



L'ergothérapie
en Unité pour Malades Difficiles
Un vecteur d'intégration d'habiletés sociales ?

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

BOURGIN Elise

Juin 2010

« L'Homme est un animal social »

Aristote

« Les murs sont en eux mêmes thérapeutiques sinon il n'y aurait pas de maisons »

Bernard Guiter

Je tiens à remercier dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire :

Jean-Philippe GUIHARD, mon maître de mémoire, pour m'avoir guidé avec patience et
humour

Toute l'équipe de l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac pour son accompagnement lors
de mes recherches sur le terrain

Ma famille pour ses encouragements et relectures

Mes amis pour leur soutien et leur patience

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES.....	3
1.	L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES, UN MILIEU D'ENFERMEMENT... ..	3
2.	L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES, UN LIEU D'ENFERMEMENT... THERAPEUTIQUE !	6
3.	POPULATION	8
a.	<i>Origine</i>	8
b.	<i>Pathologies</i>	9
4.	LES OBJECTIFS DE L'UMD	9
III.	L'ERGOTHERAPIE.....	12
1.	L'ERGOTHERAPIE AU SEIN D'UNE SOCIETE	12
2.	L'ERGOTHERAPIE EN UMD	12
a.	<i>Mettre en place un espace transitionnel où l'objet est un médiateur à la relation</i>	13
b.	<i>Travailler des objectifs à travers une mise en activité</i>	15
IV.	UN OBJECTIF DE L'ERGOTHERAPIE : L'OUVERTURE A L'AUTRE, AVEC L'AUTRE	17
1.	LES LOIS SOCIALES	17
2.	LE PROCESSUS DE PARTAGE DES CONNAISSANCES.....	18
3.	LE PARTAGE D'HABILETES SOCIALES LORS D'UNE ACTIVITE ERGOTHERAPIQUE	20
V.	PATHOLOGIE.....	22
1.	LES DIFFERENTS MECANISMES DE LA PSYCHOSE.....	22
2.	LA SCHIZOPHRENIE, UNE ALTERATION DE LA RELATION... ..	23
3.	...POUVANT ENGENDRER DES RELATIONS INEFFICACES	25
VI.	METHODOLOGIE	27
1.	LA MISE EN PLACE DE L'ETUDE DE CAS	27
a.	<i>Critères retenus</i>	27
b.	<i>Le guide d'observation</i>	28
2.	ANALYSE DE L'ETUDE DE CAS	29
a.	<i>Présentation de Mr X</i>	29
b.	<i>Prise en charge en ergothérapie</i>	31
c.	<i>L'activité cuir : un vecteur d'intégration d'habiletés sociales ?</i>	37
3.	SYNTHESE DE L'ANALYSE	42

4. DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL	44
a. <i>Limites de la méthode</i>	44
b. <i>Apports professionnels</i>	44
CONCLUSION	46
LEXIQUE	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	I

I. INTRODUCTION

L'unité pour malades difficiles : de l'extérieur des **grands murs qui enferment**, à l'intérieur des **malades psychiatriques en grande souffrance** qui peuvent être **dangereux** pour les autres et pour eux même. Une profession : **l'ergothérapie** qui a pour fonction de donner la possibilité de devenir autonome et indépendant avec son handicap. Une pathologie : **la schizophrénie** qui modifie la perception du sujet du monde qui l'entoure pour y mêler une néo-réalité.

L'indépendance et l'autonomie, un fondement du métier d'ergothérapeute. Mais quand il y a un enfermement entre quatre murs, que peut-on mettre en place comme rééducation et comme compensations ? Voilà d'où je suis partie pour ce mémoire. M'intéressant au départ au travail de l'ergothérapeute dans le milieu carcéral auprès de malades psychiatriques, j'ai axé mes recherches sur le travail de l'ergothérapeute en Unité pour Malades Difficiles (UMD) car cela me semblait sensiblement identique. Ce qui, et j'insiste sur ce point, s'est révélé comme une belle erreur.

L'UMD m'intriguait. Les médias ont beaucoup parlé de ces établissements ces dernières années, les meurtres de schizophrènes sont d'actualité... Comment ne pas frémir à l'écoute de faits macabres et à la vue d'images accablantes le tout enveloppé d'une petite musique angoissante ? Les journalistes font sûrement bien leur travail mais beaucoup font des raccourcis.

Il y a 5 unités pour malades difficiles sur le territoire Français. Les pathologies y sont complexes, les problématiques nombreuses. A la vue de ces établissements dans les reportages je me suis demandée si ces hauts murs étaient bien utiles pour du soin, s'ils n'étaient pas une source de souffrance... Et puis, quel rôle a l'ergothérapeute dans un lieu fermé où la sécurité est très élevée ? A-t-il les moyens pour agir ? Et agir sur quoi ?

Après de nombreuses recherches je me suis rendue compte que l'hospitalisation en UMD était, oui, un enfermement mais un enfermement « thérapeutique ». Un des objectifs étant : « réinsérer le malade dans une loi humaine et sociale¹ » je me suis interrogée : Comment peut-on vouloir réinsérer quelqu'un dans une société alors qu'il est enfermé ? J'ai compris à travers mon expérience de stage à l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac que l'UMD n'avait pas la prétention de vouloir faire acquérir une loi que l'on peut appeler « sociétale »

¹ ROTH E-M et HEITZMANN. E., *Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles)* in Travailler, édition Martin Media, janvier 2008, n° 19, p.81-102

mais plutôt de sensibiliser le malade à des codes sociaux pour qu'il puisse les utiliser: les habiletés sociales ou compétences sociales. Pour restreindre mon sujet, j'ai étudié une pathologie particulière présente en UMD et qui me semblait bien correspondre avec le thème des habiletés sociales : la schizophrénie.

Et l'ergothérapeute dans tout cela ? L'activité est son médiateur de relation, de travail et à l'UMD, les ateliers thérapeutiques ont une place importante dans la prise en charge d'un patient. Je me suis alors interrogée : Comment l'ergothérapeute peut il accompagner un patient schizophrène difficile à se réinsérer dans une « loi sociale » ?

Pour répondre à cette question je vais dans une **première partie théorique** présenter tout d'abord l'Unité pour Malade Difficile en décrivant l'aspect de l'enfermement, le soin qui y est apporté et les objectifs de l'établissement. Je parlerai ensuite de l'ergothérapie et de son rôle dans cet établissement fermé. Dans un troisième temps je décrirai un des objectifs de l'UMD et donc de l'ergothérapeute : la réinsertion du malade dans une loi sociale. A ce moment là, pour comprendre comment l'ergothérapeute peut aider un patient à intégrer des habiletés sociales je me suis appuyer sur une théorie qui me semblait intéressante : le processus de partage des connaissances d'Ikujiro Nonaka et Hirotaka Takeuchi. Enfin je finirai cette partie en parlant de la schizophrénie et donnerai mon hypothèse.

Dans une **deuxième partie** je présenterai le cas de Mr X, patient héboïdophrène, suivi lors de mon stage à l'UMD de Cadillac. J'analyserai ses comportements lors de sa vie au pavillon, en atelier thérapeutique et lors d'une mise en activité ergothérapique. Mes conclusions me permettront d'affirmer ou infirmer mon hypothèse et de me projeter en tant que professionnel.

II. L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES

Les unités pour malades difficiles (UMD) sont encore mal connues. On en parle brièvement dans les médias lors de « fugues » ou de « passages à l'acte » qui nécessitent une hospitalisation en UMD. La société y associe alors les mots de « fous dangereux », de « psychopathes fugitifs », de « schizophrènes tueurs ». Elle voit l'UMD comme une prison psychiatrique qui punie et qui parque ces « fous ». A t'elle raison ?

Il n'y a que 5 unités pour malades difficiles en France (Villejuif, créé en 1910, Montfavet en 1947, Sarreguemines en 1957, Cadillac en 1963 et Plouguernevel en 2008). Cela explique peut être pourquoi ces établissements sont si mal connus. Ils sont définis par l'arrêté du 14 octobre 1986 comme des services psychiatriques spécialisés accueillant des patients malades psychiatriques. L'arrêté précise à ce titre que « les patients relevant d'une unité pour malades difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet »².

Vu de l'extérieur l'UMD fait peur. Les hauts murs et les barreaux laissent à celui qui s'en approche le loisir de s'imaginer les pires scénarios. Je suis moi-même partie sur ce mémoire avec beaucoup d'idées reçues, avec le sentiment révolté que l'UMD était d'abord un lieu d'enfermement avant d'être un établissement de soin et que ces murs ne pouvaient qu'être négatifs et punitifs. J'illustrerai mes premières recherches théoriques par mes observations sur le terrain et des cas de patients de mon stage à l'UMD de Cadillac.

1. L'Unité pour Malades Difficiles, un milieu d'enfermement...

L'enfermement a une connotation négative pour beaucoup. Dans ma réflexion, j'ai d'ailleurs dans un premier temps comparé les murs aux membres paralysés d'une personne handicapée. Ce mot résonnait en moi d'une manière péjorative, je me suis indignée contre ces murs avant de me rendre compte que la notion d'enfermement était un terme bien plus vaste que ce que je pensais. De l'enfermement entre les murs, à l'enfermement dans son corps ou dans sa tête, de l'enfermement subit à l'enfermement voulu, de l'enfermement pour protéger ou pour punir. Tant de notions différentes de l'enfermement que je vais essayer de définir ici.

² Cf. Annexe I, p.II, *arrêté du 14 octobre 1986*

D'après le Grand Robert³, L'enfermement regroupe deux états. Il peut être le fait d'être enfermé ou de faire enfermer, ainsi une personne peut subir un enfermement ou s'enfermer volontairement.

Alors que signifie le mot « enfermer » ?

Etymologiquement, enfermer vient du mot « en-» et « fermer ». Le premier sens de ce mot est l'enfermement subi : « Mettre, en général de force, (qqn) en un lieu d'où il est impossible de sortir ». Le lieu peut être alors une pièce, une maison, une prison ou une cage pour un animal. L'unité pour malades difficiles est aussi un lieu d'enfermement. Si je décortique cette définition, il n'y a pas le moindre doute.

Les patients hospitalisés en UMD sont sous hospitalisations d'office (HO). Ce mode d'hospitalisation est réalisé sous la contrainte on met un patient « de force » à l'UMD. C'est la plus lourde des hospitalisations et elle est donc très réglementée. La loi du 27 juin 1990 stipule ainsi que l'hospitalisation d'office est un placement administratif qui n'est envisagé que pour « des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. » Et suivant l'article L.3213-1 du code de la santé publique, l'hospitalisation d'office est prononcée par « les représentants de l'état par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié » de plus « le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. » Ensuite, en cours d'hospitalisation, un premier certificat médical faisant l'état de la personne doit être rédigé dans les 24h par un psychiatre du centre et envoyé au préfet et à la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP). Des envois réguliers de certificats montreront l'évolution de la maladie du patient hospitalisé.

Les patients sont ainsi hospitalisés sous contrainte dans un établissement « d'où il leur est impossible de sortir » d'eux même. L'UMD de Cadillac a d'ailleurs été inaugurée en 1963 avec comme but premier jusqu'en 1986 : la sécurité. L'architecture en est la preuve. Deux sas de sécurité permettent de rentrer dans l'établissement, lui-même doublement cloisonné par un grand mur et un grillage. Le docteur Lachaud explique que l'UMD de Villejuif avait historiquement des « sauts de loup » mais étant considérés comme un « traitement inhumain » ils ont été remplacé par des « grillages ajourés »⁴.

³ Le Grand Robert 2005

⁴ MESSAGER. D., *Reportage diffusé sur France inter*, 4/02/2010

A l'intérieur de l'UMD de Cadillac⁵, quatre unités sont implantées autour d'une place centrale, elles sont appelées l'unité Claude, l'unité Henry hey, l'unité Moreau et l'unité Minkowski. Chacune accueille 19 patients. Une 5^{ème} unité est mise à l'écart, c'est le pavillon Clérambault qui a 10 lits et accueille plus particulièrement des personnes psychotiques déficitaires avec des troubles majeurs du comportement. Toutes les portes des unités sont fermées, le patient est donc entouré de murs et ne peut pas sortir de son pavillon sans être accompagné. La vie de tous les jours est rythmée strictement par les infirmiers et les patients sont au courant des règles de vie du pavillon. Chaque soignant possède un exemplaire de la clef ouvrant toutes les portes et un système d'alarme fixé à la ceinture qui lui permet, s'il se sent en danger, de demander du renfort. De plus, chaque pavillon possède 3 ou 4 chambres d'isolement qui permettent de mettre au calme un patient quand il est trop dispersé ou quand il a dépassé les limites posées.

Par le mot enfermer on peut aussi parler de « mettre et placer quelque chose dans un lieu clos pour le ranger, le retrouver ou le protéger⁶ », comme de l'argent dans un coffre par exemple. L'hôpital psychiatrique a eu cet objectif, c'est-à-dire de protéger le « fou des bourgeois dérangés par le fou qui dérange »⁷. Concernant L'UMD, elle permet de protéger la société contre le malade mais aussi de protéger le malade contre lui-même.

Oui l'UMD peut être qualifiée de « lieu d'enfermement ». Le malade psychiatrique y est hospitalisé de force, entouré par des murs et il ne peut pas en sortir de lui-même.

Nous avons parlé de « l'hospitalisation d'office », le mot « office » se rapporte à l'enfermement et le mot « hospitalisation » que veut-il dire ?

L'hospitalisation d'office se fait dans un établissement de soin psychiatrique, à l'hôpital psychiatrique du secteur dans des unités fermées ou comme ici en unités pour malades difficiles. Je vais montrer maintenant que derrière ces murs l'objectif principal est le soin et non la peine. Que ces murs sont utiles dans la prise en charge et qu'ils peuvent être vécus comme sécurisant pour le patient.

⁵ Cf., Annexe II, p.VI, *plan de l'UMD de Cadillac*

⁶ Ibid. p.4

⁷ GUITER.B, *L'enfermement*, VST - Vie sociale et traitements 1/2001 (n° 69), p. 25-28.

2. L'Unité pour Malades Difficiles, un lieu d'enfermement... thérapeutique !

« Alors qu'on parle de sécurité indispensable c'est le soin, encore et toujours le soin qui est mis en avant »⁸

Je pense que Goffman⁹ parlerait de l'UMD comme un type d'institution totalitaire et dirait qu'elle « accapare une part du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure une sorte d'univers spécifique qui tend à les envelopper. » Ainsi il classerait peut être l'UMD dans le 2^{ème} type d'établissement qu'il décrit dans « Asiles » c'est-à-dire un établissement « dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire. »

Quel est cet « univers spécifique » dont parle Goffman et quels sont les « protocoles thérapeutiques intensifs adaptés » que j'ai cité plus haut en faisant référence à l'arrêté du 14 octobre 1986 ?¹⁰ Sont-ils équivalents à ce qui est mis en place en prison ? Non, et j'insisterai bien sur ce point car l'UMD traîne trop souvent une étiquette de « milieu carcéral ». En effet malgré les murs, les serrures et le fait que l'UMD apparait comme un « lieu d'exclusion pour une spécialité médicale¹¹», elle ne peut pas être comparée à une prison. Même si certains patients peuvent être des détenus, le but de l'UMD est le soin et non la punition, il n'y a pas de rédemption en sortant.

L'unité pour malades difficiles est un lieu de soins intensifs en psychiatrie. Intensifs par le nombre important du personnel soignant qualifié, des thérapeutes et des moyens utilisés. Au sein de l'UMD de Cadillac il y a 3 praticiens hospitalier, 1,25 internes, 104 infirmiers (1 pour 6 patients le jour, 1 pour 10 la nuit), 21 aides soignants ainsi qu'une équipe thérapeutique importante.¹²

La prise en charge d'un patient est ponctuée régulièrement par des entretiens avec le médecin et les infirmiers référents. Le médecin va mettre en place des traitements médicamenteux qui se veulent les plus adaptés possible, il les change d'ailleurs

⁸ Op. cit (p.4) MESSAGER

⁹ GOFFMAN.E, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, 1990, p.45-46

¹⁰ Cf. p.3

¹¹ LAVOINE. P-L., *Le malade mental dangereux - Etude clinique*, Hospitalières, 1998, p.60

¹² Dr LE BIHAN, *Place des Unités pour Malades Difficiles dans le dispositif de soin*, DIU psychiatrie criminelle et médico-légale, Poitiers, 10/01/2008

régulièrement pour trouver ceux qui seront les plus adéquats. Les patients pourront aussi avoir accès à une électroconvulsivothérapie¹³ et être suivis par une assistante sociale et un psychologue.

En plus d'un traitement médicamenteux et d'un suivi au jour le jour par l'équipe soignante au sein du pavillon, le patient aura accès, sous prescription médicale, à des ateliers thérapeutiques. Ces ateliers ont vu le jour à l'UMD de Cadillac dès 1993 et les patients y sont pris en charge aujourd'hui par trois ergothérapeutes, deux psychomotriciennes, un éducateur spécialisé, un animateur sportif, un art thérapeute et un kinésithérapeute. Cette équipe pluridisciplinaire propose un panel très important d'activités telles que les activités cuir, poterie, vannerie, marqueterie, mosaïque et jardin encadrées par les ergothérapeutes, l'activité « éveil » encadrée par l'éducateur spécialisé qui propose une remise à niveau scolaire, un travail sur informatique, des jeux éducatifs ou le visionnage de reportages. Il y a aussi de la psychomotricité, du sport, de l'art-thérapie, une demi-journée chanson par groupe de 12 patients, de la musico-thérapie en un groupe fermé de 4 patients sur 10 séances et une demi-journée « mimes » avec 5 patients.

Un musicien professionnel, un enseignant de Tai Chi Chuan et une enseignante de yoga interviennent aussi au sein de l'établissement. Pour finir les infirmiers ont monté ce qu'ils appellent le « doc à bidule » un atelier de création auquel les patients peuvent avoir accès sur demande les week-ends et hors séances thérapeutiques.

