

IFPEK Rennes
Institut de Formation en Ergothérapie



Groupe fermé et schizophrénie

**La pertinence d'une prise en charge
ergothérapique**

Dans le cadre de l'U.E 6.5 S6 : Evaluation de la pratique
professionnelle et recherche

BARDU Thomas

2014

Selon le code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle
faite sans le consentement de l'auteur est illégale.

IFPEK Rennes
Institut de Formation en Ergothérapie



Groupe fermé et schizophrénie

**La pertinence d'une prise en charge
ergothérapique**

Dans le cadre de l'U.E 6.5 S6 : Evaluation de la pratique
professionnelle et recherche
Sous la direction de François DOUDARD

BARDU Thomas

2014

Résumé :

Les personnes schizophrènes présentent classiquement une problématique importante d'isolement social. Pris en soins dans les institutions psychiatriques, ils sont notamment suivis par des ergothérapeutes qui, au moyen d'activités thérapeutiques adaptées, favorisent la réadaptation psychosociale de ces individus. Ces professionnels de santé emploient différents outils dont l'utilisation de médiations thérapeutiques en groupe fermé. Par le biais de l'analyse de trois situations vécues en stage professionnel ainsi que de l'exploitation des réponses obtenues à un questionnaire adressé aux ergothérapeutes travaillant dans les établissements de santé mentale, cette étude vise à préciser en quoi l'utilisation de médiations thérapeutiques en groupe fermé constitue un moyen ergothérapique favorisant la réadaptation psychosociale des personnes adultes schizophrènes. Ce travail de recherche a permis de mettre en lumière la pertinence de l'intervention en groupe fermé dans la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie et soulève la question de l'élaboration d'un type idéal de prise en charge.

Mots clés :

Santé mentale - Médiation thérapeutique - Groupe fermé - Schizophrénie - Réadaptation psychosociale

Abstract :

Schizophrenic people usually suffer from a social isolation disorder. They are supported in psychiatric institutions in where occupational therapists help them by using appropriate therapeutic activities. They promote psychosocial rehabilitation of these people. Through the analysis of three situations experienced in professional work placement and by the answers to a questionnaire sent to occupational therapists working in mental health institutions, this study aims to clarify how therapeutic mediations used in closed group, allow adult people who suffer from schizophrenia to throw themselves into their rehabilitation. This research brought into focus the benefits of the intervention in closed group to schizophrenic people and raises the question of developing an ideal type of treatment.

Key words :

Mental health - Therapeutic mediation - Closed group - Schizophrenia - Psychosocial rehabilitation

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise DOLTO

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire pour sa présence et ses conseils ainsi que toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la rédaction de ce mémoire de fin d'études.

Je souhaite également remercier ma référente pédagogique pour son aide et sa patience.

Merci également à mes proches, et particulièrement à ma relectrice, de m'avoir soutenu et encouragé jusqu'à l'aboutissement de mon travail.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| 1. Problématisation | 2 |
| 2. Cadre conceptuel..... | 10 |
| 2.1 L'ergothérapie en France..... | 10 |
| 2.1.1 La profession d'ergothérapeute..... | 10 |
| 2.1.2 Une pratique particulière en secteur psychiatrique | 11 |
| 2.2 Pathologie | 12 |
| 2.2.1 La maladie mentale et la psychose | 12 |
| 2.2.2 Les schizophrénies..... | 13 |
| 2.2.3 Formes cliniques principales | 17 |
| 2.2.4 Epidémiologie et contexte géo-institutionnel..... | 18 |
| 2.2.5 Prises en charge et évolution | 19 |
| 2.3 Les médiations thérapeutiques | 24 |
| 2.4 La notion de groupe..... | 26 |
| 2.4.1 Définitions | 26 |
| 2.4.2 Les différents types de groupe..... | 28 |
| 3. Méthodologie de recueil | 31 |
| 3.1 Outils employés | 31 |
| 3.2 Méthode de recherche | 31 |
| 4. Recueil de données | 33 |
| 4.1 Situations vécues en stage..... | 33 |
| 4.1.1 Première situation..... | 33 |
| 4.1.2 Deuxième situation | 34 |
| 4.1.3 Troisième situation..... | 35 |
| 4.2 Questionnaire orienté | 37 |
| 4.3 Analyse comparée des deux types de recueil..... | 40 |
| 5. Discussion et commentaires | 42 |

| | |
|--|----|
| 5.1 Remarques sur la prise en charge en groupe | 42 |
| 5.2 Réponses aux hypothèses de recherche | 43 |
| 5.3 Critique de la méthodologie de recueil | 45 |
| Conclusion | 47 |
| Bibliographie | 48 |
| Annexes | |

Introduction

Le système de soin français compte des établissements de santé divers. Parmi eux, le secteur de la santé mentale occupe une place grandissante. Longtemps marginalisées, les pathologies psychiques prennent aujourd'hui une place importante dans le domaine de la santé. Les patients souffrants de troubles psychiatriques sont pris en charge dans un système de soin spécialisé. Au sein de ces institutions psychiatriques, se côtoient de nombreuses professions médicales, paramédicales et sociales. Parmi elles, la profession d'ergothérapeute tient une place particulière auprès du patient et agit, par le biais d'activités thérapeutiques adaptées, dans le sens d'une réadaptation psychosociale de la personne.

L'ergothérapeute emploie divers outils lui permettant d'intervenir auprès, notamment, de patients schizophrènes. En ergothérapie, les interventions, axées sur l'activité, présentent des traits communs d'une institution psychiatrique à une autre. Néanmoins, des objectifs adaptés sont posés et orientent ainsi l'utilisation de l'activité adéquate. Les médiations employées en ergothérapie sont dites thérapeutiques car elles s'inscrivent dans un contexte de prises en soin personnalisées pour les patients souffrant de troubles psychiques. Dans cette optique, l'ergothérapeute est amené à s'interroger sur la pertinence des modalités de prises en charge en fonction de chaque patient et de sa problématique.

Il était donc pertinent de mener une réflexion mettant en avant la démarche de réflexion de l'ergothérapeute sur sa pratique dans un tel contexte. Après avoir exposé la problématisation, une première partie sera consacrée à la présentation des éléments conceptuels et à la définition des notions abordées. Dans une seconde approche, seront dégagés les éléments méthodologiques employés concernant cette étude. Ensuite, le recueil de données relatif à l'exploration de la question de recherche sera explicité. Enfin, ce travail de recherche sera commenté dans une phase de discussion argumentée.

1. Problématisation

Dans le cadre de ma formation, j'ai été amené à effectuer un stage de huit semaines au sein de l'Unité pour Malades Difficiles (U.M.D) de Plouguernevel, structure rattachée à l'Association Hospitalière de Bretagne (A.H.B). C'est durant ce stage, effectué en institution psychiatrique, que mon questionnement a débuté. Il s'agira ici d'exposer la problématique de mon mémoire de fin d'études en présentant et en expliquant la démarche de réflexion qui m'a amené à élaborer la question de recherche formulée ci-après.

Durant ce stage j'ai pu observer de nombreuses interventions et j'ai eu l'occasion de participer à la prise en charge de patients autour de plusieurs activités de groupe en utilisant des médiateurs variés. Concernant ces interventions, j'ai préalablement posé des objectifs ergothérapeutiques adaptés à chaque patient et à leur pathologie. Ceci étant, d'une manière générale, les objectifs de prise en charge à l'U.M.D étaient les suivants :

- Créer une relation de confiance entre le soignant et le patient
- Permettre un investissement durable du patient dans les activités
- Faire respecter le cadre thérapeutique lors des séances
- Diminuer la violence du patient et canaliser son agressivité
- Permettre au patient d'investir un espace potentiel de création
- Faciliter la relation à l'autre et rompre l'isolement du patient
- Confronter ce dernier au principe de réalité
- Développer une certaine autonomie et responsabiliser le patient
- Evaluer différents comportements du patient lors d'activités en groupe ou individuelles

Durant ces ateliers, des relations se sont nouées entre patients et soignants mais aussi entre les patients eux-mêmes. Dans ce cadre institutionnel particulier qu'est l'U.M.D, l'activité, quelle qu'elle soit, est un outil thérapeutique favorisant l'expression et la création, loin des tensions qui peuvent se ressentir dans les unités de vie. L'activité en elle-même peut avoir un sens particulier, une résonance profonde chez un patient ou un autre, on dit alors

qu'elle est signifiante¹ pour lui. Elle peut aussi être significative si elle a un sens reconnu par la société dans laquelle il vit. Au sein de l'U.M.D, les activités significatives comme, par exemple, celles de la vie quotidienne (la toilette, l'habillage, la cuisine, etc.) sont très peu exploitées pour des raisons pratiques de moyen et d'organisation. Cependant, les activités proposées dans ce type d'institution sont riches et peuvent s'avérer signifiantes pour certains patients. L'adaptation d'une activité par l'ergothérapeute est alors primordiale. Le thérapeute doit prendre en compte les capacités et incapacités du patient, son état psychique et physique, son humeur et, autant que possible, son intérêt pour l'activité proposée.

C'est en prenant en compte ce dernier aspect qu'une activité, au demeurant simple ou anodine, devient une activité signifiante pour le patient. Elle prend alors un sens particulier pour ce dernier et favorise sa participation, la relation de confiance établie avec le soignant et donc son adhésion à la prise en charge en ergothérapie et, plus largement, à son projet de soin. Au-delà de l'objet que peut créer le patient, s'il s'agit d'une activité de travail manuel, ou bien le plaisir que peut apporter, par exemple, une activité artistique, ce n'est pas tant l'acte en lui-même qui importe, ni même la production, mais bien ce que l'activité peut impliquer chez le patient. D'ailleurs, V.KAPSAMBELIS² (2012, p. 69) précise que « *Dans l'effet d'une mise en action : peu importe quoi faire, mais avant tout faire* ». C'est aussi grâce à un certain cadre que le patient peut à la fois participer à une activité, de façon adaptée, et y trouver un intérêt.

C'est pourquoi l'ergothérapeute définit un cadre thérapeutique que le patient doit respecter en participant à l'activité proposée. Ce cadre définit lui-même un espace (salle d'activité, locaux institutionnels, etc.), un temps (durée et fréquence des séances), un fonctionnement (prise en charge individuelle, en groupe, avec plusieurs thérapeutes, etc.) et un moyen (médiateur thérapeutique : type d'activité). Il s'agit véritablement de l'ensemble des dispositions matérielles, organisationnelles et humaines qui permettent l'accomplissement d'un processus thérapeutique au travers des relations thérapeute-patient.

¹ Selon Alexis LEONTIEV (1903-1979), psychologue russe et fondateur de la théorie de l'activité, une activité est « *signifiante* » lorsqu'elle prend un sens particulier pour un individu. Elle est « *significative* » lorsqu'elle a un sens pour la société dans laquelle il vit.

² Vassilis KAPSAMBELIS est un psychiatre et psychanalyste grec contemporain.

Au sein de l'U.M.D, le projet de l'ergothérapeute est alors de créer les conditions qui peuvent permettre au patient de redécouvrir son mode de relation avec l'environnement et notamment d'enrichir ses capacités de créativité et d'expression. Dans ce contexte, j'ai plus particulièrement suivi un groupe de patients pendant la seconde partie de mon stage autour d'une activité que j'ai eu l'occasion de proposer, d'instaurer et d'organiser. Utilisant le médiateur musical, j'ai invité les patients à s'investir dans une activité de groupe où chacun participait. Cette activité d'expression et de créativité autour de la musique était proposée en groupe fermé. On distingue le groupe « fermé » des groupes « ouvert » et « semi-ouvert ». En effet, dans un groupe fermé, le nombre de personnes participant à l'activité est prédéfini et si elles ne viennent plus aux séances, les « places » disponibles ne sont pas proposées à d'autres personnes. A contrario, on définit un groupe dit « ouvert » comme un groupe où les personnes accueillies ont le choix de venir, ou non, participer à l'activité d'une séance à l'autre. Dans un groupe ouvert, les patients peuvent ainsi venir librement à n'importe quelle séance et à n'importe quelle fréquence de participation. Le groupe dit « semi-ouvert » (ou « semi-fermé ») se situe, dans sa définition, entre les deux types de groupes décrits ci-avant. Ainsi, on le définit comme un groupe où le nombre de participants inscrits au départ de la première séance est fixe. Les personnes s'engageant à participer à toutes les autres séances. Si une personne du groupe était amenée à devoir le quitter, une nouvelle place serait proposée (contrairement au cas d'un groupe fermé).

Concernant la séance décrite ici, les patients et les soignants, participants à l'activité, utilisaient leur voix et leur corps afin de créer, en groupe, une production musicale. Lors des dernières séances, nous avons alors reproduit une chanson en utilisant des tapements de mains, le chant et une guitare. Le cadre thérapeutique que j'avais élaboré était le suivant :

L'activité se déroulait à raison de deux séances d'une heure et demie par semaine, dans une grande salle du « pôle rééducation » de l'U.M.D, sans fenêtres, avec deux portes donnant, l'une sur la salle de sport, et l'autre sur le hall d'entrée du bâtiment. Il y avait au moins un professionnel de santé qui m'accompagnait dans l'activité de façon à respecter le protocole de prise en charge des patients à l'U.M.D évitant à un soignant d'être isolé avec un ou plusieurs patients pour des raisons de sécurité. A chaque séance, il était prévu une courte pause afin que les patients qui en ressentaient le besoin puissent quitter, un instant, l'espace de l'activité. Il y avait une tolérance quant au niveau et au degré de participation de sorte

qu'aucun patient ne se sente dévalorisé par rapport à un autre en raison des capacités musicales propres à chacun. Si l'absence d'un patient était récurrente et injustifiable vis-à-vis de l'institution il était désinscrit de l'atelier.

