



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2023-2024

**Réhabilitation psychosociale comme
alternative à l'hospitalisation complète en
psychiatrie : l'ergothérapeute dans
l'accompagnement du processus de
rétablissement**

Alice MARINIER

Tuteur de mémoire : Sabine LIONNARD-RETY



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LESCURE Caroline

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Remerciements

Je tiens à remercier ici les différentes personnes qui m'ont permis d'une part de réaliser ce travail, mais aussi de m'épanouir au cours de ces trois années de formation :

Mme Sabine Lionnard-Rety, pour son accompagnement tout au long de l'élaboration de mon mémoire, pour ses précieux conseils, sa bienveillance et sa patience ;

Les équipes pédagogiques et formateurs des IFE de Tours et de Lyon, pour le partage de savoirs, savoirs-être et savoirs-faire essentiels pour mon épanouissement professionnel, et pour avoir contribué à mon envie d'exercer cette profession ;

Les ergothérapeutes ayant participé à cette étude, pour leur temps et le partage de leurs expériences ;

Les étudiants avec qui j'ai partagé cette formation, et plus particulièrement les amis que j'ai rencontré au cours de ces trois ans, pour votre positivité, votre bienveillance et les souvenirs créés ensemble ;

Les personnes rencontrées à travers l'engagement associatif, avec qui j'ai partagé bien plus qu'un mandat ;

Mes proches et ma famille, pour vos relectures mais surtout votre écoute, votre présence et le soutien sans faille dont vous avez fait preuve, et plus particulièrement ma mère, pour m'avoir accompagné dans ces épreuves sans jamais douter de moi. J'en suis infiniment reconnaissante.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
PREAMBULE.....	8
INTRODUCTION.....	9
1. PARTIE THEORIQUE	11
1.1. LES TROUBLES PSYCHIQUES ET HANDICAP.....	11
1.1.1. Définition des troubles psychiques.....	11
1.1.2. Présentation des différents troubles psychiques	11
1.1.3. Caractéristiques du handicap psychique et retentissements sur la vie quotidienne.....	12
1.2. DIFFERENTS DISPOSITIFS ET PARCOURS DE SOIN EN SANTE MENTALE	13
1.2.1. Hospitalisation complète.....	13
1.2.2. L'existence d'alternatives à l'hospitalisation complète	14
1.2.2.1. Historique de la psychiatrie hors les murs	14
1.2.2.2. La question de la chronicisation.....	15
1.2.2.3. Intérêts des structures alternatives pour les personnes bénéficiaires de soins.....	16
1.2.2.4. Point de vue politique et économique	17
1.2.3. Structures alternatives à l'hospitalisation complète.....	17
1.2.3.1. SAMSAH et SAVS	17
1.2.3.2. Equipes Mobiles en psychiatrie	19
1.2.3.3. Centre Médico-psychologique et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.....	20
1.2.3.4. Autres dispositifs d'accompagnement	21
1.3. RETABLISSEMENT ET REHABILITATION PSYCHOSOCIALE.....	23
1.3.1. Historique de la réhabilitation psychosociale	23
1.3.2. Définition et valeurs de la réhabilitation psychosociale	23
1.3.3. Emergence de la notion de rétablissement.....	24
1.3.4. Définition du rétablissement.....	25
1.3.5. Différents stades du rétablissement	26
1.4. ERGOTHERAPIE ET REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	27
1.4.1. Ergothérapie en psychiatrie.....	27
1.4.2. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale : quels liens ?.....	28
1.4.3. Réhabilitation et rétablissement au prisme de l'ergothérapie : notion de compétence occupationnelle.....	29
2. PARTIE METHODOLOGIE	31
2.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	31

2.2.	TYPE D'ETUDE	31
2.3.	CHOIX DE LA POPULATION	31
2.4.	CHOIX ET ELABORATION DE L'OUTIL D'INVESTIGATION	32
2.5.	CONTEXTE ET CONDITIONS DE PASSATION DES ENTRETIENS	32
2.6.	METHODE DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES	33
2.7.	RESPECT DES REGLES ETHIQUES.....	33
3.	RESULTAT / ANALYSE.....	34
3.1.	CONTEXTE.....	34
3.1.1.	<i>Présentation des participants.....</i>	34
3.1.2.	<i>Présentation des structures et de leur fonctionnement.....</i>	34
3.1.3.	<i>Problématiques et besoins des personnes accompagnées.....</i>	35
3.2.	ORIENTATION REHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET RETABLISSEMENT DES STRUCTURES.....	36
3.2.1.	<i>Intégration des pratiques de réhabilitation psychosociale et de rétablissement.....</i>	36
3.2.2.	<i>Processus d'accompagnement.....</i>	36
3.2.3.	<i>Moyens d'interventions.....</i>	37
3.3.	POSITIONNEMENT DE L'ERGOTHEPEUTE DANS LA STRUCTURE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	38
3.3.1.	<i>Ergothérapie et la réhabilitation psychosociale : des liens forts.....</i>	38
3.3.2.	<i>Positionnement et rôle de l'ergothérapeute dans l'équipe.....</i>	39
3.3.3.	<i>Enjeux de l'ergothérapeute dans ces structures.....</i>	39
3.4.	INTERVENTION DE L'ERGOTHEPEUTE.....	40
3.4.1.	<i>Processus d'intervention de l'ergothérapeute.....</i>	40
3.4.1.1.	Modèles conceptuels.....	40
3.4.1.2.	Description de l'accompagnement type	40
3.4.2.	<i>Outils d'évaluation</i>	41
3.4.3.	<i>Axes et moyens d'intervention</i>	42
3.4.4.	<i>Freins à l'intervention.....</i>	43
3.5.	ENJEUX DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE DANS LE PROCESSUS DE RETABLISSEMENT	44
3.5.1.	<i>Place de ces structures dans le parcours de soin des personnes</i>	44
3.5.2.	<i>Bénéfices des structures pour les personnes accompagnées.....</i>	45
3.5.3.	<i>Effets sur la limitation de l'hospitalisation.....</i>	45
3.6.	REHABILITATION PSYCHOSOCIALE, ERGOTHEPEUTIQUE ET DESINSTITUTIONALISATION : DES ENJEUX GLOBAUX	46
4.	DISCUSSION.....	47
4.1.	CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA THEORIE	47
4.1.1.	<i>Intégration de la réhabilitation psychosociale dans les structures</i>	47
4.1.2.	<i>Différents dispositifs de soins : des enjeux individuels et sociétaux</i>	48

4.1.2.1.	Enjeux pour les personnes ayant des troubles psychiques.....	48
4.1.2.2.	Enjeux sociétaux	48
4.1.3.	<i>Ergothérapie, réhabilitation psychosociale et rétablissement</i>	49
4.1.3.1.	Rôle de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale	49
4.1.3.2.	Intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie et accompagnement du processus de rétablissement.....	50
4.2.	INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE	51
4.3.	PERSPECTIVES DE POURSUITE DE L'ETUDE.....	52
CONCLUSION.....		53
BIBLIOGRAPHIE		54
ANNEXES		I

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CESF : Conseiller en Economie Sociale et Familiale

CMP : Centre Médico-Psychologique

EBR : Evaluation des Besoins de Réhabilitation

ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins

KTA : Kitchen Task Assessment

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale

OQ : Occupationnal Questionnaire

OSA : Occupationnal Self-Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEO : Personne – Environnement – Occupations

RPS : Réhabilitation Psycho-Sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

TEM : Test des Errances Multiples

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Famille de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

UPSA : University of California, San Diego Performance-Based Skills Assessment

Préambule

Le domaine de la psychiatrie m'a toujours intéressée, de ce fait j'attendais avec impatience de pouvoir faire un stage dans ce milieu. En effet, c'est un domaine que nous connaissons peu et pour lequel le rôle de l'ergothérapeute n'est pas toujours simple à comprendre lorsqu'on ne l'a pas encore vécu. Ainsi, en deuxième année d'études, j'ai réalisé un stage dans différents services de psychiatrie, en unité d'hospitalisation complète, en hôpital de jour et en équipe mobile. La diversité des rencontres que j'ai pu faire a été très marquante pour moi : des personnes de tous les âges, de différentes origines, de différentes catégories socio-professionnelles... L'hôpital de jour, dans sa fonction de transition entre le milieu du soin et le milieu ordinaire, accueille une diversité de personnes très importante.

Parmi eux, une jeune patiente de 18 ans m'a particulièrement marquée. Suivie en psychiatrie depuis le début de son adolescence, elle fait désormais des allers-retours fréquents entre l'hospitalisation complète et l'hôpital de jour. Elle m'a un jour dit « Je le sais, je passerai ma vie à l'hôpital ». Elle semblait autant résignée qu'en colère face à cette affirmation, ce qui m'a particulièrement touchée. Effectivement en allant dans les unités d'hospitalisation complète, j'ai rencontré des personnes hospitalisées depuis plusieurs dizaines d'années et dont le lieu de vie était devenu l'hôpital et ses différents services. Après autant de temps passé dans l'institution, il est souvent impossible pour nombreuses de ces personnes d'envisager une sortie définitive ou un retour à domicile.

Cette situation m'a questionnée sur différents aspects. Est-ce que l'hospitalisation longue, avec un risque de chronicisation est vraiment bénéfique ? Quelles sont les alternatives à cette dernière et comment envisager un accompagnement en dehors de l'institution ? Comment favoriser la sécurité, la qualité de vie de la personne en répondant au mieux à ses besoins ? Quelles intervention l'ergothérapeute peut-il mettre en œuvre pour soutenir cette dynamique ?

En effet la question des alternatives à l'hospitalisation complète, surtout en psychiatrie, amène différents sujets de réflexion au niveau de la durée adéquate, de la perte de repères, de l'autonomie, de la sécurité à domicile, d'adhérence au soin et bien d'autres encore. C'est pourquoi j'ai choisi d'orienter mes recherches autour de cette question.

Introduction

Aujourd'hui, la santé mentale est un enjeu de santé publique crucial dans notre société. Un Français sur cinq, soit 13 millions, sont aujourd'hui concernés par la maladie mentale et les troubles psychiques, dont 3 millions sont touchés par des troubles psychiques sévères. (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023)

Les soins psychiatriques ont longtemps été asilaires, jusque dans les années 1950 où un processus de désinstitutionnalisation émerge. « La peur de la folie a ainsi provoqué la ségrégation du fou et son exclusion de la société jusqu'à une période récente » (Vermorel & Vermorel, 2012). Dans un contexte où la question de la chronicisation et la dépendance au soin des personnes ayant des troubles psychiques se pose, et où l'hospitalisation complète de longue durée, sous un modèle asilaire, est décriée, la vision sociale de la psychiatrie est en pleine évolution. De plus, les dépenses liées aux soins psychiatriques sont conséquentes (premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie), ce qui favorise un essor de l'engagement politico-social en faveur de la santé mentale (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023).

En parallèle de cette évolution se développe la réhabilitation psychosociale. Cette dernière est soutenue par le décret de 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, qui établit le rétablissement des individus atteints de troubles psychiques sévères comme un objectif essentiel des politiques de santé mentale. Outre une volonté de répartition des soins de réhabilitation sur le territoire, ce décret priorise également les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap. Ces actions concernent un accès précoce aux soins de réhabilitation, aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, mais aussi le développement de services adaptés et diversifiés visant à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en favorisant l'insertion et le maintien en milieu ordinaire (Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017).

L'autonomie, l'inclusion sociale en milieu ordinaire, l'accès à des occupations significatives sont des valeurs qui semblent être intrinsèques à l'ergothérapie. Cependant le rôle de l'ergothérapeute reste nébuleux dans le domaine de la psychiatrie, même au cœur de structures orientées réhabilitation psychosociale. Ce travail s'intéresse d'une part à

l'intervention de l'ergothérapeute, avec une volonté d'explicitier au maximum les modèles, outils, techniques ou encore procédures utilisées dans les alternatives à l'hospitalisation complète ; et d'autre part à son positionnement dans le soutien de la désinstitutionalisation.

Ainsi, les questions initiales de ce travail sont : Quels sont les enjeux de l'accompagnement en ergothérapie des personnes ayant des troubles psychiques dans les alternatives à l'hospitalisation complète ? Quels sont les rôles de l'ergothérapeute dans ces structures et comment agit-il ?

Ce mémoire développera dans un premier temps les différents aspects du sujet avec une revue de la littérature, avec l'aboutissement sur une problématique plus éclairée. La deuxième partie abordera la méthodologie de l'étude exploratoire menée, dont les résultats seront détaillés dans une troisième partie. Enfin, la dernière partie sera constituée de la discussion, au vu de confronter les données issues de la littérature et les résultats de l'étude.

1. Partie théorique

1.1. Les troubles psychiques et handicap

1.1.1. Définition des troubles psychiques

Les troubles psychiques, aussi appelés troubles mentaux, sont définis dans la Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} révision (CIM-11), tels que « des syndromes de troubles cliniques significatifs des fonctions cognitives, de la régulation émotionnelle, ou du comportement qui reflètent un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents du fonctionnement mental et comportemental. Ces troubles sont généralement associés à une détresse ou à une altération des domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. » (OMS, 2023)

1.1.2. Présentation des différents troubles psychiques

Il existe de nombreux troubles appartenant à la catégorie des troubles psychiques. Les principaux concernés dans les structures visées sont les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux. A ces troubles peuvent s'ajouter des troubles neurodéveloppementaux. La CIM-11 en présente des définitions.

- **Les troubles psychotiques** : « se caractérisent par des « déficiences significatives dans l'épreuve de réalité et les altérations du comportement se manifestent sous forme de symptômes positifs tels que des idées délirantes persistantes, des hallucinations persistantes, une pensée désorganisée (se traduisant généralement par un discours désorganisé), un comportement globalement désorganisé et des expériences de passivité et de contrôle, et de symptômes négatifs tels qu'un affect émoussé ou une absence d'émotions, un manque de volonté, ainsi que des troubles psychomoteurs. » (OMS, 2023)
- **Les troubles de l'humeur** : « font référence à un groupe supérieur de Troubles bipolaires et dépressifs. Les troubles de l'humeur sont définis selon les types particuliers

d'épisodes d'humeur et leur tendance dans la durée. Les types primaires d'épisodes d'humeur sont l'épisode dépressif, l'épisode maniaque, l'épisode mixte, et l'épisode hypomaniaque. Les épisodes d'humeur ne constituent pas des entités pouvant être diagnostiquées de manière indépendante. » (OMS, 2023)

- **Les troubles de la personnalité** : « se caractérisent par des problèmes de fonctionnement des aspects du soi, et/ou un dysfonctionnement interpersonnel qui ont persisté sur une longue période. Ce trouble est manifeste dans des schémas de cognition, d'expérience émotionnelle, d'expression émotionnelle et de comportement qui sont inadaptés ainsi que dans tout un éventail de situations personnelles et sociales ». (OMS, 2023)
- **Les troubles anxieux** : « se caractérisent par une peur et une anxiété excessive et des troubles du comportement apparentés, avec des symptômes qui sont suffisamment sévères pour entraîner une détresse importante ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants ». (OMS, 2023)

1.1.3. Caractéristiques du handicap psychique et retentissements sur la vie quotidienne

Le handicap psychique représente plusieurs spécificités. En effet, les troubles, leur intensité et répercussions sont variables, avec des périodes de recrudescence et de diminution des symptômes et de leurs manifestations. Ajoutés aux symptômes originels des pathologies (désorganisation de la pensée, angoisse, labilité émotionnelle, etc), des difficultés sociales sont régulièrement présentes, ce qui provoque fréquemment de l'isolement. De plus, la présence très fréquente de troubles cognitifs (mémoire, fonctions exécutives, cognition sociale) peut impacter largement la réalisation d'activités et être à l'origine de situations handicapantes. (ANESM, 2016). De plus, les difficultés de mise en action, d'initiation constituent un autre facteur de retentissement sur la vie quotidienne. Ainsi, ces retentissements sont multiples et significatifs sur le plan social et professionnel, impactant la participation et/ou la performance occupationnelle de l'individu. Toute la difficulté du

handicap psychique est la difficulté à mettre en œuvre certains fonctionnements et compétences, qui peut ainsi conduire au désinvestissement de certaines activités.