Alors oui, vu tous les moyens présents je pense que l'on peut parler pour l'UMD d'enfermement thérapeutique. Mais le mot d'enfermement n'est pas à prendre à la légère car il faut bien comprendre, comme le dit Stéphan Hendrick, que « L'enfermement d'un être humain, quelle qu'en soit la justification, est quelque chose de violent. Ceci n'est pas un jugement de valeur mais un constat. »¹⁴ Mais un enfermement n'est pas anti thérapeutique et je cite : « Le psychopathe y trouve la frontière entre le principe de plaisir et celui de la réalité ; le paranoïaque y trouve une économie gracieuse : protégé et emmuré, il n'a plus peur et il a l'alibi persécutoire. Le schizophrène y vient collecter les éclats conceptuels de sa dissociation. Les murs sont en eux mêmes thérapeutiques sinon il n'y aurait pas de maisons. »¹⁵

¹³ Cf. Lexique « électroconvulsivothérapie »

¹⁴ HENDRICK. S, *Le contexte de l'hospitalisation sous contrainte de patients psychotiques*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1/2001 (no 26), p. 79-108.

¹⁵ Op.cit.(p.5), GUITER

L'UMD est donc un milieu d'enfermement thérapeutique, mais pour soigner qui ?

3. Population

Qui sont ses patients hospitalisés en UMD ? D'où viennent-ils ? Quelle est leur problématique ?

a. *Origine*

Les patients sont atteints d'une maladie psychiatrique et peuvent venir de différents endroits :

- Il y a ceux qui viennent des hôpitaux psychiatriques de secteur, que l'on entend souvent appeler « perturbateurs de service ». Ces patients viennent à l'UMD à la suite de menaces, de violences verbales et/ou gestuelles sur des patients ou soignants. Les équipes n'ayant pas les moyens ni les effectifs nécessaires pour faire face à cet état d'agitation extrême peuvent demander une place en UMD. En 2008 70% des patients à l'UMD de Cadillac relèvent de cette catégorie.
- Il y a aussi ceux qui ont bénéficié d'un non lieu après un acte médico-légal. Le patient est jugé irresponsable car il était « atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes »¹⁶. En 2008 ils représentent 20% des patients de l'UMD de Cadillac.
- Plus rarement il y a des détenus en cours de peine qui ont donc été jugés responsables. (en application de l'article D398 du code de procédure pénal¹⁷). Souvent la peine tient compte du fait que la maladie psychiatrique du détenu a « altéré son discernement ou le contrôle de ses actes »¹⁸. Il y a 5 lits prévus à cet effet à l'UMD de Cadillac pour 86 patients.

¹⁶ Article 122-1 du code pénal

¹⁷ « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique. » (art D398 du code procédure pénal)

¹⁸ Article 122-1 du code pénal

b. Pathologies

Il est à noter que la population des malades a changé depuis les années 70 et la création des Services médico-psychologiques régionaux¹⁹ (SMPR) qui ont pour mission d'assurer la prévention et la prise en charge des soins psychiatriques en milieu carcéral. En 2008, le Dr Le Bihan²⁰ parle, suivant la classification CIM 10²¹ de 58% de schizophrénies, troubles schizotypiques et délirants, 23% de troubles de la personnalité, 10% de troubles envahissants du développement, 6% de retard mental, 4% de troubles mentaux organiques, 3% de troubles liés à des substances psychoactives et 2% de troubles de la préférence sexuelle. Pour faire plus simple on peut dire qu'il y a principalement des patients ayant des troubles psychotiques, des troubles psychopathiques et des troubles de perversion.

Ainsi, les patients présents à l'UMD sont en grande souffrance. Certains sont dans la toute puissance, intrusifs ou paranoïaques, d'autres sont dépressifs, impulsifs ou éclatés. *Mr O, hospitalisé à l'UMD de Cadillac, interprète tous les regards et paroles contre lui, Mr S est tellement parasité qu'il ne peut pas tenir plus de 5 minutes sur une activité et Mr F dépasse les limites constamment pour alimenter son plaisir.* Les problématiques sont nombreuses, les patients ont souvent un long passé psychiatrique derrière eux et certains sont lourdement affaiblis intellectuellement et physiquement par la maladie.

Je me demande alors quels sont les objectifs de l'UMD. Devant de telles problématiques, quelles sont ses priorités ?

4. Les objectifs de l'UMD

La liste d'attente est longue pour avoir des places à l'UMD, une équipe d'un hôpital de secteur peut alors attendre plusieurs mois avant que le patient en question soit hospitalisé. Ce phénomène amène souvent à une mise en isolement longue donnant une place d'exclu au patient et brisant toute confiance avec les thérapeutes. En effet les « traumatismes physiques et psychiques secondaires à une agression provoquent une contre attitude »²² de la part du soignant et du patient. L'arrivée en UMD par les sas de sécurité, au sein de ces hauts murs peut aussi être vécue difficilement par le patient qui a lui-même des « troubles du

¹⁹ Voir lexique « SMPR »

²⁰ Op.cit.(p.6), Dr LE BIHAN,

²¹ CIM 10 : 10ème révision de la Classification internationale des maladies, publiée par l'Organisation mondiale de la santé

²² LAVOINE. P-L., *Le malade mental dangereux- Etude clinique*, Hospitalières, 1998, p.59

comportement et du discernement absolument considérables»²³. Un gros travail va devoir débiter avec l'équipe soignante de l'UMD, centré sur la parole et le bien être. A l'UMD de Cadillac, une période d'isolement de quelques jours donne la possibilité au patient de prendre un bain et de se soigner corporellement accompagné par un infirmier. Des entretiens avec deux infirmiers référents et le médecin permettent d'observer le patient et d'établir un premier lien, en douceur. Le patient va pouvoir ensuite, plus ou moins rapidement suivant son état psychique, faire connaissance avec les autres patients et être intégré au sein de son pavillon. Un projet thérapeutique peut alors être mis en place suivant la problématique du patient.

Pour mieux comprendre les objectifs de l'UMD, je me suis appuyée sur les écrits des docteurs Eve-Marie Roth et Edmond Heitzmann²⁴. Ils définissent ainsi trois objectifs à l'UMD :

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

La prise en charge varie bien sûr suivant le patient, sa pathologie et son histoire de vie.

Pour mon mémoire, je me suis intéressée plus précisément au premier objectif décrit ici. Et je me suis demandé comment l'UMD peut-elle « réintégrer le patient dans une loi sociale » ? Pour éviter toute ambiguïté, je précise qu'à la différence des hôpitaux psychiatriques de secteurs qui sont plus axés sur la « réinsertion sociale » au sein d'une société, l'UMD travaille, en amont, sur les lois de relations sociales et non « sociétales ». Je développerai ce principe plus tard²⁵.

En fait, on peut parler de l'UMD comme d'un passage dans une vie. C'est une rupture avec le reste du monde qui dure en moyenne 12 mois (on ne parle pas ici des rares qui y restent des années voire toute leur vie) et qui permet au patient de se restructurer au maximum et

²³ Dr LACHAUD, chef de pôle à l'UMD de Villejuif dans : *Messenger. D., Reportage diffusé sur France inter, 4/02/2010*

²⁴ ROTH E-M et HEITZMANN. E., *Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles)* in Travailler, édition Martin Media, janvier 2008, n° 19, p.81-102

²⁵ Partie III-1)

de se stabiliser assez pour retourner dans son hôpital d'origine sans être dangereux pour autrui. L'UMD souhaite ainsi accompagner le patient dans l'intégration des règles et l'utilisation de codes sociaux, lui faire prendre conscience des limites et des autres malgré ses délires et l'envie qu'il a de combler ses propres plaisirs. L'équipe soignante et thérapeutique accueille ainsi la souffrance psychique du patient dans toute sa violence et travaille ensemble pour instaurer un lien de confiance avec le patient.

Nous avons vu dans cette partie que les murs de l'UMD sont nécessaires pour protéger la société du patient, le patient de lui-même mais aussi pour faire une coupure avec le monde extérieur. Cette rupture peut donner la possibilité au patient de se stabiliser, de se sentir mieux et à l'équipe de l'hôpital d'origine de s'organiser pour ré accueillir le patient dans les meilleures conditions possibles. Le soin est intensif en UMD.

Il est à noter que beaucoup de patients trouvent un confort de vie au sein de l'UMD. *Mr V exprime qu'il est bien ici, qu'il a un travail (en parlant des ateliers thérapeutiques) et qu'il a donc l'esprit occupé. Mr C est ambivalent, il affirme son envie de sortir puis fait exprès de mal se tenir devant les experts lors de la commission afin de ne pas sortir de l'établissement.* Les patients sont pourtant préparés à sortir quand le médecin présente un patient à la commission de suivi médicale²⁶, mais beaucoup expriment leurs angoisses de retourner dans leur hôpital d'origine, d'autres parlent du fait qu'ils n'ont pas autant d'activités à l'extérieur, qu'ils vont « déconner ».

L'UMD a donc des objectifs thérapeutiques précis, voyons maintenant le rôle de l'ergothérapeute au sein de cet établissement fermé.

²⁶ Cf. lexique

III. L'ERGOTHERAPIE

Commençons par définir l'ergothérapie en général. L'ergothérapie est un métier du paramédical. C'est une thérapie par l'activité. Son but est de rendre le patient le plus autonome et indépendant possible avec ce qu'il est. L'ergothérapie s'adresse à des personnes ayant des déficiences corporelles, psychiques ou intellectuelles. Par leurs déficiences ces personnes présentent peut être des incapacités qui auront des conséquences sur leur vie quotidienne : les situations de handicaps. L'ergothérapeute a alors un rôle d'accompagnateur dans l'amélioration et la compensation de déficiences permettant à la personne d'acquérir le maximum d'indépendance et d'autonomie dans sa vie quotidienne.

1. L'ergothérapie au sein d'une société

D'après Pibarot²⁷, l'ergothérapie fait partie d'un système social et c'est cette société elle-même qui donne un statut de « malade ». La structure sociale est « maintenue par ceux de ses membres qui se reconnaissent et sont reconnus en bonne santé ». D'autres sont considérés en mauvaise santé et ils sont alors soignés « dans des institutions de soins [...] ou isolément ». L'UMD fait partie de ces institutions de soins.

2. L'ergothérapie en UMD

Dans le secteur psychiatrique en général, le travail de l'autonomie a une place prépondérante. L'ergothérapeute travaille avec le patient au travers de diverses activités manuelles ou de vie quotidienne. Son but final est que le patient, qui a des incapacités, puisse gérer sa vie au maximum seul en se sentant bien, au sein de la société. La notion d'activité est importante, elle se définit par « un ensemble de phénomènes par lesquels se manifestent certaines formes de vie, un processus, un fonctionnement »²⁸. Pourquoi soigner par l'activité ? Parce que c'est l'essence même de l'Homme et les éthologues l'affirment : « L'homme est un animal actif²⁹ ». En effet l'homme est constamment en activité. Il se déplace, travaille, se fait à manger, fait du sport, gère ses papiers administratifs... Ces activités sont reconnues par la société et permettent à l'Homme d'être acteur, de faire partie d'un groupe social et de participer à sa construction.

²⁷ PIBAROT.I, *Dynamique de l'ergothérapie – essai conceptuel*, 1977, tiré à part

²⁸ Le grand Larousse en 5 volumes, vol. 1, p.30

²⁹ BAILLY-SALIN.P, *Le soin et l'activité*, VST - Vie sociale et traitements 3/2004 (n° 83), p. 41-49.

Comme nous l'avons vu, l'UMD est un lieu psychiatrique particulier dont le but final est plus restreint que dans le milieu psychiatrique de secteur. En effet elle souhaite l'intégration de loi de vie humaine et sociale, de limites et de règles de vie élémentaire. L'ergothérapeute rentre dans cette démarche de soin et va donc pouvoir, avec ses compétences :

- Mettre en place un espace transitionnel où l'objet est un médiateur à la relation.
- Travailler des objectifs à travers une mise en activité

a. Mettre en place un espace transitionnel où l'objet est un médiateur à la relation

Pour qu'un atelier devienne un « espace transitionnel » de relation, il est nécessaire que le patient s'y sente bien et qu'il y ait un lien de confiance entre le thérapeute et le malade. Pibarot reprend les idées de D. Winnicott et parle de « holding ». C'est ce qui donne « une impression de sécurité pour le patient »³⁰. En effet le holding consiste à apporter au patient le sentiment d'être « porté » physiquement et psychologiquement. De plus, pour que l'activité permette la construction de l'être humain, l'homme doit être demandeur de cette activité, elle doit être voulue. A cette condition, l'activité pourra devenir une source de plaisir, de productivité et de ressourcement. Or, comme le dit un soignant : à L'UMD « quand les patients arrivent, ils ont un manque de désir total. C'est un peu comme si leur âme était éteinte. Il faut rallumer tout ça »³¹

Il va donc falloir accompagner le patient dans la recherche de son désir.

Nous venons de voir que l'atelier d'ergothérapie doit être un lieu « suffisamment bon pour le patient », en voici une illustration.

Pour préparer les rencontres nationales entre les différentes UMD, les thérapeutes de Cadillac ont demandé aux patients comment ils qualifieraient les ateliers thérapeutiques. Beaucoup d'adjectifs se rapportaient à l'évasion et au bien être comme la « bulle d'oxygène », la « parenthèse », l' « échappatoire », l' « évasion mentale » ou l' « oasis ». Je me demande alors pourquoi s'y sentent ils bien ?

Voici plusieurs observations. Premièrement, l'atelier d'ergothérapie est situé hors des pavillons à l'UMD de Cadillac. C'est un bâtiment où sont regroupées toutes les activités

³⁰ Op. cit. (p.12), PIBAROT.I

³¹ Op. cit. (p.10), ROTH. D-M. et HEITZMANN.E

thérapeutiques. Les ergothérapeutes et les autres thérapeutes vont chercher les patients pour les activités puis les raccompagnent eux même dans les pavillons en passant par une cours, en plein air. Symboliquement ce passage du pavillon aux ateliers est important. Il permet au patient de laisser la vie qu'il a en communauté au sein du pavillon, ses conflits et frustrations de la journée, pour aller passer deux heures dans un lieu où il pourra être acteur. Il est important de préciser que les activités thérapeutiques ne sont pas imposées aux patients. Elles sont prescrites par le médecin et encouragées par l'équipe. Une première visite permet au patient de découvrir les différents ateliers pour qu'il puisse faire un choix. La venue en activité part donc d'une envie du patient. Maintenant, quand une activité est choisie, il est important que le patient vienne à chaque fois, ceci est clairement dit par les thérapeutes. En effet les ateliers thérapeutiques sont des lieux de soin où les patients s'engagent, c'est le premier pas pour devenir acteur de sa prise en charge !

Ces ateliers permettent aussi d'être en petit groupe et de rencontrer des patients des autres pavillons, ce qui est très apprécié par ces derniers. Enfin, l'ergothérapie propose de réaliser des objets que les patients pourront emporter pour eux ou pour offrir. Cette réalisation va pouvoir être valorisante à leurs yeux, aux yeux des autres patients et des thérapeutes. Mais il faut noter que le patient n'a pas toujours la possibilité de confectionner quelque chose et que les temps où le patient ne fait rien sont tout aussi importants que l'activité en elle-même.

Mr O est parasité par ses délires et se sent extrêmement persécuté, il est très renfermé au pavillon. Après avoir hésité pour venir à l'activité, il passe tout le début de la séance isolé dans un coin à fixer le vide, le regard noir. L'ergothérapeute titulaire et moi-même respectons son besoin d'isolement tout en l'interpellant de temps en temps sur les thèmes abordés avec les autres patients, ainsi peu à peu nous essayons d'aider Mr O à se raccrocher à la réalité. Lors du moment de pause Mr O prend son café avec les autres, écoute les conversations mais n'y participe pas. A la fin de la séance il vient s'installer autour de la table avec les autres et me demande ce qu'il peut faire. Nous y réfléchissons ensemble. La séance se terminera sans que Mr O ait réalisé quelque chose mais le fait qu'il soit juste venu en activité a déjà été thérapeutique. Le fait de s'être rapproché des autres et d'avoir formulé une demande montre que Mr O s'est raccroché à la réalité et a eu un désir, ce qui est déjà beaucoup.

Il faut aussi noter que les ergothérapeutes ne portent pas de blouse blanche comme le reste du personnel soignant. Je pense que cela permet de faciliter la rupture avec le pavillon et d'amorcer une relation. Le patient sait que l'ergothérapeute est un soignant mais cela ne le renvoie pas constamment au processus de soin.

Les ateliers d'ergothérapie peuvent donc être perçus comme « une bulle d'oxygène » mais il est important de dire qu'ils peuvent aussi être ressentis comme une « bulle d'angoisse ». En effet beaucoup de patients expriment de l'angoisse à la vue de l'outillage³² lors de la première visite et des premières séances. On peut s'imaginer leur surprise de voir ces outils car ils connaissent le danger qu'ils peuvent représenter, s'ils sont utilisés, comme ils ont pu le faire eux même, comme des armes. Certains ont conscience aussi que les patients qui les entourent lors de l'activité peuvent être imprévisibles et dangereux... tout comme eux. De plus il faut noter que pour un patient psychotique qui est très refermé sur lui-même et très parasité, le simple fait de sortir du pavillon peut être très difficile. Les ateliers thérapeutiques peuvent alors devenir une source d'angoisse et de souffrance. Pour finir, les ateliers peuvent être sources de frustrations. Le thérapeute n'est pas dans une relation exclusive avec le patient, il y a un cadre et des règles à respecter comme au pavillon et l'atelier se faisant en groupe cela peut provoquer des conflits. L'ergothérapeute se doit donc d'être extrêmement vigilant car un patient déjà très déstructuré ressentant de la frustration, de l'angoisse ou de la souffrance passe facilement à l'acte sur lui-même ou sur les autres.

Pibarot parle de cet espace que je viens de décrire comme d'un « terrain de jeu ». La matière qui va pouvoir se transformer « représente le lien, la relation qui existe entre le malade et l'ergothérapeute. »³³ Cela va permettre de créer un espace triangulaire où il y aura des relations, dans la confiance et la sécurité, entre l'ergothérapeute, le malade et la matière transformable. A ce moment là, l'atelier d'ergothérapie va pouvoir devenir une « aire de créativité »³⁴.

b. Travailler des objectifs à travers une mise en activité

La mise en activité en ergothérapie permet de créer un objet et ainsi de travailler plusieurs objectifs avec le patient.

