



Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines
Institut de Formation en Ergothérapie ASSAS

Mémoire

LE TRAVAIL DE L'ERGOTHEPEUTE ET DE LA PERSONNE
ATTEINTE DE SCHIZOPHRENIE AU SEIN DE SON DOMICILE,
VERS UNE SECURITE CHEZ SOI ?

Etude qualitative

Mémoire présenté par : Bryan BAUWENS

Directeur de mémoire : Aurélie FOHR

Année Universitaire
2021-2022

Résumé

Cadre contextuel : La schizophrénie est une pathologie psychiatrique touchant entre 0,7% et 1% de la population mondiale. La symptomatologie est variée, son impact s'observe notamment au niveau du domicile. En effet, certaines personnes atteintes de schizophrénie adoptent ce qu'on appelle une manière pathologique d'habiter, ce qui peut les exposer à des risques sanitaires et sociaux. L'ergothérapeute ayant une expertise en milieu écologique, donc au domicile, peut intervenir auprès de ce public.

Problématique : De quelles manières l'ergothérapeute peut intervenir au domicile de la personne adulte atteinte de schizophrénie ayant une manière pathologique d'habiter, afin que sa sécurité dans son lieu de vie soit assurée?

Méthodologie de recherche : Une recherche qualitative est donc menée. Elle s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de cinq ergothérapeutes intervenant au domicile de personnes schizophrènes.

Résultats : Les répondants reconnaissent l'intérêt du rôle de l'ergothérapeute au domicile de ce public, à travers une expertise et une multitude de moyens pouvant être mis en place. Le tout en considérant l'aspect relationnel prédominant de ce travail.

Conclusion : L'intervention de l'ergothérapeute au domicile des personnes schizophrènes ayant une manière pathologique d'habiter garantit aux personnes d'être accompagnées et écoutées dans leur quotidien, de mieux s'approprier leur domicile, de devenir plus autonomes. Cela leur permet en partie de moins être exposées aux risques liés à leur manière pathologique d'habiter.

Mots clefs : ergothérapie, domicile, schizophrénie, manière pathologique d'habiter

Abstract

Background : Schizophrenia is a psychiatric disease affecting between 0.7% and 1% of the world population. The symptomatology of this pathology is diverse, its impact can be observed at home. Indeed, some people suffering from schizophrenia adopt what is called a pathological way of living, which can expose them to health and social risks. The occupational therapist having expertise in the ecological environment, including the home, can therefore intervene with this public.

Problem : In what ways can the occupational therapist intervene in the home of an adult suffering from schizophrenia with a pathological way of living, in order to ensure their safety in their living environment?

Method : A qualitative research is therefore conducted. It is based on semi-directive interviews with five occupational therapists working in people with schizophrenia's homes.

Results: The respondents recognize the interest of the role of the occupational therapy in this public's home, through an expertise and a multitude of interventions that can be set up, while considering the predominant relational aspect of this work.

Conclusion: The intervention of the occupational therapist in the home of schizophrenic people with a pathological way of living guarantees that the people will be supported in their daily life, will better appropriate their home and will become more independent. This allows them to be less exposed to the risks linked to their pathological way of living.

Key words : occupational therapy, home, schizophrenia, pathological way of living

Sommaire

Introduction	1
Cadre Contextuel	3
1. Des schizophrénies multiples.....	3
1.a Histoire.....	3
1.b Epidémiologie.....	3
1.c Diagnostic et pronostic.....	4
1.d Sémiologie.....	5
1.e Traitements.....	7
1.f Retentissement fonctionnel.....	9
2. Des domiciles variés.....	11
2.a Habiter un domicile, significations et fonctions.....	11
2.b La psychiatrie de secteur, une pratique rapprochée du domicile.....	13
2.c Domicile et vie psychique.....	16
2.d Les « manière pathologiques d’habiter » et leurs risques.....	18
3. Ergothérapie en psychiatrie, des pratiques adaptées.....	21
3.a Histoire de l’ergothérapie en psychiatrie.....	21
3.b La pratique de l’ergothérapeute en psychiatrie.....	22
3.c L’intérêt de l’intervention de l’ergothérapeute au domicile de la personne atteinte de schizophrénie.....	25
3.d Une intervention dans l’intimité de la personne.....	27
3.e Les pratiques de l’ergothérapeute au domicile des personnes ayant une schizophrénie.....	29
4. Problématique et hypothèse.....	32
Étude	33
1. Méthodologie de recherche.....	33
1.a Choix de l’outil.....	33

1.b Population	34
1.c Construction de l'outil	35
1.d Phase de pré-test.....	36
1.e Présentation de l'outil	38
1.f Modalités des entretiens	39
2. Présentation des résultats	39
3.Analyse des résultats	46
3.a Analyse statistique	46
3. b Analyse sémantique.....	50
4. Discussion.....	55
5. Critique et limites du travail	58
Conclusion	61

Glossaire :

Abréviation :	Définition :
ARS	Agence Régionale de Santé
BVQ	Bilan de Vie Quotidienne
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CASIG	Client Assessment of Strengths, Interests and Goals
CHRS	Centre d'Hébergement et de réinsertion
CIM 10	Classification Internationale des Maladies n°10
CMP	Centre Médico Psychologique
CNRTL	Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour L'autonomie
DSM-V	Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders n°5
EAS	Echelle d'Autonomie Sociale
ELADEB	Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés et des Besoins
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAD	Hospitalisation A Domicile
HDJ	Hôpital De Jour
MDPH (Maintenant, MDA)	Maison Départementale des Personnes Handicapées (Maintenant, Maison De l'Autonomie)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRS	Projet Régional de Santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
TEM	Test des Errances Multiples
WEMWBS	Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality Of Life-Bref

Introduction

Lors de mon stage de 4^{ème} semestre, j'ai découvert la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie. J'ai pu collaborer avec plusieurs professionnels au sein d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), notamment durant des visites à domicile. Ce service accompagne dans leur quotidien des personnes d'au moins 20 ans et ayant un trouble psychique, notamment la schizophrénie. Les prises en charge sont, entre autres, des visites à domicile, des accompagnements dans la ville et des entretiens. J'ai ainsi pu participer à des accompagnements au domicile des personnes avec l'ergothérapeute, mais aussi en interdisciplinarité avec des infirmiers, des éducateurs spécialisés ou une conseillère en économie sociale et familiale. J'ai pu constater que chaque personne ayant un trouble psychique avait un lien particulier avec son domicile. Chacun a une manière lui étant propre d'investir son logement allant de s'en occuper méticuleusement à ne lui porter aucun intérêt. Il y a donc autant de domiciles que de personnes.

Je me suis par conséquent intéressé aux liens entre le lieu de vie des personnes ayant un trouble psychique et leur psychopathologie. Ces recherches avaient pour but d'identifier les liens précis entre tel comportement dans la manière d'habiter et tels éléments de la psychopathologie. Je me suis rendu compte qu'il n'était pas possible de catégoriser chaque manière d'habiter et de les mettre en lien avec un phénomène psychique précis. Je me suis alors tourné vers la notion de domicile et j'ai découvert qu'énormément de processus sont mis en jeu en ce lieu. Afin d'être plus précis dans mes recherches, j'ai décidé de m'intéresser à la notion d'habiter, particulièrement chez les personnes atteintes de schizophrénie. De plus, durant ce stage, j'ai pu me rendre compte que les interventions au domicile par l'ergothérapeute avaient une vraie richesse et un impact direct l'environnement ainsi que sur la santé psychique de ce public. Je me suis alors posé différentes questions : quel est l'intérêt des interventions au domicile des personnes schizophrènes ? comment peut-on agir sur le domicile de la personne pour indirectement impacter son psychisme et vice-versa ? quel est le rôle de l'ergothérapeute au domicile de ce public ? quels sont les mécanismes psychiques liés à la notion d'habiter un logement ?

Nous savons que la schizophrénie est une pathologie que l'on retrouve très fréquemment en psychiatrie (Schultz, North, & Shields, 2007) et que l'ergothérapeute

a des compétences dans ce domaine. C'est une pathologie chronique, atteignant de nombreux aspects de la vie de la personne, notamment sa vie quotidienne au domicile (Pachoud, 2015). Les personnes ayant une schizophrénie, peuvent donc se trouver en situation de handicap de par l'impact qu'a leur pathologie sur leurs occupations dans leur environnement. L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute décrit les compétences de l'ergothérapeute comme étant « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi de prévenir, réduire ou supprimer des situations de handicap ». Il est alors possible d'établir un lien entre les compétences de l'ergothérapeute et les situations de handicap que peuvent rencontrer les personnes atteintes de schizophrénie.

Ce mémoire de fin d'études, partira donc de la question de départ suivante : quelles pratiques peut mettre en place l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ?

Dans un travail mêlant la psychologie, la sociologie et l'ergothérapie, s'appuyant sur les modèles conceptuels psychodynamique et occupationnel, les notions clefs du sujet vont être décrites dans le cadre contextuel. Cette démarche va amener à élaborer une problématique ainsi qu'une hypothèse, permettant de construire un travail de recherche qualitative ayant pour but de donner une dimension plus pragmatique aux thématiques étudiées.

Au travers du cadre contextuel seront donc approfondies les notions de schizophrénie(s), de domicile, et de pratiques en ergothérapie. Sera ensuite décrite une méthodologie de recherche, visant à présenter les modalités de l'étude, les résultats recueillis et leur analyse. Après cela, un regard réflexif et critique sera apporté sur cette démarche de recherche.

Cadre Contextuel

1. Des schizophrénies multiples

1.a Histoire

Le terme « schizophrénie », du grec « skhizein » et « phrên », signifiant respectivement « séparer » et « esprit » (Etymonline.com/search, 2021) est un terme récent. En effet, c'est le psychiatre Eugen Bleuer, en 1911 qui propose ce nom. Avant cela, Emil Kraepelin, en 1887 a identifié ce qui semblait être la schizophrénie à travers le nom « Dementia Praecox » ou « Démence précoce » (Bottéro, 2010). En effet, la volonté de comprendre la schizophrénie, et de manière plus générale, les maladies psychiques, s'est fortement fait ressentir à partir du 19ème siècle (Kyzirdis, 2005). Aujourd'hui avec les progrès éminents de la santé et de la recherche nous affinons de plus en plus notre connaissance de la schizophrénie. Des recherches sont encore en cours pour mieux cerner cette pathologie, notamment sur l'origine de la schizophrénie, son traitement (Kyzirdis, 2005) et sa reconnaissance. Sur ce dernier aspect, l'OMS reconnaît la schizophrénie parmi les maladies les plus invalidantes (WHO : World Health Organization, 2019).

1.b Epidémiologie

Cette nécessité de reconnaissance et de sensibilisation devient d'autant plus importante que la schizophrénie concerne un grand nombre de personnes. En effet, la schizophrénie a une prévalence pouvant aller de 0.7% à 1% dans le monde selon les sources (Häfner & an der Heiden, 1997) (Schultz, North, & Shields, 2007). L'incidence de la schizophrénie est de 1 sur 10 000 (Häfner & an der Heiden, 1997) (Schultz, North, & Shields, 2007). Ces deux facteurs semblent être les mêmes dans tous les pays, la schizophrénie concerne toutes les zones géographiques, toutes les cultures et atteint autant les hommes que les femmes (Schultz, North, & Shields, 2007). Ainsi, en France, cela concerne 600 000 personnes. L'âge le plus favorable à l'apparition de cette pathologie est entre 20 et 35 ans, du moins, c'est à cet âge que le diagnostic est le plus souvent posé (Häfner & an der Heiden, 1997). L'espérance de vie des

personnes schizophrènes est en moyenne 20 ans inférieure à celle de la population générale (Tiihonen, et al., 2009). De la même manière, la mortalité des personnes schizophrènes est trois fois supérieure à celle de la population générale (Loas, 2009). Ces faits peuvent s'expliquer par le risque de suicide qui est douze fois plus élevé chez les personnes schizophrènes, mais aussi par d'autres facteurs comme des conduites addictives fréquentes (le tabac et l'alcool), la sédentarité (manque d'activité physique et mauvaise alimentation). En somme on peut observer que la santé des personnes schizophrènes est moins bonne que celle de la population générale, d'un point de vue psychique autant que physique, deux éléments qui sont en interaction. (Loas, 2009) (Saha, Chant, & McGrath, 2007). C'est avec la prise de conscience du nombre de personnes concernées, que la reconnaissance de cette pathologie, la volonté de mieux la comprendre (ses origines, son évolution) et de mieux la diagnostiquer dans un but de prévention afin d'intervenir au plus tôt (Krebs, 2021) est apparue.

1.c Diagnostic et pronostic

Le diagnostic de la schizophrénie est un diagnostic d'élimination car il n'y a pas de symptôme évocateur précis de la schizophrénie (Bottéro, 2010). De plus, il est compliqué à réaliser en période précoce. Il se fait alors plutôt vers l'âge adulte et suite à des épisodes aigus qui orientent le diagnostic, tout en écartant la possibilité d'un trouble de l'humeur bipolaire, d'un trouble schizo-affectif ou d'autres facteurs étiologiques tels que la consommation de drogues ou des maladies neurologiques (Lorca, 2004). Afin de mener le diagnostic il est donc possible de s'appuyer sur des critères cliniques, élaborés par différents acteurs internationaux. Nous pouvons retrouver ces critères à travers la *Classification Internationale des Maladies* (CIM 10) qui est une classification établie par l'OMS, décrivant les différents troubles schizophréniques (OMS, 2008) (voir annexe I) car il n'existe pas une, mais des schizophrénies. Il existe également le *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques* (DSM-V) qui décrit la schizophrénie et son diagnostic, ce support étant le plus utilisé par les professionnels de santé en psychiatrie ainsi que dans la littérature (Patal, Cherian, Gohil, & Atkinson, 2014). La schizophrénie est apparue dans le DSM-III en 1980 et à travers les différentes éditions de ce manuel la définition a évolué jusqu'au DSM-V en 2013 (Tandon, et al., 2013).

En s'appuyant sur le DSM-V, il est donc possible d'identifier et de diagnostiquer la schizophrénie sur la base de 6 critères allant de A à F (voir annexe II). Le DSM V met en lien des signes cliniques mais aussi des répercussions fonctionnelles et permet un diagnostic différentiel (Tandon, et al., 2013).

La difficulté à poser un diagnostic en période précoce vient notamment du mode de départ insidieux de cette pathologie. Cette étape avec peu de signes spécifiques (qui peuvent être de légères difficultés sociales, l'utilisation de drogues ou la difficulté à mener des projets à leur terme), débutant généralement avant 25 ans se nomme la période prodromique. Suite à cela, des signes plus spécifiques se révèlent de façon aiguë souvent suite à un épisode de vie, vécu comme « stressant ». Ces comportements peuvent être délirants, il est possible de faire le rapprochement avec les bouffées délirantes aiguës. Après cela, on observe une période d'état pendant laquelle la psychopathologie se chronicise. Cette dernière période est donc la plus longue, elle connaît des variations comme des épisodes aigus de psychose, des épisodes dépressifs, avec souvent entre ces périodes une amélioration des signes cliniques et des compétences sociales (Llorca, 2004). Au final, on constate que 15% à 20% des schizophrénies évoluent de manière favorable, la maladie peut se stabiliser vers des symptômes résiduels pouvant avoir une intensité variable. Il peut être estimé que 21% à 57% des personnes ayant un handicap léger dû à une schizophrénie se dirigent vers un « rétablissement » (ici, il est question d'un processus impliquant des facteurs subjectifs menant à une évolution positive de la maladie sans être un retour à l'absence de pathologie) (Martin & Franck, 2013). Le pronostic dépend alors surtout de la qualité des accompagnements proposés aux personnes, on peut citer le soutien psychosocial, l'accès aux soins et d'adhérence thérapeutique (en effet la rupture de traitement mène souvent à l'apparition d'épisodes aigus avec des signes pouvant apparaître ou gagner en intensité) (Schultz, North, & Shields, 2007) (Llorca, 2004).

1.d Sémiologie

Comme nous l'avons vu précédemment, il y a plusieurs schizophrénies, il n'y a pas une seule manifestation précisément caractérisée de cette pathologie. Il est presque possible d'observer autant de schizophrénies qu'il y a de personnes schizophrènes tant les manifestations de cette pathologie sont variées et changeantes, « Cette

hétérogénéité suggère qu'il existe non pas une forme de schizophrénie mais plusieurs, avec leurs caractéristiques cliniques et biologiques propres » (Krebs, 2021). Cette diversité se ressent également à travers la description clinique de la pathologie car on y associe sept formes cliniques différentes. De manière générale il est possible d'identifier trois dimensions pathologiques dans la schizophrénie afin de la décrire de manière simple et large. On identifie alors trois grandes dimensions dans la symptomatologie de la schizophrénie, qui sont appelées positive, négative et de désorganisation.

La dimension positive est associée au délire et aux hallucinations. Pour décrire cette dimension, et caractériser le délire, on décrit ses mécanismes (comment se construit le délire), ses thèmes (le contenu du délire), sa structure (son organisation, sa cohérence), et l'adhésion au délire. Dans la schizophrénie le délire peut être chronique ou se manifester par périodes.

La dimension négative est associée à un repli social, parfois qualifié de « repli autistique ». On peut alors observer un détachement du réel, un repli sur soi, un retrait social, une réduction des activités, de l'apathie (absence d'énergie), de l'anhédonie (perte des ressentiments positifs) ou bien un émoussement affectif. Dans certains écrits, la perte de la conscience des troubles, ou troubles de l'insight (absence de conscience de la pathologie), est associé à cette dimension (Raffard, et al., 2008).

La dimension de désorganisation peut se résumer par un manque d'efficacité dans les processus psychiques. On identifie alors trois types de désorganisation : intellectuelle, affective et comportementale. La désorganisation intellectuelle peut se manifester à travers des troubles du cours de la pensée qui s'identifient notamment à travers le langage ou à travers l'altération du système logique. La personne peut avoir des pensées floues ou incohérentes, passer du coq à l'âne dans les discussions, avoir une latence de réponse voire un mutisme, une variation du débit de parole etc... La désorganisation affective touche les affects et la vie sentimentale, on peut observer une ambivalence affective, des réponses affectives inappropriées au contexte ou un émoussement affectif. La désorganisation comportementale peut mettre en évidence des bizarreries ou des stéréotypies du comportement, de l'apragmatisme (difficulté à entreprendre une action), l'aboulie (l'absence de volonté), pouvant aller jusqu'à l'incurie, la non-alimentation etc...

Dans la littérature, certains signes de la schizophrénie sont souvent évoqués car ils peuvent entraîner des complications dans le pronostic de la maladie (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991). On peut citer les troubles de l'insight qui concerne entre 50% et 80% des personnes schizophrènes, cela est souvent évoqué car les troubles de l'insight ont des effets sur la compliance aux traitements (Raffard, et al., 2008). L'addiction au tabac chez les personnes schizophrènes est également un sujet souvent évoqué. En effet le tabac est la première cause de mortalité chez les personnes schizophrènes et ce public fume plus de tabac que la population générale (66% à 67% des personnes schizophrènes fument contre 30% dans la population générale) et en plus grandes quantités (29% à 46% des personnes schizophrènes fument plus de 30 cigarettes par jour contre 6% à 29% en population générale) (Dervaux & Laqueille, 2008). Les signes qui sont les plus étudiés chez les personnes schizophrènes dans la littérature sont les troubles cognitifs et notamment les cognitions sociales (Cochet, 2015). En effet, les troubles cognitifs concernent une partie non négligeable des personnes schizophrènes. Il a été établi que les troubles des fonctions exécutives ainsi que les troubles de la mémoire verbale sont liés au retentissement fonctionnel de la pathologie (Pachoud, 2015). Ainsi la sémiologie de la schizophrénie est très large, ce qui justifie la grande diversité de formes cliniques et de manifestations de cette pathologie.

