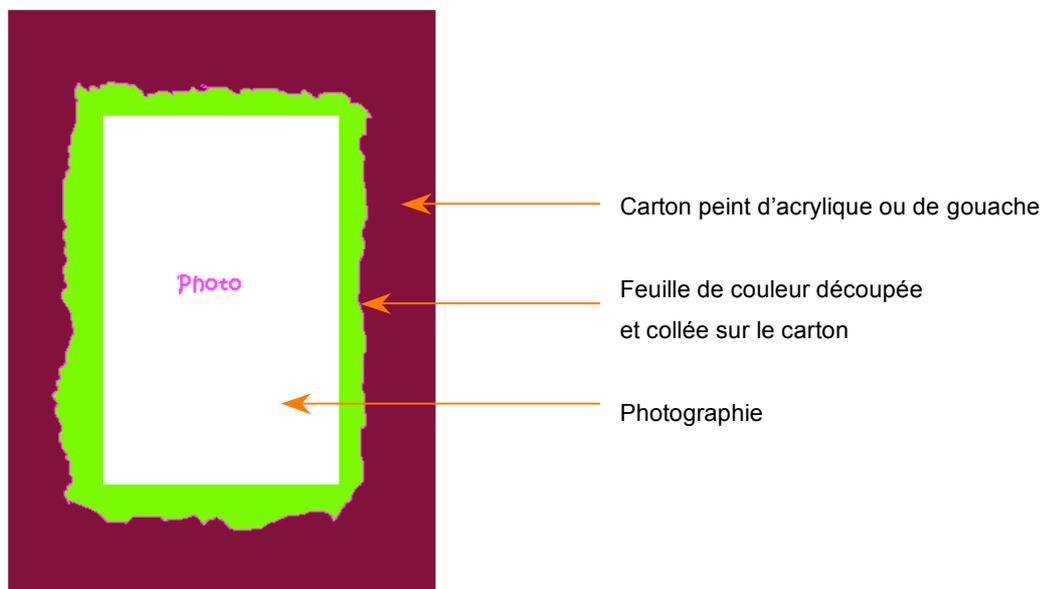


Figure 7 : description du projet à réaliser

Intérêt

- Découvrir l'**impact** de l'activité sur les plans psychologique, comportemental, émotionnel et affectif ;
- Favoriser la **dynamique** de groupe ;
- Mettre en jeu la créativité et l'imagination des patients ;
- Faciliter la prise d'**initiatives** ;
- Stimuler l'**investissement** ;
- Mettre en jeu les fonctions cognitives ;

⁴⁴ Cf. glossaire

→ Observer l'activité et les **phénomènes** qui s'y produisent pour comprendre en quoi ils sont thérapeutiques afin de les utiliser pour le mémoire de fin d'étude d'ergothérapie.

Capacités requises pour effectuer cette activité

- Une bonne coordination bimanuelle ;
- Du soin ;
- De la dextérité et de l'adresse ;
- De la patience ;
- De la précision et de la minutie ;
- De l'imagination.

Supports, matériels et outils utilisés

Le scrapbooking est une activité simple d'organisation par le peu de matériels qu'elle nécessite. Cependant, il peut y avoir une multitude d'**outils** et d'**accessoires** utilisés selon ce que l'on veut faire :

- Support en bois, carton ou toile à peindre, carton en l'occurrence ;
- Magazines et/ou photographies personnelles ;
- Acryliques ou gouaches de différentes couleurs ;
- Carton ondulé ;
- Différents gabarits (modèle pour découper une image d'une certaine forme) ;
- Papiers de différentes couleurs et de différents aspects ;
- Ciseaux "ordinaires", ciseaux crantés et de différentes formes, cutters ;
- Perforeuses en tous genres ;
- Accessoires : autocollants, tampons, encres, crayons feutres et de couleurs, raphia, perles, boutons, pâtes à cuire au four etc.
- Crayons, règle, équerre, gomme, compas ;
- Colle liquide, en bâton, en bombe ;

Lors de l'activité, nous avons tout ce matériel, mais c'est indubitablement une liste non exhaustive.



Figure 8 : Perforatrices de différents motifs

Figure 9 : Outils de coupe, règles et colles

Figure 10 : Ciseaux cranteurs

6. Les objectifs propres aux patients

Pour illustrer cette partie, seules les trois personnes atteintes de schizophrénie sont prises en compte. Leurs objectifs propres, ainsi que les remarques et les comportements qu'elles ont pu avoir, sont énoncés lors de leur présentation. Les objectifs établis ont été formulés lors des réunions de synthèse avec l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge les patients.

Présentation de Myrta, David et Victor

(Ces prénoms ont été sciemment substitués par d'autres afin de préserver le secret professionnel.)

Myrta

→ Présentation du patient (situation civile et familiale, scolarité et vie professionnelle)

Myrta a 40 ans. Elle est célibataire sans enfant. Elle est céramiste-potier.

→ Histoire de la maladie

Myrta a déjà été hospitalisée à plusieurs reprises pour **délires** avec comme mécanisme des **hallucinations** à thème de **persécution**. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire et alcoolisation massive.

Elle présente une **schizophrénie paranoïde** ancienne avec une labilité émotionnelle et thymique. Elle est entrée fin 2006 à l'hôpital de jour.

→ Objectifs spécifiques

- ☐ Favoriser la socialisation ;
- ☐ Permettre la revalorisation ;
- ☐ Eveiller la créativité ;
- ☐ Stimuler l'utilisation des fonctions cognitives ;
- ☐ Limiter l'expression des délires lors des séances.

→ A l'activité *tableaux en scrapbooking*

Myrta pense que « *le scrapbooking est une activité relativement intéressante, facile quand on a cerné la façon de faire ; que lorsqu'on la pratique, elle permet d'apprendre*

différentes techniques, qu'il faut suivre son intuition et qu'enfin, avec un rien, on peut faire plein de choses ».

Elle a choisi une image « *parce qu'elle [lui] plaisait et un peu par hasard aussi* » ; « *elle [lui] inspire l'enfance, la musique, le pays, l'exotisme* ». Elle a choisi sa photographie parce qu'il y avait toute sa famille dessus. « *Ce n'est pas forcément qu'elle [lui] tient à cœur, mais [sa] mère y est présente, ce qui est assez rare sur les autres photos qui [lui] appartiennent.*



Figure 11 : Composition de Myrta avec l'image



Figure 12 : Composition de Myrta avec sa photo personnelle

David

→ Présentation du patient (situation civile et familiale, scolarité et vie professionnelle)

David a 22 ans. Il est célibataire sans enfant. Son père est ouvrier à la retraite et sa mère est employée dans une blanchisserie. Il a une sœur de 24 ans.

David a suivi une scolarité ordinaire jusqu'en sixième où la délinquance l'a emmené dans un centre spécialisé. Dans cette structure, il a subi un viol par un autre résident. Il a ensuite réintégré une quatrième technologique puis effectué un Brevet d'Études Professionnelles peinture qui n'a pas abouti. A l'adolescence, il entretient des relations versatiles avec ses parents.

→ Histoire de la maladie

David a été hospitalisé plusieurs fois depuis fin 2002 pour dépression, tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Il a parfois des comportements violents et incontrôlables. Le diagnostic posé est une **schizophrénie dysthymique** avec impulsivité, difficulté à communiquer, à gérer ses angoisses et ses frustrations.

Il est entré en juillet 2006 à l'hôpital de jour.

→ Objectifs spécifiques

- ▣ Développer ses capacités de façon adaptée ;
- ▣ Maximiser la dynamique de groupe ;
- ▣ Favoriser une réadaptation sociale et familiale ;
- ▣ Stimuler l'utilisation des fonctions cognitives lors de l'activité ;
- ▣ Le soutenir dans la confrontation à la réalité (objectif de l'équipe : stimuler l'orientation vers un centre de réadaptation à visée professionnelle et veiller à l'observance des traitements) ;
- ▣ Solliciter une assiduité constante et une implication authentique dans les activités ;
- ▣ Optimiser l'autonomisation.

→ A l'activité tableaux en scrapbooking

Au départ, il a précisé qu'il n'avait pas d'idée, qu'il avait peur de faire, car peur de rater. En fin de compte, il a trouvé l'activité assez aisée et a pris du plaisir à l'effectuer.

David a choisi une image « *parce qu'[il] aime bien le Mont Saint-Michel* » et sa photo « *parce qu'il y avait du soleil et qu'elle [lui tient] à cœur* ». Sa mère est absente de cette dernière car c'est elle qui prend la photo. En décrivant sa photo, il a dit « *Mon chien, c'est mon Dieu* ».



Figure 13 : Composition de David avec l'image



Figure 14 : Composition de David avec sa photo personnelle

Victor

→ Présentation du patient (situation civile et familiale, scolarité et vie professionnelle)

Victor a 26 ans. Il est célibataire et sans profession (il a déjà effectué plusieurs « petits boulots » différents). Il est issu d'une fratrie de six enfants. Deux autres de ses frères et sœurs sont suivis pour des troubles psychiques.

Il a suivi une scolarité ordinaire jusqu'en quatrième puis on découvre une scolarité difficile avec des comportements rebelles et des problèmes de discipline.

Il est placé sous curatelle⁴⁵ renforcée. Son curateur est un organisme privé car il entretient des relations tumultueuses avec tout son entourage.

→ Histoire de la maladie

Victor a été hospitalisé à plusieurs reprises depuis 2004 avec des fugues. Il a été incarcéré deux mois en 2005 pour délits. Il présente des troubles du comportement à type d'impulsivité et d'agressivité. Le diagnostic posé par le médecin psychiatre de la structure est une **schizophrénie héboïdophrénique**.

Il est entré en août 2007 à l'hôpital de jour.

→ Objectifs spécifiques

- ▣ Instaurer une relation de confiance durable entre l'équipe et lui ;
- ▣ Favoriser une réinsertion sociale ;
- ▣ Aider à la resocialisation
- ▣ Limiter l'expression et la manifestation de ses délires lors des séances.
- ▣ Veiller au respect du cadre et des consignes.

→ A l'activité *tableaux en scrapbooking*

Victor a trouvé l'activité sympathique, mais il dit l'avoir fait sommairement parce qu'elle ne lui plaisait pas (ambivalence). Il est assez dissident dans le groupe et dans l'activité ; il n'a pas forcément respecté toutes les consignes définies par rapport à l'activité essentiellement.

⁴⁵ Cf. glossaire.