Tout d'abord, la production d'un objet demande de la réflexion, de l'organisation ainsi qu'une maîtrise de la technique choisie. Cette démarche permet de travailler plusieurs choses. Dans un premier temps le patient va devoir être dans une démarche de « demande », en effet les

³² Les ateliers d'ergothérapie à l'UMD de Cadillac ont deux armoires remplies d'outils. On y trouve des cutters, règles, ciseaux, pointes pour la vannerie, marteau pour le cuir et le bois etc... Il y a aussi des machines imposantes comme une perceuse fixe et une scie à champ tournée. Le petit matériel est compté et enfermé dans les armoires à chaque fin de séances. Le dessin des contours des outils permet d'avoir une vision de l'ensemble rapide.

³³ Op. cit,(p.13) PIBAROT.I

³⁴ Ibid.

activités ne sont pas obligatoires. Puis il va devoir faire des choix sur la technique utilisée, il faudra, encouragé par l'ergothérapeute, qu'il pèse le pour et le contre, qu'il écoute ses désirs, qu'il entre dans une démarche d'imagination d'un potentiel résultat. Ensuite le patient va devoir acquérir la maîtrise de la technique. Cette maîtrise demande du temps et le patient peut être face à de la frustration. Ensuite le travail demande un temps d'organisation, de planification et de réflexion, ce qui amorce la véritable phase de création. C'est à ce moment là que l'être va pouvoir s'exprimer et passer à l'acte sur la matière dans une activité signifiante et significative. Le projet imaginé va pouvoir se concrétiser. Cette notion de passage à l'acte sur de la matière me paraît importante. En effet lorsque l'on parle de « passage à l'acte », que ce soit un acte accompli par un malade psychiatrique ou une action menée lors d'une activité, cela se passe toujours sur de la matière. On « passe » à l'acte, on transforme quelque chose, il y a alors la notion d'action. Dans l'activité artisanale ou projective, on transforme la matière brute en un objet significateur. Cette transformation peut être violente, impulsive, agressive. Le créateur peut attaquer le matériau, le couper, le taper, le râper, mais celui-ci ne se plaindra pas et restera neutre.

On peut dire que la matière joue ici un rôle « d'expulseur » et « d'exercice ». En effet l'être humain qui a du mal à maîtriser le cours de sa vie et qui est en proie à de grandes souffrances aura la possibilité d'expulser ses douleurs et de s'entraîner, à travers une mise en activité, à devenir un créateur, donc un sujet acteur.

L'atelier d'ergothérapie dans une UMD est donc un lieu bien spécifique et reconnu par les patients. Beaucoup de patients sont demandeurs des activités proposées. L'atelier est souvent perçu comme un lieu agréable, mais peut aussi devenir un vecteur d'angoisse insupportable. L'ergothérapeute, en étant vigilant aux angoisses accompagne les patients au sein d'une relation de confiance pour qu'ils trouvent du désir à « faire quelque chose ». Lorsque cette activité est mise en route elle permet de devenir un vecteur à la relation, de travailler des objectifs spécifiques à chaque patient et de donner la possibilité à ce dernier de devenir acteur au sein d'un établissement fermé.

Revenons maintenant à l'objectif que je souhaite approfondir pour ce mémoire : « réintégrer le patient dans une loi sociale ».

IV. UN OBJECTIF DE L'ERGOTHERAPIE : L'OUVERTURE A L'AUTRE, AVEC L'AUTRE

Aristote affirme : « L'Homme est un animal social ». L'Homme doit vivre en société pour pouvoir s'accomplir totalement. Vivre en société c'est avoir intégré en amont des lois sociales pour pouvoir cohabiter en harmonie avec les autres.

Je vais ici préciser ce que l'on peut appeler les « lois sociales » et comment l'ergothérapeute peut aider le patient à intégrer des connaissances.

1. Les lois sociales

La loi peut être définie par « une règle de conduite, obligation imposée par certains états, par la conscience, par la vie sociale. »³⁵ Je peux donc définir les lois sociales comme des règles de conduite imposées par la vie sociale. Est-ce que c'est ce que l'on peut appeler plus couramment les codes sociaux ?

J'ai trouvé plusieurs termes dans les ouvrages. Certains auteurs parlent de « compétences sociales » d'autres « d'habiletés sociales », Ces deux termes sont traduits de l'anglais « social skills ».

Raynal.F et Rieunier.A (1997) définissent le terme compétence comme « l'ensemble des comportements potentiels (affectifs, cognitifs et psychomoteurs) qui permettent à l'individu d'exercer efficacement une activité considérée généralement comme complexe »³⁶

Ici l'ajout du qualificatif *social* montre que les compétences que je développe ici sont en relation avec autrui. L'« activité complexe » serait donc la relation à l'autre. Ainsi d'après Michael Argyle (1996) les compétences sociales sont définies comme « des patterns de comportement social qui rendent les individus socialement compétents, c'est-à-dire capables de produire les effets désirés sur d'autres individus. »³⁷

Les compétences ou habiletés sociales s'expriment par l'individu en tant qu'être individuel dans des situations interpersonnelles de la vie courante. Elles permettent d'agir, de réagir à

³⁵ Larousse 3 volumes, 1977

³⁶ PEYRE.P, Compétences sociales et relations à autrui – Une approche complexe, L'Harmattan, 2000, p.24

³⁷ Ibid.

des situations données. Maintenant ces compétences sont plus compliquées qu'elles peuvent paraître, je ne pourrai pas décrire ici des règles précises à suivre pour devenir « compétent socialement ». Peyré.P insiste bien que « toute identification de compétence, sociale ou autre est affaire de jugements personnels et sociaux³⁸», chacun à ses propres méthodes pour rendre une relation efficace. Maintenant on peut exposer de grands principes. Certains sont soumis à des lois et sont donc référencés comme l'interdiction de meurtres et d'inceste, « ne pas faire de bruit en plein milieu de la nuit pour ne pas gêner ses voisins » ou sont plus généraux et peuvent dépendre de chacun comme, « savoir écouter », « ne pas couper la parole » et même « tenir la porte en sortant », « savoir demander son chemin ». Ce sont des savoir-être et des savoir-faire dont on a conscience si on les a compris et intégrés.

Je pense que c'est en ayant conscience des conséquences de son action que chaque individu peut juger si son comportement permet d'être efficace dans sa relation à l'autre. Voici un exemple parlant : *Lors d'une conversation, je coupe à la parole à mon interlocuteur alors qu'il était en pleine explication... qui ne l'a pas déjà fait ? Le fait est là. Moi même si je n'aime pas que l'on me coupe la parole et que j'ai conscience que cela puisse être désagréable, je vais être dans la capacité (si j'en ai envie) d'adapter mon comportement pour modifier la situation.*

Cette conscience et la capacité d'adaptation de l'individu s'acquièrent tout au long de la vie à travers l'école, les relais institutionnels et les expériences. Pour des individus immatures ou dont la conscience est altérée comme les malades psychiatriques qui sont hospitalisés en UMD, il va falloir leur donner la possibilité de prendre conscience de ces savoir-être et savoir-faire.

Maintenant, comment en tant qu'ergothérapeute pouvons-nous partager nos connaissances en matière d'habiletés sociales ?

[2. Le processus de partage des connaissances](#)

Pour comprendre le processus de partage des connaissances je suis donc partie de la théorie d'Ikujiro Nonaka et Hirotaka Takeuchi³⁹. Pour illustrer plus facilement les différents

³⁸ Op.cit, (p.17) PEYRE.P

³⁹IKUJIRO NONAKA et HIROTAKA TAKEUCHI, *La connaissance créatrice – La dynamique de l'entreprise apprenante*, De Boeck Université, Bruxelles, 1997

concepts, je propose ici de transposer directement cette théorie pour le partage de connaissances entre un ergothérapeute et un patient.

En règle générale, pour partager des connaissances, il faut tout d'abord que le thérapeute ait intégré les connaissances qu'il souhaite apporter, c'est-à-dire ici des compétences ou habiletés sociales. Ces règles sont pour lui implicites, ce sont des « intuitions » qui sont appelées des connaissances « tacites ». Lorsque nous disons « bonjour », « merci » ou, pour reprendre l'exemple de tout à l'heure, que nous attendons que notre interlocuteur ait fini de parler pour exposer nos arguments, nous le faisons intuitivement. Intuitivement à condition que ce soit quelque chose que nous avons intégré lors du processus d'apprentissage que nous recevons tout au long de notre vie et que nous trouvons cela important dans notre relation à l'autre. Le thérapeute va donc pouvoir partager les habiletés sociales qu'il a lui-même intégrés.

Ikujiro Nonaka et Hirotaka Takeuchi décrivent différents processus d'apprentissage, je me suis appuyée sur l'idée qui me paraissait la plus pertinente compte tenu de la manière de fonctionner de l'ergothérapeute avec un patient.

	Connaissance tacite	Connaissance explicite
Connaissance tacite	Socialisation	extériorisation
Connaissance explicite	Intériorisation	Combinaison

Pour que ces connaissances puissent être comprises et intégrées par un patient il faut d'abord que le thérapeute rende les connaissances tacites qui sont « logiques » pour lui en connaissances « explicites ». Spender (1996) nommait cela des « connaissances devenue conscientes ». Le passage du tacite à l'explicite est appelé « **l'extériorisation** ». Ce processus d'articulation des connaissances tacites en concepts explicites se réalise par la formulation, les métaphores et les analogies. Le thérapeute va donc devoir formuler les règles de socialisation pour les rendre accessibles à chaque patient, il devra le faire d'une manière adaptée à chaque patient, suivant ses capacités, son histoire et sa propre représentation de ses règles. C'est ce qui va permettre de conduire la deuxième étape, celle

de la « **combinaison** », le patient pouvant alors intégrer tout ou une partie des règles explicites qui lui sont proposées, dans son propre référentiel.

En s'imprégnant de ces règles elles deviendront pour lui innées il pourra ainsi les réutiliser. Le patient intègre donc les connaissances explicites données par le thérapeute en connaissances tacites, pour lui. Ce processus s'appelle « **l'intériorisation** », il est liée à « l'apprentissage en faisant » et se réalise par la verbalisation, grâce aux documents et par l'apprentissage.

Enfin, il faudra s'assurer que ces règles s'ancrent dans la pratique, sans avoir besoin d'être à chaque fois explicitées, c'est l'étape dite de « **socialisation** ».

Cette théorie permet de comprendre que l'intériorisation de connaissances est un long processus qui peut être inefficace voir « dangereux » si l'ergothérapeute saute des étapes et impose au patient des connaissances qui font partie de son référentiel personnel !

En tant que thérapeute il faut donc accompagner le patient à prendre conscience de nos connaissances et de leurs conséquences pour qu'il puisse se créer son propre référentiel. Pierre Peyré explique que la compétence sociale « est l'art de se gérer soi-même dans ses représentations des autres et des choses, jusque dans ses relations interpersonnelles les plus quotidiennes, pour changer tout en restant le même. »⁴⁰

Dans ce mémoire, je vais donc me positionner en tant que futur ergothérapeute et je développerai des habiletés sociales qui me semblent importantes et donc que j'ai moi-même intégré.

3. Le partage d'habiletés sociales lors d'une activité ergothérapeutique

Dans le cas de partage de connaissances entre l'ergothérapeute et un patient en UMD, voici, suivant le modèle précédent, un début de travail d'extériorisation.

J'ai conscience ici qu'il ne pourra pas y avoir au sein de l'UMD de travail avec l'extérieur. Je ne parlerai donc pas des habiletés sociales qui permettent d'être autonome à l'extérieur. Je me demande donc ce dont on a besoin en tant qu'individu pour pouvoir interagir avec les

⁴⁰ Op.cit.(p.17), PEYRE.P, p.178

autres dans le respect de soi même et des autres, sans transgresser les limites fixées par les lois.

Tout d'abord, je pense qu'il est nécessaire que la personne se soit construite elle-même en tant que personne, entité à part entière avant de pouvoir partager des choses avec d'autres. Vivre au sein d'un groupe demande ensuite de savoir communiquer avec les autres, savoir comprendre les autres et se faire comprendre, prendre des initiatives, avoir la notion du partage et de la confiance en l'autre. Pour cela la personne doit apprendre à se détacher d'elle-même pour pouvoir prendre en considération son environnement et l'autre qui a lui aussi un caractère, des désirs, des attentes, des capacités et incapacités. Se confronter aux autres c'est aussi faire face à des frustrations et ne pas vivre dans le « tout, tout de suite », l'Homme doit ainsi apprendre à ne pas agir seulement selon ses propres désirs et plaisirs. Il doit avoir conscience des conséquences de ses actions sur les autres et sur lui-même. Pour cela il doit savoir se projeter dans le futur, avoir l'esprit critique et conscience de ce qui est « bien » ou « mal » pour lui et les autres. A ce moment là, la personne va pouvoir faire des choix et faire la différence entre la notion de plaisir et de réalité.

Même s'il y en a bien d'autres, je pense avoir ici décrit les principales habiletés sociales qui me semblent nécessaires à l'individu.

L'ergothérapeute possédant l'activité comme outil de relation et de travail, la mise en activité peut elle permettre de mettre en place un processus de partage des connaissances en termes d'habiletés sociales ?

Il me semble nécessaire ici de recentrer mon sujet sur une pathologie en particulier. J'ai choisi d'étudier une psychose : la schizophrénie, car c'est une pathologie, comme nous allons le voir maintenant, qui peut lourdement parasiter et modifier la perception du malade des autres et de son environnement.

V. PATHOLOGIE

1. Les différents mécanismes de la psychose

La psychose est un syndrome délirant qui se « traduit par une profonde modification de la relation du sujet au monde extérieur. Ce dernier ne voit plus le monde extérieur tel qu'il est, il le supprime pour y mêler une néo-réalité qu'il a produite, ne faisant plus la différence entre les deux. »⁴¹ Cette déformation du monde extérieur est accompagnée de la conviction inébranlable du sujet. Pourquoi y a-t-il une telle adhérence de la part du sujet ? Le Dr Michel Hanus explique que la personne psychotique « surinvestit sa réalité psychique parce qu'elle lui est plus intéressante que la réalité extérieure »⁴². Ce délire devient un conte, un mythe, qui, plus vrai que la réalité, lui donne un moyen de satisfaire ses désirs.

Ce délire n'est qu'un symptôme, certes primordial dans la pathologie mais aléatoire. En effet il n'est pas constitutif de la structure psychotique. Il montre une désorganisation d'une personnalité psychotique et la tentative de renouer avec la réalité d'une manière déformée.

Grâce à une analyse du syndrome délirant, on peut déjà avoir une idée de la personnalité du sujet, de l'évolution de la pathologie et du caractère dangereux ou non de la personne. Cette analyse passe par la connaissance du thème, du mécanisme, de l'organisation, du vécu et du mode de début du délire. C'est ce que je vais développer maintenant.

Le délire du psychotique peut se présenter sous plusieurs thèmes. Les plus courants sont la mégalomanie c'est-à-dire un sentiment de toute-puissance, les idées de persécution et de préjudice, le délire passionnel qui se caractérise par de la jalousie ou de l'érotomanie, le délire fantastique, de parentalité, de dépersonnalisation comme la zoopathie qui est le sentiment d'avoir un animal dans son corps, l'hypocondrie et le délire à connotation dépressive.

Ces délires peuvent se manifester par plusieurs mécanismes.

- Il peut y avoir des hallucinations qui sont des perceptions sans objet. Il y a l'hallucination psychosensorielle qui peut être « sentie » par les quatre sens et l'hallucination intrapsychique qui se traduit par des pensées imposées et des voix intérieures.

⁴¹ LANDRU. *Cours de psychiatrie* - Année 2008-2009 - IFE de Rennes

⁴² HANUS.M, *Psychiatrie de l'étudiant* 9^{ème} édition, Maloine, 1996

- Il peut y avoir aussi des illusions qui sont la perception déformée d'un objet réel.
- Les intuitions délirantes qui sont un mécanisme intuitif qui donne une conviction délirante, immédiate et absolue, une révélation intérieure, indépendante de toute donnée objective et de toute déduction logique.
- Et enfin les interprétations qui donnent accès à une conviction délirante par un raisonnement inductif, paralogique qui a comme point de départ une perception réelle ou un fait exact.

En plus des mécanismes, le délire a une organisation. On dit qu'il est systématisé lorsque le délire est stable, avec des rapports entre les différents thèmes. C'est alors un délire qui se base sur de la réalité. Au contraire on parle de délire non systématisé lorsqu'il est totalement incohérent. Plus le délire est organisé, plus la personne et son entourage vont y adhérer.

Ensuite on peut observer comment la personne vit son délire. Plus le vécu est intense et insupportable plus il faut faire attention à un possible passage à l'acte.

Enfin le mode de début donne des indications sur la pathologie. Il peut être soudain ou progressif. Il faut savoir que plus il s'est instauré lentement, plus la pathologie va être difficile à soigner⁴³.

On voit donc que la psychose peut se traduire de différentes façons. Pour mon mémoire je vais me concentrer sur une de ces psychoses, la schizophrénie.

2. La schizophrénie, une altération de la relation...

La schizophrénie est une psychose chronique dissociative caractérisée par trois grands syndromes. Un syndrome dissociatif, un syndrome paranoïde et un syndrome autistique qui s'expriment à différents degrés suivant le malade.

Le syndrome dissociatif se définit par l'altération fondamentale, la perte d'unité de la pensée, de la personnalité, des diverses manières d'éprouver les émotions et des relations que l'on a avec le monde environnant. On parlera alors de « bizarreries » et « d'impénétrabilité » du malade. Ce syndrome peut être caractérisé par plusieurs symptômes comme des troubles du cours de la pensée, du langage, une altération du système logique, une désorganisation de la vie affective et une discordance psychomotrice. *Mr S a souvent un discours discordant, désorganisé qu'il met en forme par dérivation d'idées en utilisant souvent des néologismes.*

⁴³ Le terme *soigner* n'est ici pas synonyme de *guérir*

Ce syndrome, s'il est très présent peut rendre la relation difficile. En effet le malade va pouvoir partir dans des explications qui, même si elles lui semblent logiques, peuvent être non construites, sautant du coq à l'âne et donc incompréhensibles pour son interlocuteur. Des bizarreries du comportement peuvent aussi rendre une relation inadaptée. Un malade peut aussi déambuler, avoir des gestes incoordonnés ou des mimiques ambivalentes.