Afin de constituer le groupe, j'ai d'abord proposé à mon tuteur de stage une liste de quatre patients qui étaient, selon moi, susceptibles de pouvoir participer à l'activité et s'y investir de façon adaptée. J'avais volontairement choisi un groupe restreint³ afin de pouvoir mieux gérer les interactions sociales et les éventuelles manifestations de frustration de la part des patients. Aussi, par rapport au médiateur utilisé, un groupe restreint permettait d'éviter une cacophonie musicale et une perte de concentration de la part des patients. Mon tuteur de stage m'a alors invité à conduire l'intervention pour que je me questionne et tire des conclusions quant à la pertinence de mon choix.

Pour la première intervention je me suis donc déplacé dans les unités de vie, accompagné d'un ergothérapeute, et j'ai proposé l'activité aux patients choisis qui semblaient alors motivés par cet atelier musical. Parmi les patients participant à ce groupe fermé, il y avait deux personnes présentant des troubles psychotiques (schizophrènes paranoïdes), un patient souffrant de troubles addictifs liés à la drogue avec une importante dépendance affective, et un patient présentant des troubles névrotiques de type hystérique. Mon choix s'était porté sur ces quatre patients car ils présentaient tous une problématique d'isolement au sein des unités de vie. J'ai également voulu les réunir autour d'une activité de groupe avec production collective afin d'évaluer les uns et les autres en situation de concentration autour d'une même activité. Cette expérience leur permettait de s'exprimer à travers un autre outil que la parole et laissait place à leur imagination et leur création dans les différents exercices proposés. Je n'étais malgré tout pas certain que tous les patients s'entendent autour de cette activité à cause des manifestations de leurs pathologies respectives et j'appréhendais le déroulement des premières séances. Cependant, j'ai toujours été accompagné d'au moins un ergothérapeute ce qui me permettait de mettre de côté cette appréhension et de me concentrer sur les objectifs thérapeutiques lors des séances.

³ Didier ANZIEU (1923-1999), professeur de psychologie et psychanalyste, ainsi que Jacques-Yves MARTIN (1917-1994), neuropsychiatre et psychosociologue, ont décrit, dans leur ouvrage *la dynamique des groupes restreints* (2006), le groupe restreint comme étant un groupe avec « *un nombre restreint de membres tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu.* ».

Les objectifs de prise en charge pour ces quatre patients étaient alors d'évaluer leur participation sociale, leur faire respecter le cadre thérapeutique, et les responsabiliser en les impliquant dans une activité de groupe.

Lors des séances, le patient hystérique montrait régulièrement des signes d'agacement, de frustration et de violence contenue, nuisant au bon déroulement de l'activité. A la fin d'une des séances il est venu me dire qu'il ne souhaitait plus participer à cet atelier et il a alors été désinscrit. Le patient présentant une dépendance affective s'est lui aussi peu à peu désintéressé de l'activité. Il a donc été, d'un commun accord, désinscrit du groupe également. Pour les dernières séances de cet atelier musical il restait donc deux patients, tous les deux schizophrènes.

Les objectifs de prise en charge ont été remaniés et adaptés à ce petit groupe, retreint certes, mais qui a su perdurer jusqu'à la fin de mon stage et quelques semaines après. J'ai ainsi souhaité suivre ce binôme de patients afin de leur faire prendre conscience de l'entre aide qu'ils pouvaient s'apporter. En groupe restreint, il s'agissait notamment de développer une relation de confiance entre les patients et de leur faire partager leur vécu et leur ressenti. Le fait que les patients présentaient la même pathologie, cette expérience m'est apparue d'autant plus intéressante vis-à-vis de ce partage.

En préparant mes interventions et au fur et à mesure des séances d'atelier musical, de nombreuses questions se sont posées à moi. Je me suis d'abord interrogé sur le type de population susceptible de pouvoir participer à des activités de groupe et ce, indépendamment du médiateur utilisé. Par conséquent, je me suis demandé quels sont les éléments pathologiques influençant la participation d'un patient dans une activité de groupe. Par la suite, je me suis demandé dans quelles mesures le volume d'un groupe peut avoir une influence sur la prise en charge ergothérapique d'un patient au sein de ce groupe. Plus généralement, je me suis interrogé sur les intérêts, pour les patients et l'institution, de proposer des prises en charge en groupe dans une U.M.D et plus globalement, en milieu psychiatrique. Enfin, je me suis demandé si le groupe lui-même pouvait constituer un outil ergothérapique à part entière.

Plus tard, plusieurs mois après la fin de mon stage effectué en U.M.D, je me suis rétrospectivement penché sur les différentes séances de cette activité musicale et j'ai porté ma réflexion sur les raisons qui ont pu pousser les deux autres patients à quitter le groupe

alors qu'ils y avaient initialement adhéré. J'ai alors remis en question mon choix initial de patients et plusieurs raisons me sont apparues. Ayant pu observer ces mêmes patients s'accomplissant⁴ dans d'autres activités, il m'a semblé que les facteurs pathologiques et leurs manifestations chez ces patients pouvaient être responsables du désintérêt pour ce type d'activité de groupe. En effet, il m'est apparu que ces deux patients tentaient régulièrement d'accaparer l'attention sur eux et, ce, de façon impulsive. Lors d'autres activités ou même dans les unités de vie, ils essayaient de susciter la sympathie des soignants et des autres patients en les enjôlant. Il m'a semblé que les ateliers de groupe fermé où chaque patient se connaît et contribue à un projet collectif et donc que l'attention est portée de façon égale sur chacun ne convenaient pas à ces deux patients qui souhaitaient qu'on s'intéresse constamment à eux. Ceci pourrait alors expliquer leur refus de poursuivre l'atelier musical.

J'ai ensuite recontacté mon ancien tuteur de stage à l'U.M.D afin de lui soumettre mes interrogations. En échangeant avec lui, j'ai ainsi pu étayer ma réflexion. Durant mon stage j'avais pu observer certaines prises en charge individuelles de patients. Dans certaines situations, ce type de prise en charge en ergothérapie peut être prescrit si, par exemple, un patient nécessite un cadre particulier. J'ai alors pu mettre en perspective les différences entre les prises en charge de groupe et en individuel. Ainsi, je me suis rendu compte que lorsque le patient est uniquement en présence des soignants lors d'une activité, les échanges sont plutôt rares. Il est néanmoins important de garder à l'esprit que c'est bien pour servir les objectifs ergothérapeutiques fixés que l'activité de groupe, ou individuelle, est proposée.

Dans l'exercice professionnel ergothérapeutique, l'établissement des objectifs de prise en charge a une place très importante. L'ergothérapeute, en utilisant l'activité de groupe, peut observer et ainsi évaluer un patient en particulier, placé, lui, en situation d'agir en collectivité. Même si les patients sont en nombre, la prise en charge ne devient pas forcément plus complexe. Il s'agit bien évidemment de maintenir le cadre thérapeutique, le faire respecter par chacun des patients et de poursuivre la séance selon les objectifs ergothérapeutiques préétablis. Dans un groupe de patients, il est parfois bénéfique pour chacun

⁴ Abraham MASLOW (1908-1970), psychologue américain du XX^{ème} siècle, parlait de « *l'accomplissement de soi* » dans son ouvrage *devenir le meilleur de soi-même* (1956) comme étant « *le désir de devenir de plus en plus ce que l'on est, de devenir tout ce que l'on est capable d'être.* ».

d'eux qu'ils partagent les mêmes symptômes et problématiques pour faciliter la compréhension des difficultés et des besoins de l'autre. Cependant, selon les objectifs de prise en charge, il peut arriver que la diversité soit un tremplin pour l'expression et le partage entre les patients qu'ils soient psychopathes, névrosés ou psychotiques.

Dans la schizophrénie, la problématique centrale du patient réside dans les difficultés de gestion des interactions sociales. En effet, chez le patient schizophrène, on observe classiquement un détachement physique et psychique qui enferme l'individu pouvant le rendre inaccessible par son environnement extérieur. Il existe plusieurs formes de schizophrénie mais qui ne sont pas des catégories figées. En effet, un patient peut à la fois montrer des signes cliniques d'un type de schizophrénie à un moment donné de sa pathologie et des signes d'un autre type à une autre période. Dans la plupart des formes de schizophrénie, on observe la constitution d'un délire⁵. Bien que les facettes et les manifestations de ce dernier soient différentes d'un patient à l'autre, on observe quasiment toujours, en conséquence, un isolement social.

L'un des grands objectifs ergothérapeutiques dans l'intervention auprès de ce type de patient est la réadaptation psychosociale, c'est-à-dire le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans son environnement social. De nouveaux comportements peuvent alors être appris et les individus deviennent capables d'y avoir recours et de les adapter. C'est bien pour accompagner et aider le patient souffrant de schizophrénie dans une découverte de la réalité et de son environnement social que l'ergothérapeute intervient, en proposant notamment des activités utilisant des médiateurs thérapeutiques adaptés avec des objectifs adaptés.

Dans la pratique, le médiateur peut être un individu, un objet, ou même un élément abstrait. En ergothérapie, l'activité fait office de médiation thérapeutique et, en fonction de l'activité elle-même, il peut s'opérer des réactions et des relations différentes d'un patient à l'autre. Cependant, l'ergothérapeute adapte le médiateur utilisé en fonction du patient et de sa pathologie et non l'inverse. L'outil de médiation consiste bien à utiliser un objet ou une

⁵ Dans la schizophrénie, avec présence d'un versant productif, on parle notamment de la constitution d'un délire. Ce dernier est défini par un (ou plusieurs) thème(s), un (ou plusieurs) mécanisme(s), une organisation et un type d'adhésion. V. *infra*; Partie 2; Chapitre 2.2.2; Paragraphe 6.

activité comme un moyen pour établir un certain type de relation entre les personnes qui y participent.

A la lecture d'ouvrages sur les médiations thérapeutiques et la dynamique de groupe, j'ai focalisé peu à peu ma réflexion sur les interactions sociales lors d'activités en groupe. En confrontant cet aspect avec mon expérience de stage, je me suis interrogé sur l'utilisation de la médiation groupale dans la prise en charge des personnes schizophrènes. Je me suis ainsi demandé dans quelles mesures le médiateur thérapeutique de groupe fonctionnerait favorablement chez un patient schizophrène.

Concernant l'intervention ergothérapique en milieu psychiatrique auprès de patients schizophrènes, la proposition d'activités en groupe fermé m'a semblé pouvoir être un élément pertinent favorisant les échanges et le réinvestissement dans les interactions sociales.

A la suite de cette réflexion il m'a semblé intéressant de traiter la question de recherche suivante : **En quoi l'utilisation de médiations thérapeutiques en groupe fermé constitue un moyen ergothérapique favorisant la réadaptation psychosociale des personnes adultes schizophrènes ?**

Je formule alors l'hypothèse selon laquelle l'intervention ergothérapique employant l'utilisation de médiations thérapeutiques en groupe fermé, auprès de patients adultes schizophrènes, est particulièrement adaptée pour cette population.

Je formule également l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de médiations thérapeutiques, en groupe fermé, est d'autant plus pertinente si le groupe est uniquement composé de patients présentant la même pathologie, ici la schizophrénie.

2. Cadre conceptuel

2.1 L'ergothérapie en France

2.1.1 La profession d'ergothérapeute

Au milieu du XXème siècle, en France, l'ergothérapie voit le jour suite aux guerres mondiales et au développement de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S). La profession se développe alors autour d'un besoin de santé grandissant jusqu'à la naissance du concept de « handicap » dans les années 1970. Le métier se développe alors et continue, encore actuellement, de se développer en France où, entre 2013 et 2014, le nombre d'écoles de formation, en métropole, est passé de onze à dix-neuf. Cette profession, située véritablement entre le secteur paramédical et le secteur social, jouit, de ce fait, d'un panel varié de domaines d'activité.

D'après M-J. MANIDI⁶ et al. (2005, p. 288), « *l'ergothérapie est basée sur le principe qu'agir est un besoin fondamental de l'homme et que l'action possède des effets thérapeutiques. Son but principal est de permettre à la personne d'acquérir une certaine autonomie afin d'effectuer avec plus d'aisance les actes de vie quotidienne. Ceci passe par l'amélioration de ses capacités ou l'adaptation de son environnement en fonction de son handicap.* ». Cette définition rejoint celle proposée par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (A.N.F.E, 2013) qui précise que « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.* ». L'ergothérapie, bien qu'encore mal connue des particuliers et du système de santé lui-même, s'inscrit dans une démarche d'importance vis-à-vis des personnes rencontrant une (ou plusieurs) situation(s) de handicap. Ainsi, compte tenu du vieillissement indéniable de la population du besoin de santé associé, la profession d'ergothérapeute tant à se développer toujours plus.

Au même titre qu'il existe une multitude de pathologies entraînant des incapacités et des situations de handicap, on peut envisager diverses « ergothérapies ». En effet, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui peut exercer actuellement dans de

⁶ Marie-José MANIDI est docteur en psychologie, psychothérapeute et ergothérapeute suisse.

nombreux domaines d'activité et auprès de divers types de population. Ainsi, on peut notamment voir, aujourd'hui en France, des ergothérapeutes travailler dans des E.H.P.A.D⁷ auprès de personnes âgées, dans des foyers d'accueil auprès de personnes adultes en perte d'autonomie, dans des instituts médico-éducatifs auprès d'enfants, ou encore en institut psychiatrique auprès de personnes souffrants de troubles psychiques.