Victor a choisi une image car « [il] apprécie Cuba et ses cigares et les voyages même [s'il] n'en [a] jamais fait ». Il n'a pas apporté de photographies personnelles car il a déclaré ne pas en avoir. Il a donc choisi une seconde image dans un magazine, en optant pour la représentation d'une femme égyptienne au temps des pharaons. Il l'a retenue car « ça [lui] a rappelé le membre du groupe de rap : Akhenaton qui s'occupe des gens de la rue ». Victor nous a expliqué que ce qu'il avait écrit en latin signifiait : « La colère, comme toute passion violente, est une aliénation mentale momentanée ». La traduction littérale du terme (*ira [furor] brevit est*) étant : « La colère est une courte folie »⁴⁶.

En début de séance, j'ai expliqué que cette activité me servirait pour mon mémoire de fin d'étude, pour observer comment elle se répercutait, quels avantages et inconvénients elle avait ; Victor a alors rétorqué : « Vous vous servez de nous quoi ?! ».

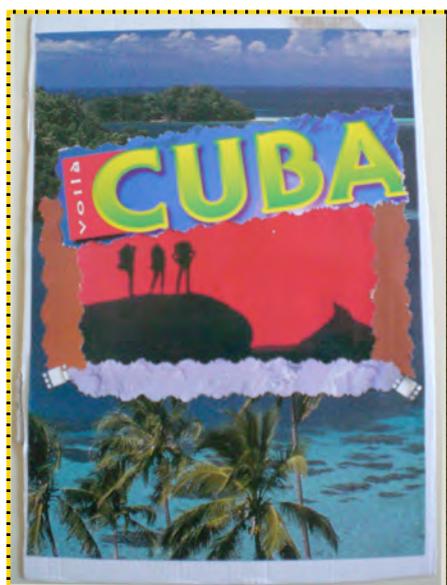


Figure 15 : Composition De Victor avec l'image

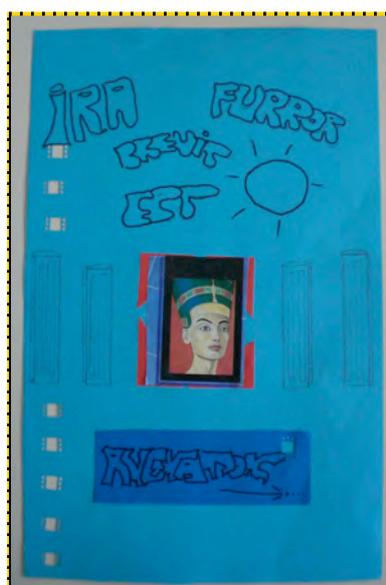


Figure 16 : Composition de Victor avec sa seconde image (il n'a pas amené de photo personnelle)

⁴⁶ [Maxime d'Horace (Epîtres, I , 2, 62). I^{er} siècle av. J.-C. Traduction Leconte de Lisle, 1873.]
S. NUKE. *Locutio: citations latines, expressions, locutions, aide au latin, traduction, thème, version*. [en ligne]. Disponible sur Internet : <http://www.locutio.net/index.php>. Mars2008.

7. Interprétation et analyse de l'étude de cas

Ce que l'on peut déterminer dans un premier temps, c'est que Myrta, David et Victor ont assisté et participé à toutes les séances. Nous pouvons donc constater que l'**activité** leur a évité l'**inactivité** (l'apragmatisme) et en prime, leur a permis de **rencontrer** d'autres personnes et d'avoir des **liens sociaux**, même si ceux-ci se limitent au cadre de l'hôpital de jour. En cela, on peut dire que l'activité est a minima thérapeutique.

Pour analyser les différentes observations, je vais reprendre le découpage par critère en suivant l'hypothèse émise.

L'ergothérapeute

Déterminer que l'ergothérapeute référente et moi-même étions *thérapeutiques* par notre *seule présence* auprès des patients serait largement présomptueux ! La seule chose que l'on peut préciser ici, c'est que de part nos études, nous avons été **sensibilisés** à des situations particulières et nous essayons de les exploiter et de les utiliser au maximum, afin de les rendre le plus thérapeutique possible.

La relation thérapeutique

En ce qui concerne l'établissement de la relation thérapeutique de confiance, selon l'ergothérapeute, elle s'était installée sans soucis. Pour ma part, je pense qu'elle était en bonne voie pour quatre personnes (dont Myrta et David), et plutôt difficile avec Victor. Comme d'ores et déjà précisé précédemment, cette relation n'est pas vraiment **évaluable**, car **subjective**.

Le cadre

Au niveau du cadre, trois fonctions sont à respecter : la fonction **contenante**, déterminée par les lieux et temps, la fonction d'**espace intermédiaire**, caractérisée par l'activité, l'action de **faire** en terme « d'**agir** » et la fonction de **garant de la loi** qui touche les règles et fonctionnements. Ces trois fonctions ont été repérées et accomplies dans la majorité des cas sauf pour Victor qui n'a pas forcément *joué le jeu* pour le respect de toutes les consignes. Le cadre a été énoncé en début de séance, répété lorsqu'il y a eu besoin. Cela va dans le sens de l'hypothèse.

Il renvoie forcément à la **réalité** par ses **contraintes** (horaires, lieu, etc...). Lorsque le cadre de référence établi est suffisamment stable, continu et contenant, il devient thérapeutique. Un cadre qui est adapté aux patients leur permet de mieux s'ouvrir vers l'extérieur car une fois posé, il peut permettre d'apaiser un peu leurs angoisses.

Pareillement, le patient peut se sentir porté et mieux arriver à appréhender/concevoir la **place** qu'il tient au sein du groupe, renforçant ainsi la **dynamique de groupe**.

En cela, les rituels de début et de fin de séance participent à **rassurer** et à **sécuriser** le patient. L'explication du cadre au début et le temps de parole à la fin leur permet d'**extérioriser** leurs ressentis, leurs affects, parfois même leurs angoisses ; car même s'il faut souvent les **stimuler**, cela permet de restituer leur façon de voir les choses par rapport à leurs créations et l'activité en elle-même. Ce temps de verbalisation peut même être un exutoire pour certains patients.

Dans ce cas, le jugement est également assez **subjectif**. Toutefois, l'ergothérapeute référente m'a fait remarquer que cela faisait longtemps que David n'avait pas parlé autant lors d'une activité. Naturellement, des questions se posent :

- Est-ce seulement grâce à l'activité qu'il s'est exprimé plus qu'à l'habitude ?
- Est-ce que ce jour-là, il voulait plus s'exprimer qu'un autre ?
- Est-ce le changement d'habitudes qui inconsciemment a favorisé l'extériorisation ?

L'ergothérapeute n'a pas su le dire. Un psychologue ou un psychiatre aurait peut-être pu nous éclairer. En effet, la collaboration de ces derniers (absents lors de ces séances), avec leurs compétences, aurait pu amener un regard différent et une **interprétation** plus correcte des observations que nous avons pu faire lors des séances.

Nonobstant, le cadre posé au départ de l'activité paraît structuré et cohérent donc semble thérapeutique.

Lors de cette prise en charge groupale où chacun des patients effectuait sa propre création à partir d'un médiateur commun, il y a eu l'instauration de la **dynamique de groupe** dans le moment thérapeutique. Il est vrai que des **phénomènes particuliers** et propres au groupe existent. On peut généralement remarquer l'émergence d'un **leader** qui mène souvent le groupe. En l'occurrence, Myrta était assez écoutée et beaucoup imitée des autres patients (probablement du fait de sa créativité). Ils l'ont suivie pour aller chercher des fioritures, des décorations et dans l'utilisation des différents outils (ciseaux crantés et perforatrices).

Ces phénomènes permettent d'établir pour chacun une certaine place dans le groupe, les incluant dans une **dynamique collective** et non plus **individuelle**. Des échanges et une certaine **cohésion** groupale se sont installés au fur et à mesure des séances (tous les patients, excepté Victor, se parlent, rient avec une dynamique plutôt positive). Ces observations vont toujours dans le même sens de l'hypothèse.

La médiation et ses propriétés

L'activité scrapbooking en elle-même est aussi **structurante**. Elle est facile ou complexe selon les techniques utilisées, mais de part les consignes imposées ou non, elle renvoie à une certaine **réalité** qui permet de **recentrer** les patients sur ce qui se passe lors de l'activité sans forcément penser à autre chose ou délirer.

De même, l'une des contraintes imposées était de faire une fiche technique de leur future création. Cette directive demande une **image mentale** de la composition, une **projection** dans l'imaginaire de ce que pourrait-être l'objet à réaliser. En cela, les patients ont dû utiliser leurs fonctions cognitives, soit les **fonctions exécutives**, l'attention, la concentration etc. ou encore la précision. Victor et Myrta n'ont pas vraiment eu d'anicroche pour le faire, en revanche, David a eu plus de difficultés.

C'est une activité où l'on travaille aussi en adéquation avec son passé (par rapport aux photographies personnelles). Cela peut renvoyer des choses plutôt heureuses ou au contraire nostalgiques. Elle permet de se replonger à l'instant *t* où a été prise la photo, les personnes qui y sont présentes, l'environnement etc. Le scrapbooking est une manière de **transmettre** et d'exprimer un patrimoine photographique en faisant appel à la sensibilité, la **créativité** et à la fantaisie de chacun. C'est donc une activité où l'imagination est inéluctable.

Durant les temps verbalisation, trois personnes sur cinq ont parlé de l'imaginaire : « On laisse faire l'imaginaire ». Myrta avait des *prédispositions* pour la créativité de part sa profession, David et Victor n'ont pas été éveillés et stimulés au même titre.

Finalement, que ce soit Myrta, David ou même Victor, ils ont tous été absorbés par leurs réalisations et n'ont pas vu l'heure passer. Pendant ce temps là, ils se consacraient à eux-mêmes, à leur **plaisir**, leur **création** et non pas à leurs idées délirantes, ni leurs angoisses.

Dans notre cas, a priori, aucune verbalisation d'angoisse n'a été relatée. En cela l'activité paraît thérapeutique car elle recentre le sujet sur une action. C'est « l'**agir** » qui l'active et lui permet d'être **acteur de sa prise en charge**.

Objectifs spécifiques du patient

En dernier lieu, les objectifs propres aux patients :

Pour Myrta, travailler en groupe a favorisé la **socialisation**, créer un objet lui a permis de se **revaloriser** (elle a beaucoup aimé ce qu'elle a fait, surtout la composition avec la photographie de sa mère), l'activité a permis d'**éveiller** sa **créativité** tout en travaillant les **fonctions cognitives**. Enfin, ni l'ergothérapeute, ni moi-même avons perçu la manifestation d'un **délire**. Tous les objectifs visés ont été travaillés, ce qui est plutôt un bilan positif.