Le syndrome paranoïde appelé aussi « délirant » est caractérisé par la présence d'un délire à thèmes multiples se manifestant par un ou plusieurs mécanismes. Ce délire est une perte des limites entre soi et le monde extérieur. Tous les mécanismes vus précédemment peuvent être présents avec plus fréquemment des hallucinations, plus souvent acoustico-verbale, et l'automatisme mental. Le patient aura alors l'impression que sa pensée est devinée, téléguidée, soumise à des influences extérieures. Le délire du schizophrène est souvent mal structuré, il peut être abstrait, imprécis et contradictoire à l'inverse de celui du paranoïaque. *Mr F lors d'un exercice d'écriture a eu un mouvement de résistance du bras. Il a exprimé que quelqu'un l'empêchait d'écrire et a accusé le soignant qui était à un mètre de lui. Mr V, lui, exprime son angoisse de voir Mme C, sa psychomotricienne, avec juste une grande bouche édentée prenant toute sa figure. Cette hallucination visuelle est tellement angoissante qu'il bafouille, trépigne, se renferme sur lui-même et fuit la relation lors de la séance. Mr K a un délire d'érotomanie paranoïaque, il est persuadé qu'une femme qu'il a rencontrée lors d'une de ses hospitalisations à l'hôpital psychiatrique de secteur est amoureuse de lui. Il a fait cette conclusion en interprétant tous ses gestes et paroles comme des signes de son amour.*

Par ces trois exemples on voit bien que le délire peut parasiter une relation. Ces malades ne se rendent pas compte de leur délire, ils n'en ont pas conscience.

Enfin, le syndrome autistique se caractérise par un repli du patient sur lui-même. La dissociation est telle que la réalité extérieure n'a plus d'emprise sur le malade qui s'isole et se désintéresse de tout. Nous sommes ici face à un malade qui a de grandes difficultés à communiquer. *Mr G est depuis 3 mois à l'UMD de Cadillac. Refusant d'aller aux activités thérapeutiques, il reste toute la journée assis en face de la fenêtre.*

Il y a plusieurs formes cliniques de schizophrénie. On distingue ainsi l'hébéphrénique caractérisé au premier plan par à un syndrome dissociatif, par des éléments du syndrome autistique et par un délire peu élaboré. Il y a ensuite la schizophrénie paranoïde caractérisée par un important délire, cette forme de schizophrénie est souvent plus sensible aux traitements et présente un meilleur pronostic social. On trouve également l'héboïdophrénie

qui en plus d'un délire paranoïde présente une discordance et des comportements antisociaux de type psychopathique. La schizophrénie dysthymique est, elle caractérisée par des troubles importants de l'humeur. Enfin la schizophrénie résiduelle est une forme clinique où l'on retrouve les trois syndromes mais à minima.

3. ...Pouvant engendrer des relations inefficaces

« Ces patients (schizophrènes) pensent au fond d'eux-mêmes que ce monde n'est pas fait pour eux, qu'ils n'y ont aucune place, que toute tentative de leur part pour s'y adapter par des voies « normales », en utilisant la logique consensuelle concernant la vie quotidienne, est vouée à l'échec. Ils se vivent comme fondamentalement insuffisants comme être humain, et vivent avec la connaissance assurée de leurs échecs passés, présents et futurs. [...] Ces sujets peuvent aussi renoncer à utiliser la logique consensuelle et les règles sociales, pour élaborer leur propre logique privée, utilisant leurs propres productions autistiques et leurs rêveries, refusant toute communication ayant pour base la réalité d'autrui. »⁴⁴

La schizophrénie est donc une maladie dont les symptômes, perturbent la relation à l'autre. Le malade va peut être créer sa propre logique de relation, se défendre contre des angoisses ou des menaces, en cohérence avec la néo-réalité dans laquelle il vit. Comme ses réactions ne sont pas toujours en cohérence avec les règles sociales, ses relations à l'autre ne vont donc pas toujours être efficaces et peuvent devenir, à l'extrême, dangereuses pour autrui. Maintenant il faut noter que cette dangerosité n'est pas forcément que due à la maladie.

En effet J.L Senninger et V. Fontaa⁴⁵ expliquent bien que l'agressivité d'un schizophrène ne s'exprime pas d'une façon spécifique à la maladie et ils mettent en avant 3 types de passages à l'acte. Tout d'abord, il y a les actes violents qui ne sont pas directement liés à la pathologie. J'ai en effet pu remarquer lors de mon stage que certains psychotiques relativement stabilisés pouvaient avoir des actes violents en toute lucidité sans lien direct avec leurs délires ou leurs incapacités. Cette violence peut être liée à un manque de connaissance des limites, à une envie ou à un manque de contrôle, elle n'est donc pas en lien direct avec le monde psychiatrique. Un deuxième type de passage à l'acte peut se

⁴⁴ CHAMBON.O, LAURENT.N, MARIE-CARDINE.M, *Les approches comportementales et cognitives de la réadaptation sociale des patients schizophrènes*, in La réhabilitation psychosociale en psychiatrie sous la direction de VIDON.G, Edition Frison-Roche, 1995, p.352-353

⁴⁵ SENNINGER. JL et FONTAA.V, *psychopathologie des malades mentales dangereux*, édition Dunod, p.55-56

justifier par une incapacité émanant des symptômes de la maladie comme par exemple ne pas « gérer ses frustrations », à ce moment là le passage à l'acte est en lien avec la maladie psychiatrique. Le troisième type de passage à l'acte est le plus caractéristique du malade schizophrène. Il survient sans raison cohérente et paraît « immotivé et incompréhensible ». Le malade n'élabore pas de stratégie et semble ne pas pouvoir résister à « une force instinctive et inflexible ». Le malade schizophrène peut ainsi expliquer par exemple qu'il a répondu à des ordres divins donc à des hallucinations auditives ou qu'il avait l'intime conviction que sa victime devait mourir sans quoi le monde aurait disparu.

Il n'est pas aisé de définir précisément lors d'une relation ce qui est de l'ordre du caractère, de la maladie, de l'histoire de vie, de la culture ou de l'environnement. En tout cas, on peut dire ici que si le malade a des relations inadaptées avec les autres et qu'il ne semble pas en avoir conscience, c'est qu'il manque, entre autres, d'habiletés sociales.

L'UMD accueille des patients que la société qualifie de difficiles. Ces personnes ont commis un ou des passages à l'acte, ont donc transgressé des limites, des lois d'une façon excessive. Ces malades sont tellement déstructurés qu'il est nécessaire pour eux et pour la société qu'ils soient soignés dans une structure adaptée et sécurisée. Le but de l'UMD est de stabiliser assez le patient pour qu'il puisse retourner ensuite dans son hôpital d'origine, un des objectifs est ainsi de réintégrer le patient dans une « loi sociale » donc de donner la possibilité au malade d'intégrer des habiletés sociales pour avoir des relations efficaces avec les autres. Dans ce contexte, l'ergothérapeute va proposer un espace relationnel et une mise en activité adaptés à chaque patient.

Une personne atteinte de schizophrénie arrivant en UMD est dans un état psychique complexe. Sachant qu'elle, a tendance à se couper du monde, avoir des relations altérées avec les autres à cause de ses délires et qu'elle manque de certaines habiletés sociales, comment l'ergothérapeute peut-il accompagner un patient schizophrène à intégrer des habiletés sociales pour avoir une relation plus adaptée avec l'autre ?

Sachant que l'ergothérapeute utilise l'activité dans sa pratique, je pose l'hypothèse qu'une mise en activité en ergothérapie permet l'intégration d'habiletés sociales pour un patient schizophrène difficile.

VI. METHODOLOGIE

Pour vérifier mon hypothèse, j'ai choisi de réaliser l'étude d'un cas clinique lors de mon stage à l'UMD de Cadillac. En effet, pour pouvoir analyser si une mise en activité en ergothérapie est un vecteur d'intériorisation d'habiletés sociales, il m'a semblé pertinent de me baser sur des observations faites directement sur le terrain. Je vais ainsi pouvoir voir, pour un patient en particulier, dans une activité en ergothérapie particulière, si ce dernier a pu intérioriser des habiletés sociales et à travers quels mécanismes ? Je vais pouvoir apprécier les évolutions ou régressions durant deux mois, et avoir les avis de professionnels sur la prise en charge globale du patient. Cette étude me permettra donc de faire des conclusions sur mon sujet. Il est certain que cette méthode a aussi des limites, car je réaliserai des conclusions en me basant sur une seule étude de cas.

1. La mise en place de l'étude de cas

L'étude d'un cas clinique est l'observation d'un patient dans un temps précis suivant un guide d'observation défini à l'avance. Il est important de partir de l'hypothèse énoncée et d'en faire découler des critères qu'il faudra observer puis analyser pour pouvoir affirmer ou infirmer l'hypothèse.

Ici, pour mettre en place cette étude, je dois d'abord définir les critères que doit avoir le patient que je compte observer. Les critères ne doivent pas être trop restrictifs pour que je sois sûre de trouver un patient et assez précis pour que mon analyse soit pertinente. Il me faut ensuite faire une grille d'observation qui me permettra de cibler ce que je devrai regarder lors de mon étude.

Lorsque le patient sera choisi, il me semble indispensable de le mettre au courant de ma démarche et qu'il me donne son accord pour l'observer. Cela permettra d'éviter de potentielles angoisses pour le patient.

a. *Critères retenus*

Dans la première partie de ce mémoire, je me suis intéressée à un type de population particulier : les personnes atteintes de schizophrénie. Cette pathologie, fortement présente en Unité pour Malade Difficile, a des caractéristiques, comme nous l'avons vu plus haut, donnant lieu à des difficultés dans la relation à l'autre. Pour que mon étude soit la plus pertinente possible voici quelques critères simples pour le choix du patient :

- Il faut que le patient soit atteint d'un type de schizophrénie.
- Le patient ne doit pas être à la fin de son hospitalisation pour que je puisse avoir la possibilité d'observer des changements. Le mieux serait aussi que le patient soit hospitalisé depuis quelques mois déjà pour que les professionnels aient du recul sur la prise en charge et qu'il y ait eu des évolutions. En effet, je ne suis pas certaine de pouvoir observer des évolutions sur une durée courte de deux mois.
- Le patient doit être pris en charge par les ergothérapeutes et donc participer à, au moins, un atelier thérapeutique.
- Il doit participer à d'autres activités pour que je puisse l'observer dans des circonstances variées. Cela me permettra de faire des comparaisons entre une activité où il y a la création d'un objet et une activité où il n'y a pas de création d'objet.
- Le patient doit être d'accord pour que j'observe sa prise en charge et que cela ne parasite pas ses vécus.

b. *Le guide d'observation*

Voici maintenant un guide d'observation qui va me permettre de cibler mes recherches durant ces deux mois. Ce guide me permettra par la suite d'analyser mes recherches suivant un plan précis puis d'en tirer des conclusions.

1/ Trouver un patient correspondant aux critères énoncés.

2/ Recueillir les données concernant son histoire et sa prise en charge à l'Unité pour Malade Difficile auprès du patient lui-même, des professionnels et de son dossier.

3/ Faire de premières observations lors de la vie au pavillon du patient et lors des différentes activités thérapeutiques.

4/ D'après mes observations et les éléments de son dossier, énoncer la problématique du patient et les objectifs mis en place en ergothérapie.

5/ Trouver les habiletés sociales qui ne sont pas bien intériorisées chez ce patient, les lister et mettre en avant celles que je trouve les plus problématiques. Trouver les capacités du patient pour pouvoir y baser la prise en charge.

6/ Trouver une activité thérapeutique qui nécessite d'utiliser les habiletés sociales listées. Mettre ces dernières en relation avec les différentes étapes de l'activité.

7/ Observer le patient lors de cette activité et noter ses comportements, ses attitudes, son vécu et ses relations à chaque séance. A-t-il des comportements plus ou moins adaptés dans ces séances ? Si oui qu'est ce qui a changé ?

8/ Suivre en parallèle ce même patient dans les autres activités auxquelles il participe et dans son pavillon. Noter ses comportements, attitudes et relations. Y a-t-il des différences avec ce que j'ai pu observer en atelier d'ergothérapie ?

9/ Demander à Mr X ce que lui apporte la mise en activité en ergothérapie et ce qu'il recherche quand il vient. A-t-il conscience de ses troubles et que ses réactions ne sont pas toujours socialement acceptables ?

10/ Observer sur deux mois, l'évolution du comportement de Mr X lors de l'activité thérapeutique. Semble t-il avoir intégré certaines des habiletés sociales énoncées au début ? Si oui lesquelles et est ce bien grâce à la mise en activité ? Si non, pourquoi ?

2. Analyse de l'étude de cas⁴⁶

J'ai rencontré Mr X dès le début de mon stage, après avoir réfléchi avec l'équipe thérapeutique du patient que je pouvais suivre, une des ergothérapeutes lui a demandé s'il était d'accord que je suive sa prise en charge durant les 2 mois de mon stage. Mr X a tout de suite été d'accord et il n'a jamais refusé ma présence tout le long de mon étude.

a. Présentation de Mr X

Commençons par présenter brièvement Mr X d'après les éléments de son dossier.

Mr X a 39 ans, il est célibataire, sans enfants. Ses parents sont divorcés, il n'a plus de contact avec eux, ni avec son frère. Il garde le contact avec une demi-sœur et sa « mère nourricière » Mme H.

A l'UMD, Mr X a été diagnostiqué comme ayant une héboïdophrénie⁴⁷ résistante.

Histoire de la maladie

La maladie de Mr X s'est manifestée dès son adolescence par de nombreux actes antisociaux. Il a été élevé par sa nourrice Mme H et a passé les week-ends chez sa mère jusqu'à l'âge de 5 ans. Placé en pension vers 10 ans, il fugua et arrêta l'école à 15 ans. Il

⁴⁶ Cf. Annexe III, pVII-XII, *Prises de notes – Observations de Mr X lors d'un stage à l'UMD de Cadillac*

⁴⁷ Cf. lexique

commença une formation de mécanicien mais ne la finit pas. A 18 ans il fut mis à la porte du domicile familial où il avait des altercations physiques violentes avec son beau-père. Il alla alors vivre chez Mme H qui l'aida à trouver un appartement et un travail. Il travailla dans la restauration mais fut mis à la porte après quelques mois à cause d'absences et de mauvais comportements. Mr X a de gros problèmes d'argent, Mme H l'accompagne alors pour demander une mesure de protection. Depuis, il est sous curatelle.

Mr X présente alors une instabilité professionnelle, prend des toxiques, a des conduites antisociales et transgressives ce qui lui a valu, jusqu'en 2009 de très nombreuses hospitalisations en psychiatrie (167 environ). Lors de ses hospitalisations, Mr X fait de nombreux passages à l'acte sur des patients et des soignants. Sa dernière hospitalisation a duré plus d'un an et demi et a été initialisée à la demande d'un tiers, suite à une « décompensation délirante paranoïaque avec troubles du comportement évoluant depuis son adolescence ». Il est à une moyenne de deux passages à l'acte par semaines lors de cette dernière hospitalisation, il est alors admis à l'UMD. Ces passages à l'acte se manifestaient par des violences verbales et physiques.

Mr X est donc reçu à l'UMD de Cadillac en hospitalisation d'office en juin 2009. Il participe aux activités cuir, « éveil », sport et chanson depuis Juillet 2009.

Mr X a une héboïdophrénie, il n'est pas à la fin de sa prise en charge, participe à une activité ergothérapeutique et à d'autres activités thérapeutiques, il accepte aussi que je suive sa prise en charge durant 2 mois. Mr X répond donc bien aux critères retenus précédemment.

Problématique générale de Mr X

Mr X a une héboïdophrénie avec au premier plan un syndrome délirant paranoïde et dissociatif. Ses activités délirantes sont de types mystiques, de spoliation et de persécution, se traduisant par des mécanismes le plus souvent intuitifs et interprétatifs. Le quotidien de Mr X est parasité par une instabilité émotionnelle importante avec des périodes dépressives et euphoriques. Avant son hospitalisation Mr X avait tendance à agir très impulsivement face à la frustration et à utiliser la violence verbale et physique. Pour finir, Mr X est dans le déni de ses troubles et refuse régulièrement la prise de ses médicaments et une éventuelle électroconvulsivothérapie.

b. *Prise en charge en ergothérapie*

J'ai pu suivre Mr X durant les mois de janvier et février 2010, six mois après son entrée à l'UMD. J'ai été présente à toutes les activités thérapeutiques auxquelles Mr X participait pour faire mes observations durant sept semaines. Mr X participait aux activités « éveil », cuir, sport et chanson une fois par semaine, j'ai donc pu l'observer 7h par semaine environ sachant que certaines activités ont sauté durant les deux mois. Pour compléter mes observations, j'ai pris connaissance des entretiens réguliers que Mr X avait avec le médecin psychiatre (environ un par semaine) et je me suis renseignée régulièrement auprès des infirmiers du comportement de Mr X lors de la vie au pavillon.

La prise en charge en ergothérapie s'élabore à partir des éléments du dossier et des observations du patient en activité. Avec tous les renseignements que j'ai pu récolter j'ai fait une analyse des comportements de Mr X. J'en ai ressorti ses difficultés qui, pour moi, peuvent rendre une relation inefficace, donc qui entraînent un manque d'habiletés sociales, et ses capacités relationnelles. Ce travail me permettra par la suite de faire un plan de prise en charge en ergothérapie. J'ai classé les difficultés dans un ordre de priorité dans sa prise en charge.

❖ *Difficultés et capacités*

Difficultés en matière d'habiletés sociales

- Mr X a des difficultés à reconnaître ses propres besoins

Depuis son entrée à l'UMD, lors des entretiens avec le médecin, Mr X demande toujours ce qu'il fait là. Il fait la demande de sortir de l'établissement car il dit qu'il n'est pas malade. Régulièrement depuis Juin il dit être ici à cause d'un infirmier de son hôpital d'origine qui le persécute et que ce sont des dauphins qui l'ont accompagné. En février, Mr X voit le procureur suite à la demande de levée d'hospitalisation d'office. Mr X refuse d'avoir un avocat car pense pouvoir exposer ses arguments seul, ce que, le jour venu, il n'arrive pas à faire. Il ne ressent ainsi pas le besoin d'être soigné, refuse quelque fois de prendre ses

médicaments disant qu'on le drogue ou qu'on l'empoisonne. *On peut dire que Mr X a peu « d'insight⁴⁸ ».*

- Mr X présente des difficultés à gérer, de façon adaptée, les frustrations

Je ne dispose pas de renseignements sur ses agissements à l'extérieur de l'UMD mais au sein de l'établissement, plusieurs événements me permettent d'affirmer que Mr X a de temps en temps du mal à gérer ses frustrations.