2.1.2 Une pratique particulière en secteur psychiatrique

L'activité est au cœur de la pratique de l'ergothérapeute. Dans le domaine de la santé mentale, cet aspect prend un sens particulier. En effet, malgré la diversité de pathologies, la plupart des patients adultes accueillis en institution psychiatrique présentent une problématique d'isolement, de mal-être, et n'ont plus ni l'envie ni le goût de « faire des choses ». C'est notamment à travers l'activité que l'ergothérapeute va pouvoir évaluer la problématique du patient, poser des objectifs de prise en soin et travailler avec lui vers une amélioration de sa qualité de vie⁸. H.HERNANDEZ⁹ et al. (2007, p 128) précisent d'ailleurs qu'en psychiatrie « *un des objectifs de l'ergothérapie est de mettre le patient en situation d'action concrète, de tester ses motivations en fonction d'un projet de soins et d'un projet de réinsertion.* ». Le travail de l'ergothérapeute en secteur psychiatrique prend un sens particulier puisqu'il se base principalement sur les ressources et aptitudes sociales du patient. En effet, c'est en se basant sur les capacités du patient que l'ergothérapeute s'appuie pour parvenir à aider la personne à réinvestir son environnement et ce peu importe sa pathologie.

Dans le domaine de la santé mentale, les ergothérapeutes sont amenés à travailler dans diverses institutions psychiatriques. Que ce soit en centre d'accueil de jour, en établissements spécialisés comme les U.M.D, ou encore en centre hospitalier spécialisé, les ergothérapeutes interviennent auprès d'une multitude de populations présentant des pathologies très différentes. Ainsi, ils peuvent travailler auprès de personnes présentant des troubles bipolaires, des conduites addictives, des névroses ou encore auprès de patients psychotiques.

⁷ E.H.P.A.D : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

⁸ L'O.M.S, dans son protocole « *quality of life assessment instrument* » (O.M.S, 1993), définit la « qualité de vie » comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* ».

⁹ Hélène HERNANDEZ est ergothérapeute et membre du conseil d'administration de l'A.N.F.E.

2.2 Pathologie

2.2.1 La maladie mentale et la psychose

La « maladie mentale » a été observée de longue date et ce probablement depuis l'existence de l'Homme moderne. Bien avant les recherches réalisées autour des différentes pathologies psychiatriques que nous connaissons aujourd'hui, on sait que les affections mentales sont restées longtemps mal connues et, par conséquent, mal traitées. Ce n'est qu'au début du XIX^{ème} siècle que le terme de « psychiatrie » a été inventé et que les affections mentales ont pris une plus grande importance dans l'étude des maladies. L'intérêt pour ce type de pathologies s'est alors majoritairement développé durant le XX^{ème} siècle.

P.PINEL¹⁰ est considéré comme le premier psychiatre à avoir publié une classification des grandes pathologies dans le domaine de la psychiatrie. En effet, dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1801), il différencie la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme. Après les travaux de PINEL, en France, plusieurs psychiatres et théoriciens se sont succédés proposant, chacun leur tour, des définitions, des interprétations et des néologismes autour des grandes pathologies psychiatriques et des grands concepts de santé mentale. Ainsi, la « psychose » contemporaine a connu une évolution dans ses définitions et ses conceptualisations au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles. Actuellement, elle pourrait se définir comme une altération de la perception de la réalité de la personne avec une perturbation du mode de relation à l'environnement. La déformation de la réalité devient généralement une conviction absolue pour la personne psychotique qui a donc rarement conscience de sa maladie.

La psychose regroupe plusieurs pathologies dont les plus connues sont la bouffée délirante aiguë, le syndrome bipolaire (psychose maniaco-dépressive) ou encore la schizophrénie.

¹⁰ Philippe PINEL (1745-1826) était un médecin français à l'origine, notamment, d'une première classification des maladies mentales et de l'humanisation des traitements des personnes considérées, à son époque, comme des « aliénées ».

2.2.2 Les schizophrénies

2.2.2.1 Rappels historiques

Le terme de « schizophrénie » provient étymologiquement du grec « schizo », signifiant séparation, et « phrenos », qui signifie l'esprit. En 1911, E.BLEULER¹¹, considéré comme le concepteur du terme « schizophrénie », propose une définition de ce concept telle que la cite S.HAOUZIR et A.BERNOUSSI¹² (2005, p. 18): « *nous désignons sous le nom de démence précoce ou schizophrénie un groupe de psychoses qui évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s'arrêter ou même rétrocéder à n'importe quel stade, mais ne permet sans doute pas de restitutio ad integrum [retour à l'état d'origine] complète. Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur* ». BLEULER définit également quatre « sous-types » de schizophrénie qui sont la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie catatonique, la schizophrénie hébéphrénique, et la schizophrénie simple. Il propose alors une définition des symptômes fondamentaux de la schizophrénie qu'il scinde en deux catégories : les symptômes présents nécessaires au diagnostic et les symptômes dont l'absence est également nécessaire au diagnostic.

En parallèle des travaux de BLEULER, entre la fin du XIXème siècle et le début du XXème siècle, de nombreux théoriciens ont publié des travaux concernant la nosologie des pathologies psychiatriques. Parmi les plus célèbres d'entre eux, E.KRAEPELIN¹³, en Allemagne, proposait des conceptualisations autour des maladies mentales et plusieurs néologismes pour désigner les symptômes observés à l'époque.

Les différentes psychoses et notamment les schizophrénies ont été longtemps étudiés et analysés au cours des dernières décennies. Les travaux sont en constante évolution et il reste délicat de donner une définition simple et actualisée de la schizophrénie.

¹¹ Eugène BLEULER (1857-1939) était un médecin psychiatre suisse à l'origine, notamment, de l'introduction du terme « *schizophrénie* » dans le monde de la psychiatrie.

¹² Sadeq HAOUZIR, psychiatre, et Amal BERNOUSSI, maître de conférences de psychopathologie, ont collaboré pour écrire un ouvrage traitant des schizophrénies.

¹³ Emil KRAEPELIN (1856-1926) était un médecin psychiatre allemand notamment connu pour la publication de neuf éditions successives de son « *Traité de psychiatrie* » relatif à la classification nosologique des maladies mentales.

2.2.2.2 Définition actuelle

A propos de la schizophrénie, ou plutôt des schizophrénies, comme on l'entend actuellement, il existe presque autant de définitions que de personnes schizophrènes. En effet, les différentes formes d'apparition de la maladie, les manifestations des signes pathologiques, les symptômes en eux-mêmes ainsi que les différentes formes évolutives de la pathologie sont autant de facteurs à considérer afin d'expliquer l'hétérogénéité typique de cette pathologie.

Malgré cette diversité de types de schizophrénies, on désigne la schizophrénie comme étant un ensemble hétérogène d'affections aboutissant à une désorganisation profonde de la personnalité. C'est une maladie affectant les fonctions supérieures du cerveau, caractérisée par la présence d'une dissociation mentale, d'affects émoussés ou inappropriés et d'un syndrome délirant. La schizophrénie occasionne souvent certains déficits cognitifs qui perturbent notamment l'attention, la mémoire, l'apprentissage et le traitement de l'information. La schizophrénie n'est pas une maladie rare et selon la Société Québécoise de la Schizophrénie (S.Q.S), « *à travers le monde, une personne sur cent est atteinte de schizophrénie.* ».

Dans toutes les formes cliniques de la schizophrénie, on retrouve une discordance bien que ses manifestations ne soient pas faciles à mettre en évidence. On peut généralement observer une ambivalence (où les affects et/ou les propos sont contradictoires se traduisant par une fluctuation d'états physique et psychologique), des bizarreries, une impénétrabilité (le patient établit une relation énigmatique avec son entourage), et un détachement de la personne avec la réalité. Il y a généralement une rupture, plus ou moins brutale, avec l'environnement social habituel de la personne schizophrène.

Concernant l'approche clinique contemporaine, on définit les schizophrénies comme une association de trois structurations pathologiques. On distingue ainsi :

- Le syndrome dissociatif : il comprend la dissociation comportementale, de la pensée, et des affects. On voit généralement des troubles du cours de la pensée et du langage

(barrages, passages « du coq à l'âne », néologismes, fading mental¹⁴, etc.), une altération des capacités affectives, une discordance psychomotrice (écho-praxies, écholalies, stéréotypies,...).

• Le syndrome productif : Il s'agit de la constitution d'un délire. Celui-ci est défini selon cinq caractéristiques principales :

- L'organisation : elle est généralement non systématisée chez la personne schizophrène. Le délire est alors dépourvu de toute cohérence interne et devient ainsi facilement décelable.
- Le mécanisme : on en décrit principalement quatre (l'intuition, l'imagination, l'interprétation et l'hallucination). Ils correspondent aux processus par lesquels le délire s'exprime. Les hallucinations peuvent notamment être psycho-sensorielles (auditives, visuelles, kinesthésiques...) ou intrapsychiques (ressentis comme provenant de l'intérieur).
- Les thèmes : ils sont généralement très polymorphes et ne sont pas spécifiques dans la schizophrénie. On peut classiquement voir, dans cette pathologie, des délires se développer autour de thèmes mégalomaniques, de persécution, ou d'imposition.
- L'adhésion : elle correspond au degré d'importance, de conviction, qu'accorde la personne schizophrène à son délire. Dans la schizophrénie, l'adhésion au délire est généralement totale au début de la maladie mais le patient peut parvenir à objectiver certains aspects notamment grâce à un suivi thérapeutique régulier.
- La thymie¹⁵ : chez la personne souffrant de schizophrénie, la thymie est généralement non congruente au délire (contrairement à d'autres pathologies psychotiques). Les manifestations des affects et des émotions de la personne ne sont pas en adéquation avec ses propos délirants (exemple : le patient peut se mettre à rire aux éclats en évoquant des phénomènes persécuteurs angoissants). S. HAOUZIR et A.BERNOUSSI (2005, p. 22) décrivent même que « *ce qui reste le plus frappant chez le schizophrène c'est*

¹⁴ Le fading se traduit par une diminution progressive du cours de la pensée avec une rupture progressive du dialogue.

¹⁵ La thymie est ici entendue comme synonyme de « l'humeur ».

le détachement et l'indifférence de l'affectivité à l'égard des idées délirantes exprimées. »

- Un syndrome dit « autistique » : celui-ci est caractérisé par un isolement profond avec une impénétrabilité du monde intérieur façonné par la personne. Le patient schizophrène se replie de plus en plus sur lui-même allant jusqu'à s'opposer au monde extérieur. On peut alors observer un apragmatisme, une clinophilie¹⁶, voire une athymhormie¹⁷.

On définit également deux formes différentes de début de la maladie : La forme bruyante (ou aiguë), observée dans 10 à 20% des cas, qui est caractérisée par l'apparition brutale de signes de discordance voire même la constitution d'un délire riche et productif. Ce mode de début de la schizophrénie est assez facile de diagnostic. La forme insidieuse (ou chronique) observée dans environ 80% des cas où on observe un repli de la personne, des bizarreries (nouvelles pratiques saugrenues), des préoccupations étranges et généralement un fléchissement scolaire ou professionnel en fonction de l'âge de survenue de la maladie. Ce mode de début de la maladie, pourtant fréquent, est difficile de diagnostic car il se situe généralement à une période de la vie de la personne que l'on qualifierait de « période d'adolescence ». Cette dernière, pleine de changements physiologiques et comportementaux peut parfois cacher une symptomatologie schizophrénique débutante. P-M. LLORCA¹⁸ (2006, p. 11) explique alors que « *devant des troubles du comportement persistants chez l'adolescent ou l'adulte jeune, ou devant une symptomatologie psychiatrique persistante à bas bruit, il faut évoquer la schizophrénie parmi les diagnostics différentiels.* » Cette définition de la schizophrénie ainsi que la présentation, non exhaustive, des différents symptômes observables chez les personnes souffrants de cette pathologie ne sont encore que générales. En effet, aujourd'hui nous nous efforçons de catégoriser chaque signe, chaque symptôme et donc chaque « sous-pathologie ». Dans cette optique, les psychiatres des siècles derniers ont proposé plusieurs classifications des formes cliniques des schizophrénies. Selon les différents auteurs, les appellations peuvent être différentes mais les observations ont été décrites de façon relativement similaire.

¹⁶ Une personne clinophile est une personne restant, par volonté, isolée dans un environnement physiquement fermé et pouvant aller jusqu'à l'incurie (la personne n'assure plus les soins d'hygiène élémentaires).

¹⁷ L'athymhormie est classiquement entendue comme la perte de l'élan vital.

¹⁸ Pierre-Michel LLORCA est chef de service de psychiatrie du C.H.U de Clermont-Ferrand.

2.2.3 Formes cliniques principales

Concernant la symptomatologie des schizophrénies, on a classé les signes spécifiques de cette pathologie en deux catégories. On différencie alors les signes dits « positifs », des signes dits « négatifs ». En fonction du mode d'entrée dans la maladie et du type de schizophrénie, ces signes peuvent être plus ou moins importants d'une personne schizophrène à une autre. Les signes positifs regroupent l'ensemble des manifestations de délire, de pensées désorganisées et des comportements qui en font conséquence (hallucinations, logorrhée, montées d'émotions...). Les signes négatifs, eux, constituent l'ensemble des autres symptômes observables chez une personne schizophrène comme la dissociation psycho-affective entraînant un retrait social, la perte de l'élan vital ou encore la négligence corporelle.

Comme il existe plusieurs types de schizophrénie, il existe également une catégorisation des personnes schizophrènes en fonction de leur symptomatologie. Nous développerons ci-après quatre formes de schizophrénie parmi les plus connues. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive mais d'une présentation des types de schizophrénie les plus fréquemment rencontrés. Il s'agit ici d'établir une définition plus complète de la pathologie qui nous intéresse.

- La schizophrénie paranoïde : Il s'agit probablement de la forme la plus représentée parmi les sujets souffrant de cette maladie. Il s'agit d'un type de schizophrénie où le syndrome productif est prédominant. En effet, le délire est généralement très riche avec une adhésion totale à celui-ci. On observe alors des hallucinations multiples et une thymie non congruente. La personne est généralement très expansive, logorrhéique et fait parfois preuve de violences (auto ou hétéro-agressives). Cette forme présente alors une majorité de signes dits « positifs » de la maladie. La schizophrénie paranoïde est diagnostiquée classiquement après plusieurs accès délirants aigus chez le sujet.