Pour David, l'activité lui a permis de se **positionner** dans le groupe et ainsi travailler dans cette **dynamique**. Il n'a eu ni débordement, ni énervement. Nous l'avons senti **conscientieux** dans ce qu'il faisait et réellement **impliqué**. Il a également utilisé ses **fonctions cognitives** lors des réalisations successives. Dans l'objectif qui concerne la confrontation à la réalité, David a beaucoup parlé de sa photographie. Durant le week-end où la photo a été prise, toute sa famille était présente, sereine et cela faisait longtemps qu'elle n'avait pas été ainsi. En conséquence, il essayait de faire des efforts pour que cela se passe le mieux possible.

David pensait **offrir** son cadre à ses **parents**, ce qui est intéressant dans l'optique de la **réadaptation familiale**. Enfin, durant l'activité, la tendance a été de le laisser faire, lui permettre de réaliser ses propres expériences, **découvrir** les différentes matières, les différents effets ; à ce titre, lorsqu'il nous interpellait, nous essayions de l'aiguiller à minima pour ne pas provoquer d'angoisse, mais favoriser au maximum son **autonomisation**. David a d'ailleurs eu plusieurs **prises d'initiatives adaptées** bien qu'assez inattendues. La même conclusion que Myrta peut-être énoncée pour David, tous les objectifs visés ont été travaillés lors de l'activité.

Et enfin pour Victor, l'objectif principal était d'**instaurer** une **relation** de **confiance** durable entre l'équipe et lui. Pour le concrétiser, il fallait encore du temps, la relation s'établissait petit à petit. L'activité groupale a tout de même permis de faciliter la **resocialisation** sans que cela l'ait stimulé pour autant. Le **respect** du **cadre** et des **consignes** a été difficile, le cadre a dû être précisé plusieurs fois. L'expression de ses **délires** lors des séances n'était pas franche mais tout de même avérée. Ainsi, pour Victor, tous les objectifs étaient **en cours** de **réalisation** sans réel résultat à cette période. Il faut néanmoins préciser que cela faisait seulement trois semaines que Victor participait aux activités en ergothérapie.

8. Limites

Comme précisé précédemment, le processus de soin des personnes atteintes de troubles psychiques est long, sinueux et fluctuant. De ce fait, établir des **généralités** sur trois patients observés durant trois séances n'est pas admissible. Les remarques établies ne peuvent donc être valables que pour ces trois patients dans le contexte donné.

Le second élément est que les observations que l'ergothérapeute référente est moi-même avons pu faire, sont empruntées de **subjectivité**. C'est notre vision, notre regard des choses, notre **interprétation** à un instant donné. L'ergothérapeute n'est pas formé pour interpréter ce qui se passe durant les activités, il peut en revanche observer les phénomènes et en **référer** à un collègue comme le psychologue (approprié dans ce genre de démarche) ou faire des **transmissions** à l'équipe pluridisciplinaire lors de réunions de synthèse.

Enfin, il faut incontestablement choisir *la* médiation adéquate afin de répondre aux objectifs de chaque patient, ce qui peut s'avérer difficile lors d'une prise en charge groupale. Dans l'exemple de l'activité mise en pratique, je ne m'étais pas forcément inquiétée des calculs numériques à effectuer (pour mettre une image ou une photographie au milieu d'un support par exemple) ; or, certains patients ont eu des difficultés à ce niveau.

9. Conclusion de l'étude de cas

Chaque patient a des objectifs de soins **spécifiques** et une activité ne va pas être automatiquement adaptée ou correspondre à deux patients ayant la même pathologie. Ils ont chacun une **problématique propre**, une prise en charge **particulière** et **individualisée** dans un **environnement** donné ; c'est une prise en charge **globale** de la personne.

En conséquence, nous n'avons pas forcément le recul nécessaire pour dire si l'activité est réellement thérapeutique. En revanche, les observations rapportées sur les cinq critères mis en jeu (ergothérapeute, relation, cadre, médiation, objectifs) permettent d'orienter notre point de vue dans le sens de la confirmation de l'hypothèse.

D. ENTRETIENS

1. Justification de l'outil et démarche mise en place

J'ai d'abord effectué une étude de cas pour me restreindre sur l'appréciation de l'hypothèse présentée puis, pour vérifier mon point de vue, j'ai effectué des **entretiens** afin de développer et compléter mes recherches et l'analyse.

Selon *les techniques d'enquête en sciences sociales*⁴⁷, pour obtenir une information, « [nous usons] de méthodes douces d'extorsion des réponses, en effectuant des entretiens (orientation qualitative) ou des questionnaires (orientation quantitative) selon les besoins et les moments de l'étude. »

En l'occurrence, l'entretien me paraissait plus opportun car il possède une **approche plus qualitative**. Il y a un nombre limité de cas interviewés avec une conduite approfondie par entretien, à l'inverse de l'approche quantitative avec étude de statistiques, réalisée à partir d'un questionnaire fortement structuré.

Cette démarche est opérée en vue de **valider l'hypothèse**. Mais, valider une hypothèse, ce n'est pas demander au sujet enquêté s'il y adhère, on aura simplement comme renseignement, la représentation que les interviewés se font d'elle.

La rencontre pour une interview de recherche n'est pas une situation ordinaire : deux individus qui ne se connaissent pas **échangent** des **propos** suivis sur un sujet, pendant une période de temps limitée. Cependant, l'entretien d'enquête n'est pas et ne doit pas devenir une simple discussion ni un échange d'arguments pour convaincre ou pour revendiquer, voire un interrogatoire ou des aveux.

Selon le même ouvrage cité précédemment, l'entretien se matérialise par huit étapes de réalisation que j'ai décidé de suivre :

- Etape 1 : Objectif général
- Etape 2 : Hypothèse
- Etape 3 : Plan d'observation
- Etape 4 : Préparation de l'instrument d'observation
- Etape 5 : Recueil d'informations
- Etape 6 : Préparation des données
- Etape 7 : Analyse et interprétation des données

⁴⁷ N. BERTHIER. *Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthodes et exercices corrigés*. Paris : Armand Colin, 2006.

→ Etape 8 : Rapport final

2. Les huit étapes pas à pas...

Etape 1 : Objectif général

L'objectif général des entretiens est de **savoir** et de **déterminer** en quoi l'activité peut être ergothérapeutique.

Etape 2 : Hypothèse

Selon mon hypothèse, les critères qui font qu'une activité est ergothérapeutique sont : l'ergothérapeute, la relation thérapeutique, le cadre, la médiation et les objectifs spécifiques du patient). Reste maintenant à le faire **vérifier** ou **valider** par des **professionnels** ayant une certaine **expérience** dans ce domaine.

Etape 3 : Plan d'observation

Il faut **sonder** (ou échantillonner) des personnes, c'est-à-dire **choisir** une partie (échantillon) pour **représenter** le tout (la population parente). Seul un échantillon de personnes est soumis à l'enquête. La population susceptible d'être interrogée est définie selon plusieurs critères et les entretiens sont effectués par enquêteur et par téléphone.

Critères de choix des personnes interviewées :

- Homme ou femme ergothérapeute diplômé d'Etat (DE) ;
- Ergothérapeutes diplômés d'Etat depuis plus d'un an ;
- Ergothérapeute travaillant dans le secteur psychiatrique ;
- Ergothérapeute étant dans une structure depuis plus d'un an ;
- Ergothérapeute prenant en charge des patients atteints de schizophrénie présents dans la structure depuis plus d'un an et ayant une prescription médicale pour l'ergothérapie.

Pourquoi tous ces critères ? Ils sont définis afin de cadrer l'étude car premièrement, je fais un mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute donc, cela paraît cohérent que j'interroge des ergothérapeutes DE. Ensuite, le critère de temps : les personnes interviewées doivent avoir au moins un an de **pratique professionnelle** car, c'est un temps qui me paraît nécessaire pour acquérir un minimum d'expérience. Elles doivent travailler dans le domaine **psychiatrique** puisque je m'intéresse à ce secteur en particulier. Travailler depuis plus d'un an dans la structure : encore une fois pour les pratiques professionnelles et aussi par le fait que l'ergothérapeute a pu voir des **évolutions** chez les patients qu'il prend en charge et donc a pu évaluer ce qui était thérapeutique de ce qui l'était moins. Finalement, un ergothérapeute qui prend en charge des patients présents depuis plus d'un an dans la structure, pour les mêmes raisons que le critère précédent.

Pour assurer à la relation une dimension professionnelle, il est indispensable qu'enquêteurs et enquêtés ne se connaissent pas, ce qui fut le cas.

Le choix des personnes interrogées, pour obtenir un **échantillon représentatif**, s'apparente plutôt à une **méthode empirique**. En effet, le choix des interviewés n'est ni aléatoire, ni effectué sur une base de sondage, la disposition de cette dernière étant difficile à obtenir. Le choix des sujets s'est alors entièrement effectué sur le terrain. Je n'avais pas d'informations statistiques sur les ergothérapeutes travaillant dans le secteur psychiatrique, alors je me suis renseignée auprès des autres étudiants de la promotion pour savoir qui avait effectué un stage avec des ergothérapeutes présentant les critères définis précédemment.

J'ai alors eu plusieurs contacts, quatre en tout.

Le choix de la technique d'entretien s'est imposé de lui-même. Ce sont plutôt des entretiens de type **approfondissement** et **exploratoire**, j'ai donc privilégié l'entretien libre (autrement appelé ouvert, non-directif, approfondi etc.) Cf. *Annexe 2*.

Etape 4 : Préparation de l'instrument d'observation

Dans l'entretien libre, il faut organiser son discours à partir du thème de départ. L'enquêteur choisit librement ses idées qu'il va développer sans limitation, sans cadre préétabli.

Il joue le rôle de **stimulateur** des réponses et doit être **objectif** face aux réponses de l'interviewé. Ce dernier doit répondre à un enquêteur qu'il ne connaît pas mais qui ne met pas en doute ses affirmations. Dans ce climat, les informations obtenues peuvent être riches et nuancées.

Ce sont donc des **questions ouvertes** qui visent à favoriser la prise de parole, l'expression de la personne sans restreindre son champ d'exploration.

Les questions sont de type **indirect**, au niveau où elles impliquent la personne, c'est-à-dire des questions qui posent le problème à un niveau assez général sans obligation de réponses précises et/ou projectives. En d'autres termes, des questions qui visent à explorer les impressions, les sentiments de la personne sur le sujet.

Avant toute question, il a été nécessaire de se présenter, d'expliquer le *pourquoi* et le *pour quoi* de cette démarche et comment la personne a été « sélectionnée ».