Lors d'une pause où les patients prennent le café ensemble, Mr X veut finir le café qui reste dans la cafetière. La règle étant « un seul verre par personne » dans un souci d'équité, l'ergothérapeute refuse, met le café dans un verre vide et le pose à côté. Mr X s'énerve, hausse la voix en disant qu'on le persécute et qu'il doit absolument boire le verre car il ne faut pas jeter du café. Le thérapeute le rassure en lui disant qu'on le boira et va mettre le verre dans le bureau. Mr X se renferme sur lui-même très tendu puis se lève d'un coup, va dans le bureau et vide d'un trait le verre de café alors qu'il est froid. L'ergothérapeute essaye de reprendre avec lui ce qu'il s'est passé mais Mr X semble ne pas se rendre compte que son geste était inapproprié. Cet épisode montre l'impulsivité de Mr X.

Son impulsivité a pu aussi se traduire physiquement, comme au pavillon, où il a mis un coup de poing dans une vitre suite à l'interdiction d'une cigarette ou verbalement comme lors d'un entretien avec le médecin. Celui-ci venant de lui refuser l'arrêt d'un traitement, Mr X s'énerve et crie « des têtes vont tomber ! ». Il faut quand même noter que Mr X a quand même des réactions adaptées, il n'a pas agi impulsivement lorsqu'il a perdu à un jeu ou a cassé un objet qu'il avait mis longtemps à créer.

Je pense que certains épisodes d'agressivité sont dus à l'activité délirante de Mr X car il se sent souvent persécuté et menacé mais qu'elles peuvent être dus à une habileté sociale de contrôle de ses frustrations pas totalement intégrée.

Il est important de noter que depuis son entrée à l'UMD Mr X n'est jamais passé à l'acte physiquement sur une personne et a eu peu d'épisodes d'altercations verbales. Compte tenu du grand nombre de passage à l'acte qu'il faisait dans son hôpital d'origine, je peux en déduire que l'environnement est aussi un facteur de sa violence. Peut être que la contenance induite par l'UMD lui permet de mieux gérer ses frustrations, le protège de « stressseurs » ?

⁴⁸ **Insight** : « la conscience qu'un malade mental peut avoir du caractère pathologique de ses symptômes » in BOTTERO.A. *Insight et psychose, Neuropsychiatrie, Tendances et Débats* 2008 ; 33 : 9 - 11

- Mr X présente des difficultés pour contrôler ses émotions et angoisses

Que ce soit de la tristesse ou de la joie, Mr X présente une grande instabilité émotionnelle.

Régulièrement lors de l'activité chanson, Mr X se met à pleurer d'un coup, il se prend la tête dans les mains et s'arrête au moment de la pause. Mr X peut ensuite exprimer des épisodes joyeux mais ne fait jamais allusion à ses pleurs. Au pavillon, les infirmiers m'expliquent aussi que Mr X a toujours un pic d'activité délirante vers 18h. Il est exalté, euphorique, très désorienté avec une hypermotricité. Il se calme vite mais a une montée d'angoisse au crépuscule accompagnée de pleurs et d'idées sombres. Le coucher est alors toujours difficile. Pour finir, lors d'une séance de cuir, Mr X qui avait la mine sombre et qui disait ne pas aller bien s'est levé d'un coup et s'est mis à tourner et sauter en riant, à l'écoute d'une chanson qu'il aimait bien.

Ces exemples montrent bien une grande instabilité. Mr X est pris de fortes angoisses et de délires de persécution. Je pense donc que cette difficulté de contrôle est due à la maladie qui entraîne des angoisses, une activité délirante et une perte d'usage de gestion de ses émotions, mais qu'elle est aussi due à l'environnement « stressant ».

- Mr X présente des difficultés à se décentrer de lui et à avoir de l'intérêt pour l'autre

Mr X a déjà présenté un certain égoïsme. Lors de l'activité sport par exemple, pendant un match de basket, Mr X n'a pas su faire de passes. Il ne pensait qu'à aller marquer lorsqu'il avait le ballon, ne pensant pas aux autres membres de son équipe. De plus, lors de l'activité chanson, Mr X montre quand il n'aime pas la chanson choisie par un autre patient. Il exprime son désaccord tout fort, jette son cahier et « boude » durant la chanson. *Ces réactions montrent une immaturité dans les comportements. Il présente ainsi des difficultés pour s'ouvrir aux autres et donc voir les besoins des autres et les respecter.*

- Mr X présente des difficultés à envisager différentes options face à un problème

Lors de l'activité cuir, Mr X était en train de faire de la couture sur un porte monnaie. Il a plusieurs fois fait des fautes et fait des nœuds avec le fil. Je l'ai aidé les premières fois à rectifier les fautes en lui expliquant comment faire. Mr X n'a pas essayé de mettre en applications mes conseils quand il a refait les mêmes fautes. Il a de nouveau eu une attitude passive, demandant de l'aide, sans prendre l'initiative d'essayer seul, même sous mes conseils verbaux.

Par ailleurs, lors de la participation de Mr X à un groupe de parole sur les toxiques, Mr X a voulu partir car des personnes du groupe le contredisaient.

Ces exemples montrent que Mr X peut rester buté sur une idée sans essayer de la changer alors que ce serait bénéfique pour lui et les autres. Cela peut montrer aussi une difficulté à se projeter dans le futur due à une impulsivité et une difficulté à se décentrer de soi et à se remettre en question.

- Mr X présente des difficultés pour faire confiance à l'autre

J'ai pu remarquer que Mr X était assez méfiant et s'ouvrait peu aux autres. Il a une relation de confiance avec Mr O et les thérapeutes qui le suivent depuis longtemps mais est très refermé auprès des nouveaux arrivants. C'est au bout des deux mois que j'ai senti que Mr X me faisait un peu plus confiance car nous avons pu avoir des discussions à deux. *Cette difficulté peut être due à une perte d'usage mais aussi à la méfiance qu'induit les activités délirantes de persécutions et de spoliation.* Depuis son adolescence Mr X a passé son temps à faire la navette entre différents hôpitaux psychiatriques de plus, il a mal vécu son entrée en UMD, se sentant persécuté. Il a pu y avoir une rupture de relation avec le corps médical encourageant cette méfiance.

- Mr X présente des difficultés à échanger sur un sujet et écouter les autres

Les difficultés de Mr X sur cette habileté sociale découlent des précédentes. Mais Mr X a déjà fait beaucoup de progrès depuis Juin. En effet les thérapeutes me font part qu'il était impossible de parler avec Mr X au début de son hospitalisation. Il était tellement parasité qu'il faisait des monologues incompréhensifs que personne n'arrivait à arrêter. En janvier, Mr X présente encore des activités délirantes qui prennent quelquefois le dessus dans des conversations mais cela ne dure pas aussi longtemps. Par exemple lors de l'activité cuir il part dans un délire mystique alors qu'il était en train de parler avec Mr S du tatouage que ce dernier a sur le bras. Le tatouage faisant penser à un signe religieux, Mr X part dans un monologue : « la religion c'est la vie [...] Il y a un numéro pour Dieu, c'est le 27, car c'est le numéro de la région où tout a commencé [...] ». Mr S ne comprenant rien, continue à faire son objet sans écouter Mr X.

- Mr X présente des difficultés à établir et maintenir des relations

Je remarque tout d'abord, suivant son histoire de vie, que Mr X a des problèmes de relations depuis son adolescence. Il a eu des altercations violentes avec son beau père, il rompt les liens avec ses parents et son frère et il a des liens fluctuants avec sa demi-sœur. Seule sa

relation avec Mme H paraît saine. A l'UMD Mr X ne parle pas d'amis qu'il aurait au dehors. Au sein de son pavillon il est plutôt renfermé, passe beaucoup de temps devant la télévision et va peu vers les autres. Une seule relation semble être importante pour lui c'est avec Mr O. Mr O est une personne en qui il semble avoir confiance. Les thérapeutes l'ayant remarqué Mr X et Mr O sont souvent ensemble lors des activités. Ils échangent beaucoup lors de l'activité cuir notamment. Mr O arrive régulièrement à calmer Mr X quand ce dernier rentre dans une grande envolée délirante. Maintenant il est important de noter que Mr X a déjà fait du tort à Mr O lors de l'activité cuir. Il lui a dit : « Tu es un canard... Et moi je suis un cygne ». Il a continué sans prendre en compte que Mr O se sentait insulté en haussant la voix : « Tu m'as volé, tu es entré dans ma maison, tu as foutu le bordel ! Toi tu es une limace et je suis un escargot ».

Ces difficultés peuvent avoir plusieurs raisons. La plus évidente au sein de l'UMD est celle de l'activité délirante intense de Mr X. En effet Mr X a régulièrement, comme avec Mr O, un discours inadapté et discordant qui peut amener des quiproquos et altérer la relation si la personne concernée le prend mal. La deuxième raison peut être son repli autistique remarqué à son pavillon la troisième peut être la perte d'usage concernant le contrôle de soi et la relation en général.

- Mr X présente des difficultés pour élaborer un plan d'action et se projeter dans le futur

Du fait de ses difficultés à s'ouvrir aux autres et au monde, il est très difficile pour Mr X de se projeter dans le futur. Lors de l'activité cuir, alors qu'il a déjà fait plusieurs objets et connaît les techniques, Mr X prend peu d'initiatives et attend que l'ergothérapeute lui dise quoi faire. Mr X agit de la même manière en sport. Cela montre que Mr X n'arrive pas à se projeter. Est-ce que cela est dû à un manque d'envie et d'intérêt ? Mr X est pourtant très demandeur des activités. Je peux quand même dire que certaines fois, l'activité délirante de Mr X le parasite trop. Mais cela traduit surtout un manque d'autonomie dans les activités et rejoint l'immaturation citée plus haut.

Je viens de démontrer plusieurs incapacités en terme d'habiletés sociales pour Mr X, voici maintenant ses capacités.

Capacités en matière d'habiletés sociales

- Mr X est capable d'interagir et d'être à l'aise pour communiquer

Les pauses dans les activités sont des moments importants et appréciés pour Mr X. Arrivant souvent renfermé à l'activité, la pause lui permet d'entrer en interaction avec les autres. Mr X aime participer aux conversations de groupe même s'il se met un peu en retrait. Il rit avec les autres et fait des blagues. Ce n'est pas souvent lui qui lance un sujet mais il aime y réagir.

- Mr X est capable d'émettre un avis

Lors des discussions de groupe, Mr X sait se positionner et dire son avis, même si ce dernier est souvent très arrêté et qu'il n'ouvre pas le débat.

- Mr X est capable de partager

Mr X est souvent volontaire lorsqu'il faut préparer des choses ou ranger. Lors des activités, il partage ses outils et l'attention du thérapeute.

- Mr X est capable de réaliser une activité en suivant des étapes, guidé par le thérapeute

Mr X est demandeur d'activités. Même s'il ne semble pas très bien lorsque le thérapeute va le chercher au pavillon, il y vient spontanément. Lors de l'atelier cuir, il arrive à mener à bien des étapes pour créer un objet, guidé par le thérapeute. L'activité en ergothérapie va donc pouvoir être un terrain de prise en charge pour Mr X.

Mr X présente de grosses difficultés en termes d'habiletés sociales mais possède aussi des capacités. Comme nous l'avons vu plus haut, je ne peux pas conclure sur les raisons de ces incapacités, il y a sûrement des difficultés dues à la maladie, à l'environnement, au caractère de Mr X ou à des pertes d'usages dues à l'inactivité. Les capacités de Mr X permettent de conclure qu'une prise en charge peut être entreprise à travers une activité en groupe, vu que c'est quelque chose que Mr X apprécie.

❖ Objectifs en ergothérapie

Dans notre prise en charge, il est important de partir des souhaits du patient et des habiletés intégrées pour pouvoir faciliter la mise en place d'une relation de confiance, la prise de conscience de ce qui rend les relations inadaptés et donc l'intégration d'habiletés déficientes.

Voici 4 objectifs que l'on pourrait travailler lors d'une activité thérapeutique en ergothérapie :

- Aider Mr X à s'encren dans la réalité et prendre conscience de ses troubles
- Aider Mr X à gérer ses frustrations et ne plus agir impulsivement
- Aider Mr X à se décentrer de lui-même et à avoir des relations avec les autres de manière adaptée
- Aider Mr X à prendre des initiatives et à faire des choix pour devenir acteur de sa prise en charge

Mr X étant demandeur pour aller aux activités. L'activité en ergothérapie va donc pouvoir être utilisée pour travailler ces objectifs. Mr X a choisi au début de sa prise en charge l'activité cuir. J'utiliserai donc cette activité lors de mon analyse.

c. *L'activité cuir : un vecteur d'intégration d'habiletés sociales ?*

Dans cette partie je vais faire une analyse du comportement de Mr X lors de l'activité cuir et lors des autres activités. Cela va me permettre de voir si l'activité cuir a permis de travailler les objectifs cités plus haut et grâce à quoi.

L'activité cuir est régulièrement demandée par les patients de l'UMD. Elle permet de créer facilement des objets directement utilisables comme la blague à tabac, le porte feuille, le porte clef, les boites ou objets décoratifs comme les bracelets. Cette activité demande l'acquisition de techniques particulières. Il faut suivre des étapes précises pour arriver à l'objet final.

A l'UMD de Cadillac, l'activité cuir est réalisée en groupes fermés de 4-5 patients et accompagnée par un ergothérapeute. Chaque patient crée son propre objet sur plusieurs séances et doit partager les outils et l'attention du thérapeute. La séance dure 2h avec un temps de pause de 15 à 30 minutes suivant les jours où les patients peuvent fumer une cigarette et boire un café.

En partant de chaque objectif, voici mes observations et conclusions.

Objectif 1 : Aider Mr X à s'ancrer dans la réalité et prendre conscience de ses troubles

Lors de l'activité cuir j'ai pu remarquer que sur 7 séances, Mr X n'exprime des délires que lors de 4 séances de cuir alors qu'il en exprime systématiquement à toutes les séances d'activité Eveil et Chanson.

Lors de l'activité Eveil, Mr X est très délirant quand on ne le stimule pas à faire une activité, il reste le plus souvent devant la télévision, sans envies et exprime de grandes envolées délirantes. Mr X a réussi à se concentrer et à ne pas exprimer de délires pendant 30 minutes environ lors de deux activités que j'ai proposées et qu'il a acceptées : une partie de scrabble et une partie de Yam's. Lors de ces deux moments Mr X a eu un comportement relationnel adapté, ne s'est pas trompé dans les règles et a fait des mots jusqu'à 5 lettres au scrabble sans fautes d'orthographe. Lors de l'activité Chanson, le fait de chanter et de lire des paroles ne semble pas permettre à Mr X de se raccrocher à la réalité. Cela permet de conclure que pour Mr X, la participation à une activité qui demande de la concentration dans le but d'un résultat lui permet d'être moins délirant.

En activité cuir, Mr X arrive le plus souvent à se concentrer sur son objet et réalise les différentes étapes accompagné par l'ergothérapeute. Lors des séances où il a été délirant et dissocié, il a réussi à passer à autre chose et à se raccrocher à la réalité dans 3 d'entre elles. Cela grâce :

- Aux autres patients : Le fait que l'activité se fasse en groupe, tous autour de la même table, permet aux patients de s'autoréguler. Mr O canalise Mr X en lui disant qu'il dit des « conneries ».
- A l'ergothérapeute : Lors d'une envolée délirante, l'ergothérapeute demande à Mr X de s'arrêter et lui explique que ce qu'il dit n'est pas la réalité. Mr X se calme sur le coup mais recommence quelques temps après.
- A l'activité : Après sa première intervention, l'ergothérapeute fait dériver la conversation sur l'objet réalisé, elle dit qu'il faut qu'il se dépêche s'il veut finir son objet à la fin de l'heure. Cette intervention semble avoir de l'effet car Mr X arrête son monologue, se concentre sur son objet et le fini dans les temps. Lors d'une autre séance alors qu'il parle à un autre patient d'un de ses délires qu'il a sur la religion, il

se trompe dans sa couture ce qui l'amène à demander de l'aide et à se concentrer, de nouveau, sur son objet.

L'activité se faisant en groupe, Mr X est face à des patients ayant des pathologies diverses. Certaines conversations tournent autour des pathologies ou des passages à l'acte de certains. Mr X écoute les conversations mais n'a jamais exprimé le fait qu'il était malade ni pourquoi il était ici. Il parle quelque fois d'événements du passé, mais jamais de ses nombreuses hospitalisations. Je me dis que cette dynamique de groupe peut faire un effet miroir pour Mr X.

Il est important de noter que lors de ma dernière semaine d'observation, au moment d'une pause, Mr X a dit à l'éducateur spécialisé sans que cela ait un rapport avec la conversation en cours : *« Tout ça à cause d'un coup de poing. J'ai frappé un infirmier voila pourquoi je suis là. Me voila reparti à la case départ. J'entendais des voix à ce moment là ! Des choses gentilles et d'autres méchantes, je n'arrivais pas à les différencier. Les médicaments m'ont permis de ne plus entendre ces voix et c'est bien plus agréable. »* Je ne peux pas conclure que Mr X a eu une prise de conscience. En tout cas c'est la première fois qu'il exprime de cette manière, depuis le début de son hospitalisation, la réelle raison de son hospitalisation. Maintenant cela ne prouve pas qu'il ait conscience de sa maladie, mais cette déclaration montre quand même une évolution.

- ➔ **Cela permet de conclure que pour Mr X, la participation à une activité qui demande de la concentration dans le but d'un résultat, lui permet d'être moins délirant. Lors de l'activité cuir, ce résultat est particulièrement observable grâce à la confection d'un objet en lui-même : c'est la fabrication d'un objet réel et non une fabrication de l'esprit.**
- ➔ **La dynamique de groupe et l'ergothérapeute permettent à Mr X de se reconcentrer rapidement lorsqu'il est en proie à des délires.**
- ➔ **Mr X a exprimé, pour la première fois, les réelles raisons de son hospitalisation. Est-ce le début d'une prise de conscience de sa maladie ? Est-ce que la mise en activité a joué un rôle dans cette évolution ? Je ne peux rien conclure. Mais je peux quand même dire que la mise en situation d'activité, donne la possibilité à Mr X de s'exprimer.**

Objectif 2 : Aider Mr X à gérer ses frustrations et ne plus agir impulsivement

Lors de la confection d'un porte-monnaie en cuir, Mr X a eu des difficultés pour coudre les bords. Il faisait des nœuds et n'arrivait plus à les défaire. Il a demandé de l'aide les premières fois sans s'énerver puis a commencé à s'impatienter. Il m'a demandé de le faire ce que j'ai refusé. Mr X a alors arrêté son objet et a attendu la pause avec impatience. Après la pause, il a recommencé à coudre et a essayé, calmement, de résoudre les problèmes, ce qu'il n'a pas réussi. Il ne s'est pas énervé pour autant.