- La schizophrénie hébéphrénique (ou « *désorganisée* »¹⁹) : Il s'agit ici d'une forme présente généralement chez le sujet jeune. Cette fois-ci les signes cliniques montrent plutôt une majoration du syndrome dissociatif. On observe alors un retrait social de la personne, une apathie, une aboulie et d'autres signes évocateurs d'une perte de l'élan vital. Le sujet

¹⁹ La classification du DSM-IV-TR, 2000, emploie le terme de schizophrénie « désorganisée » pour qualifier la schizophrénie hébéphrénique.

hébéphrène présente un délire, certes, mais qui n'apparaît pas évident. On observe une majorité de signes dits « négatifs ».

- La schizophrénie pseudo-psychopathique (ou héboïdophrénie) : Cette forme de schizophrénie est assez rare et difficile de diagnostic. Le sujet, souvent jeune, en plus de manifestations délirantes, montre des signes de négativisme avec des comportements d'opposition fréquents. Au fur et à mesure du vécu de la maladie, la personne héboïdophrène développe une personnalité psychopathique où les troubles du comportement sont majeurs et souvent auto-agressifs.

- La schizophrénie résiduelle : cette forme de schizophrénie s'inscrit dans un contexte de chronicité. Le sujet présente une atténuation des troubles délirants et des comportements désorganisés. On observe cependant généralement une persistance des signes négatifs de la maladie.

Plusieurs autres types de schizophrénie ont été décrits au cours des siècles derniers et la nosologie a évolué, dans son approche et dans la définition des symptômes, en même temps que les progrès d'analyse dans le domaine de la santé mentale.

2.2.4 Epidémiologie et contexte géo-institutionnel

La schizophrénie est la psychose la plus répandue chez l'adulte dans le monde. Selon l'I.N.S.E.R.M.²⁰, cette pathologie touche entre 0,5 et 2 % de la population mondiale avec une incidence²¹ annuelle de 2 pour 10 000 habitants. L'I.N.S.E.R.M précise également que « *les schizophrènes représentent, dans notre pays, 20 % des hospitalisations psychiatriques à temps complet et 1 % des dépenses totales de santé*²² ». L'âge du premier diagnostic pour cette pathologie se situe en moyenne entre 15 et 25 ans et comporte un sex-ratio, pour cette tranche d'âges, deux hommes pour une femme. La schizophrénie est donc une maladie plutôt caractéristique des jeunes adultes mais elle peut toucher les enfants, les adolescents et les adultes plus âgés. P-M LLORCA (2006, p. 14) rappelle qu'en France, « *environ 600 000 personnes sont atteintes de cette pathologie mais seulement 150 000 à 200 000 d'entre elles sont prises en charges dans le secteur public chaque année.* » Cela invite à penser que de

²⁰ L'I.N.S.E.R.M est l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

²¹ L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas apparus pendant une période donnée.

²² Ces éléments épidémiologiques datent de 2009 et proviennent du site internet : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>.

nombreux patients, diagnostiqués schizophrènes, ne sont pas suivis ou sont pris en charge en dehors des institutions psychiatriques publiques existantes.

Concernant les facteurs de risques, il est affirmé que les personnes à risque sont celles ayant présenté, dans leurs antécédents, une ou plusieurs bouffées délirantes aiguës, un dysfonctionnement social avéré (isolement social), et les personnes sujettes à la prise de drogues.

2.2.5 Prises en charge et évolution

2.2.5.1 Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux est fondamental dans la prise en charge des psychoses et particulièrement de la schizophrénie. Il ne se suffit pour autant pas à lui-même. Les deux grands types de médicaments prescrits sont les neuroleptiques et les antipsychotiques.

Découverts dans les années 1950 en France, les neuroleptiques prennent cette appellation en 1955 par J.DELAY et P.DENIKER²³. Il s'agit de molécules ayant des effets réduisant les processus psychotiques et qui provoquent des effets secondaires neurologiques. Encore utilisé aujourd'hui (avec des processus de synthèse ayant évolués) le traitement pharmacologique par neuroleptiques présente également, depuis quelques années, une forme à action prolongée (en parle aussi de « forme retard »). Ce dernier type de traitement montre une observance thérapeutique accrue et pourrait être un des facteurs expliquant une diminution du taux de rechute et de nouvelles hospitalisations des patients schizophrènes bénéficiant de ce type de médication ces dernières années.

Ce n'est que dans les années 1980 que la terminologie « antipsychotique » est employée (on parle également de « neuroleptiques atypiques » ou d' « antipsychotiques de deuxième génération »). Il s'agit en fait d'un médicament dont les molécules s'apparentent à celles des neuroleptiques et dont les bases biochimiques sont complexes. Par rapport aux neuroleptiques « classiques », les antipsychotiques ont un effet plus important sur les symptômes dits « négatifs » de la schizophrénie. De plus, les effets extrapyramidaux indésirables (tremblements, hypertonie²⁴, akinésie²⁵, etc.) semblent beaucoup plus rares lors

²³ Pierre DENIKER et Jean DELAY sont deux médecins psychiatres du XXème siècle ayant collaboré afin de proposer une classification des médicaments psychotropes.

²⁴ L'hypertonie correspond à l'augmentation exagérée du tonus musculaire d'un groupe de muscles au repos.

de la prise d'antipsychotiques. Ces derniers présentent donc une meilleure tolérance neurologique que les neuroleptiques dit « classiques ».

Cependant, des effets indésirables (ou secondaires) ont pu être observés et donc répertoriés depuis l'utilisation de ces médicaments (neuroleptiques et antipsychotiques). On peut alors observer chez la personne une somnolence (plus ou moins constante), une prise de poids, une sécheresse buccale, des vertiges, des étourdissements, des troubles du transit (constipation généralement), et une augmentation de la photosensibilité de la peau.

Dans tous les cas, la durée du traitement est très variable d'une personne schizophrène à une autre. Il est cependant généralement de longue durée, d'autant plus chez des patients ayant un passé d'hospitalisations répétées (le traitement pouvant être poursuivi à vie).

2.2.5.2 Autres traitements thérapeutiques

2.2.5.2.1 Thérapies

La place du traitement médicamenteux est centrale dans la prise en charge de la personne schizophrène. Cependant, plusieurs autres types de thérapies ont fait leurs preuves et certaines apparaissent comme indispensables sur le long terme.

L'électroconvulsivothérapie (ou sismothérapie) est une thérapie employée assez rarement, soumise à prescription médicale, qui est pratiquée généralement chez les patients pour lesquels la prise en charge médicamenteuse ne montre plus d'effets réducteurs des symptômes de la pathologie. Il s'agit d'une stimulation cérébrale par électrochocs provoquant une pseudo-crise d'épilepsie (contrôlée) chez le patient qui est alors sous anesthésie générale. Selon la loi du 4 mars 2002, relative aux « *droits des patients* », le consentement libre et éclairé du patient est indispensable pour ce type de thérapie. Sachant que l'électroconvulsivothérapie est généralement pratiquée chez des patients dont l'état de santé mentale empêche l'expression de leurs désirs et leurs volontés, cette thérapie est donc très en marge des pratiques courantes de soin en psychiatrie. S. HAOUZIR et A. BERNOUSSI (2005, p. 107) parlent alors d'une « *indication marginale dans le traitement des troubles schizophréniques, limitée aux grandes agitations psychomotrices chez des patients délirants et résistants aux divers traitements habituellement efficaces* ».

²⁵ L'akinésie se définit comme un trouble de l'initiation des gestes. Ces derniers sont souvent rares, lents ou même impossibles. Ce phénomène est majoré en cas de fatigue ou de survenue d'émotions fortes.

La prise en charge psychothérapique, elle, apporte un soutien psychologique permettant notamment l'élaboration d'une alliance thérapeutique avec le patient. Il s'agit également d'un outil facilitant la verbalisation des craintes, des incompréhensions et des demandes de la personne. Peu importe le modèle psychothérapique choisi, l'important est de rassurer et de renforcer le lien entre la personne schizophrène et la nécessité d'intégrer une démarche de soin s'inscrivant, généralement, dans une certaine chronicité. Lors de prises en charges hospitalières, en phases aiguës ou chroniques de la maladie, ces thérapies, mises en interaction avec un traitement médicamenteux, vont permettre d'améliorer l'état clinique de la personne souffrant de schizophrénie.

2.2.5.2.2 Hospitalisations et prise en charge institutionnelle

Dans un contexte d'hospitalisation en psychiatrie, on observe plusieurs modes d'entrée pour les patients. La loi du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge présente les différents types d'hospitalisation suivants :

- L'Hospitalisation Libre (H.L) : il s'agit d'un motif d'hospitalisation s'apparentant à celui rencontré en médecine dite « classique ». Lorsque les symptômes liés à la pathologie de la personne le permettent, ce type d'hospitalisation invite à une bonne adhésion et une bonne collaboration aux soins entre le patient, son entourage et les soignants.
- Le Soins sur Décision d'un Représentant de l'Etat (S.D.R.E) : il s'agit d'un motif d'hospitalisation pour lequel on doit retrouver chez le patient la présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir aux soins, la nécessité de soins et il faut que l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public ait été prononcée. S'en suit la décision du préfet par arrêté, au vu d'un certificat médical qui ne peut être signé d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil de la personne.
- Le Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement de santé (S.D.D.E) : ce motif d'hospitalisation est spécifié si les éléments suivants sont retrouvés : La présence de troubles mentaux chez la personne, l'impossibilité pour cette dernière de consentir aux soins et la nécessité de soins immédiats avec surveillance médicale constante ou régulière. On définit alors deux sous-types de S.D.D.E qui sont le Soins psychiatrique en cas de Péril Imminent sans tiers (S.P.I) et le Soins psychiatrique à la Demande d'un Tiers (S.D.T). Le « tiers » concerné peut alors être un membre de la famille du patient ou bien une toute

autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins excepté les membres du personnel soignant exerçant dans l'établissement d'accueil du patient.

Au-delà de l'accueil en hôpital psychiatrique, principalement indiqué lors des phases aiguës de la pathologie, plusieurs autres structures spécifiques peuvent accueillir des personnes schizophrènes notamment lorsque l'état de santé de celles-ci tant vers ce qu'on appelle une « stabilisation psychique ».

L'hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour ou de semaine) présente un intérêt transitionnel entre l'hospitalisation complète et la réinsertion dans la vie sociale que nous connaissons. Lorsque la symptomatologie de la personne le permet, cette modalité permet d'ajuster le cadre du suivi par rapport à l'état clinique du patient.

Les soins ambulatoires (C.M.P²⁶ ou C.A.T.T.P²⁷) constituent une forme plus « libre » de suivi psychiatrique. La symptomatologie de la pathologie doit alors tendre vers une intensité plutôt résiduelle si la personne veut pouvoir bénéficier de ce type de suivi. Les établissements de soins ambulatoires ont alors pour objectifs de favoriser la réinsertion psycho-sociale et le développement des activités créatrices.

Il existe encore d'autres types de structures dont l'objectif principal concerne le suivi médico-psychologiques des personnes souffrant de troubles mentaux comme les schizophrènes. La schizophrénie connaît une composante chronique dans son développement et l'évolution de cette pathologie oriente très souvent les personnes concernées vers ce type de structure. Cependant, le niveau de réintégration adaptée dans la société va être fonction de nombreux facteurs.

2.2.5.3 Evolution

Il existe plusieurs évolutions possibles pour les personnes atteintes de schizophrénie. Les modalités d'évolution dépendent de plusieurs éléments comme le niveau de suivi de la personne (hôpital de jour, C.A.T.T.P, etc.), le degré d'importance des symptômes, l'environnement social, ou encore le niveau d'adaptabilité de la personne. P-M. LLORCA

²⁶ Centre Médico-Psychologique.

²⁷ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

explique que la rémission²⁸ est un objectif principal de soins pour les individus atteints de cette pathologie. Il affirme alors (2006, p. 35) que l'on « *peut parler de rémission à partir du maintien d'une stabilité clinique avec un niveau d'amélioration symptomatique important pendant une durée d'au moins 6 mois* ». Le terme de rémission « totale » est assez rare quand on parle de la schizophrénie et il est difficile d'établir un pronostic quant à l'évolution de cette maladie. S.HAOUZIR et A.BERNOUSSI (2005, p. 45) expliquent alors que « *ce qu'il faut retenir sur l'évolution des schizophrénies, c'est qu'elle est variable d'un patient à l'autre, que les formes paranoïdes semblent de meilleur pronostic évolutif et que meilleure est l'adhésion du patient aux soins instaurés (notamment médicamenteux) meilleur sera son pronostic évolutif* ».

On pourrait dire qu'il existe autant d'évolutions possibles qu'il y a de personnes schizophrènes puisque, comme nous l'avons écrit plus haut, on peut considérer qu'il y a autant de schizophrénies différentes qu'il y a d'individus atteints par cette pathologie. Cependant, les chiffres tendent à prouver qu'il y a une forte proportion de ces personnes qui trouvent une évolution aboutissant au suicide. P-M LLORCA (2006, p. 21) affirme d'ailleurs que « *le risque de mort par suicide est 25 fois plus élevé dans la population de patients souffrant de schizophrénie que dans la population générale* ».

Nous avons donc défini les tenants et aboutissants des schizophrénies et mis en avant les différents moyens proposés pour faciliter et améliorer la qualité de vie de ces personnes souffrant de schizophrénie qui, bien souvent, rencontre une problématique majeure d'isolement social à cause, notamment, de la perturbation des relations sociales due aux symptômes de leur pathologie. Pour pallier aux difficultés rencontrées par les personnes schizophrènes et dans le but de favoriser leur réinsertion psychosociale, les professionnels soignants, et notamment les ergothérapeutes, vont avoir recours à ce qu'on appelle des médiations thérapeutiques. Ces dernières, adaptées à chaque personne afin de répondre à des objectifs de prise en charge précis, vont notamment permettre de créer des interactions sociales et favoriser une relation thérapeutique.