Voici les questions posées :

1. Selon vous, qu'est-ce qui fait qu'une activité est ergothérapeutique ?

J'attends de cette question une **énumération** de **critères** qui définissent **subjectivement** ce qu'est une activité thérapeutique pour l'ergothérapeute.

Si tous les critères conceptualisés précédemment se retrouvent, l'hypothèse ira vers une corroboration.

Si seulement certains critères sont cités, ils iront dans le sens de l'hypothèse tout en adjoignant éventuellement de **nouvelles caractéristiques** pouvant la compléter ; en considérant que celles-ci soient plausibles et qu'elles complètent la supposition présumée.

Si les critères induits ne sont nullement mentionnés, cela aboutirait peut-être sur un postulat tout aussi à propos, permettant soit une **remise en question**, soit une **ouverture**.

Lors de cette question, il y aura la possibilité de demander de plus amples informations sur les critères cités afin d'essayer de retrouver ceux de l'hypothèse.

Des **reformulations** pourront être effectuées pour éviter de **fausses interprétations** et peut être avoir des renseignements supplémentaires (« *Si j'ai bien compris, les critères qui font pour vous, qu'une activité est ergothérapeutique sont...* »).

2. Dans mon hypothèse, l'activité est ergothérapeutique car elle est animée par un ergothérapeute, parce qu'il y a une relation thérapeutique de confiance qui s'établit entre le ou les patient(s) et lui-même, par la présence d'un cadre, de la médiation en elle-même (incluant ses objectifs et ses propriétés) et les objectifs spécifiques du patient. Qu'en pensez-vous ?

L'ergothérapeute va pouvoir déclarer ce qu'il pense de l'hypothèse. Ses **points positifs** et/ou ses **points négatifs**.

3. Dernière question : Pensez-vous que l'on pourrait créer un « mode d'emploi de création d'activités » en prenant en compte les éléments déterminés (et/ou ceux dont vous m'avez parlés précédemment) en fonction des sémiologies des pathologies rencontrées ?

Pourquoi pas en vue d'une recherche à venir, est-ce qu'il est possible de **créer** des activités ergothérapeutiques en fonction de la **sémiologie** d'un patient ? Peut-on créer un mode d'emploi pour fabriquer des **activités ergothérapeutiques** ? Est-il possible de soigner ou de rééduquer un symptôme avec une activité ou une façon de travailler ?

Etape 5 : Recueil d'informations

Ce sont les questionnements sur le terrain. J'ai eu la possibilité d'effectuer un entretien en *face à face* et trois entretiens téléphoniques.

Au niveau de la qualité de l'information recueillie, le premier entretien n'a pas pu être **enregistré** car l'ergothérapeute ne le souhaitait pas, même après argumentation. Les autres le sont, sans souci particulier.

Tous les ergothérapeutes interviewés sont des femmes et respectent les critères de choix exposés précédemment pour l'entretien. Présentation des structures où elles travaillent :

- Premier entretien : l'ergothérapeute travaille en **intra-hospitalier** et en **hôpital de jour** depuis une dizaine d'années.
- Second entretien : l'ergothérapeute travaille dans un **hôpital de jour** et un **CATTP**⁴⁸ depuis un an et demi environ.
- Troisième entretien : l'ergothérapeute travaille en **hôpital de jour** exclusivement depuis un an et demi environ.
- Quatrième entretien : l'ergothérapeute travaille en **hôpital de jour**, en **CATTP** et **CMP**⁴⁹ depuis une dizaine d'années.

Etape 6 : Préparation des données

Le nom des ergothérapeutes ne sera pas mentionné pour des raisons de confidentialité.

Lors de cette phase, il a fallu **traiter** les données. Une lecture attentive des résultats a été effectuée. Une **saisie informatique** a été réalisée, elle se trouve en annexe. Les durées et les spécifications de l'entretien y sont notées. *Cf. annexe 3.*

⁴⁸ CATTP : Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel.

⁴⁹ CMP : Centre Médico-Psychologique.

Etape 7 : Analyse et interprétation des données

C'est le **décryptage** des informations recueillies en fonction de la nature des données et des objectifs de l'étude (comparaison et/ou vérification d'hypothèse). Le but est de **décomposer** au maximum l'information, séparer les éléments factuels et les éléments de signification et ainsi minimiser les interprétations non contrôlées.

Pour analyser les données, je vais reprendre une à une, les questions posées en synthétisant les réponses données par chacune.

1. Selon vous, qu'est-ce qui fait qu'une activité est ergothérapeutique ?

Dans tous les entretiens, le critère que l'on retrouve constamment est l'« activité ». Jusqu'ici, tout va bien, puisque c'est le thème de la question après tout... En revanche, elles n'ont pas toutes la même opinion sur celle-ci :

Pour le premier entretien, l'activité est ce qui est mis en œuvre pour **répondre** aux objectifs du patient. Pour le second, il y a trois types d'activité : l'activité **directement thérapeutique** où le patient va travailler directement sa difficulté, l'activité à **médiation thérapeutique** où le support est l'outil thérapeutique et enfin l'activité **occupationnelle** où les patients viennent mais ne participent pas forcément à une activité. Pour le troisième entretien, « *toute activité est intéressante en ergothérapie parce qu'il y a toujours quelque chose à **exploiter*** » ; c'est suivant la **démarche** qu'elle va être plus ou moins thérapeutique. Pour le quatrième entretien, toutes les activités le sont et il n'y a pas d'activités **occupationnelles** puisque, à partir du moment où le patient vient, c'est déjà thérapeutique.

Ensuite, les critères « relation thérapeutique », « cadre » et « objectifs spécifiques du patient » reviennent dans les cinq entretiens, à deux reprises.

Le premier élément cité dans le premier et second entretien est le « cadre ». Il est caractérisé par une composante **spatio-temporelle** (lieu, durée, fréquence, règles...) dans les deux cas.

Dans le troisième entretien, la « relation thérapeutique » est mentionnée en premier, alors que dans le premier entretien, il a fallu une **reformulation** de ma part pour qu'il soit cité. Dans le troisième entretien, il est considéré comme le critère **fondamental** de la prise en charge : « *Ce n'est pas l'activité qui est thérapeutique, c'est la relation de confiance et de sécurité que [nous mettons] autour* ».

Troisième critère, les « objectifs spécifiques des patients » : il est évoqué dans le premier et le troisième entretien. Il a fallu demander un **approfondissement** car, chacune des deux ergothérapeutes me l'avait décrit implicitement (premier entretien : « *Ce que l'on cherche à observer* » et troisième entretien : « *Selon ce que tu cherches par rapport au patient* »).

Enfin, le « critère ergothérapeute » ne revient qu'une fois dans le second entretien, pour spécifier que ce n'est pas forcément l'ergothérapeute qui fait qu'une activité est thérapeutique directement, mais l'activité en elle-même. Même si c'est un infirmier ou un **autre professionnel** qui l'anime, dans l'**observation**, ils auront une **approche** différente.

Dans les cinq entretiens réunis, j'ai retrouvé la totalité des critères évoqués dans l'hypothèse. Cependant, aucune ergothérapeute ne les a tous cités, l'hypothèse semble se vérifier, mais en partie seulement.

2. Dans mon hypothèse, l'activité est ergothérapeutique car elle est animée par un ergothérapeute, parce qu'il y a une relation thérapeutique de confiance qui s'établit entre le ou les patient(s) et lui-même, par la présence d'un cadre, de la médiation en elle-même (incluant ses objectifs et ses propriétés) et les objectifs spécifiques du patient. Qu'en pensez-vous ?

A cette question en revanche, elles ont été plus unanimes :

- Premier entretien : « *Cela représente bien la démarche globale de l'ergothérapeute.* »
- Second entretien : « *Oui, c'est sensé.* »
- Troisième entretien : « *Pour moi, c'est tous les critères nécessaires.* »
- Quatrième entretien : « *Oui, quand même !* »

Elles sont donc plutôt d'accord avec cette hypothèse mais émettent des réserves sur certains points...

Dans le second entretien, l'ergothérapeute a tenu à préciser à nouveau que ce n'est pas forcément l'ergothérapeute qui fait que l'activité est ergothérapeutique. Quant au quatrième entretien, je pense que je ne me méprends pas en disant qu'elle pense de manière similaire, mais elle a ajouté : « *L'ergothérapeute, oui, à partir du moment où il y a ce terme là, il faut que ce soit une ergo !* ».

De même, elle a rajouté qu'il n'y avait « *pas forcément besoin d'activité pour que ce soit thérapeutique* » : parfois, les patients ne veulent pas de médiation et dans ces cas là, ce sont les autres **patients** du groupe qui sont les **médiateurs**. Pour les objectifs spécifiques, elle a aussi dit qu'ils permettaient de **cibler** la prise en charge, d'expliquer **pourquoi** le patient était là et de rebondir sur ce sujet lors des réunions de synthèse.

Sur ce point précis, leurs points de vue convergent vers l'hypothèse établie.

3. Dernière question : Pensez-vous que l'on pourrait créer un « mode d'emploi de création d'activités » en prenant en compte les éléments déterminés (et/ou ceux dont vous m'avez parlés précédemment) en fonction des sémiologies des pathologies rencontrées ?

Ici aussi, elles ont toutes été unanimes. Elles travaillent avec des **êtres humains** et il n'y a pas de **mode d'emploi** pour cela. C'est en fonction de la **problématique** propre des patients, qu'elles mettent en place des activités. Elles pensent que nous ne pouvons pas créer d'activités thérapeutiques en fonction de la pathologie et que nous devons plutôt nous adapter et être **créatif** (nous aussi !).

Ce qu'il en est ressorti, c'est qu'en fonction du support, il y a une infinitude d'activités. L'ergothérapeute fait passer des choses *dans* et *par* les activités qu'il apprécie, il ne lui reste donc qu'à être **imaginatif**.

En entendant leurs réponses, je me suis rendue compte que je m'étais peut-être mal exprimée. Dans ma question, je demandais s'il était imaginable de créer des activités qui soient ergothérapeutiques, dans le cadre de la prise en charge d'un patient. J'entendais par là : *en fonction des symptômes de la personne, quelle(s) activité(s) serai(en)t la (les) plus thérapeutique(s) pour lui ?*

De cette façon, je pense qu'elles ont compris : *il faut soigner ce schizophrène* et non, *il faut soigner ce patient, ce malade, cette personne qui est atteinte d'une schizophrénie*. Car en effet et bien sûr, la personne patiente n'est pas un *objet* malléable, modelée à la convenance des soignants. Alors peut-être me suis-je mal exprimée ? En tout cas, c'est une leçon à retenir.