Lors d'une autre séance, J'ai donné des conseils à Mr X concernant la pose des pressions pour son objet. Mr X avait son idée en tête et n'a pas voulu m'écouter. Il m'a répliqué agressivement qu'il « savait comment faire » et « qu'il ferait comme il en avait envie ».

Après avoir teint un morceau de cuir qui allait servir à faire un porte clef, Mr X a demandé s'il pouvait y faire un dessin. L'ergothérapeute lui a dit que ce n'était pas possible, en effet il faut faire le dessin avant de teindre le cuir. Mr X a réussi à s'adapter à cette condition.

→ L'activité cuir donne la possibilité à Mr X d'être face à des frustrations et à y réagir. L'activité cuir permet donc de travailler cette habileté sociale, maintenant je n'ai pas assez de recul pour dire que la mise en activité permet l'intégration de cette habileté sociale.

Objectif 3 : Accompagner Mr X à se décentrer de lui-même et à avoir des relations avec les autres de manière adaptée

Le début des activités est toujours difficile pour Mr X. Déjà lorsqu'on va le chercher au pavillon, il semble très parasité et a le regard sombre. Les activités cuir et sport lui permettent de s'ouvrir aux autres plus facilement que l'activité « Eveil ». (Je ne peux pas comparer avec l'activité chanson vue que c'est une activité qui ne se prête pas à un échange entre les patients, sauf au moment de la pause.) Lors de l'activité cuir et du sport, Mr X commence à échanger avec les autres patients dès 5-10 minutes après le début de l'activité, ce que je n'observe pas du tout lors de l'activité « Eveil ». Il se trouve que la communication est plus élaborée lors de l'activité cuir que pour le sport. La différence notable que je trouve entre les deux activités est que le sport est réalisé en salle, chacun est sur son vélo ou appareil de musculation. Les vélos sont positionnés les uns à côté des autres. Sur 7 semaines, Mr X a fait seulement 2 parties de sport à deux : du ping pong, un sport qui demande trop de concentration pour pouvoir engager une conversation.

L'activité cuir se déroule quand à elle autour d'une unique table. Les patients peuvent échanger puisqu'ils sont face à face. Mr X a demandé des outils aux autres, a partagé les siens. Il a pris part à des conversations entre patients mais a moins engagé la conversation avec l'ergothérapeute ou avec moi. L'organisation de l'espace permet donc une bonne dynamique de groupe et encourage la relation.

Aussi, lors de certaines séances, Mr X a réussi à s'ouvrir aux autres grâce à la musique. En effet, plusieurs fois, Mr X se met à chanter à l'écoute d'une chanson connue à la radio. La musique est un thème sur lequel il aime bien échanger. Il connaît beaucoup de chanson par cœur.

Pour finir, les thérapeutes me font part que ce n'est pas la confection d'un objet que Mr X recherche lorsqu'il vient en séance mais bien la relation à l'autre. Je remarque cela car Mr X ne s'approprie pas son objet comme d'autres patients. Il peut d'ailleurs offrir facilement ce qu'il a fait à un patient. De plus il n'a pas beaucoup l'esprit critique et est toujours content du résultat, même si il y a une tache ou un problème de couture.

→ Ce n'est pas l'activité en elle-même qui intéresse Mr X mais bien la relation que cela induit. L'activité est donc un bon « prétexte » à la relation. Cette activité est quand même importante car elle permet justement à Mr X de se décentrer de lui-même et d'engager des conversations. Autre que l'activité en elle-même, l'organisation spatiale de l'activité et l'atmosphère musicale sont des vecteurs de relation pour Mr X.

Objectif 4 : Aider Mr X à prendre des initiatives et à faire des choix pour devenir acteur de sa prise en charge

La confection d'un objet en cuir demande de respecter des étapes précises. Au début de la séance, Mr X va chercher son objet en cuir seul puis attend les recommandations de l'ergothérapeute pour commencer. Il ne débute pas une étape sans l'aide du thérapeute. Mr X a donc du mal à prendre des initiatives, bien qu'il connaisse parfaitement l'atelier et les étapes. J'encourage donc Mr X lors des séances à réfléchir à la suite des étapes en lui posant des questions comme : « que faut-il faire après avoir teint le cuir ? » ou « Où sont les outils permettant de coudre ? ». Ces questions permettent d'amorcer l'action pour Mr X. Il arrive à y répondre et à y réagir en allant chercher les outils dans l'endroit qu'il a indiqué par exemple. J'ai commencé cette méthode 4 semaines avant la fin, je n'ai donc pas pu voir de

résultats. Mais je pense qu'au fur et à mesure les questions pourront être plus évasives pour amorcer l'action comme : « et maintenant ? » jusqu'à ce que Mr X n'en ait plus besoin pour prendre l'initiative de réaliser les étapes seul. Cette méthode permettrait d'automatiser les gestes dans cette technique.

Cette activité, même si elle est très cadrée, permet à Mr X de faire quelques choix. En effet, il doit choisir l'objet à réaliser, les couleurs des teintures et du fil. Il a la possibilité de faire un dessin sur le cuir, soit il en décalque un dans les modèles, soit il en dessine un. Mr X a du mal à choisir les objets à réaliser seul, à part à la blague à tabac qu'il voulait absolument réaliser. L'ergothérapeute le guide alors dans ses choix en lui montrant des modèles. Pour les couleurs des teintures, des fils et les dessins, Mr X fait les choix seul. Il est possible de faire évoluer l'activité pour que Mr X fasse plus de choix. Sachant que Mr X choisi toujours un dessin à décalquer, on pourra lui demander de faire un dessin de lui-même par exemple.

➔ **L'activité cuir donne la possibilité à Mr X de faire des choix simples, ce qu'il n'a pas l'habitude de faire et il est possible de faire évoluer l'activité pour que Mr X puisse faire plus de choix. Le fait que l'activité soit cadrée avec des étapes précises, pourrait peut être à la longue, permettre une automatisation des gestes et donc une prise d'initiative ? Cette automatisation est amorcée par l'ergothérapeute.**

3. Synthèse de l'analyse

Reprenons chaque étape de la théorie de partage des connaissances⁴⁹ développée dans la première partie pour tirer quelques conclusions.

L'étape d'extériorisation a été réalisée. En effet par le recueil de données et l'observation, j'ai pu faire ressortir la problématique de Mr X, les situations de relations qui posaient problèmes et donc les habiletés sociales qui me semblaient en déficit. La mise en place de l'activité cuir rentre aussi dans cette étape.

L'étape de combinaison est difficilement évaluable. Je pense que le fait d'avoir des entretiens réguliers avec Mr X aurait pu être intéressant. Ça aurait peut-être permis de discuter de ce qu'il pouvait ressentir lors des séances, comment il percevait les choses et ce qu'il trouvait important dans ses relations à l'autre. A ce moment là on aurait peut être pu voir ce dont Mr X avait conscience ou non en terme d'habiletés sociales et ce qu'il avait décidé

⁴⁹ Partie p.18-19

d'intégrer. Maintenant j'é mets des réserves sur la faisabilité de tels entretiens vu le déni de Mr X sur ses troubles et la difficulté que l'on peut avoir d'échanger avec lui lorsqu'il n'est pas en activité.

Je vais maintenant parler de **l'étape de socialisation** car cela me permettra de tirer des conclusions sur l'étape d'intériorisation que je n'ai pas pu observer sur le terrain.

Concernant les habiletés sociales permettant de mettre en place une relation efficace. Ce qui est frappant dans le cas de Mr X, est que l'activité cuir est réellement un moyen pour lui de se raccrocher à la réalité et de s'ouvrir à l'autre. Je me suis donc rendu compte que certaines habiletés sociales que je pensais non comprises et intégrées par Mr X pouvaient s'exprimer mais dans certaines conditions. En effet je viens de montrer que la mise en activité cuir, l'atmosphère qui en découle, l'organisation spatiale de l'activité, la dynamique de groupe et la relation avec l'ergothérapeute donne la possibilité à Mr X de mettre en application certains de ses potentiels pour avoir des relations adaptées avec les autres. Mr X est en recherche de relation, il va vers l'autre, arrive à se décentrer de lui même et à avoir des relations adaptés avec les autres quand il est en situation d'activité cuir, ce qui n'est pas forcément le cas lors des autres activités et au pavillon. Je peux ainsi dire que, dans le cas de Mr X, c'est la « mise en situation d'activité » et non la « mise en activité » seule qui est vecteur d'expression d'habiletés sociales. Pour ces habiletés sociales je peux donc dire que l'étape de socialisation n'est pas achevée car elles n'entrent pas encore dans la pratique sans certaines conditions.

Il ne me semble pas facile de faire des conclusions sur **l'étape d'intériorisation**. En partant de mes observations de l'étape de socialisation je peux dire que Mr X a bien intégré des habiletés sociales. Maintenant je ne peux pas affirmer que la mise en situation d'activité en ergothérapie a permis l'intériorisation de ces dernières.

Mais sachant qu'au début de sa prise en charge en Juin, Mr X était incapable d'entrer en relation et de tenir une conversation avec quelqu'un et vu comment il a investi l'activité cuir, je pense, sans pouvoir le prouver exactement, que la mise en situation d'activité en ergothérapie a été un vecteur, parmi d'autres, d'intégration d'habiletés sociales au cours de sa prise en charge. Ce vecteur ne peut pas être dissocié de la prise en charge dans les autres ateliers thérapeutiques, au pavillon, la prise en charge médicamenteuse et psychothérapique qui lui a permis d'être moins délirant et plus accessible.

Reprenons l'hypothèse que j'avais posée : Une mise en activité en ergothérapie permet l'intégration d'habiletés sociales pour un patient schizophrène difficile.

Je peux, après cette analyse dire que : Une mise en situation d'activité en ergothérapie permet l'expression d'habiletés sociales et peut être un vecteur d'intégration de certaines habiletés sociales pour un patient schizophrène difficile.

4. Développement professionnel

a. *Limites de la méthode*

Comme les habiletés sociales qui sont personnelles à chaque individu, la manière dont j'ai tourné ce sujet m'appartient. J'ai choisi les apports théoriques suivant ma manière de penser et je conçois que d'autres recherches aboutiraient à d'autres conclusions. Je pense que des entretiens avec des professionnels au sein de ma recherche m'auraient permis d'élargir ma vision du sujet.

Je pense aussi que j'aurai pu utiliser d'une meilleure façon le temps de mon stage pour bien mettre en place les quatre étapes du processus de partage des connaissances. A ce moment là, j'aurai pu enrichir mon mémoire avec des entretiens réguliers avec Mr X qui m'auraient permis d'apprécier l'évolution de la prise en charge et d'avoir des résultats plus aboutis. Pour finir le fait d'avoir basé cette recherche sur une unique étude de cas limite les résultats obtenus.

b. *Apports professionnels*

Cette recherche m'a permis d'ouvrir les yeux sur de nouveaux horizons. Je ne pensais pas que l'étude d'un patient me permettrait de faire ressortir autant de choses. Cela me confirme qu'en tant que professionnel nous devons nous remettre constamment en question et en recherche pour ne pas travailler avec des œillères. En ergothérapie, il y a beaucoup plus que la matière qui est mise en jeu, il y a les interactions avec elle et toute l'atmosphère que l'ergothérapeute amorce autour de cette activité. Aujourd'hui je pense que je parlerai de l'ergothérapie comme d'une « mise en situation d'activité » et non comme une « mise en activité ». En effet on donne la « possibilité de » au patient, on lui laisse la place de se mettre en activité ou non avec ce qui se joue autour, c'est à lui d'être acteur de sa prise en charge.

Ce mémoire m'a ainsi donné l'occasion d'avoir plus conscience qu'il faut faire attention à ne pas donner des solutions toutes faites au patient. L'ergothérapeute doit lui donner la possibilité de comprendre ce qui l'entoure et l'encourager dans la recherche de ses propres désirs et de sa volonté dans les limites de la loi sociale et humaine.

Ce travail de recherche n'a pas été facile. Je suis partie avec beaucoup d'illusions et d'idées reçues. La psychiatrie est un monde passionnant et effrayant à la fois où je me suis heurtée à des réalités médicales, sociales et économiques.

CONCLUSION

Je suis partie pour ce mémoire avec la conviction que l'Unité pour Malades Difficiles était un milieu plus d'enfermement que de soin, aujourd'hui je pense le contraire même s'il faut garder à l'esprit que l'enfermement est « quelque chose de violent »⁵⁰. L'UMD est un monde hors du temps, une bulle de soin concentré où l'on veut gérer la dangerosité. A l'UMD de Cadillac les moyens sont là. « Il ne faut pas rougir de ce qu'on peut apporter aux patients » dit un des médecins psychiatres, même si en sortant certains ne retrouveront pas le « bien-être » de l'UMD.

Cinq nouvelles UMD vont bientôt voir le jour, j'espère qu'elles ressembleront moins à des prisons. A l'UMD, on lit la psychiatrie comme « dans un livre ouvert » tellement les patients sont déstructurés et éclatés. Oui il y a besoin de sécurité. D'ailleurs, grâce à cela, il y a moins de passage à l'acte que dans les hôpitaux de secteurs. Mais n'oublions pas qu'il y a surtout besoin d'humanité. La plupart de ces patients sont déjà catégorisés, ils ont meurtri d'autres personnes physiquement ou verbalement, certains ont tué, blessé, menacé en proie à leurs angoisses et à leurs folies. Mais ils sont eux même meurtris, se sentent incompris et certains persécutés. Quand un malade passe à la commission médicale et qu'elle est favorable, l'hôpital d'origine à 21 jours pour retrouver une place pour le patient. Certains hôpitaux font tout ce qu'ils peuvent pour ne pas reprendre le patient. Ont-ils peur ? Je les comprends quelque part, car le fossé est grand entre la contenance de l'UMD et celle de l'hôpital de secteur. Le risque n'est pas de zéro. Il y a toujours un risque que le malade repasse à l'acte.

Que dire de cette volonté de faire « intégrer des lois sociales » ? Ici je suis partie de l'idée qu'en tant que soignant, on ne pouvait pas imposer l'intégration d'habiletés sociales. Car les habiletés sociales que nous trouvons en déficit chez un patient sont des compétences faisant parties de notre propre référentiel. Par mon éducation, mon parcours de vie, ma formation d'ergothérapeute, je me suis crée mon propre référentiel. J'ai pu tirer partie de mes expériences en les analysant à ma manière pour adapter ma façon d'être et m'intégrer dans la société.

Je pense aujourd'hui que l'être humain, lorsqu'il a pris conscience des conséquences de ses actions a alors, s'il a les capacités nécessaires, la possibilité de modifier son comportement

⁵⁰ Op. cit, (p.7), HENDRICK. S

pour avoir des relations que l'on peut dire « efficaces ». Mr X a compris certaines conséquences de ses actes, il a trouvé des façons de faire pour avoir des relations efficaces, maintenant a-t-il toutes les capacités nécessaires pour les mettre en œuvre seul ? Nous avons vu que non. Alors à quoi sont dues ces incapacités ? Un manque d'entraînement ? Des déficiences cognitives ? C'est dans ce sens que vont les modèles cognitivo-comportemental et cognitif.

En tant qu'ergothérapeute, nous avons notre rôle à jouer dans la prise en charge des malades schizophrènes « difficiles ». Nous devons les accompagner dans la recherche de leur identité. Au sein de l'Unité pour Malades Difficiles, par tout ce qui se joue dans une mise en situation d'activité, nous pouvons donner la possibilité au malade schizophrène de comprendre des habiletés sociales et de mettre en œuvre des potentiels pour avoir des relations efficaces.

Dans notre pratique, il peut être intéressant d'utiliser la théorie de partage des connaissances d'Ikujiro Nonaka et Hirotaka Takeuchi⁵¹ que j'ai décrite dans ce mémoire. En effet, cette théorie permet de nous poser ici des questions essentielles :

- « quelles sont les habiletés sociales que nous avons nous-mêmes intégrées ? »
- « Comment passer d'une connaissance tacite pour nous à une connaissance explicite pour ce patient ? » sous entendu « quelles sont les conditions et l'activité qui vont permettre pour ce patient d'expérimenter des connaissances ? »
- « Quelles connaissances ce patient a-t'il décidé d'intégrer ? » sous entendu « sont elles bien efficaces dans une relation ? »
- « Peut-il mettre en application ses habiletés sociales intégrées hors de l'atelier d'ergothérapie, sans que l'on ait besoin d'explicitier les connaissances correspondantes ? »

Ces questions donnent une trame à l'ergothérapeute, des étapes pouvant l'aider à structurer sa prise en charge et lui rappeler que ses habiletés sociales n'étant pas universelles, le patient prendra ce qu'il estime être pertinent pour lui.

Quelles sont les limites à la volonté d'intégration d'habiletés sociales ? Vu l'analyse de Mr X, je pense qu'une des limites est qu'il est difficile de bien différencier les habiletés

⁵¹ Op.cit (p.18)

sociales non intégrées des traits de caractères de chacun, de la culture et des conséquences de l'environnement. D'où la nécessité d'une bonne connaissance et observation du patient lors des ateliers thérapeutiques mais aussi lors de la vie au pavillon. Il me paraît important également d'être en contact avec l'équipe de l'hôpital d'origine qui a des renseignements sur lui.

Finalement, cette volonté de faire comprendre le sens d'une relation au patient, est la première étape pour s'insérer dans la société. S'insérer dans la société, c'est l'objectif de l'hôpital psychiatrique de secteur.

La tendance est là... réinsérons le malade psychiatrique dans notre société, dans notre logique, celle des plus nombreux ! Pour beaucoup cela marche, ils ne pourront pas forcément travailler mais ils vivent leur vie, stabilisés par un traitement, acceptés (plus ou moins ?) par la société. Mais pour les autres, ceux qui, comme Mr X en sont à un nombre important d'hospitalisations ?