1.2. Différents dispositifs et parcours de soin en santé mentale

Les alternatives à l'hospitalisation sont devenues nécessaires, nombreuses et variées en raison du virage communautaire de la psychiatrie. Entre diminution drastique du nombre de lits psychiatriques et révolution dans la représentation des possibilités de rétablissement des personnes ayant des troubles psychiques, les hospitalisations sont devenues moins nombreuses laissant place à de multiples alternatives (Bonsack et al., 2018). Les établissements spécialisés de santé mentale sont un ensemble complexe. Ils rassemblent la psychiatrie de secteur, c'est-à-dire une prise en soin dans un territoire établi et des dispositifs intersectoriels (centre de référence en soins de réhabilitation, centre de prévention et prise en charge précoce, centre de crise., centre de référence en addictologie...), avec une multiplicité d'accompagnements et de soins.

1.2.1. Hospitalisation complète

L'hospitalisation complète se définit par une prise en soin jour et nuit dans une structure hospitalière. Elle est ainsi encadrée par différents professionnels du soin et sa durée moyenne annuelle est de 56 jours, ce qui équivaut à 17,5 millions de journées (nombre de journées de prise en charge en hospitalisation). (Agence Technique des Informations sur l'Hospitalisation, 2023)

L'hospitalisation en psychiatrie peut se faire avec ou sans consentement de la personne. Dans le second cas, il y a différents cas de figure :

- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT), lorsque les troubles mentaux rendent impossibles le consentement de la personne et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant d'une hospitalisation complète.

- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), en cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient.
- L'admission en soins psychiatriques pour péril imminent (SPI), lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande d'hospitalisation et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne au moment de l'admission.
- L'admission en soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat (SDRE), lorsque les troubles mentaux du patient nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et/ou lorsque le patient est un détenu.

Parmi les séjours en hospitalisation complète terminés en 2019, 90 % se clôturent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, et une minorité par un accueil dans une structure médicale ou médico-sociale. (DREES, 2021)

1.2.2. L'existence d'alternatives à l'hospitalisation complète

1.2.2.1. Historique de la psychiatrie hors les murs

L'organisation psychiatrique de secteur s'est construite en France sous l'impulsion d'une dynamique de désinstitutionnalisation d'une psychiatrie "asilaire", représentée par de grands hôpitaux spécialisés. Cette politique, soutenue par l'OMS dans les années 70, peut se traduire simplement par une démarche active de l'institution psychiatrique qui ne se contenterait plus de son rôle de lieu d'accueil. Un nouveau modèle semble émerger de cette dynamique : aller au plus près de la population, au sens clinique et géographique, pour intégrer le soin à la vie sociale des patients plutôt que de limiter la vie sociale dans la démarche de soin. (Paoli, 2022)

Différentes structures alternatives sont nées en France. Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), ainsi que les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ont émergé à la fin des années 70, mis en place par des professionnels désirant penser autrement l'accompagnement des personnes handicapées dans leur vie au quotidien. Après l'obtention d'un statut légal en 2002 puis d'un cadre législatif en 2005, ces derniers se développent de manière rapide pour répondre à la nécessité de laisser aux personnes en situation de handicap le libre choix de leur projet de vie quant à la forme

d'accompagnement et les modalités de résidence (hébergement en établissement, accueil à la journée, vie à domicile) (Camberlein, 2015). La création des premières équipes mobiles date également de 2005, avec pour objectif, entre autres, « d'accompagner l'adaptation de l'offre de soins aux changements sociaux, aux progrès thérapeutiques et à la place nouvelle donnée à l'environnement historique, familial et social dans la compréhension des maladies psychiatriques ». (Trémine, 2014)

Depuis quelques années, on observe également l'émergence d'autres structures spécialisées tels que les programmes spécialisés dans le traitement et l'accompagnement des psychoses naissantes, par exemple.

1.2.2.2. La question de la chronicisation

Le terme « chronique » est utilisé pour désigner les malades psychiatriques stabilisés mais dont l'amélioration thérapeutique est entravée et ce, malgré les traitements médicamenteux et les efforts soutenus des soignants qui les prennent en charge depuis plusieurs années. La notion de chronicité émerge, durant les années 1950 et 1960, à la suite du mouvement de désinstitutionalisation des malades psychotiques. « L'un des facteurs de chronicisation vient de l'institution de soins elle-même » (Dehbi, 2022). Pour Oury et Michaud (1973), prendre en compte des effets de l'institution est nécessaire en psychiatrie car cette dernière peut engendrer, malgré elle, des effets néfastes sur les personnes accueillies (par exemple, stigmatisation, régression, dépendance).

De nombreux articles questionnent les effets de l'hospitalisation complète sur la chronicisation des malades psychiques. Bien qu'il faille garder à l'esprit que cette modalité de prise en soins peut être indispensable à un moment donné du parcours de soins psychique de la personne, Richard, (2022) précise que « ces hospitalisations, sans projet de sortie, sont facteurs de chronicisation et parfois source de conduites agressives. Elles affectent la possibilité d'un rétablissement, d'une réhabilitation psychosociale pour des personnes pour lesquelles cette réinsertion sociale était pourtant initialement possible ».

1.2.2.3. Intérêts des structures alternatives pour les personnes bénéficiaires de soins

Le baromètre en ligne Unafam 2021, rapporte qu'à l'heure du développement des soins en ambulatoire, le passage par la case « hospitalisation temps plein » a été un passage pour 95% des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères (troubles schizophréniques, bipolaires, anxieux et phobiques, dépressions sévères, personnalités limites...). (Richard, 2022)

Blum et Neuberg (2019) précisent que bien que l'hospitalisation reste dans certains cas nécessaire, « pour certains professionnels, l'hospitalisation est placée tout en haut de l'échelle des pratiques à éviter. Elle est synonyme d'échec de leur prise en charge : le SAMSAH a pour mission d'y faire rempart ».

En ce qui concerne les équipes mobiles, elles ont rapidement montré leur efficacité avec la diminution du nombre de patients hospitalisés et la diminution de la durée moyenne de séjour (Garcin, 2022). La volonté est de transférer la charge médicale et soignante de l'hospitalisation vers l'ambulatoire afin de générer des suivis adaptés et suffisamment intensifs pour maintenir ce suivi sans hospitalisation. C'est ainsi considéré comme une nouvelle alternative à l'hospitalisation en quelque sorte (Kannas & Robin, 2010). Une enquête en ligne a été menée de janvier à mars 2018 sur deux-cents équipes mobiles de psychiatrie afin de mieux connaître leurs actions. Soubelet (2018) met en évidence trois résultats notables: « dans 73,3 % des cas, les interventions de l'équipe mobile ont une incidence sur le taux annuel d'hospitalisation du secteur d'intervention, dans 80,7 % des cas sur le taux de réhospitalisation, et dans 61 % sur le taux annuel de suicide ».

On constate que le développement des alternatives à l'hospitalisation complète pour diversifier l'offre de soins en psychiatrie présente un vrai intérêt pour les bénéficiaires, en pouvant s'adapter réellement à leurs besoins et à leur environnement. Bonsack et al. (2018), mettent également en avant que la prise en soin communautaire permette, entre autres, l'autonomie, le respect des droits fondamentaux, mais aussi *l'empowerment*, c'est-à-dire le pouvoir d'agir, d'avoir le contrôle sur sa propre santé.

1.2.2.4. Point de vue politique et économique

Les alternatives à l'hospitalisation complète sont décrites comme des dispositifs « supposés participer à la réduction des coûts supportés par l'aide publique. Ils sont également envisagés comme les fers de lance des politiques publiques dans la lutte contre l'enfermement des personnes et contre leur institutionnalisation » (Blum et Neuberg, 2019).

Massé, (2022) rappelle aussi que « l'hospitalisation complète demande des moyens importants sur le plan hôtelier mais aussi et surtout en moyens humains, à commencer par une présence médicale constamment disponible ». Au-delà de l'aspect économique, la vision politique des soins psychiques prend un tournant, marqué par un rapport d'information de 2019 de l'Assemblée Nationale relatif à l'organisation de la santé mentale évoquant un secteur trop hospitalo-centré et un détournement de l'offre de soins sur l'ambulatoire pour réorganiser l'offre de soins autour du patient. (Fiat & Wonner, 2019)

Les alternatives à l'hospitalisation sont la règle et l'hospitalisation l'exception. Le maintien dans la communauté des personnes souffrant de troubles psychiatriques engage ainsi l'ensemble de la société, de la vision du public sur les troubles psychiques jusqu'aux soins psychiatriques spécialisés et intensifs, en passant par les services d'aide sociale et les soins de premier recours (Bonsack et al., 2018).

1.2.3. Structures alternatives à l'hospitalisation complète

Ici sont présentées plus profondément les différentes alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie, pouvant se baser sur le principe de réhabilitation psychosociale.

1.2.3.1. SAMSAH et SAVS

Les SAMSAH sont des dispositifs médico-sociaux s'adressant à des adultes en situation de handicap, vivant de manière autonome mais ayant besoin d'accompagnement dans leur vie quotidienne et de soutien pour l'accès et le maintien dans les soins psychiatriques et/ou somatiques. Les personnes sont accompagnées sur une durée variable, individuellement et

collectivement, par une équipe pluridisciplinaire. Les SAVS, eux, ont pour but de soutenir les adultes en situation de handicap dans la réalisation de leur projet de vie. (Santé.fr, s. d.) L'accès à ces structures ne se fait pas directement : un dossier de demande est à déposer à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ces établissements relèvent de la compétence, selon le cas, de l'État avec les agences régionales de santé (ARS) ou du conseil général (Camberlein, 2015). Ainsi, ils respectent des conventions tripartites avec l'ARS, la MDPH et la structure à laquelle est rattachée le service.

Le cadre législatif relatif aux SAMSAH et aux SAVS est tracé dans le Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Il est stipulé que les SAVS ont pour vocation de « contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens sociaux [...] et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité », tout comme les SAMSAH qui vont agrémenter cette action d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins. Les équipes de ces services sont pluridisciplinaires, et dans l'obligation de comprendre ou associer un médecin, dans le cas des SAMSAH. En ce qui concerne les autres professionnels, il est mentionné que « l'équipe pluridisciplinaire de chaque service peut comporter, en tant que de besoin et dans le respect du projet de service, tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission. » (Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, 2005)

Les SAMSAH et SAVS intervenant dans le champ de la psychiatrie ont pour missions principales les thématiques autour du lien social, de l'isolement, l'exclusion, le maintien du suivi médical ; tout en ayant une action dans le milieu écologique de la personne. Le service soutient la personne dans l'évaluation de ses forces mais aussi ses difficultés, et dans l'élaboration d'un projet d'accompagnement. Ce projet est basé sur des objectifs autodéterminés et inclusifs, en lien, avec la réhabilitation psychosociale ; l'accès au logement ; l'accès à la citoyenneté, aux interactions sociales ; un projet professionnel ou une reprise

d'études. L'enjeu est de soutenir et favoriser de nouvelles expériences de vie pour permettre à la personne de faire des choix éclairés.

1.2.3.2. Equipes Mobiles en psychiatrie

Les équipes mobiles de psychiatrie viennent répondre là où les dispositifs existants des secteurs de psychiatrie ne le peuvent pas ou sinon de manière insatisfaisante, tant pour les patients, leurs familles et les partenaires que pour les professionnels des secteurs eux-mêmes. Cela concerne principalement les difficultés de l'accès aux soins mais possiblement le maintien de leur continuité. (Garcin, 2022)

Les équipes mobiles, à leur création, avaient pour vocation de répondre à deux principales questions : Comment limiter le recours à l'hospitalisation et à fortiori à l'hospitalisation sous contrainte ? Comment permettre l'accès aux soins ambulatoires aux personnes qui ne font pas la démarche, par incapacité ou refus ? L'équipe mobile de psychiatrie se définit plutôt par son action plus que par ses moyens, qui se déclinent selon les populations et le territoire. Elle a deux fonctions principales : aller au-devant d'une population qui serait en incapacité de reconnaître son besoin de soin ou de faire la démarche d'y accéder, mais aussi agir dans des situations où un renfort du suivi ambulatoire est nécessaire et va permettre d'éviter le recours aux services des urgences psychiatriques et/ou à l'hospitalisation sous contrainte. Le travail de soutien de l'équipe mobile à la sortie vise alors à éviter les séjours hospitaliers trop prolongés et à prévenir le risque de rechute précoce (Garcin, 2022).

Le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 définit les missions attendues des équipes mobiles. Il y est stipulé que ces dernières interviennent auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, sur leur lieu de vie habituel, y compris dans des établissements sociaux et médico-sociaux, en organisant et en mettant en œuvre les prestations concernant :

- Des soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- Un accompagnement social visant à faire reconnaître et valoir leurs droits ;

- La sensibilisation et/ou formation auprès des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux ;
- La distribution et la promotion du matériel de prévention et de réduction des risques et des dommages auprès de consommateurs de substances psychoactives
- La subvention ponctuelle aux besoins de première nécessité (alimentation et d'hygiène)

Le décret précise que les équipes mobiles doivent être composées d'une équipe pluridisciplinaire dont la composition est fixée en fonction du nombre de personnes suivies, des modalités d'intervention et des besoins sanitaires et sociaux des personnes accompagnée (Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, 2021).

1.2.3.3. Centre Médico-psychologique et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

D'après l'arrêté du 14 mars 1986, les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) sont définis comme des dispositifs de lutte contre les maladies mentales.