1.e Traitements

Face à ces nombreux troubles que peut engendrer la schizophrénie et face aux potentielles répercussions qu'ils peuvent avoir sur la vie des personnes, il existe des traitements de différents natures. On peut identifier d'une part les traitements pharmacologiques, et d'autre part, les traitements relevant plus de l'ordre de l'accompagnement des personnes. Les antipsychotiques ont permis de grandement améliorer l'état clinique des personnes schizophrènes. Ce traitement a connu deux générations (Llorca, 2004). La première génération générait une grande quantité d'effets secondaires avec principalement la manifestation de symptômes extra-pyramidaux (atteinte motrice). La seconde génération est bien mieux tolérée au niveau des effets secondaires et est très efficace sur les symptômes tout en réduisant le nombre de pathologies résistantes aux traitements et en améliorant les troubles de

l'insight (Palazzolo, 2009) (néanmoins il est observé de plus rares effets secondaires métaboliques lipidiques comme la prise de poids) (Mages, 2015). Des manifestations comme les syndromes dépressifs peuvent être traités en associant au traitement existant des antidépresseurs. De la même manière, en cas de symptômes sévères liés à l'anxiété ou au sommeil, il est possible d'y associer des anxiolytiques (Llorca, 2004). Le problème principal lié au traitement pharmaceutique est le problème d'adhérence au traitement (pouvant d'ailleurs être lié au déni des troubles), et donc de rechute. La plupart des ruptures de traitement (arrêt de la prise du traitement) entraînent une rechute et l'apparition d'une phase aiguë de la maladie. Après hospitalisation, 40% des rechutes sont dues à cela (Charpentier, Goudemand, & Thomas, 2009). Le taux de non-adhésion au traitement chez les personnes schizophrènes est élevé, le chiffre peut varier selon les sources, allant de 25% (Kampman, 2004) à 50% (Weiden, et al., 1991). En plus de la problématique des rechutes, la non prise de traitement a une influence délétère sur le pronostic et la mortalité (Walker, Kestler, Bollini, & Hochman, 2004). L'autre type de « traitement » identifié dans la littérature est l'accompagnement psychosocial. Le terme accompagnement psychosocial regroupe plusieurs moyens permettant de favoriser le bien-être et la participation des personnes schizophrènes. On peut évoquer la psychothérapie, la réhabilitation psychosociale, les entretiens infirmiers ou bien l'éducation thérapeutique (efficace pour optimiser la prise en charge) (Petitjean, Bralet, Hodet, & Tramier, 2014). Mais nous pouvons également citer d'autres prises en charge comme l'accompagnement dans l'environnement (visites à domicile, accompagnements en ville...) et les thérapies médiatisées ou à médiation, ces deux derniers moyens concernent tout particulièrement l'ergothérapie. L'ensemble de ces moyens peuvent être menés dans différentes structures. Elles peuvent être médicales : hospitalisation complète (surtout suite aux épisodes aigus, ou suite à un risque vital/social), Hôpital De Jour (HDJ), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hospitalisation A Domicile (HAD), Centre Médico-Psychologique (CMP). Elles peuvent être médico-sociales : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Personnes Adultes Handicapées (SAMSAH), Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et bien d'autres. Il existe également des structures qui ne sont ni médicales ni médico-sociales car, elles ne regroupent pas forcément de professionnels comme les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Il existe une multitude de structures pour accompagner les personnes schizophrènes, dont un certain nombre d'entre elles s'orientent vers

l'ambulatoire (vers l'environnement de la personne). En effet, la prise en charge en psychiatrie s'oriente de plus en plus vers le domicile et tente de s'éloigner des longs séjours en hospitalisation (Vidon, Combes, & Gross, Discontinuité des soins et satellisation, 2012). En somme, les divers accompagnements associés aux antipsychotiques de deuxième génération constituent le meilleur traitement pour les personnes schizoéphrènes (Mages, 2015), ils permettent d'améliorer significativement leur qualité de vie (Lecardeur, 2015).

1.f Retentissement fonctionnel

Tandis que les traitements pharmaceutiques tendent à agir sur l'aspect clinique de la pathologie, les accompagnements peuvent avoir comme objectif d'agir sur le retentissement fonctionnel de la maladie. Selon B. PACHOUD, le retentissement fonctionnel est « l'ensemble des conséquences de la maladie sur la vie quotidienne de la personne, il s'agit d'avoir une perspective centrée sur la personne et son devenir ». On tend à considérer ce retentissement fonctionnel comme une dimension importante de la maladie, ayant un fort impact sur l'autonomie et sur la qualité de vie. Cette considération arrive avec un point de vue global sur la vie de la personne et une priorisation de la réinsertion. De nombreux facteurs influent sur les capacités fonctionnelles et ne se limitent pas à la symptomatologie ou à la sévérité de la maladie, ils sont donc les déterminants du retentissement fonctionnel. On peut alors citer la qualité de vie subjective, l'environnement physique et social, l'insertion professionnelle, les facteurs motivationnels, le sentiment d'efficacité, la conscience des troubles et l'histoire de la personne (Pachoud, 2015). Concernant la symptomatologie dans les troubles fonctionnels, le syndrome négatif et le trouble des cognitions sociales entraînent une désocialisation pouvant être importante (Sperenza, 2009). Les troubles cognitifs sont souvent cités dans la littérature comme des éléments importants du retentissement fonctionnel. Ils ont l'avantage d'être facilement évaluables et traitables avec de la remédiation cognitive (Pachoud, 2015), les fonctions exécutives ainsi que la mémoire verbale sont les fonctions ayant le plus d'impact contrairement au syndrome positif qui a peu d'impact sur le retentissement fonctionnel (Saucourt, 2015). Tous ces déterminants forment un retentissement fonctionnel qui a un impact global sur la qualité de vie des personnes. Il est difficile

d'identifier tous les aspects de la vie concernés, il est alors important d'interroger les personnes pour mieux appréhender cette notion. Il est possible de décrire l'étendue de ce retentissement fonctionnel à travers un point de vue ergothérapique ; le retentissement fonctionnel impacte l'autonomie et l'indépendance des personnes, leurs occupations et leur participation. D'autant plus que souvent, la schizophrénie commence à se manifester à un jeune âge, ce qui perturbe les acquisitions nécessaires à la construction de l'autonomie. Cette notion de retentissement fonctionnel étant très large, il est difficile de l'évaluer car il n'existe pas d'outil précis pouvant le faire (Prouteau & Verdoux, 2011). Il est possible de retrouver différents outils pouvant évaluer en partie le retentissement fonctionnel : L'Echelle d'Autonomie Sociale (EAS) ou l'Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB) qui est un outil complet, laissant une liberté d'expression de la personne pour recueillir ses ressentis, souvent utilisé en ergothérapie. Comme nous l'avons vu, le retentissement fonctionnel concerne la vie quotidienne des personnes, concrètement ce retentissement peut s'observer d'un point de vue social. En Europe, 80% des personnes schizophrènes sont célibataires et n'ont pas d'emploi (Thornicroft, et al., 2004). Les personnes schizophrènes rapportent beaucoup de difficultés quant à leur santé (Prouteau, Grondin, & Swendsend, 2009) et émettent un faible ressenti de leur qualité de vie, ressentiment, qui d'ailleurs est corrélé avec la présence importante du syndrome négatif (Lecardeur, 2015). Comme nous l'avons vu précédemment, il existe différentes manières d'accompagner les personnes schizophrènes. Il est nécessaire d'évaluer la pertinence de ces moyens et d'adapter au mieux la prise en charge au patient (Saucourt, 2015). Le retentissement touche tous les aspects de la vie, il s'agit donc d'individualiser les prises en charge dans un contexte écologique (qui s'ancre dans les différents environnements de la personne) (Cochet, 2015). Il ne s'agit pas de chercher à tout prix de faire rentrer les personnes dans une norme sociale mais travailler avec les déterminants qui lui sont propres : son histoire, ses occupations, son environnement social et physique, son domicile. (Riou, 2015)

2. Des domiciles variés

2.a Habiter un domicile, significations et fonctions

Le domicile fait partie intégrante de la vie de chacun. Avoir un domicile, habiter un domicile implique un grand nombre de processus et de significations. Le domicile a une image sociale, le fait d'en avoir un, délimite une place dans la société, il s'agit de se trouver une place dans un réseau de sociabilités, comme un point d'ancrage (Tulle & Moreau, 2021). L'habitat a également pour vocation de répondre aux exigences sociales. Dans les normes, tout individu doit se justifier d'un hébergement stable, l'absence de domicile est identifiée comme négatif. Avoir un domicile, c'est avoir socialement et matériellement une place (Djaoui, 2011). En association de cette composante sociale, le domicile a une composante personnelle et intime fondamentale. Il ne faut pas considérer le domicile uniquement comme un bien matériel, mais aussi comme un endroit investi affectivement. (Djaoui, 2012). Ce n'est pas un huis clos, il est tourné vers l'espace public, vecteur d'intégration sociale, il est à la fois lieu de solitude et de socialisation (Djaoui, 2014). Toute personne a le besoin et le droit de s'installer et de s'établir dans un logement, c'est ainsi que le logement est l'un des enjeux majeurs de l'insertion (CNSA, 2017). La notion d'habiter peut-être définie comme les interactions que l'individu tisse avec son lieu de vie (Djaoui, 2012). Etymologiquement, le terme « habiter » provient de deux termes latins « habitatus » (demeurer, être) et « habere » (avoir) (CNRTL, 2021). Ainsi, dans la dynamique d'habiter il ne s'agit pas seulement d'avoir, de posséder un domicile mais aussi de s'incarner en un corps ayant une place et une fonction pour l'habitat (Douglas Porteous, 2006). Habiter n'est pas passif, le domicile se construit par l'imaginaire des personnes, il est objet d'investissements émotionnels forts et de significations sociales (Djaoui, 2011). Le fait d'habiter nous inscrit dans un temps et un lieu donné, permettant d'intégrer une continuité historique individuelle plus facilement (Singer, 2010), espace privilégié pour la personne, il lui permet de se situer dans le monde (Tisseron, Agneray, Mille, Wawrzyniak, & Schauder, 2015).

Le domicile doit favoriser l'épanouissement, le bien-être ainsi que l'expression des besoins de la personne. Pour permettre cela, l'habitant doit investir son domicile, y déposer son imaginaire et son intimité, tout en considérant le monde extérieur, il s'agit

de donner au domicile un sens affectif et social (Croizé & Adam, 2017). Le domicile est fait pour accueillir toutes les manifestations de l'intime, ce qui le différencie des espaces publics (Djaoui, 2011). Pour accueillir ces manifestations, le domicile est tenu d'être un espace sécurisé. Il doit assurer à la fois une sécurité physique et une sécurité psychique à l'habitant, comme un refuge (Douglas Porteous, 2006). Pour cela, d'un point de vue psychoaffectif, le lieu de vie doit être rassurant, solide mais aussi souple et ouvert, bien qu'il protège du monde extérieur souvent anxiogène, il ne doit pas isoler l'habitant (Eiguer, L'inconscient de la maison, 3e édition, 2021) (Singer, 2010). Ce sentiment de sécurité est essentiel pour pouvoir s'approprier sainement son domicile (Djaoui, 2014). L'appropriation d'un domicile est une interaction saine avec ce dernier, cette interaction permet de déterminer un lieu comme un chez-soi, elle va déterminer quand un espace neutre va prendre une valeur psychoaffective et devenir un domicile. Ce « chez-soi » doit remplir plusieurs fonctions, selon E. DJAOUI, psychosociologue, ces fonctions sont au nombre de trois : La sécurité, la protection de l'intimité et le maintien de la valorisation de l'identité (Djaoui, 2012). Nous avons déjà évoqué la fonction de sécurité, il s'agit de se protéger des dangers extérieurs, de la sphère publique potentiellement angoissante, ce sentiment est souvent ressenti quand la personne maîtrise l'intérieur de son foyer. L'intimité doit également être protégée, il s'agit autant d'une intimité corporelle que l'intimité de la vie intérieure, l'intime doit pouvoir s'exprimer librement sans déborder et envahir l'espace. La valorisation de l'identité de l'habitant se manifeste car le domicile est aménagé comme une image valorisante de soi, il doit soutenir une identité qui est unique, singulière. L'espace habité est le symbole de la singularité de son habitant au sein de la société, cet habitant contrôle cet espace, s'y enracine, le rendant valorisant, approprié, et donc habitable. On peut également citer A. EIGUER, psychiatre, qui décrit également le domicile comme reflet de l'identité de son occupant, il reflète son monde interne et se nourrit des expériences de vie. A. EIGUER établit également de forts liens entre le domicile et la dimension corporelle (Eiguer, 2021). Ce dernier décrit, cinq fonctions de l'habitat : contenance, identification, continuité historique, créatrice et esthétique. La contenance se rapproche des fonctions de sécurité et de protection de l'intimité en ajoutant une composante de pare-excitation au domicile, il doit contenir les pulsions, les excitations de l'habitant et/ou de l'extérieur. La fonction d'identification correspond à celle de la valorisation de l'identité citée précédemment. A cela, A. EIGUER ajoute une dimension plus temporelle au domicile, comme faisant partie de l'histoire d'une

personne et se place à un « temps T » dans la vie d'un individu, c'est la fonction de la continuité historique. Il est également le support de la créativité de chacun, il est comme une toile qui sans cesse est peinte par les habitants, ce sont les fonctions créatives et esthétiques. (Eiguer, 2010) (Tisseron , Agneray, Mille, Wawrzyniak, & Schauder, 2015).

Chaque individu se crée également une place dans le monde à travers ses occupations, c'est notamment à travers nos activités de la vie quotidienne, nos loisirs et nos activités professionnelles/étudiantes que nous nous créons une identité. Le domicile est justement le centre des occupations et de la vie quotidienne. C'est le lieu de vie qui fonde une grande partie des actes de la vie quotidienne : habitudes alimentaires, préparations culinaires, consommations diverses, soins personnels, cycle de vie, loisirs, relations affectives et/ou familiales etc... (Djaoui, 2014). Le domicile est comme le point commun à toutes les occupations d'une personne, qu'elles aient lieu au sein même du lieu de vie ou à l'extérieur de ce dernier. Le domicile est donc un lieu privilégié pour appréhender les différents aspects de la vie d'une personne (Debrach, et al., Mai 2016).

2.b La psychiatrie de secteur, une pratique rapprochée du domicile

Le domicile étant un élément important pour l'habitant et un élément central de la vie quotidienne, il semble intéressant d'intervenir au plus proche de ce lieu. C'est le principe de la psychiatrie de secteur qui a pour origine première en France, la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Cette circulaire amène l'idée de la sectorisation en fixant cinq principes d'organisation (Minard, 2006) :

- Le partage de chaque département en territoire d'actions, nommés secteurs.
- Le déploiement d'équipes pluridisciplinaires dans des lieux au plus près de la population.
- Des équipements et des pratiques diversifiées disponibles pour ces équipes.
- L'intégration de chaque patient aux soins généraux comme toile de fond.
- La mise en place d'instances de concertations sur un plan local et un plan départemental.

Cette sectorisation se fixe des objectifs de continuité et de coordination des soins (Henckes, 2015), de prévention, de participation à l'insertion sociale, de maintien des personnes dans leur environnement en leur facilitant l'accès aux soins et cela de la manière la plus précoce possible (Minard, 2006). L'idée fondatrice de cette pratique est de sortir de la logique asilaire des soins psychiatriques, de réduire le nombre et la durée des hospitalisations (Petitjean, Les schizophrénies et le secteur , 2010). Ce principe profite aux patients car il s'agit de maintenir au mieux leur autonomie, leur statut de citoyen et leur liberté. Cela profite également aux professionnels car cette dynamique leur permet d'avoir une juste appréhension des besoins de la population et un regard immédiat sur les résultats de leurs actions puisqu'elles ont directement lieu dans l'environnement de la personne. En France, c'est l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui dicte, à travers le Projet Régional de santé (PRS) renouvelé tous les 5 ans, la stratégie globale à adopter pour la gestion des soins au sein des secteurs. En collaboration avec les différents acteurs de la sectorisation, l'ARS établit les objectifs et les moyens à mettre en place pour améliorer l'efficacité de la sectorisation. (Lopez & Turran-Pelletier, 2017). Ainsi, chaque région peut avoir une politique de sectorisation différente, toujours dans l'optique de sortir du système d'hospitalisation au long cours et de se rapprocher de la communauté. Malgré cela on observe toujours des inégalités à l'accès des soins, et un manque de centralisation dans la prise d'initiatives (Henckes, 2015) (Minard, 2006). Malgré le fait que certains professionnels se soient opposés à la sectorisation lorsqu'elle a été évoquée, cette pratique est largement adoptée et a notamment évolué dans les années 1980-1990. En effet, la réduction du nombre de lits et des durées d'hospitalisations, rendant les longs séjours de plus en plus rares, a été entamée dans les années 1970 mais a été considérablement accélérée dans les années 1980 (Henckes, 2015). Ce qui participe fortement à l'adoption de la logique de la psychiatrie de secteur. Depuis, cette pratique cohabite avec la psychiatrie dite « hospitalière », de moins en moins valorisée bien qu'elle reste nécessaire. La fermeture des lits d'hospitalisation, fermant les grands ensembles psychiatriques, a entraîné la création de différentes structures agissant au plus près des personnes. On retrouve les structures d'accompagnement citées précédemment, des unités de soins plus intensifs (Kapsambelis, 2012), mais également la possibilité d'accéder aux différents foyers (foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé) pour les personnes ayant des troubles psychiques. La collaboration entre les différents acteurs pour maintenir ou restaurer l'inclusion sociale des patients, notamment à travers l'accompagnement

au logement est alors fortement valorisée. Ces nombreuses structures ont des objectifs, des moyens et des modes de fonctionnement différents, l'aspect de l'accompagnement social est de plus en plus valorisé, car reconnu comme très important. (Richard, Touroude, & Loubier, 2018) (Barrès, 2018). Pour permettre une meilleure organisation, les Centres Médico-Psychologiques (CMP), qui sont liés à l'hôpital, restent au centre de la prise en charge des personnes. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) aide également à la coordination des différents acteurs du parcours de soin, en plus d'ouvrir des droits aux personnes en situation de handicap psychique (Torrès, 2012). Cette action rapprochée du domicile peut se montrer efficace, l'environnement jouant un rôle majeur dans le devenir des personnes ayant des troubles psychiques persistants, comme la schizophrénie (CNSA, 2017). Bien que l'accès et le maintien au logement des personnes schizophrènes n'est pas simple, les services mis en place avec la psychiatrie de secteur, notamment les services à domicile (tels que les SAMSAH ou les SAVS) ont une vraie utilité et sont un pivot essentiel dans l'accompagnement des personnes ayant un trouble psychique vivant au sein de la cité (Debrach, et al., Mai 2016). La proximité avec l'environnement (comprenant le domicile) dans la prise en charge des personnes dans la cité, allant à l'encontre d'une vision très médicale et aiguë de la psychiatrie, est un élément important et favorisant le bon déroulement de la prise en charge (Vidon, Combes, & Gross, 2012) (Agneray, 2018). Notamment pour les personnes sortant d'hospitalisation, le retour à domicile après de longs séjours en hôpital peut être compliqué, il faut alors donner beaucoup d'importance à l'accompagnement au domicile pour assurer une bonne continuité des soins (Singer, 2010). Au final, des études ont démontré l'efficacité de la pratique de la psychiatrie de secteur. Une étude de cohorte (qui suit une population définie sur un temps donné) portant sur 270 patients schizophrènes en France, souligne l'efficacité des pratiques de psychiatrie de secteur, notamment d'un point de vue social (stabilité du logement, niveau de ressources), et de bons résultats sur l'évaluation subjective des patients sur la qualité des soins apportés (Vidon, Flament, & Wetsch, 2000). Une autre étude menée dans 4 secteurs psychiatriques français (Lille, Lyon, La Verrière et Saint-Etienne) indique de bons résultats sur la qualité de vie des patients, la continuité des soins et l'autonomie sociale. Ces différentes études vont dans le sens d'une efficacité du dispositif sectoriel, notamment sur la qualité et la continuité des soins, ainsi que sur le maintien de l'insertion sociale (Petitjean, Les schizophrénies et le secteur, 2010).

Mais la sectorisation reste trop peu évaluée (Johnson & Thornicroft, 1993). Ainsi, grâce à sa proximité avec le domicile, la psychiatrie de secteur se montre efficace.