²⁸ La rémission est employée dans le cas de pathologies chroniques. Elle se définit comme une diminution temporaire des symptômes d'une maladie, ici, la schizophrénie.

2.3 Les médiations thérapeutiques

Le terme de médiation provient du latin *mediatio* signifiant « être au milieu ». Les médiations constituent un support essentiel de l'ergothérapeute travaillant en santé mentale. En tant qu'outils thérapeutiques, ces médiations permettent de favoriser l'établissement et le développement de plusieurs compétences sociales et créatives chez le(s) bénéficiaire(s). Elles supposent donc une interaction entre au moins deux individus et suscitent un cadre spatio-temporel particulier. Les médiations deviennent thérapeutiques dès lors qu'elles permettent de susciter un bénéfice pour le(s) patient(s). A.BRUN²⁹, et al. (2012, p. 104) expliquent d'ailleurs, en parlant des médiations thérapeutiques, qu'« *il s'agit bien de permettre au patient de se reposer de lui-même et de ne surtout pas susciter ses défenses* ». Les médiateurs utilisables et utilisés en santé mentale par les thérapeutes, et notamment les ergothérapeutes, sont très variés. On peut les classer en deux grandes catégories. D'une part, les médiations à création matérielle comme les activités de poterie, de vannerie, de nœuds (macramé, couture, tricot, etc.) et d'autre part, les médiations à création non matérielle comme les activités théâtrales, musicales, de jeux de société où la production est finalement non palpable.

La médiation est un élément stimulant l'ouverture vers l'autre et l'engagement d'un partage dans une relation (thérapeutique ici). Elle permet également au patient, lors d'un atelier, d'aborder certaines problématiques par le biais du média. La médiation, qu'elle soit un objet matériel ou une activité artistique, va permettre, dans le cadre d'une utilisation en groupe, de favoriser des interactions sociales que le thérapeute va guider, orienter et encourager lors des séances. Il s'agit pour le thérapeute d'apporter un tel niveau de confiance vis-à-vis des patients qu'il puisse servir de « support », à travers la médiation, de communication entre les bénéficiaires. Le thérapeute possède alors une place particulière dans la relation et il doit faire preuve d'une certaine capacité de distanciation³⁰. A.BRUN, et al. (2012, p. 38) écrivent alors que « *l'objet médiateur favorise la création de liens entre le patient et le clinicien, ainsi qu'entre les patients eux-mêmes. A partir de l'analyse de ces liens, s'opère un processus interne de changement à valeur thérapeutique.* ». Le médiateur choisi est mis à disposition du patient qui, en se l'appropriant, va pouvoir notamment participer

²⁹ Anne BRUN est professeur de psychopathologie et de psychologie clinique à l'université Lumière- Lyon 2.

³⁰ La distanciation se définit comme la capacité que possède le thérapeute à accueillir, avec neutralité, le bénéficiaire (ici le patient) dans une relation (ici au sein d'un groupe).

aux interactions sociales mise en jeu lors d'un atelier à médiation thérapeutique. Cependant, il est à noter que la médiation utilisée doit être pensée et réfléchie. Il ne s'agit pas de choisir n'importe quel support. A.BRUN, et al. (2012, p. 37) précise que « *chaque médiation artistique a des effets spécifiques et il est important d'effectuer un choix pertinent face à une pathologie déterminée.* ». En effet, au départ de l'élaboration d'un atelier avec utilisation d'une médiation quelconque, une certaine adaptation est nécessaire. Celle-ci doit tenir compte de la particularité de chaque groupe qui est constitué et de chacun de ses membres. Ainsi, les vicissitudes de la vie des patients au sein de l'établissement d'accueil doivent être prises en compte.

Aussi, il est important de garder à l'esprit que ces médiations s'inscrivent dans un atelier thérapeutique où ce sont les thérapeutes qui « orchestrent » la séance. Ces derniers doivent alors tenir compte de leurs propres capacités et proposer un support avec lequel ils se sentent à l'aise afin de ne pas perturber la séance et en faire pâtir les patients. Selon I.AUBARD³¹, et al. (2007, p. 6), « *le minimum est qu'au moins un des animateurs maîtrise la médiation qui est choisie.* ».

Egalement, il ne faut pas oublier qu'un atelier à médiation en groupe s'inscrit dans un cadre thérapeutique. Ce dernier est un outil qui permet notamment le développement de la relation thérapeutique en délimitant les rôles de chacun des membres du groupe. Il s'agit d'un espace physique, matériel et temporel qui permet d'installer un climat de confiance, de sécurité pour les patients mais aussi pour les soignants. Aussi, ce cadre thérapeutique est lui-même inscrit dans un cadre institutionnel. Il faut donc proposer un atelier à médiation en adéquation avec le contexte institutionnel dans lequel il s'inscrit. En effet, I.AUBARD, et al. (2007, p. 5) expliquent d'ailleurs qu' « *il est nécessaire lorsque l'on projette la mise en place d'un atelier, de penser dès le départ aux nécessaires articulations avec l'institution* ». Cela permet de s'assurer d'une certaine stabilité et d'une régularité dans les séances avec un soutien d'une équipe pluridisciplinaire dont la direction de l'établissement de soins psychiatriques fait partie.

Enfin, au cours des années de pratique en institution psychiatrique et avec le développement de nouvelles professions de plus en plus représentées (art-thérapeutes, éducateurs techniques spécialisés, musicothérapeutes, etc.), le travail en co-thérapie prend

³¹ Isabelle AUBARD est infirmière en secteur psychiatrique.

un sens de plus en plus reconnu et encouragé. En effet, quand les objectifs de prise en soins sont préalablement étudiés et que les séances sont préparées entre soignants, les bénéfices thérapeutiques pour le(s) patient(s) peuvent être amplifiés. I.AUBARD, et al. (2007, p. 7) affirment d'ailleurs que « *la complémentarité du regard de chacun est essentielle : pour le patient qui peut établir des relations différentes en fonction de son interlocuteur, et pour les soignants qui échangeront autour de leur vision différente du patient rencontré en hospitalisation ou bien juste à l'occasion de cet atelier* ».

Travailler en co-thérapie est donc un point clé d'une prise en charge de groupe en institution psychiatrique et surtout lors d'ateliers à médiation. Pour que la fructification soit la plus riche possible et ce, tant pour le patient que pour les soignants, l'idéal est de faire participer des thérapeutes de professions différentes comme par exemple un infirmier et un ergothérapeute.

2.4 La notion de groupe

Dans le travail d'ergothérapie en santé mentale, on observe plusieurs types d'interventions. Celles-ci sont gouvernées par des objectifs préalablement établis par les ergothérapeutes qui interviennent auprès des patients sous la forme d'ateliers (ou de séances). Ces derniers peuvent alors être proposés en prise en charge individuelle ou en groupe de patients.

2.4.1 Définitions

Le terme de groupe provient de l'italien *gruppo* signifiant « nœud ». A l'origine du mot, le groupe était assimilé à une réunion de personnes vivantes. Une définition plus contemporaine tend à décrire le groupe comme un ensemble d'unités partageant un but ou un intérêt commun. D.ANZIEU et J-Y MARTIN (2000, p. 14) posent alors qu' « *un groupe prend naissance avec trois participants* ». ».

Une des composantes majeures de ce que suscite un groupe est la notion de bien-être. En effet, ici, le groupe thérapeutique, étant composé de patients en souffrance psychique, va permettre à ces individus de s'épanouir ensemble, chacun en fonction de ses capacités et de son adhésion au groupe. I.AUBARD, et al. (2007, p. 12) affirment qu'une « *dimension essentielle de l'ambiance dans le groupe et donc du climat qui favorisera*

l'expression de chacun est le rôle du plaisir ». La valorisation des acquis et des capacités ainsi que la stimulation de l'estime de soi pour les patients sont donc très importantes et favorisées, en ce sens, par le groupe.

Le soignant doit aussi pouvoir s'appuyer sur la diversité au sein du groupe. La pluralité de ce dernier va permettre à chaque patient de tester de nouvelles approches sociales, d'expérimenter plusieurs interactions, de s'émanciper et d'oser aller vers l'autre (cet « autre » qui n'est pas un thérapeute « en blouse blanche »). I.AUBARD, et al. (2007, p. 16) indiquent d'ailleurs que « *l'idée princeps qui soutient tout groupe ou atelier à médiation, est celle de favoriser la communication, les liens et d'établir des relations intersubjectives* ³² ». La motivation du (ou des) thérapeute(s) est alors très importante. Cependant, cette qualité n'est pas la seule requise pour parvenir à développer et animer un groupe à médiation thérapeutique. En effet, des qualités d'écoute, d'observation, d'adaptation et de disponibilité vont permettre l'engagement du (ou des) soignant(s) et ainsi favoriser un bon espace de partage. Les thérapeutes ne sont pas des artistes et encore moins des professeurs durant les ateliers à médiation. Leur rôle principal est l'accompagnement des patients dans la participation sociale et la constitution d'un groupe.

Un groupe ne s'établit pas dès la réunion de ses membres. Il faut un certain temps et la nécessité de passer par différentes étapes afin qu'une agrégation d'individus devienne un « groupe » à proprement parlé. I.AUBARD, et al. (2007, p. 11) affirment d'ailleurs que « *la constitution d'un groupe est un phénomène de maturation* ». Cela suppose en effet que les membres d'un groupe, ici, à médiation thérapeutique, doivent s'investir pour pouvoir créer cette union, puiser dans leurs ressources pour en tirer des bénéfices et ainsi s'entre-aider. Une fois qu'un groupe est constitué, que les membres soient permanents ou non, un phénomène d'interdépendance se crée entre les membres du groupe et le groupe lui-même, devenu une entité. Cette interdépendance est nécessaire pour obtenir une bonne cohésion et un sentiment d'appartenance pour les bénéficiaires. R.MUCCHIELLI³³ (2012, p. 112) explique alors que « *la cohésion d'un groupe est fondée principalement sur la qualité du lien d'appartenance de ses membres. La qualité de l'adhésion personnelle est résultante de*

³² L'intersubjectivité est un concept développé par Emmanuel KANT (philosophe allemand du XVIII^{ème} siècle) signifiant que les individus sont en mesure de penser par eux-mêmes et prendre en considération les pensées subjectives d'autrui.

³³ Roger MUCCHIELLI (1919-1981) était neuropsychiatre et psychosociologue.

plusieurs facteurs relatifs au groupe comme l'interconnaissance, la confiance dans les autres membres du groupe, l'implication personnelle dans les objectifs du groupe ». Ainsi, le bon fonctionnement d'un groupe dépend aussi de ses membres mais plus particulièrement de leur niveau d'implication et de participation. Pour R. MUCCHIELI (2012, p. 118), « *L'interaction est l'unité de mesure de la participation.* ». Le niveau de participation de chaque membre du groupe et donc l'implication de chacun sont des éléments dépendants du nombre et de la qualité des interactions sociales mises en jeu lors des ateliers de groupe à médiation thérapeutique. C'est en ce sens que le rôle du thérapeute est primordial puisqu'il est garant du bon déroulement des séances et des interactions sociales qui s'engagent entre les patients et avec le thérapeute lui-même. A ce propos, M-J. MANIDI (2005, p. 298) explique que « *le thérapeute a pour fonction de réguler le groupe et de garantir le cadre. Il veille au bon fonctionnement de celui-ci et est attentif à ce que chacun puisse trouver sa place.* ».

Enfin, bien que le soignant, devenu animateur d'un groupe, soit responsable du bon déroulement des séances qu'il propose dans le cadre de médiations groupales thérapeutiques, il doit pour autant garder à l'esprit les conditions et les objectifs institutionnels de l'établissement de soins psychiatriques dans lequel il travaille et auquel il doit rendre des comptes. Cependant, comme l'explique I.AUBARD (2007, p. 7), « *si des objectifs généraux sont clairement énoncés à l'institution lors de la mise en place d'une activité, il va de soi qu'ils ne constituent qu'une trame à adapter, à discuter suivant l'indication, les objectifs individualisés posés en fonction des besoins et de la volonté du patient.* ». Il est en effet primordial de garder en tête que chacun des membres d'un groupe constitué est un patient possédant ses propres besoins, ses capacités, ses volontés et ses objectifs de prise en soins.

Il existe alors une multitude de façons de penser un groupe. Ce dernier se crée, se construit et se développe en fonction de ses membres mais également en fonction du cadre et des modalités d'accueil dans lequel il s'inscrit. Ainsi, il existe différents types de groupe.

2.4.2 Les différents types de groupe

Dans un groupe, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'un atelier à médiation thérapeutique, certaines règles sont à respecter. Les thérapeutes sont présents pour

s'assurer du respect de ces règles mais ils doivent également faire preuve de tolérance et de réassurance afin de maintenir et développer la relation thérapeutique avec les bénéficiaires. A cette fin, et pour que le cadre devienne thérapeutique, les soignants qui animent un atelier doivent pouvoir assurer une certaine régularité dans les séances (exemples : même lieu, mêmes horaires, etc.), une transition entre chaque atelier (exemple : rappels des événements lors des séances précédentes), et une certaine forme de stabilité au sein du groupe (exemple : le nombre de participants reste le même d'une séance à l'autre). Il existe alors plusieurs types de groupe dont les modalités varient avec leur fonctionnement.