Dans cet arrêté, les CMP se définissent comme des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique. (Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement., 1986)

C'est un lieu de soin public sectorisé proposant des consultations médico-psychologiques et sociales à toute personne en difficulté psychique. Ces consultations sont prises en charge par la sécurité sociale. Chaque personne en fonction de son lieu d'habitation, dépend d'un CMP particulier, conformément à la politique de sectorisation de la psychiatrie, avec qui elle peut prendre contact directement. Les équipes sont pluriprofessionnelles et

composées de soignants (psychiatres, psychologues, infirmiers...) et de travailleurs sociaux. Le CMP joue également un rôle de redirection de la personne dans d'autres structures (hôpitaux de jours, CATTP, unité d'hospitalisation complète) en fonction de ses besoins. (Savalli, 2024)

L'arrêté du 14 mars 1986 définit aussi les CATTP tels que des structures d'accueil visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe. Il y est précisé que l'organisation dans ces lieux de soin d'ateliers thérapeutiques utilisant des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale sont aussi des dispositifs de lutte contre les maladies mentales. (Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement., 1986)

Ce sont des lieux sectorisés, non médicalisés, ce qui implique que l'utilisateur soit suivi à l'extérieur par un médecin et/ou une équipe médicale. Un médecin est présent ponctuellement afin de proposer des entretiens individuels pour faire le point avec les usagers. Ces lieux sont au cœur des villes ce qui permet aussi de prendre part à la vie sociale avec l'extérieur. Ils s'adressent aux personnes dont le trouble est stabilisé, vivant à domicile et ayant besoin de rompre l'isolement et de garder un lien avec le milieu du soin. Les CATTP proposent des activités variées permettant de développer ou maintenir différentes compétences et de favoriser, par le biais de ces médiations, la reprise de liens sociaux, la communication, l'affirmation de soi. Les équipes sont pluridisciplinaires et généralement composées d'infirmiers, de psychologues, éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistants sociaux... (Maillot, 2016)

1.2.3.4. Autres dispositifs d'accompagnement

D'autres dispositifs d'accompagnement ont progressivement vu le jour, avec des programmes, équipes et structures spécialisées pour une population et un trouble précis. Au vu de l'impossibilité de référencer tous ces dispositifs, cette partie traitera des dispositifs d'accompagnement des troubles psychotiques débutants.

Martin (2017) présente l'un de ces dispositifs : Le CIPP (centre d'intervention précoce pour psychoses). Créé en 2015 au centre hospitalier la Chartreuse à Dijon, « il a pour but d'offrir une prise en charge adaptée aux jeunes patients présentant un premier épisode psychotique et à ceux présentant un trouble psychotique débutant, dans une perspective tournée vers le rétablissement c'est-à-dire positive et proactive » (Martin, 2017). L'un des principaux enjeux d'une prise en charge précoce est de ne pas laisser s'installer le handicap fonctionnel et la désinsertion sociale, ou les réduire dès que possible : l'objectif, en plus de la rémission symptomatique et la prévention des rechutes, est d'éviter, ou de limiter, le développement des conséquences fonctionnelles et sociales de la maladie, c'est-à-dire, le handicap psychique. La création d'une unité dédiée à l'intervention précoce permet cette prise en soin spécifique pour ces jeunes patients, âgés de 18 à 35 ans présentant un premier épisode psychotique ou un trouble psychotique débutant évoluant depuis moins de 5 ans. Le CIPP s'appuie sur une réflexion en équipe pluriprofessionnelle, avec des objectifs et des moyens adaptés à l'accompagnement d'un public de jeunes adultes ayant un premier contact avec la psychiatrie. Différents axes d'accompagnement ont été retenus, notamment l'entrée dans la vie d'adulte, l'autonomisation, la construction de projet personnel et professionnel, favoriser l'engagement dans le soin, limiter le traumatisme des premiers contacts avec la psychiatrie, etc. La structure met en place un accompagnement basé sur la réhabilitation psychosociale, avec l'utilisation du case-management, de psycho-éducation, remédiation cognitive, etc. Les techniques utilisées ont déjà démontré leur efficacité dans les pays précurseurs (Australie, Danemark, Italie...) où elles ont été mises en place en termes de rétablissement, réinsertion, et diminution des réhospitalisations. Elles présentent par ailleurs un intérêt économique certain.

Plusieurs dispositifs similaires existent, notamment le programme de Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychiques basé au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois à Lausanne (CHUV, 2021) et le programme Premiers Episodes Psychotiques (PEP's) basé au centre hospitalier le Vinatier à Lyon (Centre Hospitalier Le Vinatier, 2021). Ces programmes accueillent, tout comme le CIPP, des personnes âgées de 18 à 35 ans, ayant un trouble psychotique naissant en utilisant des moyens similaires.

1.3. Rétablissement et réhabilitation psychosociale

1.3.1. Historique de la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation sociale s'est développée dans un contexte de prise de conscience des limites des modèles traditionnels en ce qui concerne l'inclusion dans la communauté des personnes accompagnées. Les prémices de la réhabilitation psychosociale ont lieu dans les années 50 avec les Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS) et l'avènement des neuroleptiques, permettant la diminution des symptômes et des rechutes, laissant entrevoir aux malades une possible réinsertion. Un processus de désinstitutionalisation s'opère alors, favorisant la création d'une gamme de services pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. La *World Associate for Psychosocial Rehabilitation* (Association mondiale de réhabilitation psychosociale) est fondée à Vienne en 1986, résultant d'un mouvement international riche de pratiques et de pensées. Progressivement, les programmes de réhabilitation se développent et sont enrichis des apports de comportementalisme, de neurosciences, d'habiletés sociales, etc. Depuis les années 2000, de nombreux travaux de littérature sur les techniques de réhabilitation sont publiés et ceux-ci montrent leur efficacité. (Morin & Franck, 2018)

1.3.2. Définition et valeurs de la réhabilitation psychosociale

Selon Marianne Farkas, citée par Morin & Franck (2018), plusieurs définitions existent, au vu du manque de théorie exclusive qui fonde son approche. Selon elle, la réhabilitation psychosociale se définit par « la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix ». Anthony et al. (2004) proposent aussi une définition de la réhabilitation psychosociale telle que « augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix avec, idéalement, un minimum d'intervention professionnelle ». La réhabilitation psychosociale complète alors l'intervention du traitement

psychiatrique. Sa finalité est l'amélioration du fonctionnement et l'augmentation des possibilités d'actions chez les individus. Ainsi, les causes et diagnostics n'apparaissent que secondaires, l'idée même étant de pouvoir bien vivre avec les symptômes du trouble.

La réhabilitation psychosociale se base aussi sur un ensemble de valeurs : l'usager est le maître d'œuvre des actions entreprises à son intention, il est placé au centre du dispositif et ses attentes et demandes fondent les interventions. On distingue alors le triptyque du plein exercice de leurs droits : faire valoir ses droits, les défendre et proposer des espaces de mise en œuvre effectifs de ces derniers. Anthony et ses collaborateurs ont défini 8 valeurs de base de la réhabilitation psychosociale (*cf. Annexe A : Valeurs clés de la réhabilitation*), qui mettent en valeur de « dépasser en partie le modèle médical traditionnel – maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments – pour favoriser une approche globale et complémentaire de la personne centrée sur son autodétermination, ses capacités, l'apprentissage d'habiletés, la mobilisation de son environnement social » (Morin & Franck, 2018).

Ainsi, les valeurs et modèles de la réhabilitation encouragent les personnes accompagnées à développer leurs capacités de façon optimale, dans un environnement favorisant l'apprentissage et les soutiens (Morin & Franck, 2018). Par son approche et ses valeurs, la réhabilitation psychosociale répond aux demandes imputées du rétablissement : possibilité de se rétablir, non-réduction du sujet à son trouble, respect du principe d'autodétermination, respect des stratégies adaptatives, etc. Avec la possibilité d'ajuster au besoin les moyens d'interventions qui lui sont propres, la réhabilitation fonctionnelle favorise le rétablissement et pouvoir d'agir des usagers (Martin & Franck, 2018)

La réhabilitation se base sur le processus de rétablissement. « Le rétablissement fait référence à l'expérience vécue, ou à la vraie vie des personnes qui acceptent et surmontent le défi de leurs incapacités » (Morin & Franck, 2018).

1.3.3. Emergence de la notion de rétablissement

Le rétablissement est un terme de plus en plus courant dans la psychiatrie moderne. Il se fonde sur deux courants :

Un courant politique d'abord, représenté par les mouvements d'usagers de la psychiatrie américaine des années 70. Mouvement d'une révolte face au système de soins psychiatriques considéré comme paternaliste, l'enjeu est alors de lutter contre toute attitude ou système qui priverait de sa liberté et de ses choix le sujet de façon abusive. A travers ce mouvement, ce sont les droits à exercer son *empowerment*, pilier du rétablissement, que ces associations sont venues défendre.

Un courant scientifique, ensuite, avec la publication d'études qui ont souligné la possibilité d'évolutions favorables de troubles considérés jusqu'alors comme incurables, confortant le positionnement plus politique des associations d'usagers, avec l'invitation à ne pas priver systématiquement le sujet de son libre arbitre et à ne pas l'enfermer dans un système de soins le rendant dépendant et rendant impensable une vie en dehors des murs de l'hôpital psychiatrique. (Martin, 2017)

1.3.4. Définition du rétablissement

Anthony (1993), définit le rétablissement « en tant que processus profondément personnel, unique, de changement des propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, et/ou rôles. C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie. Le rétablissement suppose le développement de sens et d'objectifs nouveaux dans la vie de quelqu'un qui grandit malgré les effets catastrophiques de la maladie mentale. »

Deegan, (2002), précurseuse de la notion de rétablissement et conférencière dans le domaine de la santé mentale, décrit sa propre expérience dans la littérature. Elle met en lumière le fait que le rétablissement est un parcours différent pour chaque individu, ou il ne consiste pas à retrouver son identité précédant le début du trouble, mais est plutôt un processus de transformation, de renouvellement, avec la découverte de nouvelles limites et possibilités.

On distingue deux visions du rétablissement. Le premier, le rétablissement fonctionnel, s'intéresse aux composantes objectives (symptômes, fonctionnement correspondant à une norme...) pour définir qu'un individu est rétabli. Il se définit tel « une forme de rémission ou

de guérison, dont l'indicateur principal, mais pas unique, demeure la disparition de symptômes » (Pomini & Bonsack, 2018). Il existe différents indicateurs du rétablissement fonctionnel, basés sur les dimensions suivantes : symptomatologie, emploi ou formation, indépendance et autonomie dans la vie quotidienne, activités sociales, contact avec la famille, loisirs et activités récréatives, résilience, satisfaction, estime de soi et identité, activités citoyennes et civiques. Le second, le rétablissement personnel, quant à lui, s'intéresse à des composantes subjectives sans prendre comme nécessité absolue la disparition des symptômes. Il se définit comme la « construction, fondée sur l'espoir et l'autodétermination, d'une vie pleine et significative et d'une identité positive » (Andresen et al., 2003)

1.3.5. Différents stades du rétablissement

Le processus de rétablissement connaît différentes phases, stades, pendant lesquelles l'individu évolue. Andresen et al. (2003) ont suggéré un modèle identifiant cinq stades (*cf. Tableau 1*).

Stades	Signification
Moratoire	Caractérisé par le déni, la confusion identitaire, le désespoir et le repli sur soi.
Prise de conscience	Conscience que le rétablissement est possible, déclenchée par un évènement interne ou par autrui. Prise de conscience d'une identité autre que celle de « personne malade »
Préparation	Début du travail sur le rétablissement avec la reconnaissance de ses valeurs, ses forces et ses faiblesses, s'informer sur la maladie mentale et les soins et services disponibles.
Reconstruction	Formation d'une identité positive, identification d'objectifs, responsabilisation.
Croissance	Résilience face à la pathologie, confiance en ses capacités, vie pleine et significative, projection dans l'avenir

Tableau 1 : Les différents stades du rétablissement et leur signification

Ce modèle a pour but d'accompagner les professionnels de soin et les personnes concernées à mieux comprendre le rétablissement et à se situer. (Andresen et al., 2003)

Comme il n'existe aucun moyen de prédire qui se rétablira ou non, nous devrions considérer que chaque personne est capable de se rétablir si elle a la possibilité d'acquérir des compétences et de bénéficier d'un soutien. De cette manière, les professionnels peuvent mettre fin à la blessure iatrogène du désespoir et commencer à travailler avec les clients sur le chemin transformateur du rétablissement. (Deegan, 2002)

1.4. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale

1.4.1. Ergothérapie en psychiatrie

Afin de mieux comprendre la place de l'ergothérapie en psychiatrie, il semble indispensable de rappeler qu'en France, la pensée même de l'ergothérapie prend sa source auprès des personnes dites aliénées. Florence Klein dira même que « l'histoire de l'ergothérapie ne saurait ainsi être déconnectée de l'histoire de la psychiatrie et de son organisation, elle s'y origine même » (2014). En effet, l'approche du soin par l'activité, c'est-à-dire l'ergothérapie, a d'abord été effectuée dans le champ de la psychiatrie. L'activité apparaît alors comme l'articulation entre l'individu et l'environnement, et entre l'individu et ses pairs (Pibarot, 2016). Le lien et les interactions entre l'être Humain, l'occupation et l'environnement sont décrits dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Ce dernier est élaboré par Gary Kielhofner depuis la fin des années 1980. « Le concept d'occupation humaine est défini par Kielhofner comme une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Morel-Bracq, 2017). Ainsi, selon ce modèle l'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont. Aussi, « l'occupation est dynamique et dépend du contexte environnemental dans lequel elle se déroule. La participation à des occupations est le résultat

d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement » (Morel-Bracq, 2017). Ces processus sont résumés dans un schéma en Annexe A :

Pibart (2016) considère l'ergothérapie comme un espace potentiel. L'espace potentiel est un terme donné par Winnicott à l'aire intermédiaire d'expérience où l'objet, support de la relation, a un statut très particulier (Winnicott, 1975). Ainsi, l'ergothérapeute devra contribuer à conquérir un espace-temps ayant un caractère de réalité constitué d'un lieu institutionnalisé, de sujets, d'objets matière supports possibles d'une action réelle et garantissant le symbolique. Ce cadre ergothérapique permet alors à l'individu de s'expérimenter comme sujet de son action et lui donne la possibilité d'aller dans son *ergon* (Terme grec qui désigne l'action de l'être), son action psychique propre.

Selon Klein (2016), l'ergothérapeute en psychiatrie a pour mission de restaurer l'activité psychique chez l'individu, pour qu'il puisse exister en tant que sujet, en utilisant des activités et espaces de médiations ayant pour vocation la mise en place d'une relation à l'autre. Au vu de l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur accès au milieu ordinaire dû à l'évolution de la psychiatrie, « l'ergothérapie s'oriente actuellement sur un versant réadaptatif et non plus sur le mode de remobilisation du patient par la mise en activité » (Laulan, 2016). De cette manière, l'individu détermine son projet de vie, accompagné par une équipe pluridisciplinaire qui l'entoure dans son processus de rétablissement. On perçoit alors que la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie évolue, tant au niveau des objectifs visés que des moyens privilégiés. « Aujourd'hui, même si elle continue d'être essentiellement hospitalière, l'ergothérapie en psychiatrie doit se tourner résolument vers l'extrahospitalier et la réhabilitation » (Person, 2016).

1.4.2. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale : quels liens ?