2.c Domicile et vie psychique

Cette efficacité est facilement expliquée considérant que la vie psychique des personnes et leur habitat sont en constant interfonctionnement (Eiguer, 2010). Le domicile est en lien avec l'identité et l'intimité de l'habitant, il est le reflet de son monde interne et se nourrit des expériences de vie. La personne s'y exprime et y vit librement sans filtre (Tisseron, Agneray, Mille, Wawrzyniak, & Schauder, 2015). C'est un lieu où de nombreuses dynamiques ont lieu, faisant intervenir : le temps, l'espace, la vie psychique et le corps (Djaoui, 2012). A. EIGUER considère de forts liens entre le psychisme et l'habitat notamment d'un point de vue corporel « l'image que nous avons de notre corps est projetée sur le domicile, image qui est subjectivée par nos vécus, nos émotions ». (Eiguer, 2021). Le domicile est fortement en lien avec la personne, son histoire de vie, par son affectivité, « habiter quelque part c'est ré-habiter à l'intérieur de soi » soutient D. DENY (Deny, 2021). Nous pouvons alors dire que « se sentir bien intérieurement a des répercussions sur le fait de se sentir bien chez soi » (Djaoui, 2014). D'ailleurs, bien se sentir chez-soi, bien s'approprier ce lieu c'est aussi s'intégrer dans le voisinage et le quartier, de se sentir également bien avec les autres (Tisseron, Agneray, Mille, Wawrzyniak, & Schauder, 2015). Se « sentir bien », cette satisfaction, vient du fait d'évoluer dans un habitat répondant à toutes ses fonctions (évoquées précédemment), de contrôler son espace physique, de le personnaliser (Douglas Porteous, 2006). Le fait d'habiter nécessite des ressources psychiques, des aptitudes sociales et des compétences cognitives, toutes s'acquérant au fil de la vie (Djaoui, 2014). Par exemple, pour habiter et vivre en société, il faut intégrer les différences entre le « moi », c'est-à-dire soi (notre psychisme, notre corps) et le « non-moi » (tout autre objet ou personne que nous-même), et ainsi faire la différence entre l'intime et le public. Ce sont alors des compétences psychiques et sociales qui sont mises en jeu (Djaoui, 2011). L'appropriation du domicile ne peut se faire que si la personne se sent en sécurité à son domicile afin d'y déposer des éléments de son monde interne. Le monde interne de la personne peut être insécurisant, empêchant alors l'appropriation d'un espace. L'appropriation du domicile est donc un élément

majeur de l'expression de l'identité de quelqu'un, c'est donner à un lieu une valeur personnelle (Djaoui, 2014). Il s'agit alors de se reconnaître en tant qu'individu à part entière, unique, et imprégner dans son domicile son identité (son intimité, ses vécus, ses émotions, son histoire...), c'est un processus actif qui transforme un lieu neutre et ordinaire en un lieu personnel et de plaisir (Eiguer, 2010) (Tisseron, Agneray, Mille, Wawrzyniak, & Schauder, 2015). Ainsi, la personne se projette sur son domicile, mais le phénomène inverse se produit également, la personne introjecte le domicile. Chaque individu se représente à sa manière son habitat, elle a sa représentation propre de son lieu de vie (Eiguer, 2021). Les modes d'investissement du domicile peuvent alors amener à considérer l'habitat de manière défensive, comme un lieu pour se protéger des tensions/des agressions (subjectives) extérieures, comme une barrière pour s'en défendre ou comme une échappatoire pour les éviter. L'espace de l'habitat est donc un lieu privilégié pour les projections psychiques. Différents auteurs, influencés par différents courants de la psychologie ont pu décrire les interactions entre la vie psychique de la personne et son domicile. Parmi les écrits décrivant ces interactions, nous retrouvons souvent la notion de « moi-peau ». D. ANZIEU, psychologue psychanalyste, propose une notion appelée le « moi-peau », inspirée des travaux de S. FREUD, psychanalyste. Il établit cette théorie en mettant en lien le développement de l'enfant et les fonctions physiologiques de la peau (Consoli, 2019). Selon D. ANZIEU, le moi-peau est une projection psychique, associée à l'image de la peau ayant 8 fonctions (Anzieu & Séchaud, 1985). Parmi ces 8 fonctions, 6 sont intéressantes à exploiter du point de vue du domicile, les deux autres abordent l'aspect sexuel du psychisme. Il y a celle de « maintenance », le moi-peau est comme un sac, il contient et retient les bonnes expériences. La fonction de « contenance », marquant une limite entre le dedans et le dehors. La fonction de « constance » protégeant des agressions de l'autre, des stimuli négatifs et du monde extérieur. La fonction « d'individualisation » déterminant l'individu comme unique. La fonction de « correspondance » permettant le filtrage des informations venant de l'intérieur et celles de l'extérieur, créant un lien entre ces deux mondes. Puis la fonction de « signifiante » recueillant les expériences de vie et les représentations de la personne. Ces 6 fonctions caractérisent donc le moi-peau comme un élément psychique, séparant le monde intérieur du monde extérieur, tout en permettant des échanges non agressifs entre ces milieux (Anzieu & Séchaud, 1985). Il est possible de décrire les interactions entre l'habitant et son domicile avec les mêmes mouvements psychiques

que le monde intérieur et le monde extérieur pour le moi-peau, comme si le domicile avait les propriétés du moi peau pour la personne y habitant (Eiguer, 2010) (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016) (Tisseron, Agneray, Mille, Wawrzyniak, & Schauder, 2015) (Hurvy & Roques, 2018). Le domicile est donc pour l'habitant un lieu où la personne peut prendre du plaisir et avoir de bonnes expériences (maintenance), permettant de limiter l'intérieur de l'habitat et le monde extérieur/la sphère publique mais en laissant possible les échanges entre ces deux milieux (contenance et correspondance), tout en protégeant la personne de ce dernier (constance), en valorisant l'habitant comme personne unique (individualisation), et en étant le réceptacle de sa personnalité et de son histoire de vie (signifiante). Il est possible de décrire les interactions entre la personne et son lieu de vie de plusieurs manières en s'appuyant sur différentes théories. En considérant ce lien fort entre le psychisme d'une personne et son lieu de vie, nous pouvons nous questionner sur les interactions d'une personne schizophrène avec son habitat.

2.d Les « manières pathologiques d'habiter » et leurs risques

Comme nous l'avons vu, vivre chez soi, nécessite des ressources, des capacités et l'établissement de mouvements psychiques avec le domicile. Ces conditions peuvent être entravées par un trouble psychique (Croizé & Adam, 2017). Les manières d'habiter des personnes peuvent donc être influencées par leur fonctionnement psychique. Nous avons également vu que « bien vivre chez-soi » nécessite de « bien vivre en soi » (Djaoui, 2012). Il existe donc différentes manières d'habiter un lieu de vie, en fonction de la manière d'habiter son monde interne et en fonction de son histoire de vie (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016). C'est ainsi, que E. DJAOUI, en observant les différentes manières d'habiter qu'ont les personnes avec des troubles psychiques, notamment les personnes schizophrènes, introduit le terme de « Manière pathologique d'habiter » ou « habiter pathologique » ou bien encore « pathologie de l'habiter » (Djaoui, 2011). Il désigne cette notion comme « des rapports problématiques à l'habitat et aux différents espaces qui sont utilisés d'une manière qui semble échapper au « bon sens » [...] des usages de l'habiter qui peuvent paraître énigmatiques ou angoissants pour l'entourage » (Djaoui, 2014, p. 203) « Les conceptions du propre et du sale, de ce qui est intime et de ce qui ne l'est pas, la séparation entre les espaces privés et le

domaine public, les rythmes sociaux qui distinguent les activités de jour et celles de nuit ; prennent des figures aberrantes. » (Djaoui, 2014, p. 204). Il faut néanmoins nuancer cette notion, en effet, il ne s'agit pas d'effacer la personne derrière sa pathologie ou de remettre en cause sa liberté d'habiter comme elle souhaite. En effet, chacun fait ce qu'il veut chez lui (article 9 du code civil) mais, cette liberté se heurte à celle des autres. Il semble justifié de relever une manière d'habiter quand celle-ci entrave le bien-être et la liberté du voisinage par exemple (odeurs, bruits, dérangements...). De plus il semble justifié de relever un tel comportement quand il met en danger la santé ou l'inclusion sociale de la personne. (Bergès, 2021) (Bergès, 2018). Selon E. DJAOUI, la bonne appropriation d'un habitat passe par 4 actions : l'éradication de la saleté, l'entretien/la réparation du lieu, la décoration, l'adaptation du domicile aux besoins de la personne au fur et à mesure de son évolution. Dès lors, quand une personne ayant des troubles psychiques ne peut pas effectuer dans une juste mesure ces actions elle adopte une manière d'habiter pathologique (Djaoui, 2014). De cette manière, le logement est un lieu où s'expriment les troubles psychiques. Il est également important que ces pratiques pathologiques de l'habiter s'inscrivent le plus souvent dans un contexte social pauvre, où la personne a peu de lien avec l'extérieur, et d'autant plus lorsqu'elle est en rupture de traitement. (Barrès, 2018). Il est alors intéressant pour les professionnels de se rendre à domicile pour appréhender ces manières d'habiter créant comme une sémiologie du domicile (Singer, 2010). Le domicile peut donc se présenter comme un « espace-symptôme » que la personne crée comme le reflet de ses difficultés psychiques où il peut servir de barrière imperméable entre la personne et l'extérieur (Singer, 2010) (Djaoui, 2012). Il n'est pas possible de dresser une liste associant de manière univoque des manifestations psychiques avec des manières d'habiter. En revanche, il est possible de citer des manières d'habiter pouvant être qualifiées de pathologiques chez les personnes schizophrènes (CNSA, 2017) (Djaoui, Intervenir au domicile, 2014) (Agneray, 2018) (Tisseron , Agneray, Mille, Wawrzyniak, & Schauder, 2015).

Il est possible d'observer dans des domiciles de personnes schizophrènes un fort désordre, pouvant aller jusqu'à l'insalubrité, cette manifestation est nommée « incurie ». De la même manière que le domicile est fortement encombré, sans entretien ménager, sans attention portée à ce dernier, la personne incurie, souvent, s'occupe peu de son hygiène corporelle.

La personne schizophrène peut également investir son domicile en l'encombrant fortement d'objets, de décoration, souvent trouvés dans la rue. Ici, il ne s'agit pas d'insalubrité mais d'encombrement excessif de l'espace, parfois empêchant de se déplacer.

A l'inverse de l'incurie, la personne peut être prise d'angoisse de contamination. Elle va alors chercher à tout prix à désinfecter, nettoyer l'ensemble de son espace de vie à de multiples reprises dans une journée. Parfois, en utilisant une certaine quantité de produits ménagers de toutes sortes.

Dans d'autres cas, la personne peut ne pas du tout investir son domicile et entrer dans une errance en dehors de ce dernier. Laissant presque l'habitat à l'abandon, parfois même sans y passer la nuit

A l'inverse de l'errance en dehors du domicile, la personne schizophrène peut rester totalement enfermée dans ce dernier, comme pour se protéger à tout prix de l'extérieur.

La personne peut également laisser sa porte ouverte à des personnes totalement extérieures allant de l'acte de « dépanner une connaissance » jusqu'au squattage complet du domicile par des personnes extérieures.

Ces manières d'habiter pathologiques ne sont pas sans risques pour la personne. D'abord, elle peut se mettre en danger, s'exposer à des accidents domestiques, des risques de chute, d'empoisonnement alimentaire ou chimique, des risques pour la santé en termes d'hygiène (infections, parasites...). La personne peut également s'isoler de tout soutien et/ou de toute assistance pouvant parfois mener à l'aggravation d'une situation de santé. A l'inverse, le fait d'être toujours en dehors du domicile expose au froid, à la désorientation ou à l'insécurité. On peut également identifier des risques sociaux, ces usages pathologiques du domicile pouvant être source de troubles du voisinage (nuisances sonores, olfactives, dégâts des eaux...). La personne peut donc ainsi risquer de se faire expulser pour trouble de l'ordre public ou pour loger illégalement des personnes. Le squattage expose également au risque de vol, de transmissions de maladies, de litiges etc... (CNSA, 2017) (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016) (Deny, 2021) (Bergès, 2021). Tout cela le plus souvent, dans un contexte social appauvri, avec peu de contact avec l'extérieur, bien que souvent l'alerte d'une telle situation par le voisinage entraîne le recours à un service à domicile

(Debrach, et al., Mai 2016). Ces pathologies peuvent entraver la capacité à entreprendre et à réaliser les activités de la vie quotidienne, en plus de générer des difficultés relationnelles et sociales (isolement, précarité, voire perte du logement) (Barrès, 2018), ce qui a un impact psychique important (Croizé & Adam, 2017) et rend l'intégration ainsi que le maintien à domicile compliqués (CNSA, 2017). Ainsi, face à ces retentissements fonctionnels, psychiques et sociaux, on observe une réelle « clinique de l'habiter » (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016). Il peut être intéressant de développer des pratiques adaptées au domicile, cherchant à appréhender au mieux la personne, son logement, et les interactions entre ces deux éléments. Cela permet de proposer une prise en charge adaptée, visant à préserver la personne des différents risques engendrés par sa manière pathologique d'habiter (Croizé & Adam, 2017) (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016).

3. Ergothérapie en psychiatrie, des pratiques adaptées

3.a Histoire de l'ergothérapie en psychiatrie

L'activité est depuis longtemps liée à la santé. Dès l'antiquité, en -2600 avant notre ère, les médecins pensent que la maladie est provoquée par l'inactivité, ils préconisent ainsi l'exercice physique à tous types de malades, physiques ou mentaux (Hopkins, 1983). Ce constat des bienfaits de l'activité sur la santé est un des fondements de l'ergothérapie au début du XXème siècle (Hernandez, 2010). Le terme ergothérapie, associant alors les termes grecs « ergon » et « therapia » signifiant thérapie par l'action (Charret & Samson, 2017). Susan E. Tracy, en 1905 est infirmière et s'intéresse aux bienfaits de l'activité qu'elle observe chez ses patients. Elle publie en 1918 un livre décrivant son expérience au sujet de « la thérapie de l'occupation ». Elle sera considérée par certains professionnels, comme la première ergothérapeute. Eleanor Clarke Slagle, une travailleuse sociale, s'est également intéressée à la thérapie par l'occupation et a fondé en 1914, à Chicago le premier institut de formation d'ergothérapie. (Bing, 1981). Puis la réputation du métier se développera avec les soins apportés aux blessés de la seconde guerre mondiale, notamment à travers le réapprentissage des gestes professionnels aux invalides, amenant la création des instituts de formation à Nancy et Paris (Pibarot, Activité thérapeutique et ergothérapie,

2016) (Hernandez, 2010). La fin de la seconde guerre mondiale a également entraîné des changements dans le milieu de la psychiatrie. C'est à cette période que la psychothérapie institutionnelle est apparue (Meunier-Schoen, 2014). Ce courant remet en cause la logique de soins en asile des personnes ayant des troubles psychiques, soulignant l'aspect néfaste de l'enfermement des patients, en créant des espaces individuels et collectifs habitables. Il montre une volonté de modifier l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques, en redéfinissant l'institution comme un lieu d'expression et d'échanges. Cela soulève une volonté d'humanisation des structures psychiatriques et d'organisation des unités de soins pour favoriser l'apparition d'un suivi, rendant les séjours temporaires. (Meunier-Schoen, 2014). Ainsi, la psychothérapie institutionnelle valorise le travail sur la relation, la communication et sur l'activité, non pas pour occuper les patients mais pour les valoriser, leur donner un rôle et créer des acquis transférables à la vie quotidienne (Ayme, 1994). En donnant cette place à l'activité, la psychothérapie institutionnelle a introduit l'ergothérapie comme méthode de soins à part entière, valorisant l'activité allant du jeu simple au travail social, en passant par l'artisanat (Meunier-Schoen, 2014). Suite à cela l'ergothérapie continue d'évoluer, tout comme la politique de santé française, avec la psychiatrie de secteur qui prolonge la volonté de la psychothérapie institutionnelle de valoriser le patient et de travailler étroitement avec lui.

3.b La pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie

L'ergothérapie a en effet beaucoup évolué depuis son apparition dans le milieu de la psychiatrie. Elle se veut inventive et adaptée à chaque patient, elle est définie par le contexte institutionnel, l'expérience du thérapeute etc... (Klein, 2016). F. KLEIN, ergothérapeute et psychologue clinicienne, soutient qu'il « n'y a pas une ergothérapie, mais de multiples approches individualisées ». Mais de manière générale, dans le milieu de la psychiatrie, on peut relever différents objectifs de l'ergothérapie (Klein, 2016) :

- « -Permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel afin de mettre fin à son isolement
- Lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe et y être un élément vivant
- L'aider à maîtriser ses angoisses

- L'inciter à prendre confiance en ses capacités, le soutenir pour retrouver une certaine estime de soi
- Susciter le dynamisme vital, un désir de vie
- Le stimuler sur le plan psychique
- Lutter contre le fonctionnement psychotique, l'aider à gérer ses conflits internes [...] »

Cette approche qu'adopte F. KLEIN est particulièrement orientée sur le soin de la personne ayant des troubles psychiques, notamment dans le contexte de la psychothérapie institutionnelle. Avec la psychiatrie de secteur, l'ergothérapie se dirige vers l'accompagnement de la personne dans ses actes de la vie quotidienne pour favoriser une qualité de vie ressentie (CNSA, 2017). Toujours dans ce contexte de psychothérapie institutionnelle et de valorisation de l'activité avec l'ergothérapie, I. PIBAROT, ergothérapeute participe grandement à l'élaboration des principes de l'ergothérapie comme une pratique réhabilitante, centrée sur la personne et le sens qu'elle donne à sa vie (Meunier-Schoen, 2014). I. PIBAROT, notamment à travers son article « La dynamique de l'ergothérapie » (1978), pose des bases de l'ergothérapie en la définissant comme une thérapie par l'acte ayant pour but de réveiller les capacités de la personne ayant des troubles psychiques, de leur permettre de se mettre en lien avec leur environnement. Cet acte permet à la personne de se considérer comme sujet. Il s'agit de passer d'une logique où le patient est considéré comme objet de soins à une logique où le patient devient le sujet principal de sa thérapie en entreprenant l'activité. I. PIBAROT propose également de voir l'ergothérapie sous le prisme de l'insertion sociale, comme la frontière entre le milieu du soin et le milieu extérieur du travail et de la société. En ergothérapie, la personne en situation de handicap apprend à se structurer, à vivre avec sa maladie, à « faire avec ce qu'elle a ». (Pibarot, 2016) (Pibarot, 1978). Pour cela, l'ergothérapeute passe par une médiation. La médiation est le support de la dynamique de l'ergothérapie en psychiatrie (Klein, 2016). Il s'agit d'un média, pour mettre en lien le thérapeute et le patient, cela peut être une activité de toute sorte, un objet, un moment, un lieu... (Launois, 2017). Il s'agit donc d'un élément partagé entre la personne et l'ergothérapeute permettant de mettre en place une relation et créer une dynamique de soins (Klein, 2016). A travers la médiation, la personne va se voir elle-même, appréhender ses difficultés, ses aptitudes pour mieux vivre avec ou pour faire de nouveaux apprentissages (Charret & Samson, 2017). Dans cette approche une

multitude de processus peuvent être en jeu : la valorisation, la (re)connexion avec la réalité, l'acquisition de savoir-faire et/ou savoir-être, la connaissance ainsi que la maîtrise de soi, de ses processus psychiques, la connaissance de son environnement (physique ou social) et les interactions avec ce dernier (Meunier-Schoen, 2014) (Hernandez, 2010). Or, la médiation proposée est thérapeutique par la présence de l'ergothérapeute, qui donne une valeur thérapeutique à cette médiation, en accueillant et en prenant compte des perceptions de la personne, construisant avec la personne une relation thérapeutique (Launois, 2017) (Pibarot, 2016). Une relation thérapeutique se construit sur une bonne distance thérapeutique, une relation de confiance (Delbrouck, 2016) et sur « l'écoute, l'empathie, l'attitude, le ton, la discrétion, l'accueil la réassurance et la dédramatisation » (Croizé & Adam, 2017). La relation est le vecteur principal de soins avec les personnes atteintes de schizophrénies (Charpentier, Goudemand, & Thomas, 2009). A travers une relation d'écoute, une posture adaptée et des qualités d'observation, notamment cliniques, le thérapeute peut avoir une fonction rassurante, de pare-excitation (empêcher les débordements psychiques) et vecteur de progrès (Najelski, 2012). Certains auteurs décrivent également le « rôle miroir » de l'ergothérapeute. A travers les interactions avec ce dernier, la personne se sent perçue. Elle est alors amenée à mieux se considérer et adopter un regard sur son propre fonctionnement pour mieux agir dessus (Pibarot, 1978) (Klein, 2016). Pour accueillir cette médiation et cette relation, l'ergothérapeute élabore avec la personne un cadre thérapeutique. Le cadre thérapeutique est fait pour assurer le bon déroulement du suivi (Ferrari & Suter, 2020). Il est fait pour accueillir et contenir les mouvements psychiques de la personne et du thérapeute, en plus de cadrer la relation et de poser des limites à la séance (Pibarot, 2016). Il doit ainsi être à la fois solide et souple, pour délimiter mais aussi contenir tous les mouvements psychiques en jeu dans la relation (Kelemen, 1996). Le cadre est alors composé d'invariants qui sont des données objectives : le lieu, la durée, le matériel nécessaire. Ces données objectives sont posées dès le début de la relation avec la personne, c'est le contrat. Ensuite, le cadre est composé avec un savoir-faire du thérapeute, pouvant manipuler les composantes relationnelles ou matérielles du cadre pour l'adapter à des lieux, des moments ou un état de santé de la personne. (Klein, 2016). Ainsi, le cadre doit, en permanence, être questionné et ajusté par le thérapeute, et en constante création car il doit être tout le temps repensé en fonction des besoins de la personne (Martin M., 2001). Un cadre suffisamment sécurisant, solide et souple, permet de créer

des conditions de sécurité idéales pour que la personne engage ses fonctionnements, son intimité, ses projections afin de travailler sur elle-même... mais aussi pour protéger le thérapeute des angoisses que peut renvoyer la personne et réciproquement (Pibarot, 1978) (Klein, 2016). Finalement, avec la médiation comme support de la relation au sein du cadre, l'ergothérapeute crée un espace mettant en lien la personne, la médiation et lui-même, permettant créativité, travail sur soi ou sur son environnement (Pibarot, 2016). Cet espace, pouvant être appelé espace potentiel ou espace intermédiaire (Winnicott, 1975) est la source de toute la potentialité thérapeutique de l'ergothérapeute puisqu'il permet de créer une zone d'échanges entre la personne, le thérapeute et la médiation, ce qui est vecteur de changements et d'apprentissages pour la personne (Djaoui, 2014) (Kaës, 2010). En mettant en place tous ces éléments, l'ergothérapeute, peut créer pour la personne ayant des troubles psychiques tels que la schizophrénie, un lieu, un moment privilégié, centré sur la personne, lui permettant de progresser, d'amener du changement dans sa vie quotidienne (Pibarot, 1978) (Launois, 2017).