3. Limites

Plus la taille de l'échantillon est **grande**, plus le sondage est **précis**. En l'occurrence quatre entretiens ont été effectués et cela ne représente pas un nombre conséquent, donc il y a toujours un risque de conceptualiser ce qui a été déclaré.

Comme l'échantillon d'ergothérapeutes n'est inévitablement pas représentatif de la profession, il ne faut pas non plus interpréter littéralement tout ce qui est dit. Il faut savoir prendre un certain **recul** face aux différentes données et en tenir compte.

Les risques du sondage sur un petit échantillon sont donc que l'on peut faire une **généralisation abusive** des données. Extrapoler des conclusions sur toute la population des ergothérapeutes, à partir d'un échantillon limité et hétérogène, serait maladroit, voire hasardeux. De plus, les réponses sont assez subjectives et en rapport avec les **pratiques** de chacune donc l'interprétation en est assez délicate.

Etape 8 : Rapport final

Le rapport est la dernière étape de l'enquête. Il est établi dans la conclusion ci-dessous.

4. Conclusion des entretiens

Quatre entretiens ont été passés pour tenter de répondre à l'hypothèse. En fonction des réponses données et des analyses effectuées, le critère le plus retrouvé qui fait qu'une activité est ergothérapeutique, selon les ergothérapeutes interrogées, c'est le « **cadre** ». Ensuite, viennent à égalité la « relation thérapeutique », la « médiation » et les « objectifs spécifiques au patient ». Enfin, et ce qui paraît plutôt étonnant, c'est l'ergothérapeute lui-même qui remporte le moins de suffrage ! Une seule personne sur les quatre l'a relevé. Toutefois, comme j'ai pu le constater précédemment, peut-être y a-t-il eu une mauvaise compréhension du terme *ergo*-thérapeutique limitant les réponses au côté *thérapeutique* de l'activité. En cela, la formulation des questions est **très** importante lors d'un entretien.

Finalement, ces entretiens vont dans le sens de l'hypothèse, mais comme précisé précédemment, l'échantillon n'étant pas représentatif de la population des ergothérapeutes, je ne peux donc pas confirmer mon hypothèse pleinement.

E. CONCLUSION DES RECUEILS DE DONNÉES

Des éléments théoriques ainsi que deux recueils de données ont été nécessaires pour *justifier* l'hypothèse. Je ne peux pas bien sûr affirmer qu'ils ont donné la solution et que mon hypothèse est complètement vérifiée. Néanmoins, il est presque avéré que ce sont bien ces critères (l'ergothérapeute, la relation de confiance, le cadre, la médiation et les objectifs spécifiques au patient) qui feraient qu'une activité est ergothérapeutique ou au moins pour quatre d'entre eux, puisque le critère « ergothérapeute » n'a été retenu qu'une seule fois.

Subséquentement, on pourrait se demander ce qui rend l'activité ergothérapeutique puisque deux personnes disent que ce n'est pas l'ergothérapeute qui fait le thérapeutique d'une activité. Cependant, une activité ergothérapeutique sans ergothérapeute, c'est difficile à concevoir !!!

Actuellement, après avoir travaillé les concepts, recueilli des données et les avoir analysées, je pense que ces cinq critères font effectivement qu'une activité est ergothérapeutique. Toutefois, je considère pleinement les réponses obtenues et je les prends toutes en considération.

Conclusion

Je pense sincèrement que je suis loin d'avoir trouvé une solution à mon interrogation de départ... Cependant, je m'aperçois tout de même que le mémoire de fin d'étude est un travail de réflexion pour nous, futurs professionnels en ergothérapie. Il sera peut-être aussi un point de départ pour un (ou des) ergothérapeute(s) plus expérimenté(s) qui souhaiterai(en)t établir des liens avec leurs pratiques et/ou enrichir leurs connaissances.

De plus, c'est l'ébauche de notre réflexion en tant que futurs professionnels. Je me suis, non pas découverte une passion au travers à ce travail d'écriture, mais une réelle envie de comprendre et d'apprendre davantage, concernant ce métier qu'est l'ergothérapie.

Dans le cadre de cette initiation à la recherche, nous pouvons aussi nous interroger sur d'autres critères et principes mis en jeu lors des séances d'ergothérapie. En l'occurrence, nous pourrions nous demander :

- *Quelle est la différence entre une relation thérapeutique et une relation sociale ?*
- *Quelle est la part thérapeutique dans la subjectivité de la relation de confiance du soignant ?* (Dans la relation, certains critères sont subjectifs, ce qui induit une marge de manœuvre différente dans chaque cas).
- *En quoi les phénomènes qui se produisent dans le groupe participent-ils au thérapeutique d'une activité ?* D. ANZIEU, entre autres, aide particulièrement à se positionner sur le sujet.
- *L'activité occupationnelle n'est-elle qu'occupationnelle ou a-t-elle une part de thérapeutique ?* (Venir, c'est déjà sortir de chez soi et entrer en contact avec d'autres personnes...)

Autant de questions auxquelles la pratique professionnelle répondra pour la plupart ou du moins, donnera une opinion.

Il reste aussi cette question de création des activités qui reste en suspens : *méprise ou maladresse ?* Est-ce qu' il sera possible un jour, de réaliser un « mode d'emploi de la

création d'activités en ergothérapie », en parallèle avec les protocoles de rééducation/réadaptation et les pratiques professionnelles ?

Finalement, c'est aussi la répétition de situations diverses, variées et verbalisées, reliées entre elles, qui est thérapeutique. J'ai souvent entendu nos intervenants dire que, quelle que soit la médiation que nous choisissons de mettre en place avec un patient, si nous argumentons le « pourquoi » et le « pour quoi » de cette activité, nous avons *tout gagné*. Il faut cependant être capable de justifier, à la suite de ces propos, une démarche thérapeutique **personnalisée** et **adaptée** au patient, et pas seulement une simple activité mise en place sans but précis.

Je crois que nous ne sommes pas loin de ce mode de fonctionnement. Une activité animée par un ergothérapeute est ergothérapeutique, car nous avons un bagage étudiant : les connaissances théoriques (dont la psychopathologie), les connaissances pratiques, que nous avons apprises en stage (même si l'expérience va s'acquérir au fur et à mesure) et l'immersion durant ces trois années (parfois plus) dans le milieu du handicap... Tout cela façonne notre personnalité et nos actes. Ce *bagage* nous permet aussi d'apprendre à être et bientôt à devenir (si tout cela se passe bien) des ergothérapeutes.

Bien sûr, le diplôme en poche, rien ne sera encore joué, mais la pratique fera de nous –nous l'espérons tous– de meilleurs thérapeutes car c'est essentiellement l'expérience et la pratique professionnelle qui nous forment.

Et puis, si l'envie nous prend et c'est d'ailleurs vivement conseillé, nous avons la possibilité de poursuivre notre *soif de connaissances* en suivant des programmes de formation continue.

Bibliographie

OUVRAGES CONSULTÉS OU LUS :

▣ *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation.*- Sous la dir. de H. HERNANDEZ.- Marseille : Solal Éditeurs, 2007.- 236 pages.

▣ L. PIERQUIN, J.-M. ANDRÉ, P. FARCY.- *Abrégés d'ergothérapie.*- Paris : Masson, 1980.- 286 pages

▣ M.-C. DETRAZ, F. EIBERLE, A. MOREAU, I. PIBAROT, N. TURLAN.- *Ergothérapie : Guide des pratiques.*- Vieilleville : ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), 2000.- 229 pages.

▣ M. CARLIER, M.-S. SIMON.- *Scrapbooking, Mettez en scène vos photos.*- Paris : France Loisirs, 2004.- 80 pages.

▣ N. BERTHIER.- *Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthodes et exercices corrigés.*- [3^{ème} édition].- Paris : Armand Colin, 2006.- 352 pages.

▣ OMS.- *CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé.*- Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2001.- 304 pages.

▣ *Quels groupes thérapeutiques. Pour qui ?.*- Sous la dir. de D. QUÉLIN-SOULIGNOUX, P. PRIVAT.- Ramonville Saint-Agne : Érès Éditions, 2007.- 217 pages.

▣ *Scrapbooking, Photos anciennes.*- Sous la dir. de C. TRACOU.- Belgique : Azza Reportage, 2006.- 39 pages.

▣ Th. LEMPERIÈRE, A. FÉLINE, A. GUTMANN, J. ADES, C. PILATE.- *Psychiatrie de l'adulte.*- Paris : Masson, 1996.- 414 pages.

ARTICLES

▣ J.-P. GUIHARD.- «Cogito Ergo Therapia ».- *Journal d'ergothérapie.*- Mars 2006.- Montaignu : Techni Média Services, 2000.- p. 41-52.

▣ L.PUILLE.- « Un atelier : une expérience ergothérapeutique originale auprès de patients psychotiques ».- *Journal d'ergothérapie.*- Septembre 2000.- Montaignu : Techni Média Services, 2000.- p. 88-101.

ARTICLES (SUITE)

▣ M.-C. FESQUET-LOCECÈRE.- « Une certaine manière d'être ergothérapeute dans une unité de soins pour adolescents ».- *Expériences en ergothérapie : 19^{ème} série*.- Montpellier : Sauramps Médical, 2006.- p. 136-141.

▣ M. GUMY.- « La question de l'investissement chez de jeunes patients psychotiques ».- *Journal d'ergothérapie*.- Décembre 1995.- Paris : Masson, 1995.- p. 217-220.

▣ S. DENÈQUE, B. KOCH.- « Recherche sur l'évaluation en psychiatrie ».- *Expériences en ergothérapie, 19^{ème} série*.- Montpellier : Sauramps Médical, 2006.- p. 109-141.

LES MÉMOIRES

▣ F. CHIROL.- *La danse, une activité thérapeutique en ergothérapie pour le sujet schizophrène ?*.- 51 pages.- Mém. fin ét. du DÉ d'ergothérapeute.- 2007

DICTIONNAIRE ET USUELS :

▣ A. MANUILA, L. MANUILA, P. LEWALLE, M. NICOULIN, T. PAPO.- *Dictionnaire médical Manuila*.- [10^{ème} édition].- Paris : Masson, 2004. -678 pages.

▣ J. POSTEL.- *Dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique*.- Paris : Larousse, 2003. 543 pages.

▣ *Le Petit Larousse Illustré*.- Sous la dir. de I. JEUGE-MEYNARD.- Paris : Larousse, 2006.- 1854 pages.