2.4.3.1 Groupes ouverts

On définit un groupe dit « ouvert » comme un groupe dont l'effectif peut changer à chaque séance. Les patients accueillis dans ce type de groupe ont la possibilité d'y participer à la fréquence de leur choix (dans la limite du cadre thérapeutique établi). Dans un groupe ouvert, les participants peuvent ainsi venir librement à n'importe quelle séance de l'atelier. Le contrat thérapeutique fictif qui s'instaure entre le thérapeute et le patient est alors assez souple. Les groupes ouverts sont ceux que l'on rencontre le plus dans les institutions psychiatriques. Cela peut s'expliquer d'une part car ils constituent une forme plutôt économique d'intervention. En effet, le nombre de patients accueillis et donc le nombre de prises en charge par séance est globalement plus important avec ce type de groupes. D'autre part, les groupes ouverts offrent une certaine forme de liberté pour les patients et pour les soignants. Ils sont probablement, dans ce sens, plus employés par les thérapeutes.

2.4.3.2 Groupes semi-ouverts

Le groupe dit « semi-ouvert » (ou « semi-fermé ») est un groupe où les modalités d'accueil sont plus strictes que celles décrites précédemment. Ainsi, on le définit comme un groupe où le nombre de participants inscrits au départ de la première séance est fixe. Les personnes s'engagent alors à participer à toutes les autres séances. Si une personne du groupe était amenée à devoir le quitter, une nouvelle place serait proposée à d'autres personnes. Le groupe semi-ouvert permet alors de s'assurer d'un certain niveau de participation dans les ateliers à médiation thérapeutique. En effet, le nombre de participants est, de fait, stable d'une séance à l'autre. Ce type de groupe est donc souvent employé dans le cadre de l'utilisation d'une médiation nécessitant une régularité présente au fil des

séances. Le groupe semi-ouvert se place, par définition, entre le groupe ouvert et le groupe fermé.

2.4.3.3 Groupes fermés

Dans un groupe « fermé », le nombre de personnes participant à l'activité est préétabli par le (ou les) thérapeute(s) garant(s) du cadre. Les participants s'engagent à rester présents d'une séance à l'autre et s'ils ne souhaitent plus venir aux ateliers, ils ne sont plus habilités à rejoindre le groupe lors d'une séance ultérieure. Les places laissées vacantes par les personnes qui quitteraient le groupe ne seraient pas proposées à d'autres patients dans le cas d'un groupe fermé. Le cadre thérapeutique établi est alors plus stricte dans ce type de groupe. Pour autant, cet aspect qui pourrait être jugé comme un « manque de liberté » pour les participants s'avère parfois être vecteur de sécurité pour certains patients. Ce type de groupe est assez rarement employé dans les institutions psychiatriques.

Dans le but d'éclairer les concepts décrits ci-avant, il convient maintenant de mettre en corrélation les principes théoriques précédents avec les éléments d'analyse pratique recueillis pour ce mémoire.

3. Méthodologie de recueil

Il convient maintenant de présenter les différents outils utilisés qui auront permis de recueillir les informations nécessaires à l'étude de mon mémoire.

3.1 Outils employés

Comme il a été présenté dans la problématique, le sujet de mon mémoire de fin d'études s'est initialement construit pendant mon stage en secteur psychiatrique à l'U.M.D de Plouguernevel. Suite à plusieurs avis et conseils de la part de formateurs et tuteurs ergothérapeutes, il m'est apparu intéressant de mettre en avant mon ressenti et d'analyser plus avant les éléments au cœur de mes questionnements initiaux. Ainsi, il m'a semblé pertinent de développer l'analyse d'interventions ergothérapeutiques en groupe fermé auxquelles j'ai personnellement participé. J'ai alors sélectionné trois situations vécues en stage autour d'activités proposées en groupes fermés notamment composés de patients schizophrènes. Ces analyses qualitatives de situations cliniques observées seront présentées ci-après. Il m'est apparu intéressant d'apporter mes observations, mes analyses et mes conclusions par rapport à ce contexte de prise en charge en groupe fermé pour pouvoir, dans un second temps, les confronter à des avis extérieurs.

Aussi, afin d'obtenir des informations sur l'intervention ergothérapeutique en groupe fermé et son incidence pour des personnes schizophrènes, il est apparu opportun de questionner les ergothérapeutes travaillant en santé mentale sur leur pratique professionnelle. Dans cette optique, j'ai soumis un questionnaire à des ergothérapeutes travaillant auprès de cette population. J'ai choisi d'utiliser cet outil afin de pouvoir obtenir un maximum de réponses variées. Ainsi, en envoyant mon questionnaire à des ergothérapeutes travaillant dans des secteurs d'activité différents, j'ai pu élargir le champ des réponses obtenues et recueillir des données variées.

3.2 Méthode de recherche

Concernant mes analyses, j'ai sélectionné trois situations. Lors de mon stage en U.M.D j'ai eu l'occasion de participer à diverses prises en charge en groupe fermé

notamment auprès de patients schizophrènes. J'ai sélectionné les trois situations décrites ci-après car elles correspondent à celles dans lesquelles je me suis le plus investi et pendant une durée de stage suffisante pour pouvoir en faire une analyse.

A propos du questionnaire, j'ai élaboré plusieurs versions et après en avoir discuté avec mon directeur de mémoire et mon entourage, j'ai envoyé la version définitive³⁴ par courriel à plusieurs ergothérapeutes. Afin de recueillir le plus de réponses possibles j'ai également proposé aux ergothérapeutes inscrits sur le forum « ergo-psy » du site internet de l'A.N.F.E de répondre à mon questionnaire. Aussi, j'ai tâché de trouver les adresses électroniques d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale en demandant à d'anciens tuteurs de stage et j'ai ainsi pu interroger des ergothérapeutes travaillant dans divers types de structures. Afin de garantir l'anonymat des ergothérapeutes interrogés, je n'ai pas demandé de renseignements personnels. J'ai cherché à obtenir le point de vue des ergothérapeutes par rapport à l'influence de la prise en charge en groupe fermé chez les personnes schizophrènes mais également sur l'influence d'une prise en charge en groupe fermé composé de patients présentant la même pathologie. En définitive j'ai obtenu dix-neuf réponses à mon questionnaire.

Dans un premier temps, je présenterai et analyserai trois situations de stage en mettant en avant les tenants et aboutissants d'une intervention ergothérapique en groupe fermé auprès, notamment, de patients schizophrènes. Dans un second temps, j'analyserai les données recueillies via mon questionnaire et expliciterai le point de vue des ergothérapeutes qui ont eu recours, dans leur pratique professionnelle, au type d'intervention décrit ci-avant. Enfin, je procéderai à une analyse comparée des deux différents recueils de données.

³⁴ V. Annexe 1.

4. Recueil de données

4.1 Situations vécues en stage

4.1.1 Première situation

Cette première situation est à l'origine de mes interrogations. Certains de ses aspects ont été évoqués dans la problématique de ce mémoire. J'ai eu l'opportunité de travailler accompagné d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien auprès d'un groupe finalement composé de deux patients³⁵.

- Type de groupe : fermé
- Patients : deux patients schizophrènes
- Médiation : activité « musique »
- Lieu : salle de psychomotricité (spacieuse avec des tapis au sol)
- Fréquence/Durée : deux fois 1h30 par semaine
- Objectifs pour les patients :
 - Evaluer les patients dans une démarche de production à deux
 - Mettre en situation les patients dans un contexte de relations intersubjectives et de partage d'expériences et d'émotions
 - Faire respecter le cadre thérapeutique préétabli
 - Stimuler les capacités cognitives des patients (mémoire de travail, attention, concentration, etc.)
- Moyens :
 - Exercices d'échauffement
 - Exercices de rythmique et de chant
 - Production et répétition d'une composition musicale en utilisant la voix

Il était intéressant d'observer l'évolution de ce groupe fermé et de ses participants. J'ai pris en charge ce groupe de la première séance jusqu'à la fin de mon stage soit huit séances d'une heure et demie. Au fur et à mesure des ateliers, des relations particulières se sont développées entre les deux patients du groupe. Au départ très distants et très individualistes, ils ont peu à peu trouvé une place au sein du groupe. Pendant les ateliers, les patients se permettaient même de plus de plus de propositions musicales en binôme. Les patients, probablement dans un espace vécu comme sécurisant pour eux, faisaient montre

³⁵ Deux des quatre patients initiaux avaient décidé de quitter le groupe car cela ne leur correspondait pas (V. *supra*. Partie 1; Problématisation. Paragraphe 13).

de lâcher-prise et exprimaient davantage leurs ressentis et leurs opinions sur l'atelier et le travail de l'autre.

A chaque fin de séance il était prévu un temps afin que les patients partagent leurs ressentis. C'est pendant ces instants particuliers que les deux patients participant à ce groupe ont exprimé les biens-faits de l'atelier. En effet, après s'être investis dans l'atelier, ils ont pu verbaliser, avec leurs mots, que le fait de participer à une activité en petit groupe qui « ne change pas » était mieux pour eux et que cela permettait « d'avancer d'une séance à l'autre ». En interprétant leurs mots, j'ai alors émis l'idée selon laquelle proposer un atelier à médiation thérapeutique en groupe fermé pouvait susciter un sentiment de sécurité et de stabilité psycho-affective. Ces éléments pourraient être d'autant plus bénéfiques chez ces personnes, présentant la même pathologie, dans le but de réinvestir des relations sociales.

Cette première situation m'a donc amené à m'interroger sur les bénéfices directs et/ou indirects de l'utilisation du groupe fermé chez des patients schizophrènes et ce en dehors du cadre thérapeutique préétabli par les thérapeutes. Aux vues de mes observations et de ce qu'ont pu verbaliser les patients ayant participé à ce premier atelier, on peut vraisemblablement penser que le groupe fermé a favorisé leur participation sociale et leur a apporté un plaisir à travers l'activité.

4.1.2 Deuxième situation

La deuxième situation correspond à un groupe auprès duquel j'intervenais accompagné d'un ergothérapeute. J'ai pu suivre ce groupe pendant sept séances.

- Type de groupe : fermé
- Patients : trois patients schizophrènes
- Médiation : activité « création d'un journal »
- Lieu : salle « informatique » (comprenant une table, des chaises et trois ordinateurs)
- Fréquence/Durée : deux fois 1h30 par semaine
- Objectifs pour les patients :
 - Créer un espace de réflexion et d'expression pour les patients
 - Faire respecter le cadre thérapeutique préétabli
 - Evaluer les comportements des patients en situation de groupe
 - Valoriser les capacités des patients
 - Stimuler leurs capacités cognitives
 - Responsabiliser et autonomiser les patients

- Moyens :
 - Création d'articles autour d'un thème central
 - Ecriture de textes, dactylographie puis mise en forme du journal
 - Publication du journal et mise à disposition des patients et soignants de l'U.M.D
 - Proposition de verbalisation des ressentis

Dans ce groupe, et au fur et à mesure des séances, j'ai observé une complicité qui s'installait entre les patients. Ces derniers, qui commençaient à bien se connaître, s'apportaient des conseils mutuellement par rapport à l'activité et des relations particulières de confiance s'étaient établies. Très sérieux durant les séances, chacun avait trouvé son rôle et nous, soignants, n'étions présents quasiment qu'en tant qu'observateurs. Les échanges étaient riches et de plus en plus spontanés entre les participants. Ce groupe fermé suscitait même parfois la jalousie d'autres patients qui avaient compris que les participants de l'atelier « journal » prenaient un réel plaisir à venir en ergothérapie et à travailler ensemble.

Concernant cette situation, nous proposons également un temps d'échange des ressentis à la fin de chaque séance. Les patients en mesure d'exprimer leurs émotions disaient que se retrouver tous ensemble, d'une séance à l'autre, était un plaisir et que cela était « plus facile pour parler ». Cette fois encore, en analysant les expressions des patients, on peut comprendre que la participation à une activité en groupe fermé, pour ces patients, leur permettait d'échanger plus facilement entre eux et stimulait, en ce sens, les interactions sociales. Aussi, ce cadre leur apportait un certain climat de sécurité et de stabilité dans ce sens qu'ils savaient, par avance, quelles personnes seraient présentes dans le groupe d'une séance à l'autre.

4.1.3 Troisième situation

La troisième situation correspond à un groupe que j'ai suivi accompagné de deux ergothérapeutes. Je suis intervenu auprès de ce groupe pendant huit séances.

- Type de groupe : fermé
- Patients : quatre patients dont trois schizophrènes
- Médiation : activité « théâtre »
- Lieu : salle de psychomotricité
- Fréquence/Durée : 2h par semaine
- Objectifs pour les patients :
 - Faire respecter le cadre thérapeutique préétabli

- Evaluer et stimuler les capacités psychomotrices des patients
 - Evaluer les comportements des patients en situation de groupe
 - Faciliter la relation à l'autre et rompre l'isolement du patient
 - Diminuer les angoisses et stimuler la confiance en soi des patients
- Moyens :
 - Exercices d'échauffements
 - Exercices scéniques d'improvisation en binôme et en individuel
 - Proposition de verbalisation des ressentis

Comme au départ de toute constitution d'un groupe, j'ai pu observer qu'un temps était nécessaire à l'adaptation de chaque participant. Certains patients qui se côtoyaient déjà dans les unités de vie de l'U.M.D, arrivaient en séance d'ergothérapie en investissant un tout autre espace. Ainsi, il s'agissait d'une redécouverte de chacun dans des situations nouvelles. Aussi, tout au long des séances, j'ai observé, chez les patients, de plus en plus de signes d'ouverture vers les autres. Durant les séances, certains patients, d'ordinaire très discrets et renfermés sur eux-mêmes, faisaient preuve d'humour et d'empathie de façon adaptée en partageant des émotions avec les autres participants. Enfin, j'ai notamment pu observer que les patients les plus expressifs parvenaient même à conseiller et aider les personnes les moins à l'aise avec la médiation proposée. Ces éléments illustrent le développement des relations intersubjectives et mettent en avant le caractère facilitant qu'apporte le cadre d'un groupe fermé.