3.c L'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute au domicile de la personne atteinte de schizophrénie

Une étude sur la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie a démontré que ces derniers préfèrent mener une vie autonome à l'extérieur de l'hôpital plutôt qu'en hospitalisation complète (Da Silva, 2005). L'accompagnement au logement des personnes atteintes de schizophrénie apparaît essentiel, pour leur bien-être et pour leur maintien dans la communauté (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016). Dès lors, la visite à domicile et toute intervention dans ce milieu sont des outils thérapeutiques majeurs pour l'insertion et le maintien dans la cité. (Djaoui, 2014). L'ergothérapeute est qualifié pour utiliser ces outils. En effet L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute détaille les compétences de ce métier et stipule : « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer des situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leur habitude de vie et leur environnement ». Ainsi, dans cette perspective de tenir compte de l'environnement de la personne pour assurer son autonomie et sa sécurité,

l'ergothérapeute a tout intérêt à se rapprocher du domicile des personnes. L'intention est alors d'agir en collaboration avec la personne ayant une schizophrénie, à son domicile pour qu'elle puisse y faire ses activités et y évoluer en sécurité, sécurité pouvant être compromise, comme nous l'avons vu par les pratiques d'habiter pathologiques que l'on peut retrouver chez certaines de ces personnes (Croizé & Adam, 2017). Le domicile, étant un lieu fortement rattaché à la personne (son identité, son intimité, ses projections psychiques, ses habitudes de vie...), il semble alors nécessaire de le considérer comme un objet de soins (Bergès, 2021). Pour l'ergothérapeute, intervenir au domicile revient à élargir la connaissance de la personne et de créer une continuité dans le suivi entre la structure et son lieu de vie. Cela amène à adopter une vision de la souffrance psychique autrement que par l'observation de la personne elle-même, car on constate l'impact de cette souffrance sur l'environnement de la personne et réciproquement. Le plus souvent, ce n'est d'ailleurs pas le symptôme en lui-même qui est source d'intervention de professionnels mais l'impact de ce symptôme sur l'environnement physique et social de la personne. (Bergès, 2021). L'approche écologique, c'est-à-dire qui prend en compte tous les environnements de la personne, qu'ils soient physiques (logement, quartier, région...) ou sociaux (entourage, famille, politique...), est alors importante, et valorisée pour le travail avec le handicap psychique. Cette approche permet d'identifier le mieux possible les besoins de la personne, les manières d'y répondre et l'évolution de la personne. (CNSA, 2017). Une enquête auprès de 20 équipes de psychiatrie en Île-de-France, montre que les professionnels interrogés soutiennent l'utilisation de cette approche (Barrès, 2018). Ils ont tendance à soutenir que le logement est un lieu où s'expriment la personnalité, l'intimité et les troubles de la personne. Il est donc un support indispensable au rétablissement et à l'inclusion sociale, en le considérant au sein d'un espace géographique donné et d'un maillage social propre à chaque situation, d'où l'approche écologique. (Barrès, 2018). L'ergothérapeute a pour rôle de redonner sa place à la personne dans son lieu, c'est-à-dire lui faire acquérir tout ce qui lui est nécessaire pour y évoluer de manière autonome et sécurisée, avec comme finalité le retrait de toute assistance professionnelle (Bergès, 2021). Une étude a été menée avec des entretiens auprès de 6 personnes ayant des troubles psychiques, 6 aidants familiaux et 6 partenaires de ces services et des questionnaires adressés à 56 patients (Debrach, et al., Mai 2016). Les personnes ayant des troubles psychiques ayant été interrogées par entrevue et par questionnaires rapportent que le « maintien

de conditions minimales de rangement et de propreté du logement sur la durée » est une des conditions premières d'une vie autonome et agréable au domicile. Sur cet aspect, les professionnels s'accordent à dire que c'est l'un des accompagnements qui garantit le mieux l'éloignement des risques sociaux, sanitaires et d'apparition d'accidents domestiques pour la personne. Les personnes ayant des troubles psychiques notifient également l'importance de l'accompagnement aux courses et à la préparation des repas. L'entourage, lui, souligne l'importance des tâches d'hygiène et d'entretien, d'un accompagnement pour aider la personne à prendre des repères pour à s'ouvrir vers l'extérieur et l'utilité d'une veille professionnelle sur l'état de santé de la personne. (Debrach, et al., Mai 2016). Dans cet accompagnement au domicile, il ne s'agit pas de faire à la place, mais de solliciter la personne, de la rendre actrice de sa vie quotidienne en l'autonomisant et en lui permettant de s'approprier son domicile (Bergès, 2021). Cela est plus valorisant et empêche également que le suivi à domicile ne devienne chronicisant, à cause de l'absence de progrès et le maintien de la personne dans un état de dépendance (Deny, 2021) (Debrach, et al., Mai 2016).

3.d Une intervention dans l'intimité de la personne

Bien que pertinente, l'intervention au domicile est une pratique délicate, le domicile n'est pas un lieu conçu pour le soin (Djaoui, 2012). Cela se vérifie d'ailleurs souvent en début de prise en charge, lorsque la personne refuse d'ouvrir la porte aux professionnels, il s'agit d'un premier obstacle à faire face, celui de la personne refusant une présence médicale ou non chez elle (Debrach, et al., Mai 2016). Nous avons vu que le domicile est le « sanctuaire de l'intime ». Il accueille toutes les manifestations de l'intime, le corps, la vie intérieure, les éléments que la personne souhaite maintenir cachés au monde extérieur, aux espaces publics (Djaoui, 2011). « Toute action au domicile est une confrontation inévitable à l'intimité de l'habitant » (Bergès, 2021), en effet, l'intime donne à voir, il est un support de travail, le travail au domicile en psychiatrie est un travail sur l'intimité (Djaoui, 2012). En effet, que cette intervention au domicile soit imposée ou recherchée, il s'agit de se confronter à l'intimité de la personne mais aussi de sa propre intimité (Djaoui, 2011). Cette confrontation est d'autant plus forte quand le domicile est habité par d'autres membres de la famille dans des relations conflictuelles (Bergès, 2021). Cette confrontation met en

mouvement les limites de l'intimité de chacun (Djaoui, 2006). La personne accueille un représentant de la sphère publique dans sa sphère intime, même si le professionnel est attendu, il ne reste que toléré au domicile de la personne (Djaoui, 2007). Le professionnel, de son côté, n'est plus protégé par l'aspect formel et ritualisé de l'institution et est la cible des insécurités que la personne peut lui renvoyer (Djaoui, 2011). Considérant alors l'intimité de la personne et celle du professionnel (Djaoui, 2012), chacun doit respecter l'intimité de l'autre, et une relation de confiance ainsi qu'un espace d'intimité propre aux deux acteurs se construit (Djaoui, 2007). La personne doit pouvoir accueillir le professionnel sans bousculer l'intimité de ce dernier, sans donner trop à voir et sans vouloir trop en cacher. Le professionnel doit apporter disponibilité, écoute, tolérance et un regard professionnel (objectivité, non jugement et expertise). Le travail au domicile ne peut se résumer qu'à des actes techniques et se tient de ne pas être intrusif (Djaoui, 2007). L'intervention au domicile peut être source d'insécurité pour le thérapeute, il se trouve en situation de vulnérabilité car c'est lui qui vient dans l'espace de la personne, son action dépend de la volonté de cette dernière, l'accueil n'est pas acquis, il se sent comme étranger (Furtos, 2011). Il doit alors maîtriser son intervention à travers le cadre qu'il va poser et utiliser son sens de l'observation, et de la relation. Il s'agit d'agir dans le territoire de la personne, sur son intimité, sur ses pratiques de l'habiter et cela en collaboration avec elle, nécessitant des accords. (Djaoui, 2012) (Furtos, 2011). Il faut mener un double travail pour le thérapeute : gérer et interroger en permanence l'intimité de la personne mais aussi la sienne (Djaoui, 2011). En effet, il s'agit de respecter l'intimité de la personne dans un rapport professionnel et confidentiel mais aussi de maîtriser sa propre intimité qui est la cible de projections et d'angoisses venant de la situation. Le professionnel se trouve souvent dans la position du voyeur et doit prêter attention à la confidentialité de ce qui se joue au domicile, pour ne pas trahir la relation de confiance construite avec la personne, tout en répondant à des exigences professionnelles. (Djaoui, 2006) (Djaoui, 2012). Le professionnel mène un travail sur sa posture, il doit contrôler ses émotions, ne pas se montrer intrusif. Il doit filtrer ses manifestations verbales et comportementales : mettre en avant tolérance, valorisation etc... et écarter agressivité, répulsion etc... le tout en maintenant un sens de l'observation, de l'analyse et en construisant une relation, ce qui est très coûteux en énergie (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016) (Djaoui, 2012). Au final, le travail sur l'intimité au domicile est un travail de réajustement et d'équilibre entre la proximité et l'objectivité professionnelle,

E. DJAOUI soutient que l'accompagnement à domicile atteint son potentiel quand le thérapeute investit assez sa propre intimité dans le travail. C'est-à-dire lorsque le professionnel partage également assez son intimité (chaque personne ayant ses propres limites) pour se rapprocher de la personne, créer une relation moins asymétrique tout en conservant une distance thérapeutique (Djaoui, 2014).

3.e Les pratiques de l'ergothérapeute au domicile des personnes ayant une schizophrénie

Comme nous l'avons vu, le lieu de vie, siège de l'intimité, donne alors différents éléments à observer pour l'ergothérapeute. Au domicile des personnes atteintes de schizophrénie, ayant des modes d'investissements différents du domicile, l'ergothérapeute peut avoir un véritable rôle dans l'observation comme une « sémiologie du domicile » (Djaoui, 2014). Nous avons également constaté que l'ergothérapeute a un rôle et des compétences dans l'analyse et la prise en compte des facteurs environnementaux de la personne (approche écologique). Ces observations doivent prendre en compte tous les aspects de la vie de la personne et tout l'entourage, elles prennent particulièrement sens au sein du domicile (Singer, 2010). Puisque le domicile est le support des projections psychiques de la personne et le centre de ses occupations, l'ergothérapeute a tout intérêt à mener ses observations dans ce milieu et à y ancrer ses interventions (Croizé & Adam, 2017). Cette approche est efficace et pertinente, autant pour l'évaluation de la personne que dans la mise en place de l'accompagnement, afin d'acquérir ou de maintenir des habiletés (Singer, 2010). Cette évaluation au domicile prend en compte la présentation de la personne et de son lieu de vie, ses rythmes, ses pratiques (au sein ou en dehors du domicile) et son lien avec l'extérieur (évolution au sein d'un voisinage d'un quartier...), l'espace de vie n'étant pas seulement matériel mais aussi social (Debrach, et al., Mai 2016) (Djaoui, 2012). Ces observations doivent impérativement prendre en compte l'entourage vivant avec la personne, sans pour autant décentrer l'accompagnement de cette dernière (Djaoui, 2014). Ainsi, l'ergothérapeute avec son regard, peut avoir une expertise intéressante pour l'évaluation de la personne au domicile, notamment en première approche, avec un rôle important pour le diagnostic fonctionnel et l'évaluation des tâches de la vie quotidienne (CNSA, 2017). Pour cela,

l'ergothérapeute dispose d'outils tels que des bilans comme l'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Besoins) (voir annexe III), le BVQ (Bilan de Vie Quotidienne) (voir annexe IV) ou le CASIG (Client Assessment of Strengths, Interests and Goals) ayant pour but de passer en revue les différents éléments de la vie quotidienne de la personne pour identifier quels sont ses besoins, ses pratiques, et quelles demandes elle formule. Il existe une multitude d'autres bilans en lien avec la vie au domicile pouvant être utilisés en ergothérapie. Pour la qualité de vie ressentie par exemple (WHOQOL-BREF), le bien-être mental (WEMWBS) ou les errances multiples en ville (TEM). (Gaudelus, 2018) (Singer, 2010) (Croizé & Adam, 2017) (CNSA, 2017). Le domicile étant le centre de la vie quotidienne de la personne, en lien avec son psychisme, et un élément majeur dans l'accompagnement en ergothérapie. Ce dernier peut alors jouer le rôle d'espace intermédiaire entre la personne schizophrène et le thérapeute, zone de rencontre entre ces deux acteurs et la vie quotidienne de la personne, support de l'accompagnement (Singer, 2010). Au sein de cet espace intermédiaire, se jouent des interactions entre l'ergothérapeute, la personne, son domicile et ses activités. Le domicile peut donc être considéré comme un support thérapeutique (Croizé & Adam, 2017). Ce support se construit avec un travail important sur les intimités, une relation de confiance et un cadre thérapeutique adapté à la personne. Cela se fait avec le temps, au fil des séances (Debrach, et al., Mai 2016). L'objet est de créer un espace thérapeutique bienveillant, valorisant, ayant un fort potentiel thérapeutique, visant notamment à permettre à la personne de mieux s'approprier son domicile et ses activités. (Singer, 2010). Cet espace de soins permet à l'ergothérapeute de proposer des repères à la personne dans son domicile ou ses activités. Il permet également de l'accompagner à mieux considérer son fonctionnement, ses interactions avec son environnement afin de (re)lancer le processus d'appropriation du domicile et des occupations et rendre l'environnement de la personne plus facilitateur d'activités (Croizé & Adam, 2017). Cette meilleure appropriation de l'environnement, cette création d'un espace adapté et sécurisé pour la personne, va lui permettre par extension de mieux s'approprier son corps et ses limites, mais aussi de rendre plus facile les processus de socialisation, d'autonomisation et d'adaptation du domicile en fonction de l'évolution de la personne. (Singer, 2010) (Croizé & Adam, 2017). Cette appropriation passe également par une prise en main de son domicile, notamment à travers des tâches domestiques (faire le ménage, ranger et organiser ses affaires...). Grâce à ce genre d'activités, pouvant

aussi être centrées sur la personne (organiser sa journée, son hygiène de vie...), l'ergothérapeute permet à la personne de se créer un chez-soi (protecteur et ouvert vers l'extérieur), d'y être autonome, ce qui favorise sa sécurité dans son lieu de vie. (Debrach, et al., Mai 2016) (Singer, 2010) (Bergès, 2021) (Croizé & Adam, 2017). Il s'agit alors pour l'ergothérapeute, en plus de créer cet espace de soins, de stimuler la personne dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne au sein de son domicile. Le terme stimuler a une grande importance, en effet, lors de l'accompagnement à domicile, il n'est pas question de faire à la place de la personne mais avec elle (Debrach, et al., Mai 2016). Une stimulation sur le plan des activités de la vie quotidienne telles que l'entretien du logement ou les soins personnels, permettent aux personnes d'éviter les accidents domestiques (chute, infection, intoxication...), les risques de trouble du voisinage mais aussi de mieux s'organiser dans les activités de la vie quotidienne (CNSA, 2017) (Singer, 2010). Il s'agit de permettre à la personne de créer un cadre de vie structurant, sécurisé et suffisamment satisfaisant sans atteindre un niveau élevé d'hygiène (Debrach, et al., Mai 2016). Ces stimulations peuvent prendre l'aspect de mises en situation et d'entretiens, pour motiver la personne, l'accompagner à créer des repères ou préparer ce qu'il sera à faire en conditions (Da Silva, 2005) (Debrach, et al., Mai 2016). L'entretien de chez-soi participe grandement à la création d'un sentiment de sécurité et de bien-être et permet aux personnes de plus s'ouvrir vers l'extérieur (Debrach, et al., Mai 2016). Cette stimulation de la personne lui permet de prendre confiance en elle et ses capacités pour qu'elle puisse à terme s'autonomiser, d'où l'importance de ne pas réduire ces accompagnements à de simples tâches techniques d'apprentissage, mais un réel travail sur la relation (Singer, 2010) (Agneray, Loget, & Chaperot, 2016). Ce travail s'inscrit dans le long terme, nécessitant parfois de recommencer, de créer un suivi afin de s'assurer que la personne maintienne ses acquis et d'évaluer régulièrement ses nouvelles demandes. L'intervention au domicile de personnes ayant des manières pathologiques d'habiter est donc un travail très mobilisant pour les professionnels, s'inscrivant sur le long terme et en étroite collaboration avec la personne, ce qui rend cette pratique à la fois complexe et pleine de potentiel.

4. Problématique et hypothèse

Nous pouvons donc constater que les personnes atteintes de schizophrénie peuvent adopter des manières pathologiques d'habiter, et qu'une telle manière d'investir son logement peut entraîner des risques sanitaires et sociaux. Il se trouve également que l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans l'intervention au domicile des personnes schizophrènes. Il en a les compétences et peut y développer différents moyens. Dès lors, il est possible de se questionner quant à l'intervention de l'ergothérapeute chez la personne ayant des manières pathologiques d'habiter. Cela dans l'objectif de lui permettre de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à une telle manière d'habiter, autrement dit, de lui permettre d'être en sécurité face à de tels risques. Il s'agit alors de s'interroger sur la pratique professionnelle, ce qui est mis en place lors de telles interventions, d'où l'élaboration de la problématique suivante :

De quelles manières l'ergothérapeute peut-il intervenir au domicile de la personne adulte atteinte de schizophrénie ayant une manière pathologique d'habiter, afin que sa sécurité dans son lieu de vie soit assurée ?

Face à cette problématique, il est possible de se projeter sur les moyens pouvant être mis en place et leurs buts. En découle alors l'hypothèse suivante :

A travers des mises en situation et des entretiens, l'ergothérapeute accompagne la personne atteinte de schizophrénie dans l'appropriation de son domicile et son autonomisation.

Étude

1. Méthodologie de recherche

1.a Choix de l'outil

Dans la méthodologie de recherche, il est indispensable de sélectionner un outil en fonction de la problématique. En effet, afin de récolter des données de façon pertinente, il est nécessaire de s'assurer du type de données que l'on recherche. (Wuillemin, 2006). Il convient alors de s'interroger sur la pratique, ce qui est mis en place au domicile des personnes, et donc de mener une recherche qualitative. Ce type de recherche est adapté et est beaucoup utilisé dans le milieu de la santé. Il permet d'appréhender le sujet étudié de manière globale et interprétative, dans un objectif de le comprendre, de découvrir les processus impliqués (Salah & Said Mehdi, 2018). Ici, il s'agit donc de découvrir les moyens mis en place par les ergothérapeutes au domicile de personnes atteintes de schizophrénie ayant une manière pathologique d'habiter et de mieux appréhender pourquoi ils sont utilisés.

L'entretien individuel semble être un outil adapté à la problématique et à cette recherche qualitative. L'entretien peut être défini comme une méthode de collecte d'informations qui se situe dans une interaction entre un intervieweur et un interviewé, en vue de partager un savoir expert et de dégager une compréhension d'un phénomène/processus (Baribeau & Royer, 2012). L'entretien est souvent utilisé dans les sciences humaines et sociales (Salah & Said Mehdi, 2018), car il permet d'avoir un accès privilégié à l'expérience d'une personne, ici d'un professionnel. Les informations se situent donc dans le cadre de la subjectivité de la personne interrogée, il est important d'en tenir compte (Baribeau & Royer, 2012). De plus, cet outil permet de récolter des informations non verbales pouvant compléter les résultats (Wuillemin, 2006). Pour cette recherche, le choix de l'entretien individuel se justifie par la visée qualitative de ce travail, qui est de se renseigner sur une pratique dans le milieu professionnel, en sortant de la base théorique étudiée précédemment. De plus, les autres outils (questionnaire, observation et revue de littérature) semblent moins adaptés que l'entretien individuel pour ce sujet. Pour ma part, trois mois d'expérience au domicile des personnes atteintes de schizophrénie ne permettent pas d'avoir assez de connaissances pratiques pour créer un questionnaire. Le travail à domicile en

psychiatrie est basé sur du trop long terme pour réaliser une observation. Enfin, la littérature spécifique sur ce sujet (incluant à la fois ergothérapie, pratique pathologique d'habiter et domicile) est insuffisamment développée pour réaliser une revue de littérature.

En travaillant avec des entretiens individuels, il faut s'assurer de standardiser au mieux cet outil. Il faut donc établir une grille d'entretien fixe, utiliser la même pour chaque rencontre afin de rendre le contenu comparable, évitant ainsi l'exposition du travail à certains biais (Wuillemin, 2006). De plus, il est nécessaire de s'assurer du consentement des personnes interrogées quant à l'utilisation des informations et l'enregistrement de l'entretien, mais aussi la garantie de leur anonymat (Baribeau & Royer, 2012) (Wuillemin, 2006). Ces précautions permettent de fixer la recherche dans un certain cadre éthique et déontologique en plus de créer un climat de confiance essentiel au bon déroulement de l'échange.