▣ M. BLOUIN, C. BERGERON. « Termes d'intervention et d'aides techniques ».- *Dictionnaire de la réadaptation*. Tome 2. Québec : Les Publications du Québec, 1997. p. 12.

SOURCES ÉLECTRONIQUES (SITES WEB)

▣ J.-P. GUIHARD. *JP le Blog de l'écran au papier* [en ligne] Disponible sur Internet : <http://pagesperso-orange.fr/jp.guihard/index.html>. (Janvier 2008)

▣ M. MUTIS. *Comprendre et mieux connaître l'ergothérapie en psychiatrie* [en ligne]. Disponible sur Internet : <http://ergopsy.free.fr/contenu.htm>. (Février 2008).

▣ Médecine de l'Université de Rennes 1. *Définition de l'activité thérapeutique* [en ligne] Disponible sur Internet : <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/1048.html>. (Janvier 2008)

▣ S. NUKE. *Locutio: citations latines, expressions, locutions, aide au latin, traduction, thème, version*. [en ligne]. Disponible sur Internet : <http://www.locutio.net/index.php>. (Octobre 2007).

Glossaire

Définitions référencées dans le texte avec l'indice « Cf. glossaire » en note de bas de page

Aboulie¹ : trouble psychologique caractérisé par une réduction ou une absence de volonté et de pouvoir de décision et d'action.

Acouphène² : sensation auditive qui n'est pas causée par un stimulus extérieur.

Ambivalence³ : disposition d'un sujet qui éprouve simultanément deux sentiments contradictoires vis-à-vis d'un même objet (amour et haine par exemple).

Apragmatisme⁴ : incapacité d'origine purement psychique de maintenir une activité et un comportement bien adaptés aux besoins et aux conditions de vie.

Autonomie⁵ : ensemble des habiletés permettant à une personne de se gouverner par ses propres moyens, de s'administrer et de subvenir à ses besoins personnels

Barrage⁶ : brusque interruption du discours ou de l'activité psychomotrice, liée à un trouble profond du cours de la pensée.

Bouffée délirante aiguë (BDA)⁷ : épisode psychotique transitoire caractérisé par un délire à thèmes polymorphes, souvent accompagné de troubles hallucinatoires multiples, survenant brusquement chez un sujet jusque-là indemne de troubles psychiques graves et rétrocedant spontanément au bout de deux ou trois semaines en guérissant la plupart du temps sans laisser de séquelles. [...]

Catalyseur⁸ : élément qui provoque une réaction par sa seule présence ou par son intervention.

Catatonie⁹ : état pathologique de la psychomotricité caractérisé par une perte de la spontanéité et de l'initiative motrice, l'inertie et le négativisme [...]

Cénesthésie¹⁰ : impression générale d'aise ou de malaise, résultant d'un ensemble de sensations internes indépendamment du concours des sens.

1, 2, 3, 5, 8, 10 : *Dictionnaire Le Petit Larousse Illustré*.- Sous la dir. de I. JEUGE-MEYNARD.- Paris : Larousse, 2006.- 1854 pages.

4, 6, 7, 9 : J. POSTEL.- *Dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique*.- Paris : Larousse, 2003. 543 pages.

Chronique (maladie)¹¹ : se dit d'une maladie qui évolue lentement et se prolonge, contraire : aigu

Curatelle¹² : mesure de protection prononcée par un jugement à l'égard de personnes majeures qui, en raison d'une altération de leurs facultés personnelles, ont besoin d'être conseillées et contrôlées d'une manière continue dans les actes de la vie civile. [...]

Déficiences¹³ : Selon la CIF (Note de bas de page n°2)

La déficience est une perte ou une anomalie d'une structure anatomique ou d'une fonction organique. Les fonctions physiologiques incluent les fonctions mentales. Dans ce contexte, le terme d'anomalie est strictement utilisé pour désigner un écart important par rapport à des normes statistiques établies (c'est-à-dire un écart par rapport à la moyenne de la population dans le cadre de normes mesurées) et il ne doit être utilisé que dans ce sens.

Difffluence¹⁴ : trouble du cours de la pensée et du discours dans lequel le flux des idées s'éparpille sans ordre et dans toutes les directions d'une manière anarchique.

Fonctions exécutives¹⁵ : Ce qui concerne la stratégie, la planification, l'attention, la flexibilité mentale et l'inhibition.

Froidure affective¹⁶ : état d'insensibilité et d'inexpressivité émotionnelle. [...]

Hallucinations¹⁷ : expérience perceptive s'accompagnant d'une croyance absolue en la réalité d'un objet pourtant faussement perçue puisque le sujet ne reçoit pas de stimulation sensorielle correspondant à cet objet. [...]

Illusion¹⁸ : perception erronée d'une donnée sensorielle.

Imagination¹⁹ : délire chronique se caractérisant par la prépondérance du mécanisme imaginatif. [...] Les productions délirantes s'étendent d'une manière désordonnée, avec un contenu extravagant et parfois fantastique. [...]

Indépendance²⁰ : (personne), qui n'a pas besoin d'être aidée dans les actes de la vie quotidienne.

Interprétation²¹ : forme clinique de délire chronique systématisé, généralement à thème persécutif, ayant une construction délirante caractérisée par la prépondérance du mécanisme interprétatif et une extension en réseau. [...]

11, 17, 21 : *Dictionnaire Le Petit Larousse Illustré*.- Sous la dir. de I. JEUGE-MEYNARD.- Paris : Larousse, 2006.- 1854 pages.

12, 14, 16, 18, :J. POSTEL.- *Dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique*.- Paris : Larousse, 2003. 543 pages.

¹³ OMS.- *CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*.- Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2001.- 304 pages.

Intuition²² : connaissance spontanée de la vérité, sans l'intervention du raisonnement.

Maladie chronique²³ : en pathologie mentale, permanence d'une maladie dont l'évolution se poursuit d'une manière continue ou progressive pendant une longue période de temps, en altérant de façon durable l'activité psychique. [...]

Maladie maniaco-dépressive²⁴ : maladie mentale caractérisée par des dérèglements de l'humeur, qui évolue par accès se détachant plus ou moins franchement les uns des autres et de l'état normal.

Raptus²⁵ : Comportement anormal soudain et violent, dû à un trouble psychique qui peut conduire au suicide ou au meurtre.

Subjectif²⁶ : caractère de ce qui est individuel et susceptible de varier en fonction de la personnalité de chacun ; en opposition à objectif : chose qui existe indépendamment de la pensée et qui ne fait pas intervenir d'éléments affectifs ou personnels dans ses jugements, qui est impartial.

^{22, 25, 26} : *Dictionnaire Le Petit Larousse Illustré*.- Sous la dir. de I. JEUGE-MEYNARD.- Paris : Larousse, 2006.- 1854 pages.

^{23, 24} : J. POSTEL.- *Dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique*.- Paris : Larousse, 2003. 543 pages.

Annexes

▣ **ANNEXE 1** : Décret de compétences paru dans le Journal Officiel de la République Française du 21 novembre 1986

▣ **ANNEXE 2** : Technique d'entretien conseillée suivant le type d'étude

▣ **ANNEXE 3** : Les entretiens retranscrits

Annexe 1

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DU 21 NOVEMBRE 1986

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986¹ fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie

Le Premier ministre.

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi.

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L 372 et L 893

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales

Vu le décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 ponant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète

Art 1er - Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ou la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps² de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour - leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

¹ Légifrance, Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie [en ligne], octobre 2007. Disponible sur Internet : <http://www.legifrance.fr>

² Selon la CIF : handicap est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux).

Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles

2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L 487 du code de la santé publique, permettant d'accomplir actes définis au 3°

3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail

a. La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel

La rééducation de la sensori-motricité

La rééducation des repères temporo-spatiaux

L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante

Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation:

Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations

La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création

Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social

L'expression des conflits internes.

4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie. Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement:

Art. 2. - Peuvent accomplir les actes professionnels mentionnés à l'article 1er :

1° Les titulaires du diplôme d'Etat français d'ergothérapeute

2° Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des établissements hospitaliers publics, les infirmiers et infirmières intégrés, en application des dispositions de l'article L. 893 du code de la santé publique, dans un emploi d'ergothérapeute avant le 11 avril 1983.

Art. 3. - Peuvent également accomplir les actes mentionnés à l'article 1er les salariés ayant exercés à titre principal, l'activité d'ergothérapeute pendant une durée au moins égale à trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à un contrôle des connaissances. Ce contrôle comporte, d'une part des épreuves communes à l'ensemble des candidats, d'autre part, sur option des candidats, des épreuves de vérification des connaissances en matière soit de rééducation et réadaptation fonctionnelles, soit de santé mentale, soit de gériatrie. les modalités d'organisation du contrôle des connaissances, la nature et le contenu des preuves ainsi que la composition du jury sont définis par arrêté du ministre de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédical. Les personnes ayant satisfait à ce contrôle ne peuvent, selon leur option accomplir les actes énumérés à l'article 1^{er} du présent décret que dans des établissements ou services assurant des traitements, respectivement, de rééducation et réadaptation fonctionnelles, de lutte contre les maladies mentales ou de gériatrie.

Art. 4 - Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française. »

Fait à Paris, le 21 novembre 1986.

JACQUES CHIRAC

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi.

PHILIPPE SÉGUIN

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille.

MICHÈLE BÂRZACH

Annexe 2

TECHNIQUE D'ENTRETIEN CONSEILLÉE SUIVANT LE TYPE D'ÉTUDE³ :

TYPE D'ÉTUDE/ ENTRETIEN	Non directif	Semi-directif	Directif
Contrôle			X
Vérification		X	X
Approfondissement	X	X	
Exploratoire	X		

Choix du type d'entretien selon le type d'étude effectuée

³ N. BERTHIER.- *Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthodes et exercices corrigés.*- [3^{ème} édition].- Paris : Armand Colin, 2006.- 352 pages.

Annexe 3

ENTRETIENS RETRANSCRITS

Toutes les personnes ayant répondu aux entretiens répondent aux critères énoncés :

- Homme ou femme ergothérapeute diplômé d'Etat (DE) ;
- Ergothérapeutes diplômés d'Etat depuis plus d'un an ;
- Ergothérapeute travaillant dans le secteur psychiatrique ;
- Ergothérapeute étant dans une structure depuis plus d'un an ;
- Ergothérapeute prenant en charge des patients atteints de schizophrénie présents dans la structure depuis plus d'un an et ayant une prescription médicale pour l'ergothérapie.

PREMIER ENTRETIEN

- L'ergothérapeute travaille en intra-hospitalier et en hôpital de jour depuis une dizaine d'années dans le même établissement et prend en charge des patients atteints schizophrénie.
- L'entretien a duré 18 minutes.