Cette fois encore, durant le temps de verbalisation des ressentis prévu en fin de séance, les participants ont exprimé le fait que cet atelier leur était bénéfique et qu'il était plus agréable et facilitant que tout le monde se connaisse dans le groupe. Certains mettaient en avant le fait qu'il est « plus facile de jouer la comédie lorsqu'on connaît les personnes qui nous regardent ». Pour ces patients, présentant majoritairement une problématique de persécution, ce dernier élément apparaît tout à fait pertinent et on peut comprendre que dans un groupe fermé, où les participants se connaissent tous, les regards et les échanges soient moins sujets à interprétation pour ces patients schizophrènes. Aussi, concernant cet atelier, les patients ont verbalisé leurs ressentis par rapport à certains aspects symptomatologiques. En effet, certains participants ont su exprimer le fait que l'activité, dans un tel groupe, permettait de ne « penser à rien d'autre ». En y réfléchissant j'ai compris

que cet atelier leur permettait également d'atténuer le vécu de leur délire et des hallucinations qu'ils pouvaient avoir.

Dans chaque groupe fermé présenté ci-dessus auquel j'ai pu participer, il y avait donc au moins deux patients schizophrènes. La plupart des patients étaient des personnes présentant une symptomatologie construite autour d'un délire de persécution. Ainsi, la proposition d'un groupe fermé pour ces individus a semblé d'autant plus pertinente car elle renforçait le sentiment de confiance entre les membres et avec les soignants. Or, cette ouverture sur l'environnement extérieur et sur les autres en général est bien souvent une faille lorsque l'on souffre de schizophrénie. Le groupe fermé a donc, en ce sens, participé à l'établissement de ce sentiment de confiance, de l'alliance thérapeutique, et donc de l'adhésion au système de soin pour ces patients schizophrènes.

4.2 Questionnaire orienté

Le questionnaire³⁶ comportait dans un premier temps des questions fermées afin de sélectionner les ergothérapeutes qui, d'une part avaient eu l'occasion de travailler auprès de patients schizophrènes, et d'autre part en groupe fermé. Ainsi aux questions « *Dans votre pratique professionnelle, êtes-vous déjà intervenu(e) auprès de patients adultes schizophrènes ?* » et « *Avez-vous déjà proposé des ateliers/activités en groupe ?* », tous les ergothérapeutes ont répondu positivement. Ensuite, sur les dix-neuf ergothérapeutes qui ont répondu à la question « *Avez-vous déjà proposé à vos patients des activités en groupe fermé ?* », douze d'entre eux indiquent avoir déjà proposé des groupes fermés pour leurs interventions. L'analyse des éléments de réponse aux questions ouvertes ci-après correspond à celles de ces douze ergothérapeutes.

- Concernant la question « ***Quel(s) type(s) d'activité avez-vous proposé pour ces groupes fermés ?*** » posée à l'ensemble des douze ergothérapeutes :

Cette question a été formulée dans le but d'observer si certaines activités, plus que d'autres, étaient en adéquation avec une prise en charge en groupe fermé. Les réponses multiples et variées n'indiquent pas de véritable médiateur privilégié. Cela ramène à penser que le médiateur n'est pas le cœur d'une prise en charge mais bien un outil thérapeutique.

³⁶ V. *infra*. Annexe 1.

Comme décrit précédemment, la médiation n'est en effet qu'un intermédiaire à l'établissement de relations sociales³⁷. Pour autant, 25% des ergothérapeutes citent l'outil « *programme d'éducation thérapeutique* » comme activité utilisée en groupe fermé dans leur pratique professionnelle. Cette donnée s'expliquerait alors par le fait que l'éducation thérapeutique nécessite un certain niveau de confiance et de stabilité entre les membres d'un groupe, ce que favorise, en ce sens, un groupe fermé.

- Concernant la question « ***Est-il arrivé que les patients présents lors de ces groupes fermés soient tous diagnostiqués schizophrènes ?*** » posée à l'ensemble des douze ergothérapeutes :

Pour cette question, 42% des ergothérapeutes affirment avoir déjà effectué des interventions en groupe fermé uniquement composé de patients schizophrènes. En excluant l'éventualité qu'un ergothérapeute travaillant dans un établissement de santé mentale ait rencontré uniquement des personnes schizophrènes dans sa pratique professionnelle, cette donnée indique que près de la moitié des personnes interrogées a jugé intéressant de proposer une prise en charge en groupe fermé à des patients présentant la même pathologie, ici la schizophrénie. Cela tend à penser qu'il y a davantage de bénéfices pour les patients à proposer un groupe fermé uniquement composé de personnes schizophrènes qu'un groupe avec de multiples pathologies représentées.

- Concernant la question « ***Quels sont les intérêts, selon vous, de proposer des prises en charge de groupe fermé avec des patients présentant la même pathologie ?*** » posée à l'ensemble des douze ergothérapeutes :

Les réponses à cette question ont mis en avant le fait que proposer une médiation thérapeutique en groupe fermé à des patients présentant la même pathologie permettrait à certains dont la symptomatologie est jugée moins « lourde » d'échanger plus facilement sur leur perception de la pathologie avec ceux qui ne sont pas forcément au même stade de la maladie. Ainsi, 25% des ergothérapeutes répondent qu'un phénomène de « *pairémulation*³⁸ » se construit dans ce type de groupes. Pour les ateliers d'éducation

³⁷ V. *supra*. Partie 1. Problématisation. Paragraphe 6.

³⁸ Selon le Groupement Français des Personnes Handicapées (G.F.P.H), la « pairémulation » se définit comme la « *transmission de l'expérience par les personnes handicapées autonomes, pour les personnes handicapées en recherche de plus d'autonomie, et avec le but de renforcer la conscience de ces dernières quant à leurs possibilités, leurs droits et leurs devoirs.* ».

thérapeutique ou de « *psychoéducation à la pathologie* », certains mettent même en corrélation la nécessité de proposer des groupes fermés avec des participants souffrant de la même pathologie. La pairémulation permet alors aux personnes plus expérimentées dans la pathologie d'aider et de soutenir les individus les plus perturbés qui font face aux mêmes problèmes dans le vécu de la maladie. Certains participants au questionnaire affirment également que proposer un atelier en groupe fermé à des personnes présentant la même pathologie peut favoriser le sentiment de confiance entre les participants et avec les soignants. Selon les ergothérapeutes interrogés, les patients semblent alors « *plus tolérants avec les personnes qui partagent les mêmes ressentis* ».

- Concernant la question « ***Selon vous, qu'est-ce que peut apporter l'utilisation du groupe fermé par rapport à un autre type de prise en charge de groupe auprès de patients schizophrènes ?*** » posée à l'ensemble des douze ergothérapeutes :

50% des personnes interrogées expriment le fait que le groupe fermé permet d'instaurer un climat de confiance chez les patients entre eux et vis-à-vis du thérapeute. Dans ce sens, le groupe fermé participerait à l'établissement d'une alliance thérapeutique. En effet, les ergothérapeutes expliquent qu'un groupe fermé impose un cadre stricte et défini en termes de fréquence, de durée, d'espace et de participants, plus qu'un autre type de groupe. Cela permettrait ainsi de favoriser le développement des interrelations sociales et ce d'autant plus chez des patients schizophrènes qui présentent généralement tous une problématique d'isolement et de perte de confiance envers les autres.

42% des ergothérapeutes interrogés emploient le terme de cadre « *sécurisant et structurant* » pour parler des éléments apportés par l'utilisation du groupe fermé. Ils affirment aussi que le groupe fermé diminue le « *facteur stress* » et favorise alors la prise de parole des participants ainsi que l'élaboration de repères temporo-spatiaux. Les réponses à mon questionnaire mettent notamment en avant que ce type de groupe permet, par l'intermédiaire de son cadre, de travailler sur « *les angoisses de morcèlements* » et « *restructure dans la réalité le patient dissocié* ».

Tous ces éléments de réponse amènent à penser que la réunion, dans un groupe fermé, de personnes connaissant les mêmes problèmes, ici des schizophrènes, stimule d'autant plus les échanges intersubjectifs et favorise les relations de confiance entre les individus. De plus, près de la moitié des personnes interrogées apportent des réponses

convergeant vers les notions de confiance, de stabilité, d'entre-aide, de sécurité et de structuration favorisées par l'utilisation du groupe fermé. Sachant que ces notions font partie des éléments à prendre en compte et à stimuler dans la prise en soins des personnes schizophrènes, il apparaît opportun, selon toute mesure, de préconiser ce type de groupe auprès de cette population.

4.3 Analyse comparée des deux types de recueil

Dans un premier temps, trois situations de stage vécues auprès de patients schizophrènes, dans un contexte d'activité à médiation thérapeutique en groupe fermé, ont été analysées. Dans un second temps, un questionnaire a été proposé dont l'analyse des divers points de vue apportés par les ergothérapeutes interrogés a mis en avant plusieurs éléments.

La première situation analysée a notamment mis en lumière les sentiments de sécurité et de stabilité psycho-affective exprimés par les patients schizophrènes participant à un atelier en groupe fermé. Ce type de prise en charge leur permettait également de se réinvestir plus facilement dans les relations sociales. Or, dans les réponses à mon questionnaire, 42% des ergothérapeutes évoquent ces mêmes éléments relatifs à l'intervention en groupe fermé en parlant de « *cadre sécurisant* » et de diminution du « *facteur stress* ». On peut dès lors établir une corrélation entre tous ces éléments. Ainsi, on peut concevoir que la prise en charge en groupe fermé favorise un confort psychologique et diminue les angoisses liées à l'incertitude et à l'imprévu, facilitant ainsi les interrelations sociales.

Les deuxième et troisième situations analysées ont notamment mis en avant, chez les patients, une forme d'ouverture vers les autres et de partage des émotions grâce, notamment, à l'empathie et à la capacité de verbalisation des ressentis, facilités par l'utilisation de médiations thérapeutiques en groupe fermé. De plus, il apparaît que ce type d'intervention diminue le phénomène d'interprétation présent chez ces patients schizophrènes en leur permettant de mieux se connaître et de se familiariser à la présence des autres participants. Aussi, concernant ces situations, le groupe fermé semblait favoriser les relations de confiance et de complicité chez les patients accueillis. Or, dans les réponses à mon questionnaire, certains ergothérapeutes évoquent le fait que les patients sont plus

indulgents avec les personnes partageant les mêmes problématiques. De plus, la plupart des ergothérapeutes interrogés ont exprimé le fait que la prise en charge en groupe fermé favorise le sentiment de confiance entre les patients. On peut alors établir une corrélation entre tous ces éléments et vraisemblablement penser que la prise en charge en groupe fermé avec des patients présentant la même pathologie stimule le développement des relations intersubjectives et le partage des ressentis personnels.

Ces éléments ont permis de mettre en avant les bénéfices de ce type d'intervention auprès de cette population à travers les ressentis exprimés par les patients eux-mêmes. Ainsi, il apparaît, d'une façon générale, et pour la plupart d'entre eux, que les médiations thérapeutiques proposées en groupe fermé permettent de faciliter les échanges entre les participants, d'apporter une sécurité psychologique ainsi qu'une stabilité psycho-affective et un sentiment de confiance. Enfin, il semble que les patients éprouvent davantage de plaisir à participer à ces ateliers et à retrouver leurs pairs autour d'une activité en groupe fermé. Cette notion de plaisir semble donc être majorée dans ce type de groupe et auprès de cette population qui présente un besoin particulier de stabilité et de confiance.

Deux aspects principaux se dégagent alors par rapport aux éléments favorisés par ce type d'intervention. D'une part, la prise en charge en groupe fermé semble être plus appréciée des patients parce qu'elle offre une stabilité en ce sens que les participants ne changent pas d'une séance à l'autre. D'autre part, l'intervention en groupe fermé auprès de patients présentant la même pathologie apparaît intéressante car elle facilite les échanges et les relations intersubjectives.

Après avoir analysé les observations effectuées à travers les situations de stage professionnel expérimentées et après avoir traité les données recueillies via le questionnaire, les tenants et les aboutissants des interventions ergothérapeutiques en groupe fermé auprès de patients adultes schizophrènes ont été mis en lumière.

5. Discussion et commentaires

5.1 Remarques sur la prise en charge en groupe

Il convient désormais d'apporter les commentaires en rapport aux informations recueillies et de confronter les résultats obtenus avec les hypothèses de recherche initialement formulées.

Concernant mes expériences de stages professionnels, j'ai eu l'occasion d'intervenir au sein de deux différents types d'institutions psychiatriques, en U.M.D et en Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S). J'ai pu observer et participer soit à des groupes fermés, soit à des groupes semi-fermés ou encore à des prises en charge individuelles. Bien sûr, ces éléments correspondent à mon expérience personnelle et ne concernent que deux établissements psychiatriques sur plus de trois cents en France. Le type de groupe choisi est une composante du cadre thérapeutique préétabli par l'ergothérapeute. Ce cadre doit être adapté aux patients pris en charge et peut être remanié d'une séance à l'autre s'il s'avère inadéquat avec l'évolution de la problématique des personnes accueillies. En ce sens, on peut tout à fait imaginer qu'un groupe initialement ouvert pourrait devenir fermé, et inversement, si cela était jugé pertinent.

On pourrait également penser qu'un type de groupe intermédiaire entre le groupe fermé et le groupe ouvert constituerait une forme de compromis et on pourrait envisager, à juste titre, l'utilisation du groupe « semi-ouvert ». Cependant, si on s'en tient à la définition stricte de ce dernier type de groupe, les éléments principaux favorisés par le groupe fermé que sont la stabilité psycho-affective, la sécurité et les relations de confiance seraient remis en question avec l'utilisation d'un groupe semi-ouvert. En effet, ce dernier propose, dans son cadre d'utilisation, de pouvoir « remplacer » un participant par un autre si un désistement devait survenir. Finalement, on peut considérer qu'il n'y a pas de modèle de prise en charge « idéale ». Il faut donc bien appréhender tous ces différents types d'intervention afin de proposer des prises en charge efficaces et adaptées pour les patients.