Selon Yann Person, l'activité peut enclencher la réhabilitation, ce qui sous-tend de manière évidente le rôle de l'ergothérapeute dans ce processus. Ce dernier met en avant que les problématiques des personnes en phase de réinsertion sont les occupations simples et quotidiennes (hygiène, déplacements, achats, investissement du lieu de vie...). Ainsi,

l'ergothérapeute a pour rôle d'impliquer la personne dans sa réhabilitation, en fixant avec elle des objectifs généraux de réhabilitation qui font sens pour elle en stimulant sa volition, c'est-à-dire la motivation d'une personne à agir sur l'environnement. L'idée est alors de développer des habiletés sociales qui viendront soutenir la performance et la participation occupationnelle de l'individu. A travers ces habiletés, ce dernier retrouve peu à peu des rapports sociaux normalisés et la possibilité d'agir de manière adaptée, ce qui correspond à un facteur d'épanouissement personnel. Le point de vue choisi par l'ergothérapeute est tel que chacun dispose de ressources permettant de réfléchir et d'agir, ainsi, l'enjeu est alors d'accompagner la personne à mobiliser ses propres ressources pour pallier aux difficultés rencontrées, dans un environnement précis. (Person, 2016)

1.4.3. Réhabilitation et rétablissement au prisme de l'ergothérapie : notion de compétence occupationnelle

L'accumulation des expériences, et donc de la participation occupationnelle de l'individu va alors construire son identité occupationnelle. En résonnance avec les objectifs de la réhabilitation sociale qui consistent à « augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix » (Anthony et al., 2004), le MOH, centré sur l'occupation dans ses objectifs et moyens, est recommandé dans le *Traité de réhabilitation psychosociale* comme favorisant « une pratique intégrative en réhabilitation psychosociale, en plaçant spécifiquement la notion d'occupation au centre de son approche » (Vanzetti et al., 2018). De plus, le MOH met en évidence l'importance de comprendre l'identité occupationnelle de la personne dans son intégralité, en tenant compte de chacune de ses composantes pour l'accompagner au mieux. Avec ce processus de raisonnement thérapeutique, l'ergothérapeute, devient alors soutien dans le développement de la compétence occupationnelle.

La compétence occupationnelle est le degré selon lequel la personne maintient un modèle de participation occupationnelle, qui reflète son identité occupationnelle. La compétence correspond à la mise en action de notre identité. Cela inclut :

- Réaliser les attentes liées aux rôles, aux valeurs de la personne, et aux normes de performance ;
- Maintenir une routine qui permet à la personne de remplir ses responsabilités ;
- Participer à des occupations offrant un sentiment de compétence, de contrôle, de satisfaction et d'accomplissement ;
- Mettre en œuvre ses valeurs et agir pour obtenir les résultats désirés.

(Parkinson et al., 2017)

Un lien évident peut être fait entre compétence occupationnelle et rétablissement, notamment lors du stade de la reconstruction ou la question d'identité, au travers des occupations, est présente. Les valeurs de la réhabilitation psychosociale s'accordent parfaitement à la terminologie du MOH, et nombreux de ses outils sont déjà intégrés dans les interventions en ergothérapie au sein des services. Ainsi, à travers le prisme de sa vision centrée sur l'occupation, l'ergothérapeute a des compétences solides pour accompagner l'individu dans cette démarche. (Vanzetti et al., 2018)

La place de l'ergothérapie dans des interventions de réhabilitation psychosociale est à l'heure actuelle évidente. De plus, cette dernière est un moyen clé de la psychiatrie récente pour accompagner les usagers dans un processus de rétablissement. Les dynamiques de soins actuelles favorisent les soins hors de l'institution et dans le milieu écologique de la personne. Cependant, dans le contexte des alternatives à l'institution hospitalière où nombreux des accompagnements sont tournés sur le quotidien, le rôle de l'ergothérapeute, bien qu'il semble évident, reste nébuleux et ses actions sont peu décrites de manière explicite dans la littérature, d'autant plus dans le champ de la psychiatrie.

Il s'agit alors ici de s'interroger sur l'intervention en réhabilitation psychosociale de l'ergothérapeute dans les alternatives à l'hospitalisation complète au vu d'accompagner le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble psychique.

2. Partie Méthodologie

2.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude exploratoire est de mieux comprendre et définir la manière dont l'ergothérapeute exerçant dans des alternatives à l'hospitalisation complète agit dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, au vu d'accompagner le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble psychique. On s'intéresse alors d'une part à l'intervention de l'ergothérapeute, et d'autre part aux enjeux de ces structures pour les personnes accompagnées.

2.2. Type d'étude

Cette recherche concerne la compréhension de la pratique et l'identification de son impact. C'est une étude qualitative basée sur le mode exploratoire. Le but est de recueillir des témoignages d'expériences professionnelles afin de caractériser la pratique professionnelle.

2.3. Choix de la population

Afin d'avoir un maximum de cohérence avec les objectifs de l'étude, des critères ont été établis pour cibler les professionnels interrogés. Les personnes interrogées sont uniquement des ergothérapeutes diplômés d'Etat, recrutés par mail.

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
- Exercer dans une structure alternative à l'hospitalisation complète en psychiatrie depuis au moins 2 ans - Intervenir auprès de personnes qui ont des troubles psychiques - Orientation réhabilitation psychosociale	- Exercer avec des personnes n'ayant pas de troubles psychiques - Exercer en hospitalisation complète - Exercer dans une structure alternative depuis moins de 2 ans - Pas d'orientation réhabilitation psychosociale

Tableau 2 : Critères de sélection des participants

2.4. Choix et élaboration de l'outil d'investigation

L'outil d'investigation prend la forme d'un guide d'entretien semi-directif (*cf. Annexe C : Guide d'entretien*), composé de questions ouvertes et semi-ouvertes, classées dans différents thèmes et sous thèmes. Cet outil a permis de guider et cadrer les entretiens effectués par la suite. Le guide d'entretien a été élaboré en suivant les grands principes d'un entretien lors d'étude qualitative : bienveillance, écoute active, questionnement ouvert, environnement contrôlé, acceptation des temps de silence, échange basé sur le respect d'une confidentialité certifiée (guide de consentement). L'entretien individuel semi-directif permet, grâce à son processus discursif, de recueillir le vécu subjectif d'une personne, en l'occurrence dans cette enquête, il s'agit de recueillir le vécu basé sur les expériences professionnelles. De plus, leur construction sous forme de questions ouvertes, permettent ainsi à la personne interrogée d'explicitier sa pensée et sa réflexion en détail.

2.5. Contexte et conditions de passation des entretiens

Les trois entretiens ont été réalisés par visio-conférence, avec des conditions propices à l'échange, suite à un contact par mail. Les ergothérapeutes interrogés étaient dans des environnement calmes avec l'absence d'éléments distracteurs. De plus, les horaires ont été définis à l'avance afin que les entretiens ne se déroulent pas dans la hâte. Concernant les biais de la méthode utilisée, ils sont dû au manque d'expérience et se retrouvent sur la variabilité des sujets abordés lors de l'entretien. Effectivement, certains points abordés avec des ergothérapeutes ne sont pas retrouvés avec d'autres, car les sujets ont aussi évolué en fonction des réponses apportées. De ce fait, certains points auraient pu être abordés plus en détail et d'autres de manière moins conséquente. De plus, ayant fait un stage dans un service de réhabilitation psychosociale au moment de cette étude, les connaissances du sujet ont évolué entre le début et la fin de cette dernière.

2.6. Méthode de traitement et d'analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés afin de pouvoir, par la suite, retranscrire les données. Afin de pouvoir analyser et confronter au mieux ces dernières, une grille d'analyse (*cf. Annexe D : Grille d'analyse vierge*) a été utilisée. Cette dernière reprend les thématiques, sous-thématiques et indicateurs de la grille d'entretien. De cette manière, les données sont catégorisées par thématiques et analysées de manière rigoureuse, avec les thèmes suivants :

- **Thème 1 - Contexte** : Présentation de l'ergothérapeute, de la structure, de son fonctionnement et de la population accompagnée et de ses besoins
- **Thème 2 - Réhabilitation psychosociale dans la structure** : Intégration dans la structure, processus d'accompagnement, intervention et outils utilisés, enjeux de l'ergothérapeute dans les structures de réhabilitation psychosociale
- **Thème 3 - Intervention de l'ergothérapeute** : Processus d'intervention, évaluation, intervention et freins
- **Thème 4 - Enjeux des alternatives à l'hospitalisation complète pour la personne** : Place des structures alternatives dans le parcours de soin, bénéfices pour la personne accompagnée

2.7. Respect des règles éthiques

Cette étude s'applique à respecter des critères d'éthique. Elle suit les préceptes de la loi Jardé (Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, 2017). En effet, aucun patient ou usager de la psychiatrie n'a été interrogé, seulement des professionnels. De plus, chacun d'eux a donné son libre consentement pour contribuer à l'étude et retourné un formulaire de consentement (*cf. Annexe E : Formulaire de consentement vierge*), avec une note explicative signé pour attester que la participation à l'enquête était consentie et bénévole. Le formulaire stipule les engagements de ne conserver aucune copie de leur contribution sous format audio une fois la retranscription achevée, retranscription qui est anonymisée et ne peut être publiée, ainsi que la possibilité de mettre fin à la participation à l'étude à tout moment.

3. Résultat / Analyse

3.1. Contexte

3.1.1. Présentation des participants

Les personnes interviewées sont trois ergothérapeutes exerçant dans des structures de réhabilitation psychosociale différentes. Les caractéristiques nécessaires pour mieux comprendre le contexte sont recensées dans le tableau suivant :

	E1	E2	E3
Formation	Diplomation en 2005	Diplomation en 2013	Diplomation en 2007
Expérience en psychiatrie	Hospitalisation continue ; Hôpital de Jour ; CATTP	SAMSAH orienté réhabilitation psychosociale	Aucune
Structure actuelle	Equipe mobile de crise avec un temps hôpital de jour de crise	Mi-temps en service d'intervention précoce Mi-temps en centre ressource de réhabilitation psychosociale	SAMSAH orienté réhabilitation psychosociale
Ancienneté dans la structure	1 an	2 ans	4 ans

Tableau 3 : Présentation du profil des participants

3.1.2. Présentation des structures et de leur fonctionnement

Afin de mieux comprendre le contexte d'exercice des personnes interrogées, un descriptif des différentes structures est réalisé. Les deux structures dans lesquelles travaille E2 ont été décrites séparément. Concernant E1, uniquement, la partie équipe mobile de crise est décrite.

- **Equipe mobile de crise (E1) :** L'équipe mobile accompagne des jeunes adultes pour une durée officielle de trois mois. « *En pratique, certaines personnes sont là depuis la création de l'hôpital de jour, c'est-à-dire deux ans et demi* » (E1). Les professionnels sur place sont

majoritairement des infirmiers en psychiatrie, mais aussi aides-soignants, ergothérapeute, assistante sociale et pairs-aidants. Le service accueille des jeunes adultes ayant des troubles de la personnalité borderline, des troubles psychotiques et quelques profils de troubles anxieux graves.

- **Service d'intervention précoce (E2)** : Le service accompagne pour une durée maximum de trois ans des personnes de 17 à 35 ans ayant pour la majorité une psychose émergente mais aussi une minorité de personnes ayant un trouble bipolaire ou borderline, ayant eu des symptômes non-traités dans les 6 derniers mois. Le service est composé d'infirmiers et d'éducateurs ayant un rôle de case-manager, et de professionnels transversaux : neuropsychologue, ergothérapeute, infirmière en pratique avancée et psychiatres.
- **Centre ressource de réhabilitation (E2)** : L'équipe est composée d'ergothérapeutes, de neuropsychologues, d'éducateurs, de job-coachs, de chargés d'insertion et de psychologues. Le centre n'a pas de durée d'accompagnement ni de tranche d'âge définie, et accompagne des personnes ayant des TSA, TND, dépression chronique, schizophrénie, troubles borderline.
- **SAMSAH orienté réhabilitation (E3)** : Le service est composé d'une psychologue, une ergothérapeute, une infirmière, un pair-aidant, une conseillère en économie sociale et familiale (CESF) ayant un rôle de chargée d'insertion et un psychiatre. Il accompagne pour 2 à 3 ans des adultes âgés en moyenne de 25 ans ayant un profil schizophrénique, borderline, bipolaire ou un TSA.

3.1.3. Problématiques et besoins des personnes accompagnées

Les ergothérapeutes expliquent que les problématiques exprimées par les personnes accompagnées sont variées, tournées sur le quotidien et l'« *envie de devenir autonomes* » (E2). « *Travail, logement, études, isolement social et puis du coup aussi les loisirs* » (E3) sont des problématiques qui reviennent dans chaque entretien. Les ergothérapeutes évoquent le fait « *accéder à un logement autonome* » (E3), de « *s'organiser pour être bien à la maison* » (E1), mais aussi « *des difficultés au quotidien pour être dans les interactions* » (E1) et des difficultés

dans « *la mise en activité* » (E1). E3 précise que « *l'aspect personnel, ils ne nous le disent pas en première intention [...] mais en fait au fur et à mesure de l'accompagnement ça apparaît* ».

3.2. Orientation réhabilitation psychosociale et rétablissement des structures

3.2.1. Intégration des pratiques de réhabilitation psychosociale et de rétablissement

Ces structures sont basées sur une dynamique de réhabilitation psychosociale et de rétablissement, avec l'idée d'accompagner les personnes dans ce processus et de comprendre que « *le parcours de rétablissement ça ne va pas être tout linéaire* » (E3). La réhabilitation psychosociale semble être une dynamique institutionnelle. E2 explique que « *le chef de service et le chef de pôle sont très orientés réhabilitation et rétablissement [...] même sur nos entretiens d'embauche ce sont des choses qui nous sont clairement demandées* », et ajoute que « *ceux qui ne sont pas formés en arrivant ils ont une journée de formation pour la réhabilitation psychosociale* » (E2). Concernant le SAMSAH, E3 précise que l'équipe « *a eu le temps justement de créer une identité propre et de réfléchir vraiment à ça pour le garantir* ». Certains professionnels sont aussi cités tels les garants de cette orientation, tels que « *Les pairs-aidants parce qu'on les a formés dans cet esprit de l'orientation rétablissement donc la réhab c'est l'outil pour atteindre cette orientation-là* » (E1), mais aussi l'ergothérapeute, comme précise E3 : « *je suis presque la profession qui intrinsèquement est le plus garante en fait de la réhabilitation* ».

3.2.2. Processus d'accompagnement

Le processus d'accompagnement proposé dans ces structures est similaire, la personne est d'abord incluse dans la structure. « *Au [centre de réhabilitation psychosociale], quand une personne veut être accompagnée elle doit remplir une fiche de première demande* » (E2). Ensuite, des évaluations globales sont utilisées comme point de départ : ELADEB, EBR, puis

« on va proposer des évaluations en fonction de notre corps métier » (E3). « Après du coup il y a une synthèse [...] on fait un retour de tous nos bilans, et ensuite on va définir les objectifs sur lesquels on va travailler et quels moyens on va mettre en place » (E2). Les objectifs sont définis avec la personne accompagnée, l'équipe « va se baser sur ses objectifs à elle [...], c'est une co-construction avec la personne » (E3), avec « l'idée c'est vraiment que l'on parte de la demande de la personne donc vraiment apporter un accompagnement centré autour de ses besoins, autour de sa demande » (E2). E2 met l'accent sur le fait que les objectifs doivent être « concrets et atteignable dans le temps, pour pouvoir voir si ça fonctionne ». E3 souligne le fait que « l'idée c'est de rendre les gens les plus autonomes possibles, de faire leur propre choix avec les limites que ça incombe et aussi de définir un arrêt de l'accompagnement dans le temps ».