Bonjour, je m'appelle Mylène Le Gall, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Rennes. Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, j'effectue des entretiens pour mon mémoire de fin d'étude. Je cherche à savoir en quoi une activité est ergothérapeutique. Je vais donc vous poser des questions à ce sujet.

Permettez-vous que j'enregistre notre conversation afin de pouvoir vous écouter pleinement ?

Heu... Non, je n'aime pas trop ça.

Très bien, je vais commencer alors. Selon vous, qu'est-ce qui fait qu'une activité est ergothérapeutique ?

Le cadre ! Heu... Ce que l'on cherche à observer, les éléments cliniques, les capacités cognitives, l'autonomie.

Qu'est-ce que vous entendez par « ce que l'on cherche à observer » ?

Les objectifs des patients et ce que l'on a mis en place pour ces objectifs. Comment on va utiliser cette activité ?

Vous m'avez parlé du cadre, comment le définiriez-vous ?

Heuuuf... C'est définir un lieu, la durée des séances, la fréquence... Des règles sont posées dans ce lieu et Ma, ma... Ma position dans le cadre.

Si j'ai bien compris, les critères qui font pour vous, qu'une activité est ergothérapeutique sont le cadre, les objectifs des patients, ce que l'on met en place pour les mettre en œuvre.

C'est cela oui.

Voyez-vous autre chose ?

Le travail de la relation aussi. Heu, la mise en activité permet des échanges, la verbalisation, la mise en mots de certaines choses, l'interpellation des personnes sur leurs difficultés, la prise de conscience de leurs difficultés.

Dans mon hypothèse, l'activité est ergothérapeutique car elle est animée par un ergothérapeute, qui entretient une relation thérapeutique de confiance entre le ou les patient(s) et lui-même, par la présence d'un cadre, de la médiation en elle-même (incluant ses objectifs et ses propriétés) et les objectifs spécifiques du patient. Qu'en pensez-vous ?

Bah c'est plutôt vrai, de part ce que j'ai dit précédemment ! Cela représente bien la démarche globale de l'ergothérapeute. Il faut donner de l'autonomie à l'individu. Les infirmiers, ont ce même objectif globalement, mais on ne l'aborde pas de la même façon.

Dernière question : Pensez-vous que l'on pourrait créer un « mode d'emploi de création d'activités » en prenant en compte les éléments déterminés (et/ou ceux dont vous m'avez parlés précédemment) en fonction des sémiologies des pathologies rencontrées ?

Heu... En fonction du support ? C'est infini, il faut être créatif, c'est ce qui motive, plus ce qu'on en fait, comment on l'utilise ? Ça changera pas...

Par contre, au niveau des pathos, là heu, je dis non, car il n'y a pas de mode d'emploi. Ce sont des individus il n'y a pas de mode d'emploi.

Avez-vous autre chose à préciser ou à rajouter ?

Non, je ne vois pas.

Très bien, Merci beaucoup.

De rien.

Fin du premier entretien.

SECOND ENTRETIEN

- L'ergothérapeute travaille dans un hôpital de jour et un CATTP depuis un an et demi environ dans le même établissement et prend en charge des patients atteints schizophrénie.
- L'entretien a duré 23 minutes.

Bonjour, je m'appelle Mylène Le Gall, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Rennes. Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, j'effectue des entretiens pour mon mémoire de fin d'étude. Je cherche à savoir en quoi une activité est ergothérapeutique. Je vais donc vous poser des questions à ce sujet.

Pour vous en quoi une activité est ergothérapeutique?

Une activité quelle qu'elle soit, je pense qu'elle peut être thérapeutique heu... A partir du moment où elle est faite dans un cadre donné avec le patient et heu ...donc un cadre de temps, d'horaires, de lieu qui fait que le patient s'y retrouve et c'est pas fait comme ça au petit bonheur la chance heu... elle peut être thérapeutique directement dans ... mais c'est que, après, que ce soit fait par une infirmière ou par une ergo ça peut avoir, heu... tu peux avoir la même visée avec le patient, si tu veux, c'est ce que je vois tout le temps ici dans ma pratique. Après c'est dans l'évaluation qu'on va pas avoir la même approche, on ne va pas voir les mêmes choses qu'une infirmière par exemple et c'est la complémentarité qui va faire que ça va être intéressant mais bon ça c'est mon avis et puis, je prêche pour ma chapelle forcément...

Juste pour finir sur celle-là, donc les critères qui font pour vous, qu'une activité est ergothérapeutique, c'est en premier lieu le cadre ?

Heu ... oui.

Ok, vous voyez autre chose ?

Heu ben oui, je n'avais pas du tout fini, heu... mais bon après c'est tellement large, je pourrai t'en parler pendant des heures donc je vais essayer d'être concise, c'est pour ça, c'est difficile comme ça, sinon donc je différencierais trois types d'activités on va dire, qui peuvent être plus ou moins thérapeutique aux yeux des patients et ça peut être différent. Donc y'a l'activité qui est clairement thérapeutique directement, on travaille clairement la difficulté du patient. Par exemple, là on fait une activité théâtre avec des infirmières, un professionnel et moi-même, où on va travailler directement tu vois, sur le corps et là c'est clairement thérapeutique avec des gens qui ont des difficultés avec leur corps.

Il y a des activités à médiation thérapeutique, donc là c'est l'activité en elle-même qui est thérapeutique et puis y'a aussi ce qui est pour le patient occupationnel, donc y'a des patients qui viennent en activité, donc on a des ateliers polyvalents où c'est sur un créneau horaire fixe d'une semaine à l'autre, les patients viennent et font une activité de leur choix, donc pour certains c'est clairement occupationnel ça, tu vois ! Pour eux, l'occupationnel peut être thérapeutique enfin, ça j'en suis convaincue mais ça, c'est un débat que chacun peut mettre en route, euh... parce que dans cet espace occupationnel ça permet pour l'ergothérapeute de, heu... d'évaluer un certain nombre de choses euh... notamment comment il se comporte vis à vis des autres au niveau capacité cognitive. Où il en est ? Est-ce qu'il comprend les consignes ? Est-ce qu'il est capable d'apprendre un protocole ? Est-ce qu'il est capable d'écouter les autres ? Est-ce qu'il est capable d'alimenter la conversation ? Est-ce qu'il est capable d'autonomie dans l'atelier ? Enfin tu vois, y'a beaucoup de choses comme ça, qui permettent l'évaluation et donc, c'est clairement pas occupationnel parce qu'on va essayer d'orienter la personne soit vers ce que l'on veut travailler heu... les capacités cognitives par exemple, soit vers ses difficultés ainsi les travailler et ou les heu..., faire en sorte qu'elles disparaissent pas ; enfin je trouve pas mon mot mais euh, soit si dans un premier temps, l'objectif premier à court terme, c'est la revalorisation, soit mettre la personne dans une position où elle va être en nécessité, enfin où elle va pouvoir réussir quoi où elle va pouvoir être capable de réussir voilà donc j'sais pas si ... ce que j'ai dit

Si, si j'en ai pris note. Donc du coup, le fait que ce soit thérapeutique, ce serait dû en premier lieu au cadre, au fait de poser des horaires, un temps, un lieu, etc.... et donc de différencier les activités dans le sens : clairement thérapeutique, à médiation thérapeutique ou occupationnelle.

Oui voilà.

D'accord...

Après pour le patient euhc'est pas forcément clairement évoqué comme ça, parce qu'on va pas forcément lui dire..., mais pour moi c'est clair quoi.

Dans mon hypothèse, l'activité est ergothérapeutique car elle est animée par un ergothérapeute, qui entretient une relation thérapeutique de confiance entre le ou les patient(s) et lui-même, par la présence d'un cadre, de la médiation en elle-même (incluant ses objectifs et ses propriétés) et les objectifs spécifiques du patient. Qu'en pensez-vous ?

Ah ben heu, qu'est que veux-tu que je te dise de plus ? Que ben oui forcément.

Est-ce que, si par exemple je devais organiser une activité, si je faisais attention à ces cinq critères là, est que ce serait, entre guillemets, une « bonne activité » ?

Alors redis-moi doucement les cinq activités heu les cinq critères ?

Le fait que ce soit un ergothérapeute qui anime l'activité.

Bon alors attends, je vais faire direct. Que ce soit un ergothérapeute, par forcément parce qu'un infirmier peut très bien animer ça ! Mais bon moi, j'suis diplômée depuis un an et demi, ce que je vois, c'est que dans notre formation d'ergothérapeute, ça dépend vraiment beaucoup du stage qu'on a fait en psychiatrie quoi et du niveau de la formation de base et des infirmiers également quoi, donc finalement en fonction de l'équipe. Quand j'suis arrivée, je ne connaissais rien du tout à la psychiatrie quoi, tu vois ! Et je pense qu'un infirmier qu'arrive maintenant il ne connaît rien à la psychiatrie et c'est certes, ça paraît débile de dire ça, mais quand je regarde mes cours maintenant, il n'y a rien du tout dans les cours même si ça paraît même dans la psychopatho, y'a rien du tout quoi, là j'suis en train de faire une formation, y'a rien du tout. C'est très, très succinct quoi et ça doit me c'est un appui pour aller plus loin mais finalement heu..... ça donne rien de plus, donc on se forme vraiment au contact du patient, à la pathologie vraiment réelle plutôt que dans les cours. Donc c'est que pour moi, j'trouve que ergo ou infirmier heur... pfff ; çac'est en fonction tu vois. Y'a un savoir-être, un savoir-faire, qu'est là mais le savoir-être tu vois, c'est... Tu l'acquiers pas quoi, tu l'as ou tu l'as pas donc heu.... Donc heu.. ouais ergothérapeute moi je dis pas forcément heu... y'a des ateliers que j'anime heu.... Notamment le théâtre avec heu... en binôme, avec une infirmière et tu vois, c'est surtout des envies d'aller dans cette activité là, dans une activité où on se sent bien, quelque chose qu'on aime quoi, qu'on a envie de porter. Quand on fait une activité, il faut la porter et heu.... j'travailles aussi avec d'autres ergothérapeutes, mais des fois c'est des infirmiers en psychiatrie et heu... pour moi ça ne fait pas de différence quoi. Si tu veux, à partir du moment où c'est un soignant, oui forcément.

Donc la 2^{ème} chose c'est la relation thérapeutique de confiance.

Oui, donc ça c'est certain oui.