1.b Population

Afin de sélectionner le public visé par ces entretiens, il est nécessaire d'établir une liste de facteurs inclusifs et exclusifs. Parmi ces facteurs, il est exigible d'interroger uniquement des ergothérapeutes exerçant dans une seule et même région. En effet, comme évoqué dans le cadre contextuel, les politiques de psychiatrie de secteur changent selon les régions. Cela permet de centrer l'échantillon de population autour d'une même politique de santé. Cette sélection permet d'éviter les biais qui seraient dus à une variation des politiques de santé et de ne garder que des informations sur la pratique des professionnels. Voici la liste des facteurs d'inclusion et d'exclusion :

Facteurs inclusifs :

- Homme ou femme ayant un Diplôme d'Etat d'ergothérapeute
- Travaillant dans le secteur psychiatrique
- Accompagnant des personnes atteintes de schizophrénie
- Exerçant en Île-de-France

Facteurs exclusifs :

- N'intervenant pas au domicile de personnes schizophrènes
- Ayant moins d'un an d'expérience dans des accompagnements au domicile de personnes atteintes de schizophrénie

1.c Construction de l'outil

Comme nous l'avons vu, il est important de s'assurer de l'accord de la personne avant de poser toute questions et d'enregistrer un entretien. Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, le consentement demandé a porté sur l'utilisation des informations recueillies et leur retranscription. Un exemple de formulaire pour le consentement (voir annexe V).

Pour ce travail, la grille d'entretien sera construite autour de questions semi-directives permettant de donner un cadre souple à l'entretien (Wuillemin, 2006). Ce type de questions offre au répondant d'apporter son expérience et ses connaissances de manière riche et efficace, tout en restant dans le cadre d'un questionnement, permettant donc de limiter les débordements et de s'assurer de bien traiter tous les éléments visés. Ces questions sont adaptées pour une problématique précise avec une hypothèse avançant des éléments spécifiques que l'on cherche à valider ou invalider, tout en récoltant des informations supplémentaires (Wuillemin, 2006). Il faudra alors créer un moment privilégié d'écoute et de partage afin d'obtenir le plus d'informations possible (Salah & Said Mehdi, 2018). Des questions fermées n'auraient pas permis de recueillir autant d'informations et ces dernières auraient été moins spécifiques. Une question ouverte, quant à elle n'aurait pas assuré d'aborder tous les aspects de la problématique et de l'hypothèse.

Afin de créer une grille d'entretien individuel semi-directif, il est nécessaire d'ordonner les questions de manière pertinente selon différents thèmes (Wuillemin, 2006). Ainsi, la grille d'entretien s'organisera autour de quatre grands thèmes :

- Connaissance de la personne interrogée
- La notion de manière pathologique d'habiter et ses risques

- La posture de l'ergothérapeute au domicile en psychiatrie
- Les moyens mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter

En chaque début de thème, la première question se veut générale et plutôt centrée sur la personne. En fin de thème les questions se précisent, deviennent plus spécifiques et centrées sur la pratique, cela pour apporter des éléments de réponse à la problématique et tester l'hypothèse.

En cas de nécessité de relance, la question sera simplement répétée. Pour ce travail le choix a été fait de ne pas préparer de questions de relance afin de garder la grille la plus reproductible possible. Les questions posées sont également les mêmes pour tous les participants afin d'éviter d'exposer l'étude à des biais.

Ainsi, en tenant compte de la problématique, de l'hypothèse, des thèmes à aborder et des informations nécessaires à récolter, une première version de la grille d'entretien a été réalisée (voir annexe VI).

Cette première version comporte onze questions organisées selon les quatre thèmes cités précédemment, dans l'ordre suivant : 1) Connaissance de la personne interrogée, 2) la notion de manière pathologique d'habiter et ses risques, 3) les moyens mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ayant des manières pathologiques d'habiter, 4) la posture de l'ergothérapeute au domicile en psychiatrie. Comme décrit plus tôt, les questions semi-directives de chaque thème sont de plus en plus spécifiques. Cherchant d'abord à interroger le répondant sur sa pratique et sa réflexion de manière générale, puis à interroger sur un aspect précis de la pratique afin d'apporter des éléments de réponse à la problématique.

1.d Phase de pré-test

Après l'élaboration de cette première version, un pré-test a été réalisé afin de s'assurer que la grille d'entretien était cohérente, adaptée et récolter des retours pour pouvoir l'ajuster.

Cette phase de pré-test a été réalisée en présentiel, auprès d'un ergothérapeute correspondant aux critères de la population étudiée : Mme M, exerçant en hôpital de jour et en CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) depuis 18 ans en île de France. Voici les constatations qui ont été faites à l'issue de cette passation :

Tout d'abord, cette passation a duré 34 minutes. C'est une durée convenable pour un entretien individuel semi-directif d'initiation à la recherche. Il n'a donc pas été nécessaire d'ajuster la longueur de la grille d'entretien.

En ce qui concerne les questions en tant que telles, certaines ont dû être modifiées : la deuxième question du thème « connaissance de la personne interrogée », qui portait sur l'orientation du travail de l'équipe de soin, a été ajustée pour cibler uniquement le travail du thérapeute.

Des questions mal comprises ont pu être reformulées. Par exemple, la première question du thème « notion de manière pathologique d'habiter et ses risques » : La personne interrogée a répondu en décrivant l'habitation plutôt que le comportement en lui-même. De la même manière, la première question du thème « moyens mis en place [...] » a été comprise comme si elle portait sur le rôle de l'ergothérapeute alors que c'est l'objet de la question suivante. Il a alors fallu la reformuler pour cibler uniquement la personne. D'une autre manière, la dernière question de ce même thème a été divisée en deux afin que la personne interrogée développe bien, dans un premier temps, les principes d'autonomie et d'appropriation, sans se diriger trop vite vers les notions de risques sanitaires et sociaux.

Enfin, le pré-test a permis de modifier l'ordre des questions : Celles portant sur la posture de l'ergothérapeute ont été placées avant celles des moyens mis en place. En effet, des éléments sur la posture et l'intimité ont été abordés dès le thème portant sur les moyens, ce qui ne permettait pas de d'évoquer de manière ciblée le thème interrogé, et empêchait de bien développer le positionnement professionnel puisque des éléments avaient déjà été abordés. De plus, il est primordial, en tant que professionnel intervenant au domicile de personnes ayant une schizophrénie de considérer l'intimité de la personne et la posture à adopter avant de commencer tout travail avec la personne.

A contrario, l'utilité d'une question a pu être confirmée. En effet, la dernière question du thème « Les moyens mis en place [...] » n'était pas définitive et tendait à être

retirée, pensant que la réponse allait être apportée avec les deux questions précédentes, ce qui n'a pas été le cas. Il est alors apparu pertinent de la maintenir car elle permettait de plus axer l'entretien sur les éléments de l'hypothèse.

La phase de pré-test a donc permis d'améliorer la qualité de la grille d'entretien.

1.e Présentation de l'outil

Ainsi, une version finale de la grille d'entretien, en quatre thèmes et douze questions, a pu être élaborée (voir annexe VII).

Le premier thème nommé « connaissance de la personne interrogée » comporte 2 questions. Elles visent à connaître les structures dans lesquelles les personnes interrogées travaillent, leur nombre d'année d'expérience et l'orientation théorique qu'elles adoptent. Ces questions permettent de tirer des informations importantes à propos des personnes participant aux entretiens puisque le lieu d'exercice et l'orientation théorique peuvent influencer les réponses.

Le deuxième thème, nommé « la notion de manière pathologique d'habiter et ses risques » comporte trois questions. Comme nous l'avons vu précédemment, la notion pathologique d'habiter est une notion récente amenée par E. DJAOUI. Ce n'est pas un terme très répandu dans le milieu professionnel. Les questions de ce thème ont donc pour objectif d'interroger la personne sur cette notion, même si elle ne la connaît pas, afin qu'elle la définisse à sa manière, mais aussi pour se préparer à l'évoquer dans d'autres thèmes. Comme nous l'avons également vu, lorsqu'une personne atteinte de schizophrénie adopte des manières pathologiques, elle s'expose à divers risques. Il s'agit alors d'interroger les professionnels sur leur perception de ces risques en tant qu'ergothérapeutes.

Le troisième thème, nommé « la posture de l'ergothérapeute au domicile en psychiatrie » comporte trois questions. Cet ensemble permet d'évoquer la posture professionnelle et l'intimité, deux éléments omniprésents dans les interventions au domicile. Il s'agit donc de recueillir l'idée que se font les professionnels sur l'intimité et comment ils se positionnent au domicile des patients, notamment vis-à-vis de cette notion.

Le quatrième thème nommé « Les moyens mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter » comporte quatre questions. Il s'agit du thème se rapprochant le plus de la problématique et de l'hypothèse, qui seront alors directement testées, interrogées (notamment l'hypothèse à travers les deux dernières questions). Il s'agit de mettre en lien l'intervention au domicile de l'ergothérapeute en psychiatrie et la manière pathologique d'habiter de certains patients atteints de schizophrénie. Les professionnels seront donc interrogés sur leur pratique et sur celles du public étudié.

1.f Modalités des entretiens

Grâce à un réseau professionnel d'ergothérapie en psychiatrie, sept contacts ont pu être établis avec différents ergothérapeutes correspondant aux critères de la population étudiée. Sur ces sept contacts, cinq entretiens individuels ont pu être réalisés, pour une durée cumulée de 4h 01min 27sec d'entretiens. Voici les modalités précises de l'entretien avec chaque répondant, étant anonymisés :

Le premier s'est déroulé au téléphone sur une durée de 36min 11sec avec Mme A.

Le deuxième s'est déroulé en présentiel sur une durée de 1h 07min 59sec avec Mr B.

Le troisième s'est déroulé par téléphone sur une durée de 39min 02sec avec Mme C.

Le quatrième s'est déroulé par téléphone sur une durée de 49min 41sec avec Mme D.

Le cinquième s'est déroulé par téléphone sur une durée de 49min 34sec avec Mme E.

2. Présentation des résultats

La retranscription de ces entretiens (voir annexe VIII) permet de recueillir et d'analyser leurs résultats. Une méthode de codage doit toutefois être mise en place. Sous forme de quatre tableaux (voir annexes IX, X, XI et XII), il est possible de le réaliser en s'appuyant sur des citations ad verbatim des entretiens. Chaque tableau représente un thème et les questions qui y sont associées. Pour chaque répondant, le tableau met en parallèle ce qu'ont pu dire les ergothérapeutes lors de l'entretien et le codage associé à la citation. Le codage correspond à la thématique de la réponse. De cette

manière, récolter les codages de tous les thèmes permet d'évaluer la fréquence et la diversité des réponses apportées lors des cinq entretiens.

Voici un exemple :

Citation : Mme A « L'intime c'est tout l'appartement [...] on rentre, on est dans l'intime »
Mme D « Du palier à chez eux, c'est déjà le premier pas dans l'intime »
« tout est intimité en fait dans un appartement »

Codage associé : L'intimité englobe tout le lieu de vie.

Le format de l'entretien semi-directif étant une modalité amenant les répondants à développer leur réflexion, il arrive que des éléments de réponses concernant un autre thème que celui abordé soient apportés. Ainsi, en prenant un exemple, en réponse à la question 5 du thème 2, le répondant peut par exemple donner une information concernant la question 8 du thème 3. Dans ce type de situation, les informations seront traitées dans le tableau correspondant à la nature des informations et non celui de la question posée. C'est-à-dire, dans le cas de figure cité, la réponse apportée sera traitée dans le tableau du thème 3, à la ligne de la question 8.

Une fois ces tableaux réalisés, il est possible d'avoir un regard plus global sur les résultats de cette recherche. Concernant les praticiens, voici les détails sur leur expérience et leur orientation théorique, résultats correspondants au thème 1 :

Mme A a 18 ans d'expérience en intra-hospitalier, en CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) et en HDJ (Hôpital De Jour). Elle aborde dans son travail une orientation psychodynamique.

M. B a une trentaine d'années d'expérience en intra-hospitalier. Il aborde dans son travail une orientation psychodynamique et phénoménologique.

Mme C a 4 ans d'expérience en intra-hospitalier, en HDJ et en appartements thérapeutiques. Elle aborde dans son travail une orientation psychodynamique.

Mme D a 11 ans d'expérience en intra-hospitalier et en unité de réhabilitation psychosociale. Elle n'aborde pas d'orientation théorique déterminée mais elle adopte un angle de vue occupationnel.

Mme E a 10 ans d'expérience en intra-hospitalier, en CATTP et en appartements thérapeutiques. Elle n'aborde pas d'orientation théorique déterminée mais adopte une manière de travailler autour de « la rencontre » de la personne.

Il est également possible de présenter l'ensemble des codages pour chaque thème. Ci-après, les codages relevés des 3 derniers tableaux, ceux des thèmes 2, 3 et 4 (le premier thème sur la connaissance des personnes interrogées vient d'être traité. Derrière chaque codage, sont listés entre parenthèses sa fréquence (chiffre) ainsi que le ou les répondant(s) ayant apporté cet élément de réponse (lettre). Les codages les plus apportés seront affichées en premier.

THEME 2 - La notion de manière pathologique d'habiter et ses risques

Question n°3, portant sur la définition de « manière pathologique d'habiter » :

- Il s'agit du rapport de la personne ayant des troubles psychiques avec son espace de vie **(4, A B C E)**
- C'est une notion prenant forme en société, à l'encontre des libertés personnelles et collectives **(4, B C D E)**
- C'est un comportement amenant la personne à se mettre en danger elle-même ou à nuire à autrui **(4, A C D E)**
- Ne connaît pas la notion de manière pathologique d'habiter **(2, A C)**
- Cela concerne sa capacité à investir et s'approprier son logement **(2, AB)**
- C'est une notion ayant un lien avec les troubles de l'insight **(2, D E)**

Question n°4, portant sur les risques sanitaires et sociaux liés à une telle manière d'habiter :

- Les notions d'hygiène personnelle et/ou du logement sont en jeu **(5)**
- La notion de gestion de l'environnement est en jeu **(5)**
- Cette manière d'habiter présente un risque sanitaire pour la santé de la personne **(5)**

- Cette manière d'habiter présente un risque social **(5)**
- Cette manière d'habiter peut affecter l'autonomie de la personne **(3, B D E)**

Question n°5, portant sur la pertinence du travail de l'ergothérapeute auprès des personnes ayant une telle manière d'habiter :

- Il s'agit de ne pas être interventionniste et normatif **(5)**
- L'ergothérapeute a un rôle pertinent et une expertise au domicile des personnes ayant un habiter pathologique **(4, A C D E)**
- Intérêt pour évaluer la situation de la personne, les risques **(2, A C)**
- Intérêt pour rompre l'isolement des personnes **(1, A)**
- L'ergothérapeute a un rôle dans le maintien et la réinsertion au domicile des personnes ayant une manière pathologique d'habiter **(1, D)**

THEME 3 - La posture de l'ergothérapeute au domicile en psychiatrie

Question n°6, portant sur la posture de l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène :

- Il s'agit d'avoir des précautions, d'être respectueux **(5)**
- C'est une relation différente qu'en structure de soins **(3, A B E)**
- Il s'agit d'adopter une relation horizontale **(2, B C)**
- C'est un travail sur l'éthique et la déontologie **(2, C E)**
- Il est difficile de décrire précisément la posture au domicile **(1, A)**
- Il s'agit de rester professionnel **(1, A)**
- C'est un travail d'ajustement et d'adaptation perpétuels **(1, B)**

Question n°7, portant sur la notion d'intimité de la personne au sein de son domicile :

- L'intimité dépend de la personne, c'est elle qui la détermine **(3, C D E)**
- L'intimité est contenue dans le discours de la personne **(3, B C E)**
- L'intimité englobe tout le lieu de vie **(3, A B D)**
- Il est complexe de définir l'intimité **(1, A)**
- L'intimité est un droit **(1, B)**
- La sphère de l'intime s'oppose à celle du social **(1, B)**

Question n°8, portant sur le positionnement de l'ergothérapeute vis-à-vis de l'intimité de la personne schizophrène à son domicile :

- Il ne faut pas se montrer intrusif **(5)**
- Il faut également considérer l'intimité du professionnel **(4, B C D E)**
- Une bonne relation thérapeutique au domicile est essentielle **(3, A C E)**
- Il faut intérioriser le cadre thérapeutique **(1, A)**

THEME 4 - Les moyens mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter

Question n°9, portant sur ce que la personne peut faire afin d'éviter de s'exposer aux risques liés à sa manière pathologique d'habiter :

- Pour éviter les risques, la personne doit éviter les conduites à risques **(4, A B C D)**
- Pour éviter les risques, la personne doit garder des contacts pouvant l'aider et verbaliser ses difficultés **(3, A D E)**
- Pour éviter les risques, la personne doit pouvoir s'autonomiser sur les tâches d'hygiène et d'entretien **(3, B C D)**

- La personne se protège par la pathologie de l'habiter, c'est sa sécurité **(1, C)**

Question n°10, portant sur les moyens que peut mettre en place l'ergothérapeute afin d'éviter à la personne de s'exposer à ces risques :

- Il s'agit de ne pas être interventionniste et normatif **(5)**

- Les visites à domicile sont un moyen **(5)**

- L'accompagnement de la personne dans l'appropriation de son domicile est un moyen **(5)**

- L'entretien est un moyen **(5)**

- C'est avant tout un travail relationnel **(4, B C D E)**

- C'est une approche patient-centrée **(4, A B D E)**

- La médiation est un moyen **(4, A C D E)**

- Les accompagnements ponctuels pour des tâches précises sont un moyen, mais il ne s'agit pas de « faire à la place de » **(4, B C D E)**

- C'est un travail interdisciplinaire **(4, A B D E)**

- Il n'y a pas d'unique manière de faire **(3, A B E)**

- Les mises en situation sont un moyen **(3, A B E)**

- Il est important d'orienter la personne vers l'extérieur **(3, A B C)**

- L'accompagnement est un travail de soutien et de présence sur le long terme **(3, A C D)**

- L'accompagnements pour aider la personne à prendre des repères chez elle et dans son quartier est un moyen **(2, C D)**

- C'est un accompagnement sur la sphère sociale de la personne **(2, B C)**

- L'accompagnement sur l'aspect administratif est un moyen **(1, D)**

- L'intervention de l'ergothérapeute n'est pas automatique **(1, B)**

- C'est un accompagnement de stimulation de la personne **(1, B)**

- L'ergothérapeute a des qualités d'observation dans ce type d'accompagnement **(1, B)**
- Il est important de déstigmatiser cette population **(1, C)**

Question n°11, portant sur l'appropriation du domicile et l'autonomie :

- Pour la personne, devenir autonome, c'est pouvoir moins dépendre d'aides extérieures et créer des habitudes **(4, B C D E)**
- Pour la personne, s'approprier le domicile, c'est s'y projeter, s'y sentir bien, y prendre du plaisir **(4, B C D E)**
- Appropriation du domicile et autonomie sont liées **(2, A C)**
- L'autonomie est une notion variant en fonction de chaque personne **(2, D E)**
- L'autonomie est importante pour ce public **(2, B C)**
- Il est important d'accompagner la personne dans sa valorisation, cela va lui permettre de mieux s'approprier son domicile **(2, A B)**
- Appropriation du domicile et autonomie ne sont pas liées **(1, D)**
- Ne croit pas à l'autonomisation totale de la personne en psychiatrie **(1, A)**
- L'ergothérapeute vient évaluer l'autonomie de la personne **(1, B)**
- L'appropriation du domicile par la personne participe à sa vie sociale **(1, D)**

Question n°12, portant sur le lien entre ces deux notions et les risques sanitaires et sociaux liés à une manière pathologique d'habiter :

- Il ne faut pas oublier que la pathologie reste chronique **(4, A B C D)**
- L'autonomisation de la personne participe à sa sécurité et son bien-être **(3, B D E)**
- L'appropriation du domicile par la personne participe à sa sécurité et son bien-être **(3, B D E)**

- En tant qu'ergothérapeute, il n'est pas possible de résoudre tous les problèmes des personnes **(3, A B C)**
- Il ne faut pas oublier que c'est la personne qui est actrice de sa propre santé **(1, C)**
- Prendre soin de son domicile et prendre soin de soi sont liés **(1, E)**

3. Analyse des résultats

Pour l'analyse des résultats, il conviendra de s'appuyer sur les codages présentés et la retranscription des entretiens, afin d'en tirer une réflexion. Une première partie de l'analyse sera statistique, c'est-à-dire qu'elle concernera essentiellement les fréquences des réponses. Il s'agit ici d'une recherche qualitative sur un échantillon de 5 personnes. Ainsi, les fréquences et les valeurs statistiques obtenues ne sont pas significatives et ne seront en aucun cas représentatives de la population étudiée, c'est-à-dire de l'ensemble des ergothérapeutes d'île de France exerçant au domicile en psychiatrie. Ici, l'intérêt d'une analyse statistique est de mieux appréhender les résultats obtenus dans cette recherche. Suite à cela, une analyse sémantique pourra être réalisée. Ce type d'analyse se base sur les données obtenues et le sens des réponses apportées. Il importera alors d'avoir un regard plus qualitatif et d'appréhender de manière générale le sens des résultats obtenus.