3.2.3. Moyens d'interventions

Dans ces structures, chacune des interventions proposée porte, à terme, sur la vie quotidienne, « l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, souvent le projet logement aussi, un grand axe sur la réinsertion dans la cité, ça peut aussi être trouver du bénévolat ou les activités qui font plaisir. » (E2).

Différents types d'interventions pratiquées dans les structures reviennent fréquemment. On y retrouve la psycho-éducation : « il y a eu différentes vagues de programmes de psychoéducation » (E1) qui abordent différentes thématiques telles que « la question du tabac ou la question des émotions [...], des grandes thématiques de santé mentale, la gestion du stress et puis la question de vivre avec les troubles » (E1). Les habiletés sociales sont aussi fréquemment évoquées par plusieurs ergothérapeutes : « Il y a différents cycles pour soutenir les habiletés sociales » (E1), « La psychologue a animé un groupe avec un outil, c'est un jeu, jeu compétence [...] sur les habiletés sociales » (E3). La remédiation cognitive peut également être proposée suite à des évaluations neuropsychologiques. Au SAMSAH, « c'est la psychologue qui le fait, sur demande de l'utilisateur » (E3). E1 précise que « c'est rarement l'équipe qui le fait [...] mais on a quelques patients qui sont là depuis longtemps pour lesquels des programmes de remédiation cognitive ont été proposés ». Les usagers sont aussi

accompagnés par des case-manager, « *ou chaque jeune a un case-manager attribué* » (E2). E3 précise aussi : « *on a tous été formés au case management, enfin formés-informés [...], on peut avoir cette souplesse-là, ce qui n'est pas le cas dans toutes les structures, d'avoir une vigilance globale sur toutes les situations* ».

Concernant la sphère du travail, E2 explique que « *Au [centre de réhabilitation psychosociale] il y a une autre particularité qui est très orientée réhab, c'est le job coaching, du coup c'est deux jobs coachs qui sont formés à la méthode IPS* ». L'accompagnement au travail est aussi évoqué par les autres ergothérapeutes de manière moins concrète. Enfin, E3 évoque aussi la présence de « *groupes en commun avec des thématiques, ça s'est co-construit avec les usagers au fur et à mesure de leurs demandes [...], et à chaque fois on finissait avec des petits ateliers pratiques pour qu'ils puissent essayer de transférer ça chez eux* ».

Différents outils sont aussi utilisés pour guider les soins en fonction des demandes de la personne, notamment en cas de rechute, comme le Projet de Soins Individualisé, et le Guide de Prévention. Afin d'accompagner la personne à développer son insight et à mieux comprendre leur trouble, E2 met en évidence l'importance de « *de travailler au niveau de la métacognition le plus rapidement possible* ».

3.3. Positionnement de l'ergothérapeute dans la structure de réhabilitation psychosociale

3.3.1. Ergothérapie et la réhabilitation psychosociale : des liens forts

Les trois ergothérapeutes mettent en avant l'évidence du lien entre l'ergothérapie et la réhabilitation psychosociale : « *Ce qui est notre force est qu'on s'intéresse au quotidien et à l'activité et que la réhabilitation s'intéresse au fonctionnement de la personne donc finalement nos centres d'intérêts correspondent parfaitement à l'esprit de la réhabilitation* » (E1), « *ça m'a toujours paru bizarre de devoir justifier la place d'ergothérapeute sur ces thématiques-là* » (E1), E3 souligne : « *ça a toujours été ma posture intrinsèque d'ergo* ». Pour chacune des personnes interrogées, le lien est évident car la réhabilitation psychosociale, tout comme les valeurs de l'ergothérapeute « *c'est centré sur l'occupation, centré sur la personne, les besoins* ».

de la personne en premier, son environnement, en prenant en compte ses envies, son environnement, ses capacités, ses difficultés de toute la personne au global, pas juste sa maladie » (E2). E2 ajoute que « la pratique d'ergo, que ça soit en santé mentale ou ailleurs, ça rejoint quand même les principes de la réhabilitation psychosociale ». Ce lien est d'autant plus visible lorsque l'on regarde la proportion d'ergothérapeute dans les services de réhabilitation psychosociale ou il y a « un ergo dans chaque service » (E2), en opposition avec une structure classique ou « il y a une ergo qui fait les 3 CMP et CATTP dans une semaine. C'est la seule qui s'occupe de tout » (E2).

3.3.2. Positionnement et rôle de l'ergothérapeute dans l'équipe

Comme l'explique E1, « *en psychiatrie comme les troubles s'expriment dans les sphères de la vie quotidiennes on peut avoir des équipes ou des aides-soignants sont détachés à toute la question du quotidien, donc il faut trouver sa place et montrer ce qu'on apporte en plus* ». De plus, les répondants mettent en avant qu'il faut « *explicitier la différence avec les autres professionnels, quel est notre regard, qu'est-ce qu'on peut apporter à l'équipe en plus de ce qu'on peut apporter aux patients* » (E1). L'ergothérapeute apparaît alors aussi comme une ressource, « *du fait de notre vision un peu globale* » (E3), « *on a aussi ce rôle-là en fait d'écoute, de partage, d'interrogation des collègues* » (E3).

3.3.3. Enjeux de l'ergothérapeute dans ces structures

La question s'est posée plusieurs fois de la manière dont l'ergothérapeute se démarque des autres professionnels dans des services où tous sont axés sur le quotidien. Selon les répondants, différentes raisons assoient d'autant plus la place de l'ergothérapeute dans la réhabilitation psychosociale. Premièrement, il est évoqué l'importance de « *notre regard sur la situation* » (E1), afin de trouver « *les éléments de ressource, de stratégie, de comment ça fonctionne dans le quotidien, comment la personne s'adapte dans une situation écologique* » (E2). E1 évoque aussi le fait « *d'explicitier finalement ce qu'est l'occupation, donc parler du quotidien, voir en fonction de leurs besoins* ». Enfin, la notion du transfert des acquis dans la vie quotidienne est abordée par E2 qui précise que « *c'est là où il y a vraiment la plus-value en*

ergothérapie et que moi j'agis entre le quotidien, les activités de la vie quotidienne et les fonctions cognitives » avec l'idée d'intervenir « pour que la personne réussisse à intégrer [les apprentissages] dans son quotidien ». E2 conclut en disant que lors du retour à domicile, « il faut pouvoir être sûr que les choses que la personne a appris en intra sont transposables et transposées à son domicile et c'est un petit peu le corps de métier de l'ergo ».

3.4. Intervention de l'ergothérapeute

3.4.1. Processus d'intervention de l'ergothérapeute

3.4.1.1. Modèles conceptuels

Différents modèles conceptuels sont utilisés par les ergothérapeutes. Parmi les répondants, le plus utilisé est le MOH. Ce dernier est utilisé pour différentes raisons : *« dans mes évaluations, dans les observations, dans l'accompagnement, [...] dans l'analyse des activités que je peux faire dans les ateliers thérapeutiques »* (E2). E1 précise que c'est *« le modèle de l'occupation humaine qui guide un peu [sa] réflexion »*. E3 utilise le modèle Personne – Environnement – Occupations (PEO) *« pour que ça soit facile pour faire mes bilans, pour l'expliquer »*, ainsi que pour *« faire [sa] trame de bilan »*. Enfin, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est utilisé par E2 *« pour tout ce qui est profil occupationnel, l'équilibre occupationnel »*. E3 a aussi utilisé le modèle Kawa avec un patient *« très apathique »*.

Les modèles apparaissent aussi comme des outils pour *« communiquer »* (E3), *« clarifier [sa] place en tant qu'ergo »* (E3), mais aussi *« pour expliquer à la personne de quelle manière je vais intervenir, qu'est ce que je vais faire, quel est mon métier »* (E2).

3.4.1.2. Description de l'accompagnement type

Pour chacun des ergothérapeutes interrogés, la réponse est unanime : la première étape de l'accompagnement est d'explicitier son rôle auprès de la personne. Puis intervient une phase d'évaluation, *« une phase d'observation et de découverte »* (E1). E2 identifie 3 étapes, avec d'abord *« une évaluation sous forme d'entretien semi-directif en utilisant surtout des*

outils des MOH ou de la MCREO; 2e étape c'est une évaluation fonctionnelle et 3e étape c'est la restitution des 2 évaluations et du coup définir les objectifs ensemble ». Ensuite arrive la mise en œuvre des moyens. L'idée est de « *mettre en pratique* » (E1), de « *les amener à faire des essais* » (E3).

3.4.2. Outils d'évaluation

Comme vu précédemment, les ergothérapeutes interrogés se basent beaucoup sur le MOH, ainsi que sur les outils liés à ce modèle. E1 et E2 utilisent le *Model of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST), car « *c'est un bon point de départ pour voir ce qu'on va travailler ensemble* » (E1), il est « *assez flexible et visuel* » (E1) et qu'il « *permet de poser un peu les choses et aussi d'expliquer aux collègues* » (E1). E2 utilise l'OCAIRS quand les problématiques de la personne sont diffuses car il aborde un grand nombre d'items. L'OCAIRS est utilisé « *quand c'est des personnes qui ont une bonne capacité d'élaboration* » (E2). Les répondants évoquent aussi l'OQ, l'OSA et la Liste des intérêts, afin d'obtenir des informations sur les occupations ou la satisfaction des personnes. Les répondants utilisent aussi des outils qui ne dépendent pas du MOH tels que l'OT'HOPE, l'ELADEB, notamment avec « *des personnes qui ont soit des dys, soit un TND ou une déficience intellectuelle, ou alors les personnes qui sont non francophones* » (E2), mais aussi des évaluations issues du MCREO comme la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) et le profil occupationnel.

Les participants évoquent des évaluations fonctionnelles : « *TEM, EF2E, KTA, test de bouilloire* » (E2). Le KTA est « *un outil assez rapide de cuisine, une tâche de cuisine pour voir un peu comment la personne s'organise, [...] souvent ça permet d'introduire un travail en cuisine* » (E1). E2 précise que pour un « *bilan d'autonomie dans le quotidien de la personne, avec un projet logement derrière, je vais plutôt faire un EF2E mais du coup je vais réadapter l'EF2E* ». Au niveau cognitif, E1 utilise régulièrement « *la MoCA, quand la suspicion d'un trouble cognitif est présente* ». E2 se sert de l'UPSA afin « *d'avoir des données chiffrées et faire le lien sur des compétences cognitives* ». Enfin, E2 aborde le côté des émotions avec le Dixit et le Comitys afin de « *faire un point sur les émotions comment ça se passe* » (E2). E2 précise utiliser parfois « *des outils un peu fait maison parce que, c'est pas tout le temps facile comme*

les outils du MOH, ou même ceux du MCREO ils sont anglophones, même si ils sont traduits en français ils ne correspondent pas tout à fait à la culture française », mais aussi la possibilité de se rendre dans des ateliers thérapeutique pour évaluer certaines choses.

3.4.3. Axes et moyens d'intervention

Les ergothérapeutes interrogés sont attendus sur différents axes : *« s'organiser chez soi, comment faire ses courses, découvrir des nouvelles choses dans le quartier » (E1), « travailler sur la mise en place de routine » (E3), « le fait de s'autoriser à faire des choses » (E1), « les équilibres occupationnels au niveau des loisirs » (E3), « affiner des diagnostics sensoriels ou des particularités sensorielles » (E3), « se réapproprier son chez-soi » (E1).* E3 précise que *« sur les sphères des occupations, c'est vrai que ça peut être un peu multiple »*, ce qu'appuie E2 en expliquant que les problématiques sont *« diffuses »*. Enfin, E1 aborde aussi le sujet de rôle d'ergothérapeute dans l'aide aux aidants avec la prise en compte de l'environnement social de la personne.

Ainsi, les moyens mis en œuvre sont multiples. La mise en situation est abordée plusieurs fois, dans l'idée *« d'augmenter sa zone de confort avec de la mise en situation concrète en espérant que ça soit reproduit » (E1)*, par exemple *« découvrir d'autres espaces, d'autres lieux où ils peuvent aussi avoir leur identité propre donc c'est aussi aller boire un café dans le quartier, découvrir le réseau de quartier, prendre les transports en commun » (E1), « une mise en situation de cuisine » (E3).* La mise en situation va permettre de répondre à des objectifs de manière très transversale, en accompagnant la personne dans une dynamique d'action. Elle est soutenue par d'autres moyens, comme le travail cognitif, la mise en place de stratégies d'adaptation et de routines.

La remédiation cognitive fait aussi partie des interventions. E1 explique faire *« Recos, qui est un programme de remédiation cognitive [...] ». Donc on amène l'ordi à domicile on et puis pour ce qui est tâche à domicile on est sur place donc c'est très pratique, ça permet aussi de redonner du sens à ces exercices-là. »*. E2 explique que lorsqu'elle *« travaille sur l'axe de la remédiation cognitive ça sera avec des jeux de société »*.

Les séances de groupe avec un projets définit sont aussi utilisées pour que les personnes « *réexpérimentent des choses* » (E1). De manière générale, les ergothérapeutes s'inscrivent dans nombreux des outils d'intervention mis en œuvre par la structure.

De manière plus générale, l'intervention de l'ergothérapeute nécessite de l'adaptation, et « *demande une réactivité, une souplesse [...] pour répondre aussi aux besoins* » (E1).

3.4.4. Freins à l'intervention

Différents types de freins se distinguent dans l'analyse des réponses : les freins liés à la personne accompagnée, à la famille et l'entourage et enfin les freins institutionnels et organisationnels. Les répondants vont majoritairement se « *heurter des problématiques d'intrusion* » (E1). « *Effectivement, des fois, les personnes sont un peu outrées qu'on vienne chez eux, et il faut l'entendre aussi, c'est intrusif, ce n'est pas habituel* » précise E3. Le sentiment d'intrusion peut conduire à ce que « *les visites à domicile, travailler dans l'environnement de la personne n'est pas possible [...], c'est très compliqué de voir comment la personne fait des choses* » (E2). E2 explique aussi que « *c'est un grand frein quand la personne vient parce que quelqu'un lui a dit que ça serait bien. Il faut vraiment que la demande et la pertinence vienne de la personne, qu'elle soit prête pour apporter ce changement* ». Enfin, E3 met en lumière la difficulté de mise en action pour les personnes accompagnées : « *avec ces patients, on peut guère être proactif, il y a une lenteur. Après, est-ce que c'est la résistance de base d'un être humain au changement aussi ?* ». La famille peut aussi être un frein à l'intervention. Il faut « *prendre en compte aussi le rythme des familles* » (E1), et c'est parfois « *compliqué* » (E3). Au niveau organisationnel et institutionnel, on retrouve la limite du temps et d'une « *fréquence qui est moindre* » (E1) dans les structures alternatives à l'hospitalisation complète. E1 souligne que « *vu qu'il y a énormément de personnes à voir on est on est quand même sur des dispositifs qui restent moins intensif* ». L'intervention dans le milieu écologique de la personne implique des temps de trajets qui peuvent être long, d'autant plus dans les zones rurales où « *ça peut arriver de faire une heure et demie rien que pour aller chez la personne* » (E3). L'intervention à domicile nécessite aussi une organisation et anticipation du matériel, ce qui renforce la notion d'adaptabilité et d'adaptation.