La 3^{ème}, c'est la présence d'un cadre, donc on en a parlé tout à l'heure et ensuite c'est la médiation en elle-même donc là, c'est les propriétés de l'activité. C'est un peu ce que vous avez établi tout à l'heure, le fait qu'il y ait des activités qui soient directement thérapeutiques, occupationnelles ou à médiation thérapeutique...

Oui, je suis d'accord du coup.

Et donc les objectifs spécifiques du patient que l'ergothérapeute va établir.

D'accord, oui.

Voilà.

Tout à fait, oui, j'suis d'accord.

Donc la seule chose qui vous « tiquerait », c'est l'ergothérapeute au final ?

Ouais

D'accord.

J'suis une mauvaise ergothérapeute

Chaque personne a ses idées et justement, c'est celles-ci que j'essaie de recueillir pour l'étude. J'ai une dernière question : Pensez-vous que l'on pourrait créer un « mode d'emploi de création d'activités » en prenant en compte les éléments déterminés (et/ou ceux dont vous m'avez parlés précédemment) en fonction des sémiologies des pathologies rencontrées ?

Alors heu... clairement non, parce queHeu... pfff moi j'pense que là, on travaille avec des humains, l'humain est complexe, l'humain est différent de chaque personne donc un mode d'emploi, je pense pas que ça soit même, si c'est pour l'activité.. On s'adapte vraiment toujours, toujours au patient quoi heu... Tu vois, y'a une activité qu'on fait depuis enfin, pas depuis que je suis là, parce qu'ils le faisaient avant, une l'activité cuisine donc ce qu'il y a de plus classique en ergo, mais heu... à chaque patient c'est différent parce que c'est.... bon après j'sais pas c'que t'englobes dans mode d'emploi, peut-être que c'est possible de... heu.. j'sais pas trop quoi te dire là dessus !!!

D'accord.

Oui c'est pas évident et donc c'est quoi ta problématique de mémoire ?

« En quoi une activité est ergothérapeutique » ?

Ah oui c'est ça d'accord... et t'as vu des ergos en intra aussi ?

Euh.... Oui, oui.

Ah ouais d'accord

Bon, et bien , merci d'avoir répondu à mes questions...

De rien.

Au revoir.

Au revoir.

Fin du second entretien.

TROISIÈME ENTRETIEN

- L'ergothérapeute travaille en hôpital de jour exclusivement depuis un an et demi environ dans le même établissement et prend en charge des patients atteints de schizophrénie.
- L'entretien a duré 13 minutes.

Bonjour, je m'appelle Mylène Le Gall, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Rennes. Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, j'effectue des entretiens pour mon mémoire de fin d'étude. Je cherche à savoir en quoi une activité est ergothérapeutique. Je vais donc vous poser des questions à ce sujet.

Pour vous en quoi une activité est ergothérapeutique?

D'accord, heu.... Ouais pour moi j'te dirais qu'une activité euh, c'est pas l'activité qu'est ergothérapeutique en fait, c'est la relation que tu mets autour et que toute activité peut être intéressante au niveau ergothérapie. Si tu veux, y'a toujours quelque chose à exploiter d'une activité selon comment tu selon ta démarche, en fait, d'ergothérapeute et selon c'que tu cherches par rapport au patient quoi !

Ce que tu cherches par rapport au patient, dans quel sens ?

Selon tes objectifs de soins, par rapport au patient, quoi !

Oui, donc là, les deux choses qui, pour vous font qu'une activité est ergothérapeutique,, c'est la relation thérapeutique et les objectifs que l'on recherche ?

Ben, en fait ouais. D'abord, selon les objectifs de soins qui sont établis en équipe, tu vas heu ... tu vas engager une relation qui sera peut-être différente d'avec un autre patient qu'aura d'autres objectifs de soins quoi.

D'accord.

Après la relation de confiance qui va être engagée, de confiance, de sécurité, machin, machin, tu vas être dirigée peut-être, voilà, plus à frustrer un patient parce qu'il doit gérer la tolérance à la frustration, alors qu'un autre patient ça sera complètement autre chose, ça sera la revalorisation, donc du coup enfin, tu vas pas mettre en place des activités pareilles quoi, pour les deux.

D'accord, vous ne voyez rien d'autre ? C'est pour savoir si je passe à la question suivante...

Ouais, non !

Dans mon hypothèse, l'activité est ergothérapeutique car elle est animée par un ergothérapeute, qui entretient une relation thérapeutique de confiance entre le ou les patient(s) et lui-même, par la présence d'un cadre, de la médiation en elle-même (incluant ses objectifs et ses propriétés) et les objectifs spécifiques du patient. Qu'en pensez-vous ?

Ben oui... De toutes façons, enfin pour moi heu, c'est tous les critères nécessaires, effectivement quoi oui...

Bon

Ah ouais, quand je te dis la relation, bien évidemment y'a aussi le cadre que tu as instauré enfin, tout ça quoi ! c'est évident ouais ... Ca se tient ouais...

Bon c'est déjà ça,

Ha, ha, ha..... Le tout c'est de, comment, de bien pointer sur la démarche, quoi.

Ok

Là tu te trompes pas, enfin c'est que tu sais comment définir ton boulot quoi, voilà c'est tout si tu vois la démarche, hun..., non je vois pas autre chose

Pensez-vous que l'on pourrait créer un « mode d'emploi de création d'activités » en prenant en compte les éléments déterminés (et/ou ceux dont vous m'avez parlés précédemment) en fonction des sémiologies des pathologies rencontrées ?

Non, non j'y pense pas, parce que c'est pas en fonction d'une pathologie que tu mets en place certaines choses en fait. C'est en fonction de la problématique du patient qui pour deux patients atteints d'une même schizophrénie n'auront pas la même problématique et euh, au niveau autonomie, ce sera pas les mêmes choses à travailler donc, euh non, je pense après t'as des grandes lignes enfin euh... comme le rapport à la réalité ou des choses comme ça mais euh, concrètement non, t'as pas de mode d'emploi quoi, tu dois vraiment t'adapter à chaque cas et être créatif justement pour chaque cas quoi ! Au niveau relationnel, hun...

D'accord. Est-ce que vous voyez autre chose à rajouter ou à préciser ?

Là ? Comme ça non, si ça me vient j'te fais signe...

Bien, merci beaucoup et au revoir.

Au revoir.

Fin du troisième entretien.

QUATRIÈME ENTRETIEN

- Quatrième entretien : l'ergothérapeute travaille en hôpital de jour, en CATTP et CMP depuis une dizaine d'années dans le même établissement et prend en charge des patients atteints schizophrénie.
- L'entretien a duré 8 minutes.

Bonjour, je m'appelle Mylène Le Gall, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de Rennes. Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, j'effectue des entretiens pour mon mémoire de fin d'étude. Je cherche à savoir en quoi une activité est ergothérapeutique. Je vais donc vous poser des questions à ce sujet.

Pour vous en quoi une activité est ergothérapeutique ?

Pffff, j'dirais toutes les activités... Y'a pas, en plus heu... quand on nous dit qu'une activité est occupationnelle, nous on dit non de toute façon. Elle est toujours thérapeutique, quoi ! A partir du moment où le patient, il vient et il va rencontrer du monde, il va être confronté d'emblée, il se confronte à une autre personne tout de suite quoi, que ce soit un soignant ou un soigné heu... Donc à partir de c'moment là, il va sortir de chez lui, enfin donc heu, normalement c'est thérapeutique déjà ça, même si derrière, le fait déjà de venir c'est thérapeutique quoi, voilà.

Dans mon hypothèse, l'activité est ergothérapeutique car elle est animée par un ergothérapeute, qui entretient une relation thérapeutique de confiance entre le ou les patient(s) et lui-même, par la présence d'un cadre, de la médiation en elle-même (incluant ses objectifs et ses propriétés) et les objectifs spécifiques du patient. Qu'en pensez-vous ?

Ah ben si, oui quand même, attendez la première hypothèse c'était quoi ?

C'est en partie l'ergo qui fait qu'une activité 'est ergothérapeutique.

Ben oui, à partir du moment où si vous mettez ce terme là, forcément faut que ce soit une ergo quoi.

Ensuite, la relation thérapeutique qui est entretenue entre le patient et le thérapeute, le cadre posé (l'horaire, temps, durée de fonctionnement), la médiation employée,

Oui ! Mais des fois ya pas de médiation. Si le patient a envie de rien faire, on fait rien. C'est juste sur un temps de parole ou alors, il va avoir un magazine et puis, j'dirais que c'est les autres à ce moment là qui font la médiation. C'est pas ce qu'on apprend à l'école !...

D'accord. Et en dernier lieu, les objectifs spécifiques au patient.

Au moins, ça permet de cibler quoi, ça permet quand même de se dire pourquoi il est là et de pouvoir rebondir dans des synthèses, des évaluations et de pouvoir aller ... de donner des évaluations au médecin parce que sinon ils viennent là et puis heu, c'est un point final, on sait pas pourquoi ils viennent quoi !

Pensez-vous que l'on pourrait créer un « mode d'emploi de création d'activités » en prenant en compte les éléments déterminés (et/ou ceux dont vous m'avez parlés précédemment) en fonction des sémiologies des pathologies rencontrées ?

Ah non, par exemple une activité selon telle patho ? Ah non, nous, on est complètement contre ça.

D'accord.

C'est avec le patient et heu, puis avec l'ergo surtout, parce que, ça sert à rien par exemple heu... J'sais pas moi, moi j'suis pas trop, voyez, menuiserie, j'pense que j'vais rien faire passer au niveau des patients parce que je m'épanouis pas dans cette activité là quoi... J'en ai fait un peu quoi, mais c'est pas l'activité que je... voyez ce que je veux dire, un peu ?

Tout à fait. Avez vous autre chose à ajouter ?

Non, je vois pas...

Bien, je vous remercie et je vous souhaite une bonne journée.

Merci, à vous aussi, au revoir

Au revoir.

Fin du quatrième entretien.

RÉSUMÉ :

En quoi une activité est-elle ergothérapeutique ? Après avoir recherché des critères qui peuvent faire qu'une activité est ergothérapeutique, c'est une étude de cas, ainsi que quatre entretiens qui vont venir étayer cette hypothèse.

Est-ce que les critères suivants :

- l'ergothérapeute,
 - la relation thérapeutique de confiance qu'il instaure avec son ou ses patient(s),
 - un cadre adapté,
 - la médiation en elle-même,
 - les objectifs propres aux patients,
- font qu'une activité est ergothérapeutique ?

Le concours d'expériences diverses et autres pratiques paraît nécessaire afin de valider ou infirmer cette hypothèse.

MOTS CLÉS :

Activité

Ergothérapeutique

Ergothérapie

Psychiatrie