3.a Analyse statistique

L'analyse statistique se fera en deux temps. Tout d'abord, un regard général sera porté sur la retranscription des entretiens. Un regard sera ensuite porté sur les codages de réponses associés à chaque thème.

Pour une analyse statistique, il est possible d'utiliser la technique des nuages de mots. Ce procédé permet informatiquement de visualiser les mots les plus utilisés d'un texte. C'est une technique textométrique adaptée, ayant un véritable intérêt pour l'analyse littéraire (Amstutz & Gambette, 2010).

Pour cette recherche, sera utilisé le site vérifié tagcrowd.com. Afin de créer le nuage de mots, la retranscription des entretiens a été rentrée dans le site. Il y a possibilité de

filtrer les mots à ne pas traiter pour laisser les éléments ayant le plus de sens ressortir sans parasites. Dès lors, voici les mots ayant été exclus du traitement des données : « on », « et », « moi », « lui », « me », « euh », « bah », « là », « j' », « là », « aussi », « plus », « comme », « voilà », « vraiment », « même », « très », « fois », « après », « peu », « ce », « cette », « coup », « hein », « déjà », « donc », « enfin », « chose(s) », « oui/ouais », « ça » et « etc ».

Ainsi est généré un nuage de mots (voir en annexe XIII) faisant apparaître les 60 plus utilisés lors des 5 entretiens, ceux avec les plus gros caractères étant les plus fréquents (la fréquence est précisée entre parenthèses pour chacun d'entre eux). Il est alors possible de constater que les trois mots les plus utilisés sont : « patient », puis « domicile » et « appartement ». Etant donné le sujet, il semble logique que les mots « appartement » et « domicile » soient des plus utilisés. Il est néanmoins intéressant de constater que le mot « patient » soit le mot le plus utilisé. Il est possible de penser que cela souligne la vision patient-centrée des ergothérapeutes interrogés. Nous constatons également que les mots « intimité » et « relation » sont beaucoup utilisés, plus davantage que les mots « manière », « travail » ou tout autre mot relié aux moyens pouvant être mis en place. Il est possible de penser que cela illustre le fait que le travail de l'ergothérapeute au domicile des personnes schizophrènes est avant tout un travail relationnel avec le patient. Cela peut également être interprété comme une mise en avant de l'importance de considérer l'intimité de la personne, mais aussi du professionnel dans ce travail. Ainsi, la relation est le fondement de l'intervention de l'ergothérapeute au domicile des personnes schizophrènes et la considération de l'intimité est une condition à cette relation thérapeutique. Le mot « pense » est le deuxième mot le plus utilisé, pouvant indiquer que le travail de l'ergothérapeute au domicile est un travail de réflexion et de remise en question permanent. L'accompagnement de la personne se « pense » en fonction de la situation de la personne, de l'approche du thérapeute des conditions de cet accompagnement. On peut également souligner la présence des mots « parfois », « souvent », « temps », indiquant qu'il s'agit d'un travail ancré dans le temps, se dessinant sur le long terme.

Il est désormais possible de porter un regard sur les codages, ou thématiques de réponse en fonction de chaque thème.

Concernant le premier thème, sur l'expérience des répondants, nous pouvons constater qu'une majorité (4 personnes sur 5) a beaucoup d'expérience, c'est-à-dire 10 ans ou plus, allant jusqu'à plus de 30 ans pour Mr B. Cette longue expérience professionnelle peut expliquer en partie le fait que beaucoup d'exemples et de vignettes cliniques ont été partagées sur l'ensemble des entretiens. Cela assure une certaine richesse dans les réponses apportées. Au sujet de l'orientation théorique, 3 répondants sur 5 adoptent une orientation psychodynamique. Les deux autres ergothérapeutes disent ne pas avoir d'orientation théorique précise : l'une adopte un angle de vue occupationnel et l'autre évoque sa vision de la rencontre de la personne comme centre de son regard ergothérapeutique. Il est également notable que Mr B adopte, en plus de l'orientation psychodynamique, un regard phénoménologique. Il y a alors une majorité d'orientations psychodynamiques, mais cela n'empêche pas de faire apparaître une certaine diversité dans la manière de voir les choses qu'ont les répondants.

Au sujet du deuxième thème sur la manière pathologique d'habiter, malgré le fait que deux ergothérapeutes ne connaissent pas cette notion, les réponses sont plutôt homogènes. Des réponses homogènes sont les réponses ayant, pour la plupart, une grande fréquence d'apparition, traduisant ainsi que les participants ont tendance à penser les mêmes choses, que la vision d'une notion est plutôt claire et la même pour tous. Les trois réponses définissant le mieux la manière pathologique d'habiter selon la description établie dans le cadre contextuel ont été apportées par 4 répondants sur 5 (codages : il s'agit du rapport de la personne ayant des troubles psychiques avec son espace de vie ; c'est une notion prenant forme en société, à l'encontre des libertés personnelles et collectives ; c'est un comportement amenant la personne à se mettre en danger elle-même ou à nuire à autrui). Pour la question suivante, des réponses complétant la définition sont apportées par l'ensemble des participants : « la notion de gestion de l'environnement est en jeu » et « les notions d'hygiène personnelle et/ ou du logement sont en jeu ». Deux autres réponses ayant une plus faible fréquence apparaissent, illustrant que cette notion reste tout de même subjective pour chacun. Concernant les risques sanitaires et sociaux, liés à une telle manière d'habiter, les résultats sont homogènes : 5 réponses sur 6 ont été apportées par 4 ergothérapeutes ou plus, la réponse la moins fréquente ayant été évoquée par 3 d'entre eux. Ainsi, les professionnels interrogés s'accordent unanimement à dire qu'une manière d'habiter

pathologique peut entraîner des risques sanitaires pouvant affecter la santé de la personne, notamment liés à l'insalubrité/l'incurie et autres comportements à risques. Ils affirment également qu'une telle manière d'habiter entraîne des risques sociaux comme l'expulsion, les conflits avec le voisinage ou encore l'apparition de squatteurs. Nous retrouvons pour ces deux éléments ce qui a été évoqué dans le cadre contextuel. Enfin, au sujet de la pertinence de l'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes ayant une manière pathologique d'habiter, il y a un accord pour affirmer que l'ergothérapeute a un rôle et une certaine expertise (fréquence de 4), le tout sans se montrer interventionniste et sans adopter un regard normatif (fréquence de 5).

Pour le troisième thème, traitant de la posture de l'ergothérapeute au domicile et de l'intimité, les réponses sont peu homogènes : 9 réponses sur 17 ont été apportées par 1 ou 2 répondants et 5/17 par 3 d'entre eux. En effet, la posture professionnelle et la vision de l'intimité dépendent fortement de la sensibilité et de l'expérience de chacun. Néanmoins, les ergothérapeutes s'accordent à dire qu'il est important de prendre toutes les précautions possibles, de se montrer respectueux et de ne pas être intrusif (réponses apportées par les 5 répondants), le tout en considérant également l'intimité du professionnel (réponse apportée par 4 répondants).

Pour la question 9, ouvrant le quatrième thème et concernant ce que peut faire la personne afin qu'elle évite de s'exposer aux risques liés à sa manière pathologique d'habiter, très peu de réponses ont été apportées : seulement quatre. Il s'agit de la question de ce thème avec le moins de réponses. On peut en déduire différentes explications. Tout d'abord cela peut être dû à la difficulté de se projeter à la place de la personne, chose d'autant plus difficile avec un public ayant un grand nombre de profils de patients différents. Cela peut également être dû au fait qu'il s'agit de la première question ouvrant le dernier thème : la réflexion commence juste à être amorcée sur les moyens pouvant être mis en place par l'ergothérapeute ou la personne, donc peu de réponses sont données. La réponse la plus apportée (4 fois) est que la personne doit éviter les comportements à risques. Concernant les moyens pouvant être mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personnes schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter, beaucoup de réponses ont été récoltées : elles sont au nombre de 20. Une homogénéisation modérée des résultats est observable : 7 réponses ont été données par 1 ou 2 répondants et 8 par 4 ou 5 répondants. Nous pouvons donc constater que nous retrouvons les mêmes

pratiques, avec selon l'expérience et le point de vue de chacun, des subtilités, des suppléments (accompagnements sur l'aspect administratif, travail de déstigmatisation...) apportés à un ensemble commun de moyens plus globaux à mettre en place (entretiens, visites à domicile, médiations, accompagnement dans l'appropriation du domicile et dans des actes du quotidien...). Le tout s'inscrivant dans une approche patient-centrée, ne se voulant pas interventionniste ou normative. Au sujet des notions d'autonomie et d'appropriation du domicile, 8 réponses sur 10 ont une fréquence de 1 ou 2, les résultats ne sont donc pas homogènes. En effet, la notion d'autonomie en psychiatrie est assez peu présente dans la littérature et dans la pratique professionnelle, si ce n'est au sein des unités de réhabilitation psychosociale. Donc, chaque répondant avait une vision de l'autonomie en psychiatrie lui étant propre. De la même façon, l'appropriation du domicile est une notion particulièrement subjective, variant à la fois selon le fonctionnement psychique de la personne et selon le point de vue du professionnel. Cela explique que les réponses soient peu homogènes. Néanmoins, 4 répondants sur 5 (Mme A ayant peu développé ce sujet) se rejoignent autour de deux réponses définissant en partie les notions d'autonomie et d'appropriation du domicile (codages : pour la personne, devenir autonome, c'est pouvoir moins dépendre d'aides extérieures et créer des habitudes ; pour la personne, s'approprier le domicile, c'est de s'y projeter, de se sentir bien chez elle, y prendre du plaisir). Les réponses sont modérément homogènes (3 sur 5) quant à la contribution de ces notions vis-à-vis de l'évitement des risques sanitaires et sociaux liés à une manière pathologique d'habiter.

3. b Analyse sémantique

Une fois un regard global porté sur les résultats, leur fréquence et leur diversité, il convient de s'intéresser davantage à leur sens. Dans une étude qualitative, il est important de s'intéresser à cet aspect. Soulignons que tous les intervenants ont illustré leur propos, donné du sens à ce qu'ils avançaient en donnant des exemples et des cas cliniques. Certains ont même recommandé des auteurs et des lectures à faire. Ce type d'informations participe grandement à la richesse de l'entretien, mais ne peut être traité grâce à la méthode utilisée de codage.

Comme nous l'avons vu précédemment, les réponses étudiées montrent une certaine diversité dans les angles de vue : psychodynamique, occupationnel, phénoménologique et pensée autour de la rencontre. Une certaine cohérence est constatée entre ces orientations et les réponses apportées. Mme D, ayant un angle de vue occupationnel évoque souvent les actes de la vie quotidienne et les interventions de l'ergothérapeute en rapport avec cela. Elle est, par exemple, la seule à mettre en lien l'appropriation du lieu de vie avec la vie sociale, le fait de recevoir du monde, sa famille... (codage : l'appropriation du domicile par la personne participe à sa vie sociale). Elle est également la seule à évoquer les tâches administratives (codage : l'accompagnement sur l'aspect administratif est un moyen). De la même manière, Mr B a un angle de vue phénoménologique, c'est-à-dire, en le citant, la considération du « phénomène tel qu'il apparaît à ma conscience ». Il est le seul à avancer, et à insister sur le fait que l'ergothérapeute a des qualités d'observation pour ce type d'accompagnement : « ça repose fondamentalement sur votre observation ». Il décrit le positionnement de l'ergothérapeute comme un travail d'adaptation perpétuel afin de toujours rester dans cette position d'observation.

Le deuxième thème joue un rôle important. Il se situe au commencement de l'entretien afin d'introduire dès le début la notion de manière pathologique d'habiter. Comme nous l'avons vu, deux ergothérapeutes ne connaissaient pas cette notion, mais ont pu en donner une définition juste. Il en est de même pour la question sur les risques sanitaires et sociaux : les réponses sont homogènes, mais c'est l'une des questions où les répondants ont le plus hésité. On relève en effet beaucoup de « euh » ou de « ... » (représentant un temps sans parole). Si la définition de manière pathologique d'habiter peut-être facilement donnée, il peut être plus complexe de penser aux risques associés. Rapidement les participants ont évoqué l'incurie, l'insalubrité, les conduites à risques. Il faut cependant une certaine réflexion pour se projeter et penser aux risques associés à cela. Une fois ce temps de réflexion passé, des risques ont été cités, dont ceux étudiés dans le cadre contextuel. Trois ergothérapeutes (Mr B, Mme D et Mme E), dont Mme D ayant une sensibilité occupationnelle, ont même pu commencer dès cette question à établir un lien avec l'autonomie de la personne (codage : cette manière d'habiter peut affecter l'autonomie de la personne). De la même manière, deux ergothérapeutes (Mme A et Mr B) ont pu commencer à établir un lien entre la manière d'habiter pathologique et l'appropriation du domicile (codage :

Cela concerne sa capacité à investir et s'approprier son logement). La dernière question de ce thème peut se rapprocher du thème 4, car elle concerne la pertinence du travail de l'ergothérapeute auprès d'un tel public. Mais il s'agit de recueillir l'avis des répondants sur la pertinence et non sur les moyens à mettre en place. Ainsi, cette question permet de commencer à interroger la fonction de l'ergothérapeute dès le début de l'entretien. En plus de confirmer que l'ergothérapeute a un rôle pertinent pour ce type d'accompagnements (4 réponses sur 5), un élément clef de la pratique professionnelle apparaît à l'unanimité pour cette question : l'importance de ne pas porter un regard normatif sur les situations et de ne pas se montrer interventionniste (5 réponses). Cela signifie qu'il n'est pas question de mener un accompagnement principalement pour amener la personne vers une norme sociale : il s'agit de partir de la demande de la personne et travailler pour sa sécurité et selon ses projets. Il ne s'agit pas non plus de mener un accompagnement sans l'accord de la personne et en ne suivant qu'un point professionnel. En plus de cela, chaque ergothérapeute apporte un point de vue personnel sur la pertinence de l'intervention (rompre l'isolement, mission d'évaluation, réinsertion...).

Le troisième thème concerne la posture de l'ergothérapeute au domicile, l'intimité et le positionnement vis-à-vis de cette intimité. Comme nous l'avons vu, les résultats illustrent de multiples visions de l'intimité du positionnement au domicile, bien que nous retrouvions toujours une attitude non intrusive en faisant preuve de précautions. En effet, la question n°6, la première de ce thème, sur la posture, est l'une des questions de cet entretien où apparaissent le plus de « euh » et de « ... ». C'est donc un sujet mobilisant beaucoup de réflexion, d'autant plus que l'intervention à domicile s'articule autour d'une relation et d'un positionnement différents qu'en structures de soins, ne se basant pas sur les connaissances du thérapeute mais sur son expérience et ses capacités relationnelles (codage : c'est une relation différente qu'en structure de soins). Nous constatons deux visions complémentaires de l'intimité : l'une soutenant que l'intimité recouvre tout le domicile, l'autre que l'intimité est uniquement dictée par la personne. Le premier point de vue avancerait que l'intimité est partiellement indépendante de la personne, qu'elle se découvre malgré elle, englobant ainsi tout le domicile et se montrant au professionnel. L'autre point de vue soutiendrait que l'intimité est totalement dépendante de la personne, c'est elle qui la dicte, choisit de la révéler ou non. Par exemple, selon la première idée, une chambre à coucher est un lieu intime

par défaut. C'est une pièce réceptacle de l'intimité et donc symbole de cette dernière. Selon la deuxième idée, une chambre à coucher n'est qu'une pièce. L'intimité se révélera uniquement si la personne le choisit, si la personne décide de parler de ce qu'elle y fait ou d'y montrer des choses qu'elle considère comme intime. Les personnes soutenant ce dernier point de vue (2 personnes sur 3) ont tendance à soutenir que l'intimité est contenue dans le discours de la personne, ce qui correspond bien à cette vision. Les répondants évoquant cette approche soulignent l'importance de considérer l'intimité du professionnel : « L'intimité elle est aussi dans le sens inverse, nous aussi il y a des choses qu'on peut accepter et des choses pour lesquelles on peut avoir nos limites » (Mme E), considération à avoir que nous avons souligné dans le cadre contextuel. En effet, si la personne peut projeter ce qui est intime, elle est plus à même de la projeter sur le professionnel et bousculer les limites de l'intime de ce dernier. Ces deux visions sont complémentaires et peuvent être appliquées dans un seul et même accompagnement. Mme D affirme d'ailleurs qu'elle a ces deux visions. Sur des sujets aussi larges que l'intimité, la posture professionnelle et les liens entre ces notions, il est difficile d'être exhaustif dans le format de l'entretien semi-directif dans le temps restreint de ce dernier, d'autant plus que ce n'est pas l'unique sujet à aborder (codages : il est difficile de décrire précisément la posture au domicile ; il est complexe de définir l'intimité). Ainsi, il est possible de penser que chaque répondant a exposé une partie de sa vision, mais s'ils étaient amenés à regarder avec du recul les codages, ils seraient certainement tous d'accord avec chacun d'entre eux. Au final, il y a différentes visions de l'intimité, des détails dans l'attitude, mais une vision globale de l'importance de cette intimité et des attitudes essentielles à mettre en place.

La première question du quatrième thème, concernant ce que la personne peut faire pour éviter les risques liés à sa manière pathologique d'habiter sans évoquer l'ergothérapie, est une des questions ayant le plus suscité d'hésitations et, comme vu précédemment, a abouti à peu de réponses. L'essentiel décrit est que la personne doit éviter les conduites à risques. Mais en plus de cela, il est important d'assurer une continuité dans le temps de cette sécurité, en restant en contact avec des aidants et en intégrant au quotidien de bonnes habitudes favorables à la sécurité de la personne. Il est également intéressant de noter que la notion d'autonomie apparaît (pour 3 répondants) dès cette question, alors que cette notion n'a pas encore été évoquée. Cette notion semble alors connectée à la problématique de la manière pathologique

d'habiter. Comme nous l'avons vu, il y a une grande diversité d'accompagnements cités concernant la question sur les moyens pouvant être mis en place par l'ergothérapeute (question visant à apporter des éléments de réponse à la problématique). Ils peuvent être des accompagnements globaux ayant été cités de nombreuses fois, et des accompagnements plus spécifiques qui ont été cités moins de fois (accompagnement dans la sphère sociale de la personne, sur le plan administratif, dans le quartier ou bien le travail de stimulation). En considérant que c'est un travail patient-centré, qu'il ne faut pas faire à sa place mais avec lui, et qu'il ne s'agit pas d'être normatif, tous les accompagnements en ergothérapie sont imaginables puisqu'il s'agit de répondre à la demande de la personne. Les accompagnements les plus globaux ont été cités à l'unanimité. Il ne s'agirait cependant pas de penser que les accompagnements plus spécifiques (et moins cités) ne sont pas répandus dans la pratique. Si certains répondants les ont cités, cela est certainement dû au fait qu'ils avaient en tête des exemples (qu'ils les aient cités ou non). Toutefois, en avançant que l'accompagnement est patient-centré, il en ressort que toutes sortes d'accompagnements sont envisageables (codage : Il n'y a pas d'unique manière de faire). Il est également important de souligner que la majorité des répondants (4 sur 5) soutiennent que l'accompagnement au domicile est avant tout un travail relationnel. Tout repose sur le lien et la relation thérapeutique avec la personne, sans oublier également les autres professionnels travaillant avec elle (codage : c'est un travail interdisciplinaire, réponse apportée par 4 répondants sur 5). Au sujet de la notion de l'autonomie et d'appropriation du domicile, il est possible d'en distinguer deux visions. Mme D soutient que ces deux notions ne sont pas liées, contrairement à Mme A et Mme C. En effet, il est possible de penser qu'afin d'être autonome (codage : pour la personne, devenir autonome c'est pouvoir moins dépendre d'aides extérieures et de créer des habitudes) dans son domicile, il faut d'abord se l'être approprié, y avoir des repères et s'y investir (codage : pour la personne, s'approprier le domicile c'est de s'y projeter, de se sentir bien chez-elle, d'y prendre du plaisir). On peut expliquer la divergence de point de vue de Mme D par le fait qu'elle travaille en partie en unité de réhabilitation psychosociale. Elle a donc un regard spécifique sur la notion d'autonomie. Elle est certainement amenée à travailler sur ce point avec ses patients de manière focalisée et isolée, d'autant plus qu'elle adopte un regard occupationnel. Elle a donc un regard spécifique, expliquant qu'elle considère cette notion comme un élément de la vie de la personne isolé, indépendant de variables telles que

l'appropriation du domicile. La dernière question porte sur le lien entre ces deux dernières notions et la sécurité de la personne (question qui, comme la précédente, visait à tester l'hypothèse établie). Deux catégories de réponses sont alors observables. Tout d'abord, nous retrouvons les réponses sur l'impact de l'appropriation du domicile et l'autonomisation de la personne sur sa sécurité dont nous avons vu le détail lors de l'analyse statistique. La deuxième catégorie de réponse est intéressante, car elle sort des notions étudiées et marque comme une prise de recul par rapport au sujet étudié. Ces réponses (codages) sont les suivantes : « il ne faut pas oublier que la pathologie reste chronique » (évoquée par 4 répondants sur 5), et : « en tant qu'ergothérapeute, il n'est pas possible de résoudre tous les problèmes des personnes » (évoquée par 3 personnes sur 5). Mme C ajoute même cette réponse : « il ne faut pas oublier que c'est la personne qui est actrice de sa propre santé ». C'est une réflexion importante, sur le sujet et ouvrant sur plus un approfondissement. Il existe une multitude d'accompagnements pouvant être réalisés par l'ergothérapeute, mais en tant que professionnel, il ne faut pas se projeter trop loin dans les bénéfices que l'on apportera à la personne : « On aura beau tout faire comme il faut, on ne pourra pas être sûr que ça va fonctionner » (Mme C). La schizophrénie reste une pathologie au long terme, s'étalant sur des périodes de progressions et de rechutes, nécessitant parfois un traitement lourd pouvant être invalidant. La personne a en main sa vie et sa santé. Le rôle de l'ergothérapeute est donc de rester en contact avec elle, d'être à l'écoute de ses demandes et de lui fournir les outils nécessaires à son bien-être en lui faisant confiance sur ce qu'elle en fera : « on a donné les outils et c'est à lui de les utiliser » (Mme C). Penser pouvoir résoudre toutes les difficultés quotidiennes des personnes est déjà une approche interventionniste en soi.