Aussi, il m'a semblé intéressant d'évoquer le fait que la construction d'un groupe de patients constitue également un outil d'évaluation. En plus de favoriser les relations intersubjectives, le groupe permet d'évaluer chaque individualité au sein d'une

communauté. Dans le cas d'un groupe fermé, l'évaluation des comportements des patients en société est alors facilitée dans le sens où l'on s'assure, autant que faire se peut, de la présence de la personne en atelier d'une séance à l'autre.

Il m'est enfin apparu intéressant de rappeler que, dans les écrits nosologiques des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, de nombreuses formes de schizophrénies ont été décrites, classifiées et répertoriées. Pour autant, malgré un diagnostic identique, deux personnes schizophrènes ne présentent jamais exactement la même symptomatologie. En effet, le vécu des symptômes est toujours propre à chaque patient ce qui rend chaque personne schizophrène, comme tout individu, unique. Une catégorisation des personnes schizophrènes par rapport à leur symptomatologie ne constitue donc pas une solution pour améliorer leur prise en soin. Certes, un diagnostic est essentiel pour une prise en soins mais l'obstination de classification ne permet probablement pas de mieux comprendre la problématique de la personne schizophrène. Aussi, lorsque nous proposons, en ergothérapie, des ateliers à médiations thérapeutiques, il semble essentiel de prendre un temps d'observation et de réflexion pour chaque participant en proposant des activités diverses dans le but d'effectuer des évaluations dans des situations variées. Ainsi, les interventions ergothérapeutiques devraient, à mon sens, constituer des prises en soins « sur mesure » pour chaque patient. Cependant, le cadre institutionnel en secteur psychiatrique ne permet pas toujours d'effectuer des interventions « idéales ». En effet, les conditions matérielles, environnementales, et de ressources humaines dépendent des instances directrices de l'établissement de soins psychiatriques. Malgré le fait que l'ergothérapeute soit un professionnel de santé possédant des capacités d'adaptation et d'autonomie, il ne peut et ne doit pas agir entièrement seul lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients et notamment dans le cadre d'interventions en groupe fermé. Ces dernières doivent être discutées et argumentées auprès de la direction de l'établissement de soins, sinon auprès du cadre de proximité référent, afin d'établir un véritable plan de soins personnalisé et adapté aux projets de l'institution et du patient.

5.2 Réponses aux hypothèses de recherche

A travers ma question de recherche j'ai voulu comprendre en quoi l'utilisation de médiations thérapeutiques en groupe fermé constituait un moyen ergothérapeutique favorisant

la réadaptation psychosociale des personnes adultes schizophrènes. Pour orienter mes axes de réflexion, j'ai alors formulé l'hypothèse suivante : l'intervention ergothérapique employant l'utilisation de médiations thérapeutiques, auprès de patients adultes schizophrènes, est plus adaptée en groupe fermé qu'avec un autre type de groupe. J'ai également formulé une autre hypothèse selon laquelle l'utilisation de médiations thérapeutiques, en groupe fermé, serait d'autant plus bénéfique si le groupe était uniquement composé de patients présentant la même pathologie, ici la schizophrénie.

Afin d'obtenir des éléments de réponse à ma question de recherche j'ai alors analysé trois situations vécues en stage professionnel en U.M.D. En parallèle, j'ai également proposé un questionnaire à plusieurs ergothérapeutes travaillant en santé mentale relatif à leur pratique professionnelle auprès de patients schizophrènes. Aux vues des résultats, j'ai pu mettre en avant le fait que les médiations thérapeutiques proposées en groupe fermé permettaient d'apporter un sentiment de sécurité, de confiance entre les patients et les thérapeutes. Ces éléments tendent donc à valider ma première hypothèse. De plus, grâce aux données recueillies en stage et avec les réponses obtenues à mon questionnaire, j'ai pu mettre en avant le fait que la proposition d'un groupe fermé composé de patients souffrants de la même pathologie permettait de faciliter les échanges et les relations intersubjectives. Ces éléments amènent alors à valider ma deuxième hypothèse.

Concernant mes analyses j'ai voulu mettre en lumière un élément majeur pour chacune d'elles. Ainsi, afin d'éviter d'éventuelles redondances, je n'ai pas souhaité développer, pour chaque analyse, un même aspect bien que, pour chacun des groupes, certains éléments observés étaient très comparables (exemple : dans le groupe « théâtre » et dans le groupe « musique », les patients accueillis faisaient preuve de plus en plus d'humour et d'expressivité).

En ce qui concerne le questionnaire, j'ai choisi de ne pas analyser les réponses obtenues à la question « *Quelle(s) autre(s) pathologie(s) est (sont) représentée(s) au sein de ces groupes fermés ?* » car elles n'apportaient, selon moi, aucunes données intéressantes par rapport à mon sujet d'étude. Les informations recueillies étaient inexploitable et ne pouvaient faire l'objet d'une analyse.

Aussi, malgré une corroboration des résultats obtenus avec mes hypothèses de recherche, l'étude menée ici s'appuie sur des données qui ne peuvent faire l'objet d'une

généralisation. Les informations recueillies et les analyses réalisées ne permettent d'apporter des réponses qu'à échelle réduite. D'autres éléments soulèvent même des questionnements qui mériteraient de faire l'objet d'une critique.

5.3 Critique de la méthodologie de recueil

Il est à noter que mes analyses de situation s'appuient sur des prises en charge de groupe fermé uniquement. Il aurait été intéressant d'analyser également des interventions en groupe ouvert afin de réaliser une comparaison des deux types de prises en charge. Cependant, je n'ai pas eu l'opportunité de participer à des interventions ergothérapeutiques en groupe ouvert auprès de patients schizophrènes parmi les prises en charges que j'ai réalisées lors de mes deux stages en institutions psychiatriques. Aussi, bien que cet aspect de constitue pas le cœur de la recherche, il m'a semblé opportun d'envisager les éléments de comparaisons entre groupe ouvert et groupe fermé dans la phase de définition des notions abordées³⁹. Egalement, j'ai souhaité, dans mon questionnaire, soulever une approche comparative du groupe fermé par rapport aux autres types de prise en charge en groupe.

Aussi, j'aurais souhaité participer à un (ou plusieurs) groupe(s) d'éducation thérapeutique avec des patients schizophrènes. En effet, cela aurait probablement permis de rendre compte, plus avant, de ce que peut impliquer la « *pairémulation* » évoquée dans les réponses à mon questionnaire. Cet aspect aurait pu permettre d'appuyer davantage mon hypothèse selon laquelle la proposition en groupe fermé d'un atelier avec des patients présentant la même pathologie serait plus pertinente pour les participants.

J'aurais également voulu expérimenter davantage de groupes fermés avec des patients présentant une autre pathologie que la schizophrénie afin d'obtenir des éléments de comparaison. Malheureusement, dans mes expériences de stage, je n'ai pas eu cette opportunité. On peut néanmoins envisager que les groupes fermés sont plus favorablement proposés aux personnes schizophrènes et qu'il est potentiellement rare d'observer, en groupe fermé, des personnes présentant d'autres types de pathologies.

Concernant mon sujet d'étude, il s'agissait bien de mettre en avant les apports d'une prise en charge en groupe fermé auprès de patients schizophrènes. Cependant, il pourrait

³⁹ V. *supra*; Partie 2; Chapitre 2.4.2.

être intéressant d'élargir cette étude en effectuant une « double analyse comparative croisée » de situations⁴⁰.

Enfin, au moment où j'ai vécu les situations de stage décrites ci-avant et où j'ai pris des notes par rapport aux observations effectuées je n'étais qu'en deuxième année de formation. Ainsi, je n'avais pas encore, à l'époque, la mesure entière de ce qu'implique une intervention ergothérapique auprès de patients schizophrènes, d'autant plus en groupe fermé. Mes analyses de situations ayant alors conduit à des considérations assez générales, j'avais décidé d'appuyer mes propos par un questionnaire réalisé auprès d'ergothérapeutes travaillant dans ces conditions.

⁴⁰ V. *infra*. Annexe 2.

Conclusion

Ce travail de recherche s'est centré sur la prise en charge ergothérapique en groupe fermé des personnes adultes schizophrènes. Ces patients, présentant, pour la plupart, une problématique d'isolement social, ce type d'intervention apparaissait comme un élément clé auprès de ce type de population. Une étude de la pratique ergothérapique dans ce contexte a été menée dans le but de dégager les éléments suscités par ce type d'intervention.

Après avoir analysé les données observées lors de situations concrètes d'interventions ergothérapiques en groupe fermé auprès de personnes schizophrènes, un questionnaire proposant d'explicitier la démarche professionnelle a été adressé aux ergothérapeutes travaillant dans le secteur de la santé mentale. L'analyse comparée de ces recueils de données a permis de mettre en lumière la pertinence de la proposition de l'utilisation de médiations thérapeutiques en groupe fermé auprès de personnes adultes souffrants de schizophrénie.

Ce travail de recherche a également dégagé d'autres questionnements pour lesquels une étude particulière mériterait d'être entreprise. En effet, on pourrait encore se demander s'il serait envisageable de créer un modèle idéal de prise en charge adapté à chaque individu. Pour autant, sachant que chaque personne présente des particularités uniques, ne serait-il pas utopique de croire en l'existence d'interventions « sur mesure », pertinentes, efficaces et adaptées à chaque patient ? Aussi, est-il légitime de se dire que l'incertitude et l'imprévu font partie intégrante de l'intervention ? Une prise en charge adéquate serait-elle alors inenvisageable ?

Bibliographie

❖ Monographies :

- ANZIEU, D., et MARTIN, J-Y., 2006, *La dynamique des groupes restreints*, 15^e éd., Paris : PUF
- AUBARD, I., et al., 2007, *Ateliers en psychiatrie : médiations thérapeutiques*, Paris : Masson
- BRUN, A., et al., 2012, *Les médiations thérapeutiques*, 2^e éd., Toulouse : Erès
- HAOUZIR, S. et BERNOUSSI, A., 2005, *Les schizophrénies*, Saint Germain du Puy : Armand Colin
- HERNANDEZ, H., et al., 2007, *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, Paris : Solal
- LLORCA, P-M., 2006, *Mieux connaître la schizophrénie*, Paris : John Libbey Eurotext
- MANIDI, M-J., et al., 2005, *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*, [en ligne], Lausanne : EESP. Disponible sur internet : http://www.eesp.ch/uploads/tx_eespbooks/43_ergotherapie_comparee.pdf (Consulté le 17 Avril 2014)
- MUCCHIELLI, R., 2012, *La dynamique des groupes*, 21^e éd., Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur

❖ Articles :

- KAPSAMBELIS, V., 2012. Médiations : entre quoi et quoi ?. *Psychothérapies*, 32, 2, pp. 69-71
- WHOQOL GROUP (Geneva), 1993. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. *Quality Life Research*, 2, pp. 153-159

❖ Lois, décrets :

- Ministère des affaires sociales et de la santé, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative *aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal officiel du 5 mars 2002 page 4118. Disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=23BFCF8978EDB568052663341D3ABA1D.tpdjo16v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685766&dateTexte=20140413&categorieLien=id#LEGIARTI000006685766>
(Consulté le 8 Avril 2014)

- Ministère des affaires sociales et de la santé, loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*. Journal officiel du 6 juillet 2011 page 11705.
Disponible sur internet :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&fastPos=1&fastReqId=1410553195&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>> (Consulté le 12 Avril 2014)

❖ Sites internet :

- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (A.N.F.E) : <<http://www.anfe.fr/>>
(consulté le 22 Mars 2014)

- Groupement Français des Personnes Handicapées (G.F.P.H) : <<http://gfph.dpi-europe.org/frame.html>> (consulté le 28 Avril 2014)

- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M) :
<<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie--psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>> (consulté le 3 Avril 2014)

- Société Québécoise de la Schizophrénie (S.Q.S) : <<http://www.schizophrenie.qc.ca/>>
(consulté le 29 Mars 2014)

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire sur votre pratique professionnelle

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je cherche à recueillir votre opinion et des réponses à mes interrogations aux vues de votre expérience professionnelle en santé mentale. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, seul votre point de vue est demandé.

- Dans votre pratique professionnelle, êtes-vous déjà intervenu(e) auprès de patients adultes schizophrènes ?
 - OUI
 - NON

- Avez-vous déjà proposé des ateliers/activités en groupe ?
 - OUI
 - NON

- Avez-vous déjà proposé à vos patients des activités en groupe fermé ?
 - OUI
 - NON

- Quel(s) type(s) d'activité avez-vous proposé pour ces groupes fermés ?

Réponse libre

- Est-il arrivé que les patients présents lors de ces groupes fermés soient tous diagnostiqués schizophrènes ?
 - OUI
 - NON

- Si NON : Quelle(s) autre(s) pathologie(s) est (sont) représentée(s) au sein de ces groupes fermés ?

Réponse libre

- Quel sont les intérêts, selon vous, de proposer des prises en charge de groupe (fermé) avec des patients présentant la même pathologie ?

Réponse libre

- Selon vous, qu'est-ce que peut apporter l'utilisation du groupe fermé par rapport à un autre type de prise en charge de groupe auprès de patients schizophrènes ?

Réponse libre

Annexe 2 : Protocole d'étude analytique comparative de prises en charge de groupe

Pour aller plus loin dans mon analyse comparée de situations de stage, si les moyens le permettaient, il pourrait être opportun de réaliser la démarche d'étude comparative suivante selon le protocole décrit ci-après :