3.5. Enjeux des alternatives à l'hospitalisation complète dans le processus de rétablissement

3.5.1. Place de ces structures dans le parcours de soin des personnes

Les structures alternatives à l'hospitalisation complète s'inscrivent dans le parcours de soin des personnes accompagnées de différentes manières, avec des liens qui se font entre elles mais aussi avec l'hospitalisation complète. Dans le cadre de l'équipe mobile, E1 explique que certains patients « *font des allers-retours à l'UPRM, donc aux urgences, et que dès lors il y a de l'équipe mobile il n'y a pas d'hospitalisation derrière parce qu'il y a un étayage donc les urgences décident de ne pas hospitaliser* », avec des personnes « *qui n'ont pas du tout connu d'hospitalisation, d'autres pour lesquelles l'équipe mobile a permis de sortir plus tôt de l'hospitalisation* » (E1). Il précise aussi qu'il y a « *des articulations avec le CMP assez régulières* » (E1) et « *un relais avec un SAMSAH* » (E1) ce qui implique de nombreux liens avec les partenaires. Au niveau du service d'intervention précoce, les liens, avec le CMP, le SAMSAH ou d'autres structures, se font surtout en aval de l'accompagnement « *pour éviter de lâcher dans la nature* » (E2). La coordination de parcours permet de faciliter cette démarche. E2 explique qu'il y a « *très peu de liens avec l'intra* » sauf s'il y a « *besoin de commencer à travailler sur le projet de rehab* ». Des liens sont aussi faits avec le « *service de santé universitaire [du territoire] et dès qu'à l'université ils repèrent des élèves qui vont moins bien, [...] ils sont assez rapidement orientés vers cette unité* » (E2). Enfin, E3 évoque que pour le SAMSAH, les personnes doivent être accompagnées par « *un CMP, ou en tout cas un relais avec un psychiatre* ». La plupart des personnes accompagnées par le SAMSAH « *sont passés par [un centre hospitalier]* » (E3).

On remarque que dans les différentes structures, beaucoup de liens sont fait avec les différents acteurs, qu'ils soient du milieu du soin ou du médico-social, mais aussi avec les familles, l'université ou encore la « *mission locale* » (E3) pour les personnes en insertion professionnelle. E1 évoque les enjeux de la préparation à la sortie, qui se rend développe avec la création de groupes en intra-hospitalier et en HDJ, et l'intérêt du « *soutien aux proches, [...] le développement de l'aide aux aidants* » (E1).

3.5.2. Bénéfices des structures pour les personnes accompagnées

L'intérêt général de ces structures exprimé par les répondants est en opposition avec le manque de sens que présente la vie dans des unités d'hospitalisations complète. E1 exprime ses questionnements par rapport à « *l'intérêt, est ce que finalement de de les adapter à l'hospitalisation continue, ils sont entraînés à vivre à l'hôpital et pas forcément entraînés à vivre à domicile* ». E2 appuie ce propos en expliquant que :

« En hospitalisation tout est contrôlé, il y a les repas, il y a le rythme qui est donné par les soignants, l'hygiène, les tâches ménagères, tout est fait ou incité ou initié par une autre personne, donc c'est difficile de travailler sur les questions d'autonomie ».

E3 insiste sur le fait qu'en hospitalisation complète « *c'est pas leur vie* », et que « *finalement, à l'hôpital, on est proactif, on propose plein de choses, mais en fait, on ne leur demande pas leur avis* », ce qui diffère des structures alternatives ou « *l'idée c'est qu'elle s'engage, qu'elle y voit du sens et qu'elle existe sans nous, [...] on n'est pas sur les mêmes objectifs* » (E3).

3.5.3. Effets sur la limitation de l'hospitalisation

Les différentes structures sont construites avec « *cette idée de dire que l'hospitalisation ça n'est pas la solution systématique* » (E1), notamment dans le cas de l'intervention précoce ou « *l'idée c'est d'intervenir le plus tôt possible pour ajuster les choses avant qu'il y ait des nécessités de l'hôpital* » (E1). Il y a aussi cet enjeu d'agir en amont pour essayer de « *soit repousser, soit limiter une hospitalisation* » (E2). L'intérêt est « *d'intervenir tôt pour éviter la chronicisation, en fait qu'ils s'inscrivent pas dans l'hospitalisation complète* » (E3). L'accompagnement dans le développement de l'insight permet que « *le rétablissement ne sera pas forcément plus facile [...] mais il va peut-être être un peu plus fluide* » (E2), ainsi, les personnes « *auront aussi leurs petits échecs, mais vu qu'ils savent ou qu'ils ont des moyens de repérage ou de gestion de ces petits échecs, [...] on ira pas jusqu'à l'hospitalisation* » (E2). Il apparait aussi un effet très étayant de ces structures permettant de « *limiter l'entrée en hospitalisation d'intra* » (E1).

Bien que n'ayant pas de données chiffrées, les répondants sont unanimes sur le fait que « *concrètement, oui* » (E2), ces structures permettent de limiter l'hospitalisation complète. E1 ajoute que « *il y a eu des fermetures de lits ; finalement ça tient malgré les inquiétudes des soignants, parce que ça a fait venir des possibilités d'accompagner le patient sans cette façon* ». Enfin, « *plus on a des alternatives à l'hospitalisation plus tout le monde est rassuré, que ça soit le patient, sa famille ou les professionnels, donc on voit déjà que dans les faits on hospitalise en continu moins et moins longtemps* » (E1).

3.6. Réhabilitation psychosociale, ergothérapie et désinstitutionalisation : des enjeux globaux

L'idée d'une transformation sociétale, ou du moins d'une nouvelle manière de penser la norme émerge de manière plus ou moins formelle dans les propos des personnes interrogées. E1 aborde effectivement la notion de « *justice occupationnelle* », qui est au croisement de « *entre l'actualité de l'ergothérapie l'actualité de la réhabilitation* » avec l'idée que les personnes « *restent dans leur quartier, restent à leur domicile* » et puissent « *retrouver une place dans la société* » (E1). A travers cette « *culture de moins hospitaliser* » (E1), les répondants évoquent spontanément une réflexion plus générale à la société, afin que « *l'environnement dans lequel ils sont accepte ça.* » (E3). L'ergothérapeute a ainsi ce « *travail là de porte-parole* » (E1), notamment auprès des proches et des aidants.

La notion de norme est aussi remise en question, avec l'idée que « *finalement le but ce n'est pas d'en faire des patients stabilisés comme on faisait une époque et de là où ils en sont, penser que peut-être une autre manière d'être est possible* » (E1). Ainsi, l'un des enjeux est que les personnes « *fassent leur propre choix et qu'ils accèdent à des choix d'adultes qui leur correspondent. Tous n'auront pas un appart, un travail, mais en tout cas, un minimum d'activités qui fassent sens pour eux* » (E2). Finalement, E3 explique que « *c'est ça d'être garante du rétablissement* » avec l'idée que la personne accède à des choix qui lui sont propres et qu'elle puisse les réaliser de manière assumée et pro-active.

4. Discussion

4.1. Confrontation des résultats avec la théorie

4.1.1. Intégration de la réhabilitation psychosociale dans les structures

La réhabilitation psychosociale s'inscrit dans ces structures avec une dynamique institutionnelle. L'étude met en lumière la volonté de ces structures de partir des besoins et des demandes de la personne, avec une diversité importante des axes d'accompagnements. Cette dynamique est confortée par les données théoriques, qui expliquent que les missions de ces structures sont de contribuer à la réalisation du projet de vie avec un accompagnement dans le milieu écologique de la personne. Ainsi, la réhabilitation psychosociale prônant que « l'usager est le maître d'œuvre des actions entreprises à son intention : il est placé au centre du dispositif, ses attentes et demandes fondant les interventions » (Morin & Franck, 2018), les structures abordées dans l'étude s'y confortent en co-construisant les axes d'accompagnement avec la personne, avec l'idée qu'elles fassent leurs propres choix et de développer leur *empowerment*.

Afin de soutenir cette dynamique de mise en action, un processus se dessine, étayé par différents outils d'accompagnement. Avec une visée fonctionnelle et portée sur les activités de la vie quotidienne, les structures mettent en œuvre différents leviers d'action, allant de l'accompagnement en milieu écologique à la remédiation cognitive, en passant par la psychoéducation et le travail sur les habiletés sociales. Dans les différentes structures visées par l'étude, l'accompagnement semble se faire tant au niveau médical qu'au niveau social. Ainsi se retrouve une des définitions de la réhabilitation psychosociale : « la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales » (Morin & Franck, 2018). Pour soutenir ces actions, les différentes structures sont constituées d'équipes pluridisciplinaires, la plupart du temps formées à la réhabilitation psychosociale. Ainsi, les changements structurels de la psychiatrie, accompagnés par une révolution culturelle et le développement du paradigme du rétablissement, ont permis l'émergence de ces dispositifs, avec des enjeux à plusieurs échelles.

4.1.2. Différents dispositifs de soins : des enjeux individuels et sociétaux

4.1.2.1. Enjeux pour les personnes ayant des troubles psychiques

Les alternatives à l'hospitalisation complète sont de plus en plus présentes dans le parcours de soin, diminuant voire remplaçant les séjours en intra-hospitalier. Cette dernière n'est alors plus systématique, ce qui est un enjeu majeur d'après les résultats de l'étude. En effet, la question se pose de l'intérêt de l'hospitalisation longue, dans un contexte où le rythme de chaque activité est donné par les soignants, où la personne a peu de possibilités de s'engager dans des activités qui font sens pour elle. En opposition à l'institutionnalisation, l'approche communautaire permet le développement de *l'empowerment*, notion clé du rétablissement, mais aussi le respect des droits fondamentaux (Bonsack et al., 2018).

Bonsack et al. (2018) mettent en avant différents bénéfices des alternatives à l'hospitalisation complète longue, notamment le gain de liberté mais aussi de lien social, qui s'accompagne d'une amélioration des symptômes négatifs. L'accompagnement dans le milieu écologique de la personne permet enfin de limiter la stigmatisation liée à l'institution et ainsi de favoriser une meilleure inclusion sociale.

La question de la dépendance et de chronicisation est aussi à réfléchir, en rappelant le fait que l'hospitalisation longue peut être facteur de chronicisation, et ainsi aller à l'encontre du processus de rétablissement (Richard, 2022). Les professionnels mettent alors en lumière l'intérêt d'intervenir tôt pour éviter la chronicisation, avec une dynamique d'accompagner la personne pour l'armer dans la gestion et le repérage des crises, afin d'éviter au maximum l'hospitalisation.

4.1.2.2. Enjeux sociétaux

La diminution des séjours en hospitalisation a aussi des enjeux sociétaux. Outre l'aspect économique marqué par la diminution du nombre de lits, cette transformation du soin soulève aussi une transformation sociale et politique. « Le maintien dans la communauté des personnes souffrant de troubles psychiatriques engage ainsi l'ensemble de la société » (Bonsack et al., 2018). Avec cette dynamique de désinstitutionnalisation, le clivage entre le

milieu du soin et le milieu écologique de la personne de dissout peu à peu. Cependant, en accord avec les propos recueillis dans l'étude « l'attitude du public et des politiques est déterminante pour développer les alternatives à l'hospitalisation et la méconnaissance, les préjugés, la discrimination et la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques doivent être surmontés. » (Bonsack et al., 2018). En effet, l'étude met en lumière le besoin d'acceptation par la société, et de prendre en compte les particularités liées aux troubles psychiques mais aussi les demandes et besoins des personnes concernées.

L'étude met en lumière le lien de la désinstitutionalisation avec la notion de justice occupationnelle, qui se définit comme un « principe éthique visant à reconnaître et à promouvoir le droit de tous d'avoir accès à des conditions de vie qui permettent de s'engager dans des occupations variées et significatives » (Jasmin, 2019). Ce principe est évoqué avec l'idée que les personnes ayant des troubles psychiques retrouvent une place dans la société, impliquant de privilégier « la continuité du soin et la collaboration en réseau entre les différents acteurs. » (Bonsack et al., 2018). On trouve parmi ces acteurs, outre les professionnels du champ médico-social, les aidants, l'entourage, le milieu professionnel, etc. Cette dynamique nécessite alors un accompagnement de ces acteurs, pour valoriser une approche communautaire du soin psychique. On peut d'autant plus s'appuyer sur « le fait que le pouvoir politique reconnaît enfin l'aspect fondamental du soutien que constituent les ressources communautaires dans une perspective de désinstitutionalisation. » (Giraud-Baro, 2018).

4.1.3. Ergothérapie, réhabilitation psychosociale et rétablissement

4.1.3.1. Rôle de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale

L'étude met en valeur les liens entre la réhabilitation psychosociale et l'ergothérapie. En effet, si la réhabilitation psychosociale encourage le développement des capacités dans un environnement favorisant l'apprentissage, avec une visée très fonctionnelle, l'ergothérapie, avec une approche centrée sur la personne, ses occupations, son environnement, et sa vision globale sur l'activité, prend tout son sens dans l'approche de réhabilitation. On retrouve de grandes similitudes dans cette dernière et les valeurs-métier de l'ergothérapeute, notamment

l'aspect de l'empowerment, l'orientation vers la personne, l'implication de la personne dans ses objectifs, etc. L'approche de réhabilitation psychosociale apparaît alors comme une posture intrinsèque de l'ergothérapeute. L'utilisation du MOH dans le Traité de Réhabilitation Psychosociale en témoigne d'autant plus, ainsi que le nombre d'ergothérapeutes présents dans les services de réhabilitation par rapport aux services de psychiatrie classiques. De plus, l'étude montre que l'ergothérapeute a un rôle particulier dans ces structures du fait de sa vision globale, avec une approche parfois moins interventionniste mais plutôt de ressource.

4.1.3.2. Intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie et accompagnement du processus de rétablissement

L'intervention en ergothérapie dans ce domaine est peu décrite par la littérature. Ainsi, l'étude a cherché à retracer des principes communs dans les interventions des différents participants. Le premier point commun ressorti dans l'étude est l'utilisation du MOH, qui apparaît comme le modèle conceptuel principalement utilisé, ce qui est appuyé par le Traité de Réhabilitation Psychosociale, expliquant que « L'usage du MOH n'est pas réservé à la psychiatrie. Il trouve cependant tout son intérêt dans l'intervention des ergothérapeutes en santé mentale, s'accordant parfaitement aux valeurs de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement. » (Vanzetti et al., 2018). L'utilisation du modèle permet à l'ergothérapeute d'une part de guider sa réflexion, notamment sur l'évaluation et l'analyse d'activités, et d'autre part d'expliquer, de communiquer plus facilement.

Les phases d'évaluation, guidées par des outils multiples et variés, semblent suivre une trame générale. Une prise de contact avec la personne pour recueillir des informations, est suivie d'évaluations fonctionnelles en cas de besoin, avec l'idée d'ensuite définir des objectifs et moyens d'interventions en collaboration avec la personne. Ce processus peut s'appuyer sur le Schéma des six étapes du raisonnement thérapeutique de Kielhofner (*cf. Annexe F : Schéma des six étapes du raisonnement thérapeutique d'après Kielhofner*).