4. Discussion

Une fois les résultats présentés et analysés, il est possible de mener une réflexion sur la démarche de recherche.

Concernant la méthodologie, nous avons vu que le format de l'entretien individuel basé sur une grille d'entretien composée de questions semi-directives était le plus adapté à ce mémoire de fin d'études. Nous avons pu constater que les sujets abordés sont larges. Concernant les moyens à mettre en place, des réponses globales ont été

apportées, mais les répondants n'ont pas tous amené des informations précises. Afin de récolter des éléments de réponse plus spécifiques, il aurait certainement pu être intéressant de baser l'entretien sur une ou plusieurs vignette(s) clinique(s) pour que les ergothérapeutes puissent partir d'une situation et développer les compétences spécifiques à cette dernière sur tous les aspects. Cela ne correspond cependant pas aux formats de recherche possibles à réaliser pour un mémoire de fin d'études. Ne pas être parti de vignettes cliniques n'a pas empêché les répondants d'apporter des exemples illustrant leurs propos. Certains ont également intégré des références bibliographiques et des concepts de différentes sciences. Ce sont des informations riches mais ne pouvant pas être entièrement traitées avec les méthodes de codage. Elles n'apparaissent donc que partiellement dans les résultats. Le format semi-directif utilisé, le fait que des notions larges soient abordées et la subjectivité du vécu de chacun, déploient une grande quantité d'informations pouvant rester isolées (codages avec une faible fréquence). Ces réponses restent pertinentes et légitimes, mais elles ont nécessairement moins de valeur lors du traitement des résultats. Par ailleurs, nous pouvons observer un déséquilibre entre les thèmes, le quatrième est plus développé, d'abord, car il contient plus de questions, ensuite car il s'agit de la partie où il est le plus possible d'apporter des éléments concrets liés à la pratique.

Au sujet de ce dernier thème, la question 10 avait, comme objectif d'apporter des éléments de réponse à la problématique. Les questions 11 et 12 avaient comme objectif de tester l'hypothèse établie. Vis-à-vis de la problématique et des résultats, il est possible de dire qu'au domicile de la personne schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter, l'ergothérapeute intervient à long terme sur une dynamique patient-centrée, avec un panel de moyens adaptés à la situation (ciblant différents aspects tels que la vie quotidienne, l'autonomie, l'appropriation du domicile, la dimension sociale...) dans un travail relationnel demandant une certaine posture et une considération de l'intimité. Avec du recul, cette réponse aurait pu être une hypothèse, mais elle ne correspond pas à ce qui a été établi. En effet, des éléments différents entre cette réponse et l'hypothèse ayant été proposée avant de mener les entretiens. D'abord l'hypothèse établie met en valeur des moyens plus spécifiques, elle dresse l'autonomie et l'appropriation du domicile comme des finalités et elle n'évoque pas les notions de posture et d'intimité.

En effet, concernant les moyens, l'entretien est cité par tous les répondants, en accord avec l'affirmation qu'il s'agit surtout d'un travail relationnel. La mise en situation n'est pas citée par tous les répondants comme un moyen (3 sur 5). L'hypothèse n'est donc pas vérifiée sur ce point. On retrouve les visites à domicile (5 réponses) et les accompagnements ponctuels dans la vie quotidienne suite à un besoin de la personne (4 réponses), qui sont des approches plus larges que la mise en situation. Il peut être intéressant de réfléchir sur la différence entre les mises en situation et cette dernière notion. D'un côté, une mise en situation est pensée par l'ergothérapeute en avance pour répondre à un ou plusieurs besoin(s) de la personne et la stimuler sur ces aspects. L'accompagnement dans un acte de la vie quotidienne n'est en revanche pas pensé en avance : il s'agit de directement répondre à la demande d'un patient. Vu de l'extérieur, ce sont deux moyens se ressemblant. Une mise en situation pour les courses alimentaires peut être imaginée pour travailler les compétences sociales, les fonctions exécutives, l'alimentation etc...De l'autre côté, un accompagnement ponctuel pour faire les courses vise simplement à apporter un soutien à la personne (sans faire à la place de). Mais ce sont les deux mêmes actions : l'ergothérapeute et la personne se retrouvent en conditions réelles pour réaliser des courses. Les moyens illustrés dans l'hypothèse sont donc trop spécifiques par rapport à la pratique évaluée auprès des 5 ergothérapeutes interrogés. Un plus grand nombre d'accompagnements est ressorti des résultats, sachant qu'une très grande diversité d'actions peuvent être mises en place, le but étant de s'adapter à la personne et de la mener vers une sécurité à son domicile.

Ensuite, sur les notions d'autonomie et d'appropriation du domicile, seulement 3 réponses sur 5 vont dans le sens de l'hypothèse, c'est-à-dire affirmant que l'autonomisation et l'appropriation du domicile participent à la sécurité de la personne. Cet élément de l'hypothèse peut alors être contesté. Il est possible de constater que l'accompagnement dans l'appropriation du domicile est cité comme un moyen et non comme une finalité. On peut donc voir que ces notions peuvent participer à ce que la personne soit moins exposée aux risques sanitaires et sociaux liés à sa manière pathologique d'habiter, mais elles ne déterminent pas cette sécurité. Par ailleurs, il est intéressant de voir l'appropriation du domicile comme un moyen à ce que la personne se sente bien chez elle et y développe des occupations et non comme un objectif à atteindre. De la même manière, il peut être intéressant de voir l'autonomisation de la

personne, la menant à se créer des rituels, comme un moyen de se stimuler et de se sentir moins vulnérable comme objectif. L'ergothérapeute peut donc, si besoin, accompagner la personne dans ces deux processus.

L'hypothèse établie ne prend pas en compte la notion d'intimité. C'est pourtant une notion importante de la relation évoquée dans le cadre contextuel, riche et centrale dans le travail à domicile. C'est donc un manquement que cette notion n'apparaisse pas dans l'hypothèse.

L'hypothèse n'est donc que partiellement validée dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche. Nous pouvons dire qu'elle n'est pas complète et que sa composante sur les moyens n'est pas totalement juste. Nous retrouvons bel et bien des moyens à mettre en place, participant à l'autonomisation de la personne et l'appropriation de son domicile, ce qui, en partie, contribue à ce qu'elle soit en sécurité dans son lieu de vie.

En somme, Pour mettre en parallèle les résultats et la pratique professionnelle, il semble important de retenir deux choses : d'abord que l'accompagnement doit toujours être centré sur la personne et sur son environnement dans une relation thérapeutique horizontale ; ensuite, comme il a été abordé, il est important de rester humble quant à notre rôle de thérapeute et sur le fait qu'il n'est pas possible de résoudre tous les problèmes d'une personne. Si nous l'accompagnons à entretenir son logement, il est possible qu'elle décompense et qu'elle perde ce qui a été travaillé, d'où l'intérêt d'accompagner dans une optique de long terme en restant à l'écoute de la personne.

5. Critique et limites du travail

Comme toute étude, ce travail est soumis à des biais et a des limites. Il est important de les souligner.

Les biais sont des paramètres, des éléments modifiant, biaisant les données. Ils peuvent être limités limiter mais seront toujours présents. Le biais d'interprétation est particulièrement courant dans les études qualitatives se basant sur des entretiens comme le présent travail. En effet, tous les résultats sont soumis à l'interprétation de

la personne étudiant les entretiens. Il y a une interprétation lors de la construction des codages et pendant le traitement de ces derniers. Le travail est donc biaisé par la subjectivité du rédacteur. L'échantillon étudié comporte deux biais principaux. Tout d'abord, malgré une certaine diversité dans les orientations théoriques, une majorité est psychodynamique. Les résultats sont donc globalement orientés dans ce modèle, ce qui restreint de champ de vision de la pratique. Ensuite, la totalité des répondants travaillent au moins en partie dans l'intra-hospitalier. Il est également possible de citer le biais d'honnêteté, étant également un biais que l'on retrouve dans les études qualitatives. Les résultats transmis sont toujours soumis à l'honnêteté des répondants, mais dès lors qu'une information est transmise, elle est prise au sérieux et considérée comme représentative de l'échantillon étudié. Il est néanmoins possible de penser que ce biais est moins présent dans les entretiens car le répondant livre son expérience, ses vécus, et aura tendance à se montrer plus honnête que face à un questionnaire. Le biais de la distance peut également être présent lorsqu'il s'agit d'un travail qualitatif mené par un étudiant. Le biais intellectuel apparaît car toute personne adapte son discours en fonction de son interlocuteur : la personne interrogée va plus ou moins développer ce qu'elle dit en fonction de la connaissance supposée de son interlocuteur. Cette connaissance supposée peut être influencée par le sexe, l'âge, le statut ou la présentation de la personne interrogeant. Dans le cas de ce travail, sachant que les interlocuteurs sont des professionnels ayant pour la majorité beaucoup d'expérience dans le domaine traité, face à un étudiant en troisième année travaillant sur ce thème. Il est alors possible de penser que le biais intellectuel peut être existant mais probablement pas significativement important.

Cette étude comporte également des limites, qui rendent les résultats moins complets ou la méthodologie moins rigoureuse. Tout d'abord, pour ce qui concerne l'échantillon étudié : à l'inverse de l'hospitalisation complète, aucun répondant n'exerce dans une équipe mobile, comme un SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) ou un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), qui sont des structures particulièrement expérimentées dans le travail à domicile en plus d'avoir un angle de vue médico-social, contrairement aux structures que l'on retrouve dans l'échantillon qui ont un angle de vue plutôt médical. La construction de l'outil a également des limites, notamment avec le nombre de pré-testeurs. Une seule ergothérapeute a été interrogée pour la phase de pré-test. Il aurait été plus riche et

intéressant d'en interroger au moins deux pour avoir différents points de vue sur la première version de la grille d'entretien et mieux élaborer la définitive. De plus, cette phase de pré-test ainsi que l'entrevue avec Mr B ont été les deux seuls entretiens s'étant passé en présentiel. Tous les autres se sont déroulés par téléphone. Or l'entretien téléphonique a des limites. C'est la modalité d'entretien la moins intéressante : elle est peu stimulante pour le répondant, l'amenant ainsi à moins communiquer, et ne permet pas d'obtenir des informations de nature non verbale. Mis à part les silences et les hésitations, une partie du message n'est alors pas prise en compte.

Par ailleurs, une fois les entretiens passés, une prise de recul peut nous faire revenir sur l'utilité des questions de relance et le choix de ne pas en avoir préparé. Ces questions rendent l'entretien moins reproductible, mais permettent d'approfondir une réflexion pour obtenir des résultats plus nombreux ou de meilleure qualité. De plus, sur un échantillon de cinq personnes, ne pouvant pas être représentatif d'une population, le biais de reproductibilité a moins d'impact. Il aurait donc fallu intégrer des questions de relance afin d'obtenir éventuellement de meilleurs résultats.

Il est également ici possible d'évoquer les sujets qui n'ont pas été abordés dans ce travail, mais qui auraient pu être intéressants à étudier. En effet, dans le cadre contextuel ont été évoqués des outils d'évaluation qui n'ont pas été étudiés dans la recherche. Il aurait pu ainsi être intéressant d'évoquer avec les répondants s'ils mettent en place des évaluations au domicile, et si oui, lesquelles et pourquoi. Lors des entretiens est enfin ressorti l'aspect interdisciplinaire des accompagnements à domicile en psychiatrie. C'est une notion qui n'a pas été évoquée dans le cadre contextuel et qui aurait pu faire l'objet d'une question afin d'évaluer l'intérêt de cette pratique. Il aurait également été intéressant d'évoquer, au plus long terme, l'arrêt de l'accompagnement en ergothérapie, quand l'amener et comment.

Conclusion

En partant de la question de départ « quelles pratiques peut mettre en place l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ? » nous avons pu approfondir nos connaissances quant aux thématiques de ce sujet. La schizophrénie est une pathologie concernant entre 0.7% et 1% de la population mondiale, soit 600 000 personnes en France. La symptomatologie de la schizophrénie s'inscrit sur le long terme et est plurielle : syndrome délirant, repli social, désorganisation comportementale, émotionnelle ou intellectuelle, troubles cognitifs... Cette pathologie pouvant être invalidante au quotidien, il existe alors une diversité de traitements pharmaceutiques et d'accompagnements médico-sociaux. Parmi ces accompagnements, pouvant être dispensés dans une multitude de structures, certains ont pour but de se rapprocher au mieux du domicile de la personne et de sa vie quotidienne. Cela permet de participer à l'insertion sociale des patients, de limiter leur temps d'hospitalisation complète et d'améliorer leur qualité de vie. Le lieu de vie à une composante sociale et psychique importante. Il est le centre des occupations, le lieu privilégié de l'intimité et est fortement connecté avec la santé psychique de l'habitant. Dès lors, les personnes schizophrènes peuvent développer ce qu'on peut appeler une « manière pathologique d'habiter », notion proposée par le psychologue E. DJAOUI. On peut la définir comme le rapport qu'a la personne avec son domicile, venant mettre en danger son inclusion sociale, sa santé, celle des autres ou bien nuisant aux libertés d'autrui. Une telle manière d'habiter, expose la personne à des risques sanitaires et sociaux, et peut ainsi nécessiter un accompagnement. Puisqu'elle prend forme dans le domicile de la personne, l'intervention de l'ergothérapeute semble pertinente. En effet, l'ergothérapeute a des compétences en psychiatrie et a une expertise au domicile, l'approche écologie (c'est-à-dire prenant en compte tous les environnements de la personne) est un angle de vue souvent utilisé. Il semble alors pertinent que l'ergothérapeute intervienne au domicile de la personne schizophrène, notamment lorsqu'elle développe une manière pathologique d'habiter. Ainsi, il est possible d'accompagner les personnes au sein de leur logement, grâce à des compétences liées au domicile, à la relation thérapeutique, à l'approche psychodynamique (centrée sur les différents processus psychiques chez une personne) ou à l'approche occupationnelle (centrée sur les différentes activités et rôles d'une personne dans son quotidien). Un grand nombre d'actions peuvent donc être menées dans différents

objectifs, mais la littérature donne peu d'informations sur ce que peut mettre en place l'ergothérapeute. Il s'agit alors d'interroger la pratique professionnelle pour mieux se rendre compte des interventions qui peuvent être menées et donner un regard plus pragmatique sur le sujet étudié. Nous avons donc établi une problématique : « De quelles manières l'ergothérapeute intervient au domicile de la personne atteinte de schizophrénie ayant une manière pathologique d'habiter, afin que sa sécurité dans son lieu de vie soit assurée ». Ici, par le thème « sécurité », nous entendons le fait de limiter l'exposition de la personne aux risques sanitaires et sociaux liés à sa manière pathologique d'habiter. Cette problématique permet de mener une recherche qualitative basée sur des entretiens et amène à proposer une hypothèse. Nous avons donc pu apprendre que le rôle de l'ergothérapeute est de créer une relation thérapeutique sur le long terme afin de garder un suivi et une écoute des difficultés de la personne dans le temps. Cet aspect relationnel est particulièrement important. C'est sur cela que se base tout l'accompagnement. Celui-ci étant principalement patient-centré et détourné de tout interventionnisme ou regard normatif, il a pour objectif d'accompagner la personne dans ses activités de la vie quotidienne, dans son autonomisation, dans l'appropriation de son domicile. Il peut également se résumer à un soutien régulier, et une présence stimulante. Tout ce travail va pouvoir permettre à la personne de mieux se gérer elle-même, mais aussi de mieux gérer son environnement (physique et social) afin d'être moins en danger vis-à-vis des risques liés à sa manière pathologique d'habiter, sans pour autant résoudre toutes ses difficultés. Ce constat va dans le même sens que l'hypothèse mais souligne qu'elle n'est pas complète ni exacte. L'hypothèse ne peut donc pas être validée dans son entièreté.

Il a été avancé qu'en plus d'être primordiale, la relation au domicile est très différente de celle en structure. Il faut une certaine confiance, qui se construit avec le temps, avant de pouvoir accéder au lieu de vie de la personne. Nous relevons l'importance de ce travail relationnel, mais il est possible de s'interroger sur la manière de le construire.

Bibliographie

- Agneray, F. (2018). Schizophrénies et clinique de l'habiter. *Santé mentale N. 228, Schizophrénie : habiter un logement*, pp. 28-34.
- Agneray, F., Loget, M., & Chaperot, C. (2016). Schizophrénie : quand habiter devient impossible. A propos d'une clinique de proximité. *L'évolution psychiatrique, (81)*, pp. 589-603.
- Amstutz, D., & Gambette, P. (2010, Juin). Utilisation de la visualisation en nuage arboré pour l'analyse littéraire. *10th International Conference on statistical analysis of textual data*. Rome, Italie.
- Anzieu, D., & Séchaud, E. (1985). *Le moi-peau*.
- Ayme, J. (1994). *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*.
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation. *Revue des sciences de l'éducation, 38(1)*, pp. 23-45.
- Barrès, M. (2018). Psychiatrie et logement : enjeux actuels. *Santé mentale N. 228 : schizophrénie : habiter un logement*, pp. 34-42.
- Bergès, L. (2018). Suivi à domicile de personnes psychotiques - le primat de la relation. *ERG-go!, Revue des ergothérapeutes du Québec, 12*, pp. 1-6.
- Bergès, L. (2021). Toit et moi. Une réflexion sur l'accompagnement à domicile des personnes psychotiques.
- Bing, R. (1981). Occupational therapy revisited : A paraphrastic journey. *The American journal of occupational therapy, 35(8)*, pp. 499-518.
- Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique, 86(5)*, pp. 391-403.
- Breier, A., Schreiber, J., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. *Archives of general psychiatry, pp. 239-246*.
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'encéphale, 35(1)*, pp. 80-89.
- Charret, L., & Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste (1)*, pp. 17-36.
- CNRTL. (2021). [cnrtl.fr/etymologie/habiter](https://www.cnrtl.fr/etymologie/habiter). Récupéré sur [cnrtl.fr](https://www.cnrtl.fr/etymologie/habiter): <https://www.cnrtl.fr/etymologie/habiter>
- CNSA. (2017). *Troubles psychiques*. CNSA.