David, 30 ans, diagnostiqué d'une schizophrénie depuis 10 ans explique⁵²: « j'ai peur de l'agression de l'extérieur. La vie trépidante de l'extérieur ce n'est pas fait pour moi dans certaines situations [...] C'est les schizophrènes qui sont les plus terrifiés à l'idée d'affronter un monde comme ça, on ne le comprend pas ce monde. » Concernant sa maladie il explique :

- « C'est une plante qui pousse dans ma tête avec une terre propice, je ne sais pas qu'elle type de plante. »
- « Et quand ça pousse fort ça se traduit comment ? » demande le journaliste
- « Par des crises de nerfs. Je vais être très en colère, dire des mots très blessants à mon entourage, c'est les nerfs qui lâchent. J'ai des sentiments de persécution, ça met une pression supplémentaire et ça devient trop fort. »

David habite chez ses parents, et c'est eux qui s'adaptent à lui. Ils essayent de limiter les « stressseurs ». David a conscience de sa maladie, il a conscience des conséquences de ses mots, de ses actions. David a donc intégré les habiletés sociales nécessaires pour avoir des relations sociales les plus efficaces possibles avec ce qu'il est. Mais il y a des fois où comme il le dit « ça lâche », il ne le contrôle pas.

⁵² DELACROIX.O, *schizophrénie : entre l'enfer et la lumière*, France 4 le 19/03/2010, 2009, 55'

Essayer à tout prix de faire comprendre à certains malades un système trop compliqué et incompréhensible pour eux, n'est ce pas les condamner à vivre en souffrance entre un monde qui les terrifie, qui a peur d'eux, les institutions psychiatriques qui veulent les faire sortir parce qu'elles n'ont de toute manière pas assez de place et pour certain l'Unité pour Malades Difficiles ? Que faire pour ces malades « difficiles » ? Que souhaitent-ils eux aussi ?

J'en viens à ouvrir ici sur la psychothérapie institutionnelle. Cette idée que le milieu hospitalier est un facteur thérapeutique où la relation et la rencontre sont au centre des prises en charges. Je me rends compte que l'UMD utilise déjà plusieurs outils inspirés de la psychothérapie institutionnelle : les activités thérapeutiques, les activités au sein des pavillons, la cafétéria, les sorties thérapeutiques et nous avons vu aussi que les murs eux-mêmes étaient soignants car contenant.

LEXIQUE

Electroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie⁵³ : Thérapie que l'on appelle dans la langue courante les « électrochocs ». Cette pratique a beaucoup évolué et s'est améliorée pour le confort du patient et éviter les risques de traumatismes. Elle est préconisée par le psychiatre et consiste à provoquer une crise convulsive (crise d'épilepsie) par un courant électrique grâce à des électrodes de part et d'autre du crâne. Le patient est sous anesthésie générale et sous curarisation (Les muscles sont ainsi totalement relâchés), ce qui limite l'anxiété, les convulsions et de potentiels traumatismes physiques. Les effets secondaires les plus remarquables sont des troubles mnésiques, des confusions et des céphalées.

L'électroconvulsivothérapie est préconisée dans des formes de dépressions sévères mais aussi pour les schizophrénies chimio-résistantes. Il y a une amélioration pour 80% des patients s'il y a une dépression majeure.

Services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) : Les SMPR sont des services de soins psychiatriques au sein d'un établissement pénitentiaire. Ils prennent en charge les détenues sous hospitalisation volontaire.

Commission de suivi médical⁵⁴ : Commission composée de 4 membres nommés par le préfet pour 3 ans : le médecin inspecteur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaire et Sociale (DDAS) et de 3 psychiatres. Ils ont un avis sur l'entrée et la sortie des patients et font un examen des dossiers tous les 6 mois. La commission peut prononcer la sortie avec retour dans le service d'origine, une sortie immédiate et définitive (rare) ou une sortie d'essai.

Héboïdophrénie⁵⁵ : L'héboïdophrénie fait partie des formes cliniques de la schizophrénie. C'est une psychose chronique dissociative caractérisée par 3 grands syndromes : dissociatif, paranoïde et autistique. En plus de ces 3 syndromes, l'héboïdophrénie est caractérisée par la présence de comportements antisociaux de type psychopathique. Les troubles commencent à la puberté et on retrouve chez ces jeunes une intolérance à la frustration, une impulsivité avec une succession d'actes antisociaux avec perte progressive du sens moral. On retrouve souvent une instabilité professionnelle, un alcoolisme et/ou toxicomanie, des fugues, des haines interfamiliales, des délinquances sexuelles, des vols et parfois de la criminalité. A la différence des psychopathes, leurs troubles sont peu utilitaires.

⁵³ Op.cit LE BIHAN

⁵⁴ Ibid

⁵⁵ *Nervure, journal de psychiatrie*, tome VIII numéro spécial, novembre 1995, p24-25

BIBLIOGRAPHIE

Livres

GOFFMAN.E, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, 452p

LAVOINE. P-L., *Le malade mental dangereux - Etude clinique*, Hospitalières, 1998, 144p

PEYRE.P, *Compétences sociales et relations à autrui – une approche complexe*, l'Harmattan, Paris, 2000, 229p.

IKUJIRO NONAKA et HIROTAKA TAKEUCHI, *La connaissance créatrice – La dynamique de l'entreprise apprenante*, De Boeck Université, Bruxelles, 1997, 297p

VIDON.G et co, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie – Les approches comportementales et cognitives de la réadaptation sociale*, Edition Frison-Roche, 1995, 485p

SENNINGER.J-L/ FONTAA.V, *Psychopathologie des malades dangereux*, édition DUNOD, 1996, 173p

MILLAUD.F, *Le passage à l'acte – Aspects cliniques et psychodynamiques*, Paris :Masson, 2009, 232p.

HANUS.M, *Psychiatrie de l'étudiant 9^{ème} édition*, Maloine, 1996, 339p

HARRATI.S, VAVASSORI.D, VILLERBU.LM, *Délinquance et violence – clinique, psychopathologie et psychocriminologie*, Armand Colin, Paris, 2009, 127p

Articles

GUI TER.B, *L'enfermement*, VST - Vie sociale et traitements, 1/2001 (n° 69), p.25-28.

HENDRICK.S, *Le contexte de l'hospitalisation sous contrainte de patients psychotiques*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1/2001 (n° 26), p. 79-108.

PIBAROT.I, *Dynamique de l'ergothérapie – essai conceptuel*, 1977, tiré à part

ROTH D-M. et HEITZMANN.E., *Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles)*, Travailler, 2008/1, (n° 19), p.81-102

BAILLY-SALIN.P, *Le soin et l'activité, VST - Vie sociale et traitements* 3/2004 (n° 83), p.41-49.

BOTTERO.A. *Insight et psychose, Neuropsychiatrie, Tendances et Débats 2008 ; (n°33) : p 9 - 11*

KOTTLER.C, *L'expérience de l'UMD Henri-Colin, Journal français de psychiatrie, 2/2003 (n°19), p.19-20.*

RIVALLAN.A/ ALBERTI.T, *Les soins en unité pour malades difficiles, Soins psychiatrie* 3.4/2009 (n°261), p.17-39

DUBEC.M et ZAGURY.D, *Violence pathologique, violence antisociale, Journal français de psychiatrie* 3/2004 (n°23), p. 10-13.

BOURDEUX. C, *La psychiatrie emprisonnée, Soins psychiatrie* mai/juin 2004 (n°232), p. 15-33

MORESTIN.F, *Par-delà, le mur, Ergothérapies, juin 2004 (n°14), p. 31-35*

Documentaires télévisés ou radio

MESSAGER. D., *Reportage diffusé sur France inter, 4/02/2010*

DELACROIX.O, *Schizophrénie : entre l'enfer et la lumière, France 4, diffusé le 19 mars 2010, 2009, 55'*

Journal 19/20h National, *Les unités pour malades difficiles, France 3, diffusé le 13 mai 2009*

BONNET.P/ FAURE.F/ FERRE.L, *Reportage sur l'UMD de Sarguemine, France 2, diffusé le 1^{er} février 2010*

Emission Sept à Huit, *folies meurtrières, TF1, diffusé le 11 avril 2010.*

Cours théoriques

Dr LE BIHAN, *Place des Unités pour Malades Difficiles dans le dispositif de soin, DIU psychiatrie criminelle et médico-légale, Poitiers, 10/01/2008*

Dictionnaires

Le Grand Robert 2005

Le Grand Larousse en 5 volumes

Larousse 3 volumes, 1977

Site internet

www.legifrance.gouv.fr site du service public de la diffusion du droit français, consulté le 20 décembre 2009

ANNEXES

Annexe I : Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles

Annexe II : Plan de l'unité pour malades difficiles de Cadillac

Annexe III : Prises de notes - Observations de Mr X lors d'un stage à l'UMD de Cadillac du 5 janvier au 27 février 2010

Anexe I : Arrêté du 14 octobre 1986

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
SANTÉ, SÉCURITÉ SOCIALE ET ACTION SOCIALE. - TEXTES OFFICIELS

Classification	N° du texte
SP 4 46	8635

■ *Journal officiel* du 23 novembre 1986

**Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement
intérieur type des unités pour malades difficiles**

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

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 328 ;

Vu le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, notamment son article 12,

Arrête :

Art. 1^{er}. - Les patients relevant d'une unité pour malades difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet.

Ces patients doivent dans tous les cas relever des dispositions des articles L. 343 à L. 349 du code de la santé publique relatifs aux placements d'office, et présenter, en outre, un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patients relevant du chapitre III du titre IV de ce même code.

L'unité pour malades difficiles du centre hospitalier de est destinée à recevoir et à traiter les malades présentant les caractéristiques définies aux deux précédents alinéas, en provenance en priorité des départements situés dans les régions suivantes :

.....
.....

Art. 2. - La capacité de l'unité est fixée à lits. Ces lits peuvent être répartis en plusieurs sous-unités ne pouvant excéder vingt lits.

L'unité pour malades difficiles est placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire et désigné selon les modalités prévues à l'article 10 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Art. 3. - Toute personne hospitalisée dans l'unité pour malades difficiles dispose du droit :

- d'être informée à son admission de ses droits et obligations, et notamment des dispositions légales et réglementaires propres à assurer sa défense et sa sortie de l'unité : à cet effet, une brochure sera tenue à sa disposition ;

- de consulter le présent règlement intérieur ainsi que celui prévu à l'article 18 du présent arrêté et de recevoir les explications s'y rapportant.

Les présentes dispositions s'appliquent également à la famille, au représentant légal ou aux proches de la personne hospitalisée.

Art. 4. - Il est institué une commission du suivi médical qui formule un avis sur le maintien et la sortie des personnes hospitalisées dans l'unité.

Art. 5. - La commission du suivi médical est composée de quatre membres nommés par le commissaire de la République du département d'implantation de l'unité pour malades difficiles. Elle comprend :

1° Le médecin inspecteur de la santé de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales chargé des problèmes de santé mentale dans le département ou un médecin inspecteur le représentant ;

2° Trois psychiatres hospitaliers à temps plein, dont au moins un responsable d'un secteur psychiatrique rattaché au centre hospitalier spécialisé où est implantée l'unité.

Ne peuvent être membres de la commission les psychiatres hospitaliers exerçant tout ou partie de leur activité dans l'unité pour malades difficiles.

Un psychiatre hospitalier, membre de la commission, ayant été commis expert sur un cas examiné par la commission, ne peut délibérer sur ce cas.

Art. 6. - Le mandat des membres de la commission, mentionnés au 2° de l'article précédent est de trois ans. Il est renouvelable. Chacun de ces membres a un suppléant désigné dans les mêmes conditions.

Art. 7. - La commission du suivi médical élit, en son sein, son président. La commission se réunit, au moins une fois par mois, dans l'établissement d'implantation de l'unité pour malades difficiles. Elle siège valablement avec la présence effective de trois de ses membres dont le médecin inspecteur susvisé.

L'établissement met à la disposition de la commission les moyens de secrétariat qui lui sont nécessaires.

Art. 8. - La commission du suivi médical peut être saisie :

- par la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches ;
- par les procureurs de la République des départements d'origine ou d'accueil ;
- par les commissaires de la République des départements d'origine ou d'accueil ;
- par le psychiatre hospitalier responsable de l'unité ;
- par le médecin généraliste ou le psychiatre privé traitant le patient ;
- par le psychiatre hospitalier responsable du secteur psychiatrique d'origine ;
- par le directeur du centre hospitalier spécialisé où est implantée l'unité ;
- par le directeur de l'établissement hospitalier auquel est rattaché le secteur psychiatrique d'origine.

A tout moment la commission peut se saisir elle-même du cas d'une personne hospitalisée dans l'unité.

La commission peut entendre ou solliciter l'avis de toute personne susceptible d'éclairer son jugement.

Art. 9. - Une fois par semestre la commission examine systématiquement le dossier de chaque personne hospitalisée dans l'unité.

Art. 10. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 332 du code de la santé publique, la commission est habilitée à visiter à tout moment l'unité pour malades difficiles et à y recevoir les réclamations des personnes qui y sont hospitalisées.

La commission procède obligatoirement à une telle visite au moins une fois par semestre. Un procès-verbal est transmis au commissaire de la République du département et le cas échéant au procureur de la République.

Art. 11. - Les membres de la commission mentionnés au 2° de l'article 5 perçoivent une indemnité. Cette indemnité est fixée conformément à l'arrêté, pris en application du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, et relatif à la rémunération des membres des comités médicaux.

Art. 12. - L'admission des malades est prononcée par arrêté du commissaire de la République du département d'implantation de l'unité pour malades difficiles, au vu d'un dossier médical et administratif complet, comprenant notamment :

- un certificat médical détaillé précisant les motifs de la demande d'hospitalisation du patient à l'unité pour malades difficiles, les rapports d'expertise éventuels ;

- une biographie détaillée ;

- le cas échéant, les renseignements concernant les mesures de protection des biens du patient ;

- un engagement signé par le commissaire de la République du département d'origine de reprendre en charge, dans un délai de vingt jours, la personne ayant fait l'objet d'un arrêté de sortie de l'unité, conformément aux modalités prévues aux articles 15 (3°) et 16 du présent arrêté.

Art. 13. - En cas d'avis défavorable du praticien responsable de l'unité, le commissaire de la République peut saisir la commission du suivi médical qui statuera dans les plus brefs délais.

Il peut également, notamment en cas d'éloignement du malade concerné, ordonner une expertise de l'intéressé. Les frais afférents à cette expertise sont à la charge de l'établissement hospitalier qui est à l'origine de la demande d'admission.

Préalablement à l'admission, les psychiatres hospitaliers exerçant dans l'unité peuvent se rendre sur les lieux d'hospitalisation ou de détention du malade pour l'examiner, après accord du commissaire de la République de leur département ou son représentant.

Art. 14. - Le transfèrement du malade de son lieu d'hospitalisation ou de détention à l'unité pour malades difficiles est ordonné par arrêté du commissaire de la République du département d'origine, après accord du commissaire de la République du département d'implantation de l'unité.

Ce transfèrement est effectué, à l'aller comme au retour, par l'établissement hospitalier de rattachement du secteur psychiatrique qui est à l'origine de la demande d'admission.

Cependant, dans l'intérêt du malade, le transfèrement pourra exceptionnellement être effectué par le centre hospitalier spécialisé où est implantée l'unité pour malades difficiles. Dans ce cas, les frais afférents à ce transfèrement feront l'objet d'un remboursement au centre hospitalier spécialisé par l'établissement hospitalier d'origine.

Art. 15. - La sortie du patient hospitalisé dans l'unité pour malades difficiles peut être prononcée sous forme :

- 1° D'une sortie immédiate et définitive ;

- 2° D'une sortie d'essai, dans les conditions prévues par la circulaire 47 b du 4 juin 1957 ;

3° D'un transfèrement dans une unité de soins relevant d'un secteur psychiatrique rattaché à un établissement assurant le service public hospitalier ;

4° D'un retour dans le service d'origine si l'admission n'est pas justifiée selon la procédure prévue à l'article 17 ci-dessous.

Art. 16. - Sans préjudice des dispositions des articles L. 345 et L. 348 du code de la santé publique, les sorties définies au précédent article sont prononcées par arrêté du commissaire de la République du département d'implantation de l'unité, le cas échéant après avis ou sur proposition de la commission du suivi médical.

Art. 17. - Par exception aux dispositions du précédent article, le psychiatre hospitalier responsable de l'unité pour malades difficiles peut proposer, dans un délai de trente jours, à compter de la date d'admission du malade, le retour de l'intéressé dans son département d'origine s'il ne présente pas les caractéristiques énoncées à l'article 1^{er}.

En cas de contestation du service d'origine, le commissaire de la République demande l'avis de la commission du suivi. Il est tenu de s'y conformer ainsi que le service d'origine et l'unité pour malades difficiles.

Art. 18. - Un règlement intérieur particulier, soumis à l'approbation du commissaire de la République, fixe les conditions de séjour des patients hospitalisés dans l'unité pour malades difficiles ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette unité.