En ce qui concerne l'intervention, la multiplicité des axes travaillés et des situations rencontrées rendent difficile la mise en avant d'un processus général. L'étude met en avant le fait d'expérimenter, de se mettre en action au cœur du milieu écologique de la personne, afin

d'accompagner la personne à construire ou retrouver son identité occupationnelle propre, ce qui ramène aussi à la notion de compétence occupationnelle. Une grande partie des interventions se base ainsi sur la mise en situation en milieu écologique, avec l'enjeu que la personne transfère les acquis théoriques dans son quotidien. La capacité d'adaptation de l'ergothérapeute est primordiale, et fait sens avec le besoin de flexibilité des programmes de réhabilitation, au vu de favoriser le rétablissement. (Deegan, 2018)

En faisant le parallèle entre les actions de l'ergothérapeute et le processus de rétablissement, l'accompagnement en ergothérapie semble correspondre particulièrement à différents stades de ce processus : d'une part, la préparation, avec les notions d'établir une reconnaissance des valeurs, forces, faiblesses, pour lesquels l'évaluation en ergothérapie, et cette approche globale trouvent un intérêt. D'autre part, la reconstruction, avec l'idée d'identifier des objectifs correspondant à son identité et que la personne soit proactive dans leur réalisation, ce qui se traduit dans le MOH avec les notions de compétence et d'identité occupationnelle.

4.2. Intérêts et limites de l'étude

Cette recherche avait pour but d'explorer la pratique de l'ergothérapeute dans un contexte en plein essor : la réhabilitation psychosociale. Les objectifs de l'étude étaient de comprendre l'intervention de l'ergothérapeute dans les structures orientées réhabilitation psychosociale mais aussi les enjeux de cette approche au niveau individuel et global. Dans une dynamique actuelle de développement de la réhabilitation psychosociale, l'intérêt est ainsi de mieux définir la place de l'ergothérapeute dans cette approche mais aussi d'encourager la valorisation de l'intervention en ergothérapie dans l'accompagnement du processus de rétablissement. Enfin, l'étude porte aussi sur les enjeux de cette pratique, d'une part pour la personne accompagnée, et d'autre part dans un contexte sociétal plus large.

Cette étude présente cependant des limites. Premièrement, la réhabilitation psychosociale ayant fait son apparition en France il y a une vingtaine d'années, c'est une pratique qui est parfois mal comprise et maîtrisée, ce qui a rendu les choses compliquées pour cadrer la partie théorique et le guide d'entretien, tout comme le manque de littérature

explicitant le rôle de l'ergothérapeute dans ces services. Des connaissances plus solides sur l'approche de réhabilitation psychosociale au début de l'enquête auraient permis de mieux affiner le guide d'entretien. Enfin, le nombre restreint de personnes interrogées ne permet pas d'affirmer une conclusion représentative sur la problématique évoquée au début.

4.3. Perspectives de poursuite de l'étude

Cette étude a permis de mettre en évidence la place de l'ergothérapeute dans les structures orientées réhabilitation psychosociale, mais aussi l'importance de la diversité de l'offre de soin en psychiatrie s'axant de plus en plus sur le milieu écologique de la personne. La notion de justice occupationnelle se présente alors dans un contexte où l'accès à des occupations signifiantes pour des personnes ayant un trouble psychique est entravé. Cette entrave provient de la méconnaissance de ces troubles par la société, associée à des stigmatisations dans différentes sphères de la vie quotidienne.

L'environnement, sous ses différents aspects, influe sur l'individu et ses occupations. Ceci peut susciter des réflexions sur la possibilité de transformations sociétales, visant à promouvoir l'inclusion sociale des personnes ayant des troubles psychiques. Des actions communautaires sont progressivement mises en place, notamment les Groupes d'Entraide Mutuels (GEM) ou les programmes de psychoéducation familiale. Cependant, dans ce contexte de désinstitutionalisation, il y a un besoin accru d'étayage de l'environnement social. Après de nombreuses années de clivage complet entre le milieu du soin psychiatrique et la société hors des murs de l'hôpital, il est essentiel de s'interroger sur le soutien de cette dynamique de changement dans la société. Ce soutien peut se faire sous un versant éducatif et informatif, mais aussi par la mise en place d'actions concrètes, notamment pour les aidants et l'environnement social proche, qui peuvent être garant d'un étayage soutenant et contenant pour la personne ayant un trouble psychique. Alors, afin de porter la réflexion entamée par ce travail à un niveau plus global, il est intéressant de s'interroger sur :

Comment peut agir l'ergothérapeute dans la mise en place d'action communautaire à visée des aidants et de l'environnement social proche, pour favoriser l'inclusion sociale et la justice occupationnelle des personnes ayant un trouble psychique ?

Conclusion

Ce travail est parti d'un questionnement sur l'intervention de l'ergothérapeute dans une dynamique de désinstitutionalisation dans le champ de la psychiatrie. La littérature a mis en avant des transformations structurelles du soin psychique, avec l'apparition de la réhabilitation psychosociale au début des années 2000. De plus, le manque d'informations sur l'intervention en ergothérapie, avec une vision majoritairement axée sur les médiations créatives, a conduit à approfondir ce questionnement. De plus, les structures orientées réhabilitation psychosociale accompagnent les usagers dans un but fonctionnel et d'autonomie, ce qui questionne aussi le positionnement de l'ergothérapeute. L'objectif de l'étude était alors de définir le rôle et l'intervention de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale pour accompagner les personnes ayant des troubles psychiques dans leur rétablissement et limiter les hospitalisations complètes.

A l'issue de l'étude, et après confrontation avec la théorie, différentes conclusions sont ressorties. Premièrement, l'approche de réhabilitation psychosociale est intrinsèquement similaire à l'approche et les valeurs de l'ergothérapeute, ce qui vient conforter sa place dans ces dispositifs. L'étude a aussi mis en avant l'existence peu verbalisée de processus communs dans l'accompagnement en ergothérapie, notamment via un processus d'évaluation concret. L'intervention en elle-même reste très flexible et peu reproductible, répondant aux besoins et demandes de la personne. Enfin, la réhabilitation psycho-sociale, associée au développement de structures tournées de plus en plus vers la cité, apporte de réels bénéfices pour l'inclusion sociale des personnes ayant des troubles psychiques. L'évolution du soin psychique s'accompagne d'un véritable tournant politico-social, avec une prise en compte grandissante du handicap psychique.

Cependant, l'étude montre aussi des limites contraignant la réhabilitation psychosociale et l'inclusion dans la communauté, impactant la qualité de vie des personnes concernées. Au cours de cette étude a été évoquée l'intérêt de développer d'autres interventions, favorisant l'inclusion, notamment axées sur l'environnement social. Dans une dynamique de repenser la société pour plus d'inclusion, on peut se poser la question de l'ergothérapie dans la mise en œuvre d'action communautaires, au plus proche du milieu écologique de la personne.

Bibliographie

- Agence Technique des Informations sur l'Hospitalisation. (2023). : *Publication des chiffres clés 2022 de l'hospitalisation / ATIH*. <https://www.atih.sante.fr/actualites/publication-des-chiffres-cles-2022-de-l-hospitalisation>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- ANESM. (2016). *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1__rbpp_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf
- Anthony. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anthony, W., Cohen, M., Farkai, M., & Gagne, C. (2004). *La réhabilitation psychiatrique*. Socrate éd.-Pomarex.
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. (1986). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072756/>
- Blum, P., & Neuberg, S. (2019). Les temps retrouvés de l'insertion. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 226-227(1-2), 104-119. <https://doi.org/10.3917/arss.226.0104>

- Bonsack, C., Conus, P., & Morandi, S. (2018). Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. In *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 165-171). Elsevier Masson.
- Camberlein, P. (2015). 18. Les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés. In *Politiques et dispositifs du handicap en France: Vol. 3e éd.* (p. 100-109). Dunod. <https://www.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-p-100.htm>
- Centre Hospitalier Le Vinatier. (2021). *PEP's—Premiers Episodes Psychotiques*. https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_pro_pep_s_modele_fh_v2.pdf
- CHUV. (2021). *Programme TIPP (traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques)*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/programme-tipp-traitement-et-intervention-precoce-dans-les-troubles-psychotiques>
- Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, Pub. L. No. 2005-223 (2005). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000263421/>
- Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, Pub. L. No. 2017-884 (2017).
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017-1200 (2017).
- Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, 2021-1170 (2021).

- Deegan, P. E. (2002). Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 5-21. https://doi.org/10.1300/J004v17n03_02
- Deegan, P. E. (2018). L'expérience vécue du rétablissement. In *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p. 9-15). Elsevier Masson.
- Dehbi, S. (2022). Le séjour thérapeutique. Un précieux levier de déchronicisation. *L'information psychiatrique*, 98(7), 571-575. Cairn.info. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2469>
- DREES. (2021). *Les patients suivis en psychiatrie*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2015%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie.pdf>
- Fiat, C., & Wonner, M. (2019). *Rapport d'information n°2249—15e législature*. Assemblée nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information
- Garcin, V. (2022). Les équipes mobiles en psychiatrie : Un besoin de définition. *Perspectives Psy*, 61(3), 202-206. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2011613202>
- Giraud-Baro, E. (2018). Implantation et développement de la réhabilitation psychosociale en France. In *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 152-161). Elsevier Masson.
- Jasmin, E. (Éd.). (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Presses de l'Université du Québec.

- Kannas, S., & Robin, M. (2010). Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles. In *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Elsevier Masson.
- Klein, F. (2014). *Être ergothérapeute en psychiatrie*. Érès.
- Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire? In *Ergothérapie en psychiatrie* (p. 37-54). De Boeck Supérieur.
- Laulan, L. (2016). La réinsertion sociale des patients psychotiques. In *Ergothérapie en psychiatrie*. De Boeck Supérieur.
- Maillot, C. (2016). CATTP. Solidarité Usagers Psy. <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-occuper-de-soi/cattp/>
- Martin, B. (2017). Le rétablissement en psychiatrie. *Perspectives Psy*, 56(3), 201-202. Cairn.info. <https://doi.org/10.1051/ppsy/201756201>
- Martin, B., & Franck, N. (2018). Comment la réhabilitation psychosociale peut favoriser le rétablissement. In *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 64-68). Elsevier Masson.
- Martin, J. (2017). Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *L'information psychiatrique*, 93(10), 865-870. Cairn.info. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1727>
- Massé, G. (2022). L'hospitalisation complète ! Vous dis-je. *Pratiques en santé mentale*, 68e année(1), 67-70. <https://doi.org/10.3917/psm.221.0067>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *Santé Mentale et Psychiatrie*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf

- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Morin, L., & Franck, N. (2018). Valeurs de la réhabilitation psychosociale. In *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 16-25). Elsevier Masson.
- OMS. (2023). *Classification Internationale des Maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité, 11ème révision*.
- Oury, J., & Michaud, G. (1973). *Introduction à la psychothérapie institutionnelle*. Seuil.
- Paoli, B. (2022). Peut-on se passer de l'hôpital psychiatrique ? De l'approche économique à l'expérience clinique en psychiatrie adulte. *Pratiques en santé mentale, 68e année*(1), 39-46. <https://doi.org/10.3917/psm.221.0039>
- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes De Boeck supérieur.
- Person, Y. (2016). Ergothérapie et réhabilitation, le sens de l'action. In *Ergothérapie en psychiatrie* (p. 199-206). De Boeck Supérieur.
- Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. In *Ergothérapie en psychiatrie* (p. 27-36). De Boeck Supérieur.
- Pomini, V., & Bonsack, C. (2018). Modèles théorique du rétablissement. In *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 55-63). Elsevier Masson.
- Richard, M.-J. (2022). L'hospitalisation en établissement de santé mentale : Un parcours obligé ? *Pratiques en sante mentale, 68*(1), 55-62.

Santé.fr. (s. d.). *Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)*.

Santé.fr. Consulté 2 novembre 2023, à l'adresse <https://www.sante.fr/service-daccompagnement-medico-social-pour-adultes-handicapes-samsah>

Savalli, J. (2024). *Centre médico-psychologique (CMP)*. <https://www.psycom.org/>.
<https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-medico-psychologique-cmp/>

Soubelet, I. (2018). *Équipes mobiles, une utilité reconnue*. 15.

Trémine, T. (2014). Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité. In *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité* (p. V-VI). John Libbey Eurotext. <https://www.cairn.info/les-equipes-mobiles-en-psychiatrie-et-le-travail--9782742011032-p-V.htm>

Vanzetti, M., Ensenlaz, X., Jobert, E., & Grivet, I. (2018). Evaluation centrée sur l'occupation. In *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 430-455). Elsevier Masson.

Vermorel, H., & Vermorel, M. (2012). De l'asile à la politique de secteur : L'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *L'information psychiatrique*, 88(9), 759-770. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0983>

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Galimard.

Annexes

Table des annexes

Annexe A : Valeurs clés de la réhabilitation.....	II
Annexe B : Schéma du processus d'adaptation occupationnelle d'après Kielhofner	III
Annexe C : Guide d'entretien	IV
Annexe D : Grille d'analyse vierge	VI
Annexe E : Formulaire de consentement vierge.....	VIII
Annexe F : Schéma des six étapes du raisonnement thérapeutique d'après Kielhofner	X

Annexe A : Valeurs clés de la réhabilitation

ENCADRÉ 2.1

Valeurs clés de la réhabilitation

1. **Orientation vers la personne** : accent mis sur l'être humain dans son ensemble plutôt que sur sa maladie.
2. **Fonctionnement** : accent mis sur l'accomplissement des activités quotidiennes.
3. **Soutien** : assistance aussi longue que l'individu l'estime nécessaire et souhaitable.
4. **Spécificité environnementale** : accent mis sur le contexte de vie, de travail, de loisir, d'apprentissage de la personne.
5. **Implication** : inclusion des individus en tant que partenaires à part entière dans tous les domaines qui les concernent.
6. **Choix** : préférences de la personne favorisées tout au long du processus.
7. **Orientation vers les résultats** : priorité aux résultats pour la personne.
8. **Potentiel de développement** : amélioration de la réussite et de la satisfaction de la personne, indépendamment de ses difficultés actuelles

Adapté de Anthony.

Figure 1 : Valeurs clés de la réhabilitation d'après Anthony (Morin & Franck, 2018)

Annexe B : Schéma du processus d'adaptation occupationnelle d'après Kielhofner

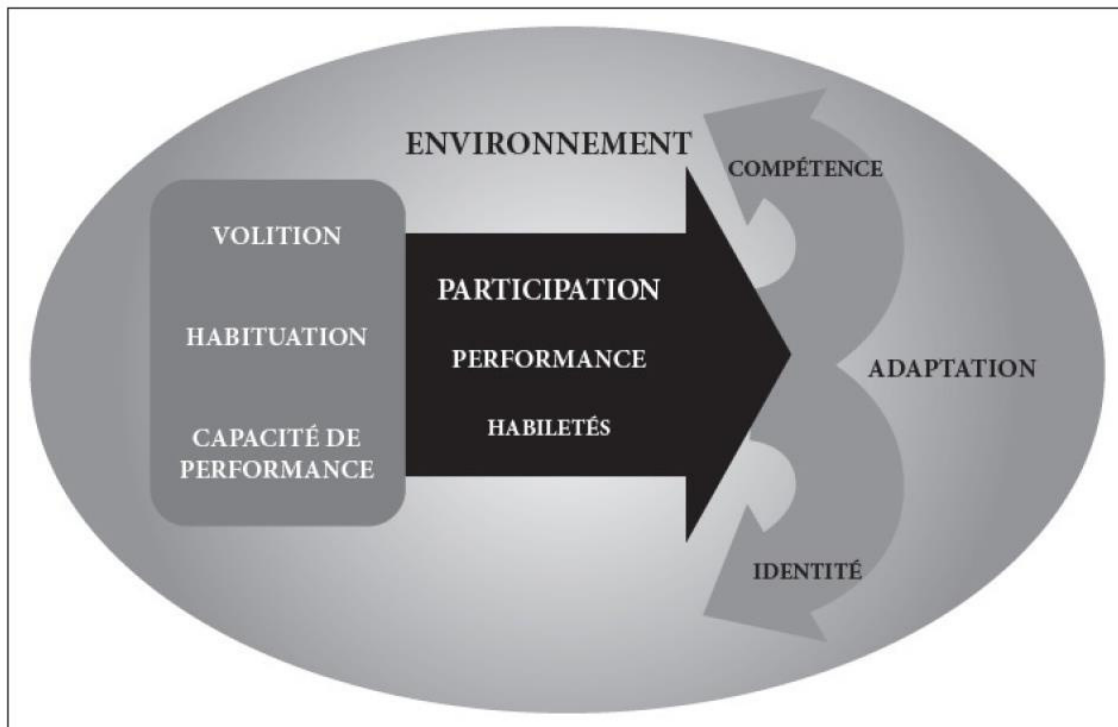


Figure 2 : Traduction du Schéma du processus d'adaptation occupationnelle d'après Kielhofner (Morel-Bracq, 2017)

Annexe C : Guide d'entretien

Thème	Sous thème	Indicateur	Question
Contexte	Parcours	Durée d'exercice en psy	- Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie ? - Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?
	Structure	Fonctionnement et objectifs de la structure	- Pouvez-vous décrire les principaux objectifs de la structure dans laquelle vous travaillez ? - Quels professionnels travaillent dans cette structure ?
	Population accompagnée	Age, pathologie, besoins de la population	- Pouvez-vous décrire la population auprès de laquelle vous intervenez ? (Tranche d'âge, pathologie, durée des troubles...) - Quelles sont les principales problématiques de cette population ?
Réhabilitation psycho-sociale (RPS)	Utilisation de la RPS dans la structure	Professionnels garants de la RPS	- Comment la RPS s'intègre dans le fonctionnement de la structure ? - Quel(s) professionnels en sont garant et l'utilisent ?
	Interventions	Interventions	Quelles sont les différents types d'interventions en RPS réalisées dans la structure et avec quels professionnels ?
	Outils	Outils	Utilisez-vous des outils de RPS ? Lesquels ?
	Ergothérapie	Positionnement de l'ergothérapeute	En tant qu'ergothérapeute, comment vous saisissez-vous du principe de RPS ? Quels liens sont à faire selon vous entre ergothérapie et RPS ?
Intervention en ergothérapie	Enjeux et processus d'intervention	Enjeux de l'ergothérapie	- Quels sont les enjeux de l'ergothérapie pour la population que vous accompagnez ? - Quels sont les axes d'accompagnement retrouvés le plus souvent ?

		Modèles conceptuels	Utilisez-vous des modèles pour guider votre pratique ? Si oui, comment ?
		Description de l'accompagnement type et objectifs	Pouvez-vous me décrire votre processus d'intervention en ergothérapie ?
	Outils	Evaluation	- Quels outils d'évaluation utilisez-vous principalement ? - Pourquoi utilisez-vous ces outils ?
		Intervention	- Quels outils et techniques d'intervention utilisez-vous et pourquoi ? - Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer dans les interventions auprès de personnes ayant des troubles psychiques ?
	Axes	Compétence occupationnelle	Selon vous, est ce que votre intervention s'inscrit dans un but de développement de la compétence occupationnelle ? Comment ?
	Lieux d'intervention	Ergothérapie et alternatives à l'HC	Quel est l'intérêt de l'ergothérapie dans les alternatives à l'HC ?
Enjeux des alternatives à l'hospitalisation complète	Place des alternatives à l'HC dans le parcours de soin	Lien de la structure avec d'autres services	- A quel moment du parcours de soin des personnes accompagnées intervient la structure ? - Tous les usagers ont-ils été en hospitalisation complète ? - Pouvez-vous décrire les liens qui s'opèrent entre votre structure et les services d'HC ?
	Enjeux pour la personne accompagnée	Limitation de l'HC	- Selon vous, quels sont les enjeux de l'intervention en ergothérapie dans les alternatives à l'HC ? - Pensez-vous que les structures alternatives à l'hospitalisation complète peuvent limiter cette dernière ?

Tableau 4 : Guide d'entretien

Annexe D : Grille d'analyse vierge

Thème	Sous-thème	Indicateur	E1	E2	E3
Contexte	Parcours	Durée d'exercice en psy			
	Structure	Objectifs de la structure			
		Temps d'accompagnement			
		Professionnels			
	Population accompagnée	Age, pathologie			
		Problématiques des personnes accompagnées			
Réhabilitation psycho-sociale	Utilisation de la RPS dans la structure	Professionnels garants de la RPS			
		Positionnement du			
	Intervention	Lieux d'intervention			
		Processus d'accompagnement			
	Intervention et outils	Psychoéducation			
		Habiletés sociales			
		Remédiation cognitive			
		Case management			
		Job coaching			
		Autre			
	Ergothérapie	Place de l'ergothérapie dans la			
	Ergothérapie en RPS	Valeurs de l'ergothérapeute			
		Positionnement dans l'équipe			
		Enjeux de l'ergothérapie en			
	Processus d'intervention	Modèles conceptuels			
		Définition des objectifs			

Intervention en ergothérapie		Description de l'accompagnement type / processus d'intervention			
	Evaluation	Evaluations du MOH			
		Autres outils			
		Outils "maison"			
	Intervention	Axes d'accompagnements			
		Cognitif			
		Mise en situation			
		Projets, groupes			
		Préparation à la sortie			
		Aidants			
	Compétence occupationnelle	Compétence occupationnelle			
	Difficultés	Freins de la personne			
		Freins de la famille			
		Freins de l'équipe et institutionnels			
Enjeux des alternatives à l'hospitalisation	Place des alternatives à l'HC dans le parcours de soin des personnes	Lien de la structure avec d'autres services alternatifs à			
		Lien avec l'HC			
		Autre			
	Enjeux pour la personne accompagnée	Bénéfices des alternatives pour la personne			
		Préparation à la sortie			
		Limitation de l'HC			

Tableau 5 : Grille d'analyse vierge

Annexe E : Formulaire de consentement vierge

Formulaire de consentement

Note explicative

Il s'agit d'un projet d'initiation à la recherche dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en ergothérapie conduit par Alice Marinier, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation de Lyon.

Déroulement de l'entretien :

Il s'agit d'un entretien individuel d'environ 40 min durant lequel vous serez amené à répondre à plusieurs questions selon votre vécu et vos expériences professionnelles. Cet entretien sera enregistré sous format audio, afin d'analyser le contenu. Celui-ci sera détruit dès l'obtention du diplôme de fin d'étude.

Anonymat :

Toutes les données, sous leurs formes enregistrées et retranscrites, demeurent totalement anonymes et confidentielles. Tout élément qui permettrait d'identifier la personne enregistrée sera supprimée de telle sorte qu'il ne sera pas possible d'y associer des noms, coordonnées ou autres données personnelles.

Consentement éclairé :

Votre participation à cette étude est volontaire, et vous pouvez y mettre fin à tout moment, sans aucune raison à fournir. Vous acceptez, que les données soient utilisées à des fins pédagogiques sans but commercial.

Formulaire de consentement

Je soussigné.e,(Nom, Prénoms), déclare avoir été informé de de la finalité des données recueillies par Alice Marinier, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'ISTR de Lyon. J'accepte que ces données soient utilisées dans le cadre du projet de fin d'études décrit précédemment.

J'atteste avoir pris connaissance de la note explicative ci-dessus.

Fait à, le

Signature

Annexe F : Schéma des six étapes du raisonnement thérapeutique d'après Kielhofner

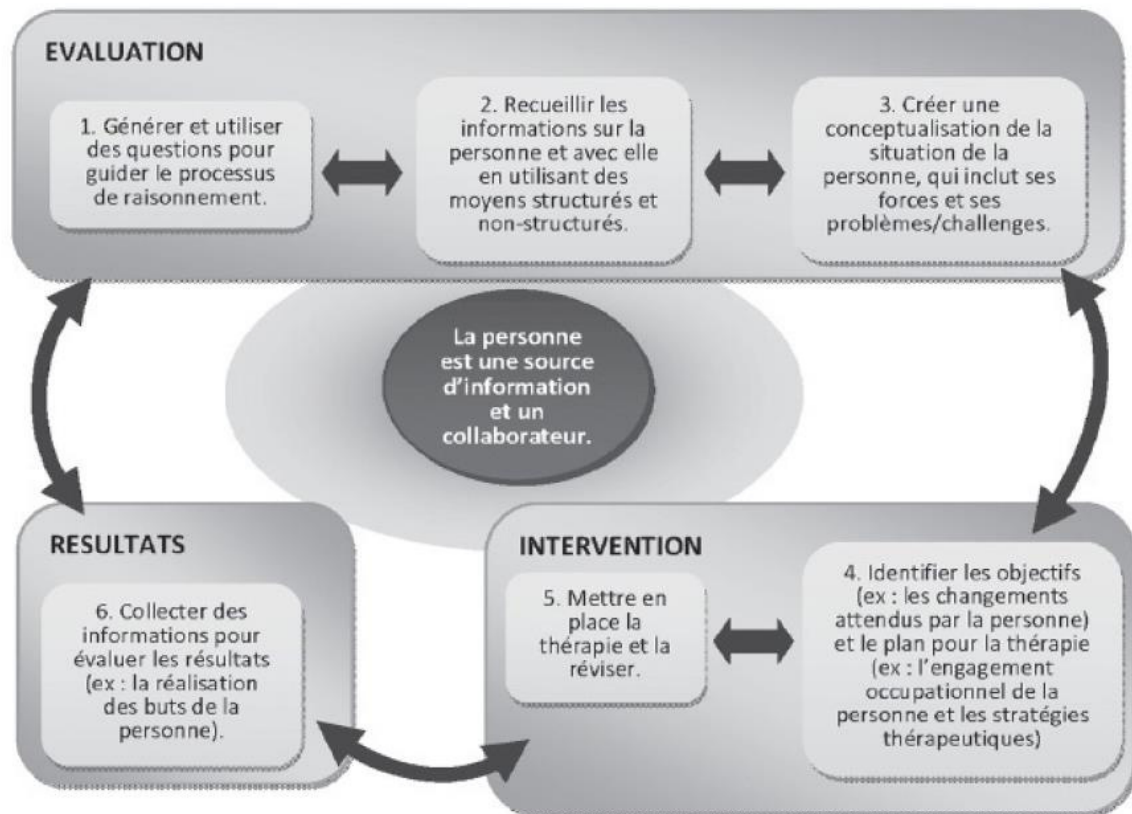


Figure 3 : Traduction du Schéma des six étapes du raisonnement thérapeutique d'après Kielhofner (Morel-Bracq, 2017)

RESUME

Réhabilitation psycho-sociale comme alternative à l'hospitalisation complète en psychiatrie : l'ergothérapeute dans l'accompagnement du processus de rétablissement.

Mots-clés : Réhabilitation psycho-sociale ; psychiatrie ; rétablissement ; ergothérapeute ; intervention ; désinstitutionalisation

Introduction : Le soin psychiatrique en France est en pleine évolution, notamment avec l'arrivée de la réhabilitation psychosociale au début des années 2000 et les enjeux de désinstitutionalisation. Dans un contexte où les alternatives à l'hospitalisation complète se multiplient, l'intervention de l'ergothérapeute en réhabilitation psycho-sociale dans l'accompagnement de la personne dans son rétablissement, est encore mal définie.

Objectif : L'objectif est de définir le rôle et l'intervention de l'ergothérapeute en réhabilitation psycho-sociale pour accompagner les personnes ayant des troubles psychiques dans leur rétablissement et limiter les hospitalisations complètes.

Méthode : Une étude qualitative a été menée. Trois ergothérapeutes français travaillant dans différentes structures de réhabilitation psycho-sociale ont été contactés pour des entretiens semi-structurés. Les résultats ont été analysés à l'aide d'une grille, les classant en différents thèmes.

Résultats : L'étude souligne l'importance de l'ergothérapie dans l'approche de la réhabilitation psycho-sociale. La diversité des moyens d'intervention utilisés et l'articulation avec les différents acteurs permet de limiter l'hospitalisation complète, et de favoriser l'inclusion dans la société des personnes concernées.

Conclusion : L'intervention de l'ergothérapeute, axée sur les mêmes principes que la réhabilitation psycho-sociale, prend tout son sens dans l'accompagnement du processus de rétablissement. La vision holistique de l'ergothérapeute permet une analyse globale des situations, permettant ainsi d'œuvrer pour favoriser l'inclusion. Cette dernière semble cependant limitée par l'environnement social et une méconnaissance des troubles psychiques ancrée. L'étude ouvre ainsi la possibilité d'une réflexion sur la mise en place d'action communautaire à visée des aidants et de l'environnement social proche, pour favoriser l'inclusion sociale et la justice occupationnelle des personnes ayant un trouble psychique.

ABSTRACT

Psychosocial rehabilitation as an alternative to full hospitalisation in psychiatry: the occupational therapist's role in supporting the recovery process.

Key-words : Psychosocial rehabilitation ; psychiatry ; recovery ; occupational therapy ; intervention ; deinstitutionalisation

Context : Psychiatric care in France is in full development, especially with psychosocial rehabilitation since the early 2000s, and the challenges of deinstitutionalisation. Alternatives to full hospitalisation are increasing, but the intervention of occupational therapists (OT) in psychosocial rehabilitation in supporting recovery process, is still poorly defined.

Aim : To define the role and interventions of the OT in psychosocial rehabilitation to support people with mental health problems in their recovery. - and limit full hospitalizations to a minimum

Methods : A qualitative study was conducted. Three French OT working in psycho-social rehabilitation department were contacted for semi-structured interviews. Results were analysed with a table, organized in different themes.

Results : The study highlighted the role of OT in the psychosocial rehabilitation approach. The diversity of the means of intervention and the links with the various people involved limits the need for full hospitalisation and promotes the social inclusion of people with mental health problems.

Conclusion : Based on the same principles of psycho-social rehabilitation, the OT's intervention makes complete sense in supporting the recovery process. The OT's holistic vision enables a global analysis of situations, promoting inclusion. However, inclusion seems to be limited by the social environment and a deep-rooted ignorance of mental disorders. The study opened up the possibility of a reflection on the implementation of community actions for the care givers and the social environment, to promote social inclusion and occupational justice for people with mental disorder.