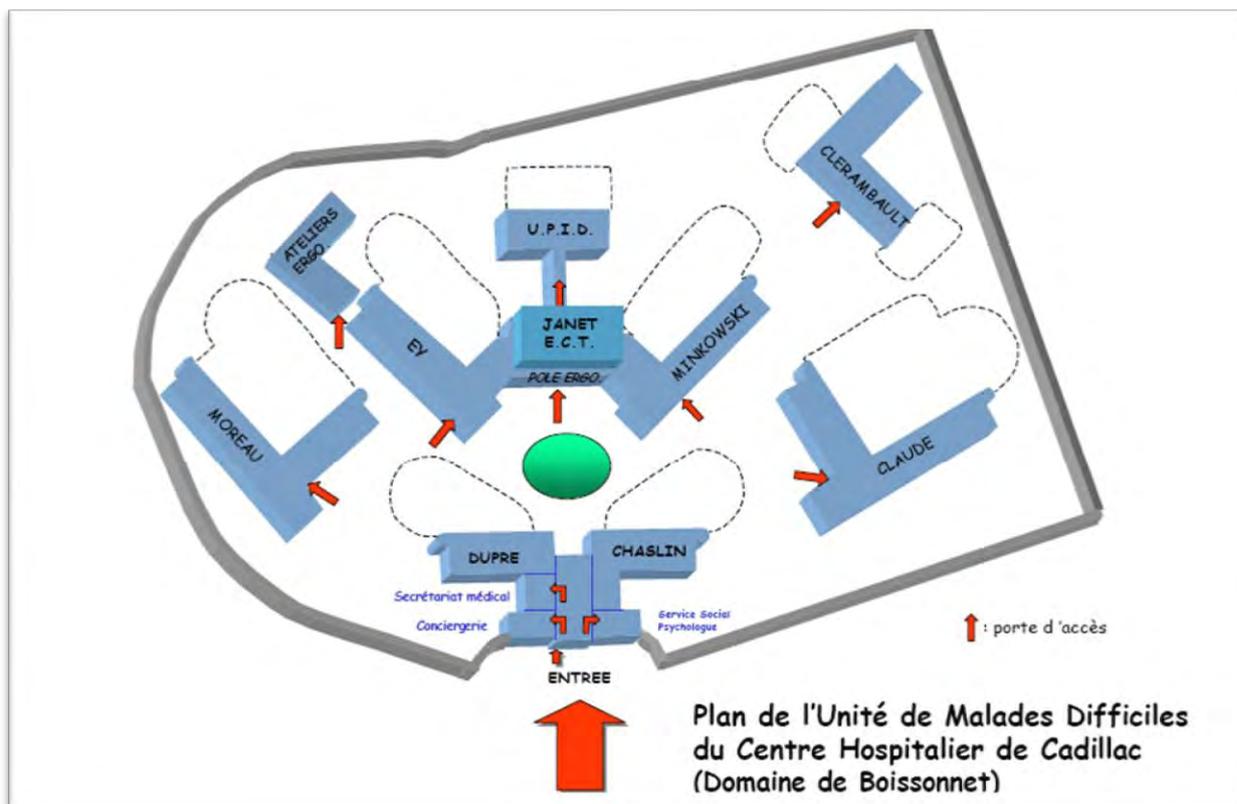
Ce règlement intérieur ne saurait comporter des dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Art. 19. - Le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 14 octobre 1986.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur du cabinet
G. BERGER

Anexe II : Plan de l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac



Annexe III : Prises de notes - Observations de Mr X lors d'un stage à l'UMD de Cadillac du 5 janvier au 27 février 2010

❖ Lors de la pause café début janvier 2010:

Un des thérapeutes distribue le café, et sachant qu'il en reste dans la cafetière Mr X veut un deuxième verre, il dit qu'il ne faut pas jeter ça. Le thérapeute refuse, met le café dans un verre vide, le pose à côté. Mr X s'énerve, hausse la voix en disant qu'on le persécute, il dit qu'il faut absolument qu'il boive le verre. Le thérapeute va mettre le verre dans le bureau et lui dit qu'on le boira. Mr X semble se calmer mais reste tendu, puis se lève d'un coup, va dans le bureau et vide d'un trait le verre de café alors qu'il est froid. Mr X vient se rassoir disant que c'était bon, même froid. Le thérapeute essaye de reprendre l'incident avec Mr X qui ne semble pas comprendre que son geste était inadapté.

❖ Lors de l'activité cuir :

Observations générales : Mr X est toujours présent en activité cuir même s'il semble fermé quand on vient le chercher pour l'activité. 1 fois sur 2 il vient à notre rencontre, le manteau déjà enfilé pour aller à l'activité.

Séance du 14 janvier : J'essaye de donner des conseils à Mr X pour la pose des pressions. Mr X ne veut pas m'écouter. Me réplique agressivement qu'il « sait comment faire » et « qu'il fera comme il en a envie ».

Demande de faire un dessin alors qu'il a déjà teint son objet. L'ergothérapeute lui dit que ce n'est pas possible. Ne s'énerve pas.

Séance du 21 janvier :

- Objet en cours de réalisation : porte monnaie

- Fait ce jour : Traces des trous, trous, couture.

Mr X se présente en ergothérapie très renfermé, il parle peu et à le regard sombre. Le début de l'activité lui permet de s'ouvrir un peu, il réagit tout de suite à l'écoute d'une musique connue qui passe à la radio. Il se met à chanter.

-Vis-à-vis de l'activité : Mr X demande de l'aide à la moindre difficulté. Mais essaye de faire les choses quand on lui demande. En effet je lui demande de mettre le fil dans le chat de l'aiguille. Il essaye mais échoue plusieurs fois. Il commence à s'énerver. Après la pause, vu qu'il n'y arrive toujours pas, je lui mets le fil.

La couture est difficile pour lui quand il est dans une activité délirante. A ce moment là il fait des nœuds et semble ne plus s'avoir faire. J'ai remarqué que lorsqu'il était dans de bonnes dispositions, peu délirant, il arrivait très bien à coudre. Quand il y a des problèmes, il attend patiemment l'ergothérapeute.

Aujourd'hui, lors de l'activité, Mr X part dans un délire mystique alors qu'il était en train de parler avec Mr S du tatouage qu'il a sur le bras. Il dit : « la religion c'est la vie [...] Il y a un numéro pour Dieu, c'est le 27, car c'est le numéro de la région ou tout à commencé ». Mr S ne semble pas comprendre, ne réagit pas et ne lui répond pas.

Lors de la séance Mr O est extrêmement tendu à cause d'un délire paranoïaque, Mr X ne semble pas le remarquer et l'embête.

Mr X a fait des choix lors de la séance : couleur des fils.

Séance du 4 février 2010 : Mr X finit la couture de son objet mais ne s'investit pas beaucoup.

Séance du 18 février :

Délirant +++ l'ergothérapeute le rappelle à la réalité en lui disant : « stop, vous voyez bien que ce vous dites n'est pas réel » Mr X se calme un moment, semble se rendre compte de sa production délirante, il essaye de se concentrer sur sa production. Puis repart dans son activité délirante. Il dit à Mr O : « Tu es un canard... Et moi je suis un cygne ». A ce moment là Mr O se vexe en disant que ce n'est pas sympa de dire ça que c'est une insulte. Mr X se défend en disant qu'être un canard n'est pas une insulte puis dit : « tu m'a volé, tu es entré dans ma maison, tu as foutu le bordel, tu es une limace et je suis un escargot ». L'ergothérapeute essaye de canaliser Mr X et de détourner son délire en le faisant se concentrer sur son objet. Ça ne marche pas bien. Il dit : « Je perçois des pensées spirituelles, je les perçois dans le silence ». Je lui demande ce qu'il veut mettre comme fermeture à son bracelet, il arrive à se reconcentrer sur l'objet.

Lors de cette séance : réalisation d'un bracelet en cuir comme Mr O. Découpe du cuir, choix de la couleur, teinture, teint tranche, tressage, trouser, mettre les attaches.

Séance du 25 février :

Début difficile. Mr X exprime ne pas être bien, « comme d'habitude » et ne sais pas pourquoi. Je lui demande si le fait d'être en activité ne lui fait pas du bien. Il répond que non, que ça ne va pas et qu'il ne sait pas ce qu'il veut faire. Je lui montre des modèles, il regarde la sandale. Il faut initier l'activité pour qu'il se mette dedans. Finalement, il fait la sandale en cuir. Il choisi les couleurs mais se rapporte au modèle. On voit qu'il n'a pas envie de

chercher plus loin. Il ne s'applique pas dans sa production, met de la teinture partout. Il va vite sans s'appliquer.

Il dit qu'il a l'impression que le monde est à l'envers et que Mr O le persécute. Puis d'un coup Mr X se lève et se met à danser en tournoyant sur lui-même, en sautant et en riant, avec de la teinture dans les mains. Ceci à l'écoute d'une chanson qu'il aime.

→ Sur 7 séances, exprime délire sur 4 séances.

❖ **Le 25/02 Lors de la pause parle avec l'éducateur spécialisé.**

Mr X dit : « Tout ça à cause d'un coup de poing. J'ai frappé un infirmier voila pourquoi je suis là. Me voila reparti à la case départ. J'entendais des voix à ce moment là ! Des choses gentilles et d'autres méchantes. Les médicaments m'ont permis de ne plus entendre ces voix et c'est bien plus agréable. »

Moment de Lucidité ! L'éducateur est très surpris, c'est la première fois qu'il exprime les vraies raisons de sa venue sans délirer.

❖ **Lors de l'activité chanson :**

Janvier 2010 : Mr X se met à pleurer dès la 1^{ère} chanson. Il est agité. Il se prend la tête dans les mains. La pause lui permet de passer à autre chose et il ne parle pas de ces pleurs.

Février 2010 : Mr X pleure suite à une chanson triste. Il est très agité. A la suite d'une chanson dont il ne connaît pas les paroles et qui semble le frustrer, Mr X dit que la chanson est « nulle » il lance son classeur lors de la chanson, et boude. Il fait ensuite le signe de croix puis se jette au sol pour se prosterner. La psychomotricienne lui demande de se relever. Il se calme et continue la séance normalement.

Au moment de la pause, Mr X exprime des idées suicidaires à un patient. Après 10 minutes il fait une blague à un autre patient. Cette séance se finit et il me dit avoir la maladie d'Alzheimer. Il dit en être persuadé car il a des troubles de mémoire. Dit ne pas toujours se rappeler se qu'il a dit lors d'une conversation. L'art-thérapeute essaye de le rassurer en lui disant que ça arrive à tout le monde de ne pas se souvenir de certaines choses. Mr X ne semble pas convaincu et dit qu'il ira voir le médecin.

Mr X pleure à la suite de la chanson « Mon fils, ma bataille » : Y a-t-il un lien avec son délire de filiation ? Un infirmier émet cette hypothèse.

→ Exprime des délires à toutes les séances

❖ **Lors de la vie en pavillon :**

Les infirmiers m'expliquent que Mr X a toujours un pic de délire vers 18h. Il est à ce moment là exalté, très désorienté, avec une hypermotricité, limite agressif. Il se calme en début de soirée et le crépuscule lui provoque une montée d'angoisse. Le coucher est toujours difficile avec des pleurs et des idées sombres.

Généralement Mr X regarde la télévision dans une petite salle fermée. Il échange peu avec les autres patients. Il est surtout proche de Mr O avec qui il parle et en qui il semble avoir confiance.

❖ **Groupe de parole sur les Toxiques :** Est en confrontation avec d'autres sur un sujet, souhaite partir car on le contredit.

❖ **Entretien avec le médecin et un infirmier** (sur dossier)

Novembre-décembre : Mr X présente une grande instabilité. Son délire est présent mais pas toujours exprimé. Mr X est sujet à de très grandes angoisses et pleure régulièrement, surtout le matin ou avant les activités. Dit se sentir très mal, a souvent la tête dans les mains. Lors des activités, il arrive à se contenir, elles ont un effet restructurant. Mr X réagit vite face à la frustration : soit il en rigole, soit il s'énerve : Instabilité émotionnelle.

Il a toujours un délire de spoliation, persécutif, filiation, mystique. Quand il est impulsif il est impossible à raisonner : dangerosité. Il a donné un coup de poing dans une vitre dans un moment de frustration au pavillon suite à une interdiction de cigarette.

Le 17 février 2010 : Exprime un délire de filiation. Il dit être le fils de Bashung un chanteur. Il dit avoir 6 enfants dont un de 25 ans (Pablo) avec 6 femmes différentes qu'il a perdu de vue. Changement de traitement. Augmentation de la Clozapine. Baisse de l' Haldol pour le mettre sous Solian. Mise en place de Lepticur.

Le 22 février 2010 : Mr X dit avoir besoin que de « lepticur ». Que les autres médicaments le rendent malade et lui font perdre la mémoire. Mr X n'a pas conscience de ses troubles, il ne comprend pas ce qu'il fait là. Il demande à avoir des comprimés et non des gouttes car il pense que les soignants rajoutent quelque chose. Il a refusé de prendre ses médicaments.

Il devient agressif lors de l'entretien après que le médecin lui refuse l'arrêt d'un traitement, il nomme le médecin et l'infirmier comme ses persécuteurs. Il devient menaçant et dit « des têtes vont tomber ».

Le 24 février 2010 : A vu le juge pour sa levée d'hospitalisation d'office. Il est triste, sombre, verbalise peu devant le Juge. Il n'a pas d'avocat car avait exprimé quelques mois avant qu'il

pourrait s'exprimer seul. Retour au pavillon en pleurs, le médecin dit qu'il y a un risque de passage à l'acte. Faire attention !

❖ Activité sport :

Séance du 4 février : exprime peu d'activité délirante. Accepte de jouer au Ping Pong avec moi, il perd mais ne se frustre pas. Il semble content de sa séance.

Séance du 11 février : Partie de basket par équipe de 3. Mr X est impulsif, joue tout seul et ne fait pas de passe. Dès qu'il a le ballon il court vers le panier pour essayer de marquer. Son équipe gagne, il exprime sa joie d'avoir gagné, bruyamment.

Séance du 18 février : Mr X dit au début de la séance : « Je suis le fils de Bashung je le sais, je l'ai vu à la télé, c'est sur, il me ressemble trop. J'ai un beau père italien, un autre grec. » Exprime son activité délirante tout en faisant du vélo de salle. Parle d'une guerre entre l'Ukraine et URSS mais il ne sait pas pourquoi. Il dit avoir été changé à la naissance : « je devais être grec, allemand, italien, on m'a mis français. → Recrudescence des délires. Parle des dauphins comme au début de son hospitalisation et dit que c'est à cause d'un infirmier de son hôpital d'origine qu'il est ici.

❖ Activité Eveil :

Séance du 1 février : Est très renfermé en début de séance. Reste assis à fixer la télévision. J'essaye de rentrer en contact avec Mr X, il ne me répond pas. Il semble complètement dans ses pensées. Après 15 min, je lui propose de faire un jeu. Il n'est pas contre mais ne veut pas en faire avant la pause. Après la pause je lui propose de nouveau. Il accepte même s'il ne semble pas très motivé. Il demande à faire un scrabble. Mr X connaît les règles, il dit avoir beaucoup joué avec sa sœur. Il forme des mots de 4-5 lettres. Il joue rapidement sans se demander si il peut faire mieux mais forme de bons mots. Mr X s'investit bien, il arrive à se concentrer durant 30 minutes environ.

Séance du 8 février : Mr X ne souhaite rien faire de la séance. Il regarde les clips à la télévision et échange avec les autres patients. Après la pause il a une activité délirante : « Dieu est une femme elle s'appelle... », « Les vampires existent ». Mr X a une désorientation temporelle, se croit en 1800 et dit que le temps recule. Exprime à la fin de la séance vouloir apprendre l'anglais. Projet pour la séance suivante, ce qu'il ne tiendra pas.

Séance du 22 février : Ne veut rien faire d'autre que regarder les clips avec Mr O. Puis demande tout d'un coup si il peut faire des recherches sur de la mythologie. Je l'aide à s'installer à l'ordinateur et mettre en marche le logiciel (ne sait pas comment ça marche). A

de l'intérêt pour Cronos, il lit un article puis se désintéresse et retourne s'asseoir devant la télé. Il revient à l'ordinateur quelques minutes plus tard voyant que je m'intéresse à d'autres Dieux. Je lui raconte l'histoire de Zeus. Il n'accroche pas à ce que je lui raconte et me coupe. Il me dit alors qu'il est Cronos, que la femme est l'avenir de l'homme et que l'homme est l'avenir de rien. Il parle ensuite de l'apocalypse où il y a une femme et une sorcière en l'an 5000. Après la pause on lui propose de regarder un livre sur la mythologie égyptienne. Il s'en désintéresse tout de suite disant ne rien y comprendre. Il me parle ensuite des 3 pyramides d'Egypte et dit être enterré à 150m dans le sol, sous la pyramide de Kéops.

Il n'arrive pas à se concentrer plus de 5 minutes sur un support. Il est vite dispersé, très délirant !!! Passe du coq à l'âne.

2^{ème} partie de séance : Yazzée avec Mr O et moi. C'est moi qui ai proposé le jeu. Aucun délire, discours correct, adapté. Mr X arrive à se concentrer, c'est lui qui compte les points et fait les calculs.

- ➔ Cet état très délirant de la fin du mois de février est du en partie au changement de traitement.
- ➔ Exprime des délires à toutes les séances.

❖ Sortie thérapeutique :

Mi février : Sort de l'UMD avec 2 infirmiers. A choisi d'aller visiter le château de Cadillac. La visite se passe bien sauf à la fin dans les souterrains servant de prison. Il dit être angoissé et se tend. A la sortie, il répond sur le cahier à une petite fille qui a écrit « qu'elle avait eu peur » en inscrivant : « ne t'inquiète pas, moi aussi j'ai eu peur ». Mr X a aussi fait les magasins. Il a acheté un blouson en cuir et une casquette. Les infirmiers disent qu'il a eu un comportement tout à fait adapté.

❖ Ce que l'on m'a dit :

Educateur spécialisé : « Mr X était tellement parasité au début de sa prise en charge que l'on ne pouvait pas parler avec lui. Il faisait des monologues et était incapable de s'intéresser à ce qui se passait autour de lui » Mr X était logorrhéique, on ne pouvait pas le détourner de ses délires et l'arrêter.

Médecin psychiatre : « Mr X a beaucoup progressé mais il faut que l'on trouve le traitement adapté pour stabiliser ses expressions délirantes, on envisagera peut être le traitement par ECT plus tard. »

RESUME

Une Unité pour Malades Difficiles (UMD) est un établissement de soins psychiatriques sécurisé. On y prend en charge des patients ayant eu des comportements inadaptés et qui présentent un danger pour autrui ou pour eux même. Ces malades sont tellement déstructurés et en souffrance qu'ils nécessitent des soins et une surveillance intensifs. De l'extérieur l'UMD ne paraît être qu'un lieu d'enfermement mais à l'intérieur c'est le soin qui est mis en avant. L'ergothérapeute fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire à l'UMD. Les ateliers d'ergothérapie sont des lieux de rencontres, de relations et donnent la possibilité au patient d'agir sur de la matière. Un des objectifs de l'UMD est de réintégrer le patient dans une « loi sociale ». De donner ainsi la possibilité au patient d'intégrer les habiletés sociales nécessaires pour avoir des relations efficaces avec les autres. Ce qui, pour le malade schizophrène, est problématique.

Ainsi ce travail de recherche tend à savoir si l'ergothérapie peut être un vecteur d'intégration d'habiletés sociales pour un malade schizophrène « difficile », et cela, à travers quoi.

Mots clés

Unité pour Malades Difficiles

Ergothérapie

Habiletés sociales

Activité

Schizophrénie