- Cochet, A. (2015, Novembre). Troubles fonctionnels et cognitifs : quel arsenal thérapeutique ? *Santé Mentale N. 202, Schizophrénie et fonctionnement social*, pp. 30-36.
- Consoli, S. (2019, Novembre). Le concept de moi-peau. *Santé Mentale n°242, ce que nous dit la peau*, pp. 30-33.
- Croizé, N., & Adam, I. (2017). Panser le domicile pour soigner l'habitant. *Expériences en Ergothérapie, 30*, pp. 468-478.
- Da Silva, K. (2005). La réinsertion : L'ergothérapie dans le processus de réhabilitation. *Ergothérapies, 18*, pp. 43-52.
- Debrach, L., Patris, C., Nadaud-Vidal, D., Marabet, B., Soubie, A., Peintre, C., & Association Nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d. e. (Mai 2016). *Etude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique - Rapport Final*. Observatoire National des Aides Humaines.
- Delbrouck, M. (2016). *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Deny, D. (2021). Carnet de voyage en appartement thérapeutique.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2008). Tabac et schizophrénie: aspects épidémiologiques et cliniques. Smoking and schizophrenia, epidemiological and clinical features. *L'encéphale, 34(3)*, pp. 299-305.
- Djaoui, E. (2006). Travailler avec l'intimité des familles. *Caisse nationale d'allocations familiales, Informations sociales*, pp. 20-29.
- Djaoui, E. (2007). De l'intimité du professionnel dans l'intervention au domicile. *Gérontologie et société*, pp. 157-162.
- Djaoui, E. (2011). Approches de la "culture du domicile". *Gérontologie et société 1(136)*, pp. 77-90.
- Djaoui, E. (2011). Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. *Erès "Dialogue"*, pp. 7-18.
- Djaoui, E. (2012). Intervenir au domicile du malade psychique . *Santé mentale N. 170, Pourquoi la visite à domicile?*, pp. 20-25.
- Djaoui, E. (2014). *Intervenir au domicile*. Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- Djaoui, E. (2014). La notion d'espace psychique. Dans E. Djaoui, *Intervenir au domicile* (pp. 109-122). Presses de l'école des hautes études en santé publique .
- Douglas Porteous, J. (2006). Home : the territorial core. *Geographical review, 66(4)*, pp. 383-390.

- Dugnat, M. (2012). Sans toit, ni toi. Dans M. Sassolas, *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques* (p. 57 à 66). ERES.
- Eiguer, A. (2010). Du corps familial à la maison. *Le divan familial*, (25), pp. 31-48.
- Eiguer, A. (2021). *L'inconscient de la maison*, 3e édition. Malakoff: Dunod.
- Etymonline.com/search*. (2021, Novembre). Récupéré sur Etymonline.com: <https://www.etymonline.com/search?q=schizophrenia>
- Ferrari, P., & Suter, C. (2020, Janvier). Elaborer le cadre de soins avec les usagers. *Santé mentale n244*, pp. 60-65.
- Fohr, A. (2017). Activités et rôles sociaux en santé mentale. Dans E. Trouvé, H. Clavreul, G. Poriel, G. Riou, J. Caire, N. Guilloteau, . . . I. Marchalot, *Participation, occupation et pouvoir d'agir : pour une ergothérapie inclusive* (pp. 171-187). Actualités en ergothérapie.
- Furtos, J. (2011). Hospitalisation à domicile en psychiatrie de secteur. *Dialogue* (192), pp. 97-108.
- Gaudelus, B. (2018). Quels outils pour évaluer la capacité à habiter. *Santé mentale N. 228 : Schizophrénie : habiter un logement?*, pp. 48-56.
- Girardon, L. (2018). Habiter le soin pour soigner l'habiter. *Santé mentale N. 228 : Schizophrénie : habiter un logement ?*, pp. 82-86.
- Häfner, H., & an der Heiden, W. (1997). Epidemiology of Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(2), pp. 139-151.
- Henckes, N. (2015). Psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir? *Esprit*, (3), pp. 28-40.
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réhabilitation. Hernandez, H. (2010). *L'ergothérapie Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), pp. 194-197.
- Hopkins, H. (1983). An historical perspective on occupational therapy. *Willard and Spackman's occupational therapy*, 6th, pp. 3-23.
- Hurvy, C., & Roques, M. (2018). L'importance du domicile dans la réalité psychique. Enjeux thérapeutiques en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*, pp. 518-522.
- Johnson, S., & Thornicroft, G. (1993). The sectorization of psychiatric services in England and Wales. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 28(1), pp. 45-47.
- Kaës, R. (2010). Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes. *Le carnet psy*, (1), pp. 35-38.
- Kampman, O. (2004). Over 25% of people with schizophrenia, psychoses, or severe mental disorders fail to adhere to treatment programmes. *Evidence-based mental health*, 7(2), p. 40.

- Kapsambelis, V. (2012). Accueillir les patients psychotiques les plus gravement perturbés. Dans M. Sassolas, *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques* (pp. 33-46). ERES.
- Kelemen, E. (1996). Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens. *Journal d'ergothérapie*, 18(3), pp. 101-108.
- Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 37-54). De Boeck supérieur.
- Kovess, V., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., & Roelandt, J. (2000). Les soins donnés aux patients schizophrènes dans quatre secteurs de psychiatrie. *Schizophrénies en France : Données actuelles* (Paris : Frison-Roche).
- Krebs, O. (2021). *Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Récupéré sur Inserm: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
- Kyzirdis, T. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8(3), pp. 42-48.
- Launois, M. (2017). Activités ou médiations? Comment une activité ou une médiation peuvent-elles être ou devenir thérapeutiques?
- Lecardeur, L. (2015). La qualité de vie en schizophrénie. *L'encéphale*, 41(4), pp. 373-378.
- Llorca, P. (2004). La schizophrénie. *L'encyclopédie orphane*.
- Loas, G. (2009, August). Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 6, pp. 446-449). Elsevier Masson).
- Lopez, A., & Turran-Pelletier, G. (2017). *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. Inspection Générale de Affaires Sociales (IGAS).
- Louit, E. (2012). Quel travail possible pour le psychologue clinicien au domicile des personnes. *Erès : Vie sociale et traitements*, pp. 84-90.
- Mages, N. (2015, Novembre). Schizophrénie, psychotropes et troubles fonctionnels. *Santé Mentale N. 202, Scizophrénie et fonctionnement social*, pp. 44-50.
- Martin, B., & Franck, N. (2013). Rétablissement et schizophrénie. *EMC psychiatrie*, 37(290), pp. 63171-5.
- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. *Cahiers de psychologie Clinique*, (2), pp. 103-120.
- Meunier-Schoen, P. (2014). De mémoire d'ergothérapeute : l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, une démarche engagée de l'ergothérapeute. Dans K. F., *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (pp. 41-53). Erès.

- Minard, M. (2006). Considérations sur la psychiatrie de secteur. *Sud/Nord*, (1), pp. 53-58.
- Najelski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, (4), pp. 12-40.
- OMS. (2008). *Chapitre V, troubles mentaux et du comportement ; Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants*. Récupéré sur CIM-10 Version:2008: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F20>
- Pachoud, B. (2015, Novembre). Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel. *Santé Mentale N. 202, Schizophrénie et fonctionnement social*, pp. 22-30.
- Palazzolo, J. (2009, May). Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie: des neuroleptiques classiques aux APAP. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique (Vol. 167, No. 4, pp. 308-317)*. Elsevier Masson.
- Patal, K., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), p. 638.
- Petitjean, F. (2010). Les schizophrénies et le secteur. *La lettre du psychiatre (Puteaux)*, 6(2), pp. 52-56.
- Petitjean, F., Bralet, M., Hodet, Y., & Tramier, V. (2014). Psychoéducation dans la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, pp. 37-291.
- Pibarot, I. (1978). Dynamique de l'ergothérapie. *Journal d'ergothérapie*, n°26, p. 17.
- Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans H. H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 27-36). De Boeck supérieur.
- Prouteau, A., & Verdoux, H. (2011). Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*, pp. 135-159.
- Prouteau, A., Grondin, O., & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie: une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, (1), pp. 137-155.
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J., & Geky-Nageot, M. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique: Partie I: insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'encéphale*, 34(6), pp. 597-605.
- Richard, M., Touroude, R., & Loubier, D. (2018). "Habitat et accompagnement ne vont pas l'un sans l'autre!". *Santé mentale N. 228 : Schizophrénie : habiter un logement ?*, pp. 42-48.
- Riou, G. (2015, Novembre). Ergothérapie et troubles fonctionnels dans la schizophrénie. *Santé Mentale N. 202, Schizophrénie et fonctionnement social*, pp. 64-68.

- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia : is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of general psychiatry*, 64(10), pp. 1123-1131.
- Salah, A., & Said Mehdi, D. (2018). L'entretien de recherche dit "semi-directif" Dans les domaines des sciences humaines et sociales.
- Saucourt, G. (2015, Novembre). "Depuis ma maladie je n'ai plus d'amis". *Santé Mentale N. 202, Scizophrénie et fonctionnement social*, pp. 50-58.
- Schultz, S., North, S., & Shields, C. (2007). Schizophrenia: a review. *American family physician*, 75(12), pp. 1821-1829.
- Singer, S. (2010). Chez-soi : environnement favorisant l'intégration sociale . *ergOThérapies* (39), pp. 5-22.
- Sperenza, M. (2009). Cognitions sociales et schizophrénie à débur précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(1), pp. 14-20.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D., Bustillo, J., Gur, R., Heckers, S., . . . Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), pp. 3-10.
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Scizophr Res*, 69 (2-3), pp. 125-132.
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, K., Niskanen, T., Tanskanen, L., & Haukka, J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia : a population based cohort study [FIN11 study]. *The Lancet*, 374(9690), pp. 620-627.
- Tisseron , S., Agneray, F., Mille, C., Wawrzyniak, M., & Schauder, S. (2015). L'habitat et ses liens avec le psychisme : aspects psychopathologiques et cliniques de l'attachement à l'habitat. *L'évolution Psychiatrique* (80), pp. 489-499.
- Torrès, D. (2012). Pratiques sectorielles, accompagnement dans la cité, hébergements diversifiés. Dans M. Sassolas, *Quels toits poru soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques* (pp. 47-55). ERES.
- Tulle, E., & Moreau, L. (2021). *Du désir de vivre seul à la signature du bail : des parcours pour comprendre*.
- Van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), pp. 203-212.
- Vidon , G., Combes, C., & Gross, A. (2012). Discontinuité des soins et satellisation. Dans M. Sassolas, *Quels tous pour soigner les personnes souffrant de troubles pscychotiques* (pp. 91-96). ERES.

- Vidon, G., Combes, C., & Gross, A. (2012). Discontinuité des soins et satellisation. Dans M. Sassolas, *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques* (pp. 91-96). ERES, "Santé mentale".
- Vidon, G., Flament, M., & Wetsch, M. (2000). Etude française multicentrique de suivi d'une cohorte de 270 patients schizophrènes chroniques. *Schizophrénies en France : données actuelles* (Paris : Frison-Roche), pp. 81-132.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. (2004). Schizophrenia: etiology and course. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, p. 4016430.
- Weiden, P., Dixon, L., Frances, A., Applebaum, P., Haas, G., & Rapkin, B. (1991). *Neuroleptic noncompliance in schizophrenia*.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité*.
- Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête : De l'entretien au questionnaire. *Presses Universitaires de France*, pp. 45-77.

Annexes

Annexe I : Description des différents troubles de la schizophrénie selon la CIM-10....	I
Annexe II : Critères de diagnostic de la schizophrénie selon le DSM-V	IV
Annexe III : ELADEB	VI
Annexe IV : BVQ	VIII
Annexe V : Formulaire de consentement.....	XI
Annexe VI : Première version de la grille d'entretien	XII
Annexe VII : Version finale de la grille d'entretien	XIII
Annexe VIII : Retranscription des entretiens.....	XIV
Annexe IX : Tableau I, codage du premier thème	LVIII
Annexe X : Tableau II, codage du deuxième thème	LIX
Annexe XI : Tableau III, codage du troisième thème	LXII
Annexe XII : Tableau IV, codage du quatrième thème	LXV
Annexe XIII : Figure 1, nuage de mots généré à partir de la retranscription des entretiens selon les modalités décrites	LXXI

Annexe I : Description des différents troubles de la schizophrénie selon la CIM-10

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont: l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06.2, ceux induits par des substances psycho-actives étant à classer en F10-F19 avec le quatrième chiffre .5.

Exclusion :

réaction schizophrénique ([F23.2](#))

schizophrénie :

- aiguë (indifférenciée) ([F23.2](#))

- cyclique ([F25.2](#))

trouble schizotypique ([F21](#))

F20.0 Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets.

Schizophrénie paraphrénique

Exclusion :

état paranoïaque d'involution ([F22.8](#))

paranoïa ([F22.0](#))

F20.1 Schizophrénie hébéphrénique

Forme de schizophrénie caractérisée par la présence, au premier plan, d'une perturbation des affects ; les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible; il existe fréquemment un maniérisme. L'humeur est superficielle et inappropriée. La pensée est désorganisée et le discours incohérent. Le trouble entraîne fréquemment un isolement social. Le pronostic est habituellement médiocre, en raison de l'apparition précoce de symptômes "négatifs", concernant, en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté. En principe, le diagnostic d'hébéphrénie doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes.

Hébéphrénie

Schizophrénie désorganisée

F20.2 Schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes, pouvant alterner d'un extrême à un autre: hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée. La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble. Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues.

Catalepsie		schizophrénique
Catatonie		
Flexibilité cireuse		

Stupeur catatonique

F20.3 Schizophrénie indifférenciée

Etats psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie, mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites en F20.0-F20.2, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques.

Schizophrénie atypique

Exclusion :

dépression post-schizophrénique ([F20.4](#))

schizophrénie chronique indifférenciée ([F20.5](#))

trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique ([F23.2](#))

F20.4 Dépression post-schizophrénique

Episode dépressif, éventuellement prolongé, survenant au décours d'une maladie schizophrénique. Certains symptômes schizophréniques "positifs" ou "négatifs" doivent encore être présents, mais ne dominent plus le tableau clinique. Ce type d'état dépressif s'accompagne d'un risque accru de suicide. Si le patient ne présente plus aucun symptôme schizophrénique, on doit faire un diagnostic d'épisode dépressif (F32.-). Si les symptômes schizophréniques restent florides et au premier plan de la symptomatologie, on doit garder le diagnostic de la forme clinique appropriée de schizophrénie (F20.0-F20.3).

F20.5 Schizophrénie résiduelle

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes "négatifs" durables, mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres.

Etat résiduel schizophrénique

Restzustand (schizophrénique)

Schizophrénie chronique indifférenciée

F20.6 Schizophrénie simple

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances. La survenue des caractéristiques "négatives" de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de la volonté, etc.) n'est pas précédée d'un quelconque symptôme psychotique manifeste.

F20.8 Autres formes de schizophrénie

Accès		schizophréniforme
Psychose		
Trouble		

Schizophrénie cénestopathique

Exclusion :

trouble schizophréniforme de courte durée ([F23.2](#))

F20.9 Schizophrénie, sans précision

Annexe II : Critères de diagnostic de la schizophrénie selon le DSM-V

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes ;
2. Hallucinations ;
3. Discours désorganisé ;
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
5. Symptômes négatifs (ex. aboulie, diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passée d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondent au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présent pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que
1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes,
2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. exemple une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Annexe III : ELADEB

C'est un bilan s'appuyant autour d'une conversation avec des cartes. Quatre grands thèmes sont abordés pendant ce bilan, chaque sous-thème est représenté par une carte illustrée.

Conditions de vie :

1. Lieu de vie
2. Finances
3. Travail
4. Droit et Justice

Pragmatique du quotidien :

5. Temps libre
6. Tâches administratives
7. Entretien du ménage
8. Déplacements

Relations :

9. Connaissances et amitiés
10. Famille
11. Enfants
12. Relations sentimentales

Santé :

13. Alimentation
14. Hygiène personnelle
15. Etat physique
16. Etat psychique
17. Addiction
18. Traitement
19. Spiritualité et croyances

Sur une dynamique de tri de cartes, la personne va être amené à évoquer ses difficultés et catégorisés les aspects qui lui posent problème et ceux qui nécessitent de l'aide.

Une première phase de tri a lieu pour l'évaluation des problèmes. La personne distribue les cartes en 2 tas : un tas « problème » et un tas « pas de problème ».

Ensuite, les cartes du tas « Problème » sont redistribuées en 3 tas : un tas « problème peu important », un tas « problème important » et un tas « problème très important ».

Une deuxième phase de tri a lieu pour l'évaluation des besoins. La personne distribue les cartes en 2 tas : un tas « pas besoin d'aide supplémentaire » et un tas « besoin d'aide supplémentaire ». Ensuite, les cartes du tas « besoin d'aide supplémentaire sont redistribuées en 3 tas : un tas « besoin d'aide non urgent (supérieur à 3 mois) », un tas « besoin d'aide moyennement urgent (entre 1 et 3 mois) » et un tas « besoin d'aide urgent (dans les 30 jours) »

Il est possible, autour de l'entretien et du tri des cartes, de passer en revue tous les aspects de la vie quotidienne de la personne et d'évaluer ceux qui posent problème, à quel point, et ceux qui nécessitent de l'aide, dans quelle période.

Annexe IV : BVQ

Grille d'entretien à remplir

Évaluation sur le dernier mois

1. Lieu de vie :

- Type d'habitat (individuel autonome/ entourage familial/ institution...)
- Degré et nature de l'étayage (autonomie /stimulation/ aide concrète pour la réalisation/dépendance), en particulier pour ce qui concerne :

Entretien du logement

Courses alimentaires

Réalisation des repas

Hygiène corporelle

Habillage

Entretien du linge

Prise du traitement

2. Activités :

- Nombre, régularité et nature des activités réalisées.

Loisir

Travail

Occupation

Soins

- Décision / initiative pour les activités (autonome/ entourage/ équipe de soins)
- Réalisation des activités (autonomie/ stimulation/ accompagnement)
- Projets d'activités pour l'avenir (court, moyen et long terme), faisabilité et empêchements

3. Liens sociaux :

- Nature du réseau

Famille

Amis

Relation amoureuse

Travail

Soins

Voisinage

- Participation dans les situations d'interactions (passif----- actif/ adapté----- inadapté)
- Initiative, organisation des contacts (passif-----actif)

4. Rythme et hygiène de vie :

- Journée type du patient
- Capacités à modifier son rythme de vie en fonction d'un contexte
- Notions d'hygiènes de vie
- Santé physique (surcharge pondérale / appréciation qualitative du niveau de santé physique...)

Médecin généraliste

Soins dentaires

Suivi gynécologique

5. Déplacements :

- Autonomie dans les transports (permis / véhicule / transports en commun)
- Degré d'anxiété lors des déplacements
- Ressources extérieurs possibles
- Capacités à organiser et à réaliser un trajet long (train ; voiture...)

6. Gestion de l'argent :

- Nature des ressources
- Gestion (autonome/ aide de l'entourage ou SAVS/ curatelle - tutelle/ suivi social...)
- Démarches administratives (autonomie / personnes ressources / efficacité...)

7. Connaissance et gestion des symptômes (hétéro questionnaires INSAIT et SIST-R):

- Connaissance et reconnaissance des symptômes persistants
- Connaissance et reconnaissance de signes d'alarmes de rechute
- Connaissance et utilisation de ressources face à la présence de ces symptômes
- Connaissance du diagnostic et degré d'accord vis-à-vis du diagnostic
- Connaissance du traitement et degré d'accord avec le traitement prescrit
- Qualité du suivi de la prescription

8. Compétences spécifiques / projets

- diplômes éventuels/ expériences et savoir faire.
- Compétences sociales préservées

9. Projets actuels

- Projet prioritaire pour le patient
- Demande de soin (précisez si différent de la demande de l'équipe qui adresse)

Annexe V : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement En 2 exemplaires dont 1 conservé par la personne participante	
--	---

Je soussigné(e),

.....
.....

Né(e) le :

Demeurant à :

.....

..... Téléphone :

Patient

Professionnel de santé

Autre (préciser)

.....
.....

Après avoir été informé(e) de toutes les conditions et possibilités de traitement et d'exploitation de mes données, et de mes droits existants en matière de recherche et de traitements de données à caractère personnel, j'accepte que des données à caractère personnel soient collectées dans le cadre du projet et/ou de la recherche :

Intitulé **du** **projet**

.....
mené par l'étudiant(e) de l'IFE Assas : Nom.....Prénom

.....

Avant la signature de ce consentement, l'étudiant(e) ci-dessus désigné(e) m'a informé sur :

- La nature et le traitement des données me concernant qui seront collectées, ainsi que leur format (bande son, audio, recueil de données de santé ...) : nom, prénom, adresse, âge, profession...
- Les personnes à qui les données seront diffusées ainsi que leur forme.
- La réglementation en matière de recherche et de gestion de données à caractère personnel et notamment : Droit de retrait de son consentement, droit d'accès à ses données, droit de rectification, droit à l'effacement, droit à la limitation du traitement, droit d'opposition, droit de déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrais retirer mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans conséquence. L'étudiant(e) ci-dessus désigné(e) s'est engagé(e) : - à ce que les éléments formalisés dans son projet et relatifs à mes données ne portent ni atteinte à ma personne, ni à ma vie privée conformément à

Annexe VI : Première version de la grille d'entretien

Thème 1 : Connaissance de la personne interrogée

Dans quel type de structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?

Quelle est l'orientation de travail de l'équipe dans laquelle vous travaillez, notamment au sujet des interventions à domicile ?

Thème 2 : La notion de manière pathologique d'habiter et ses risques

D'après votre expérience, pouvez-vous définir « manière d'habiter pathologique » ?

Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière d'habiter pathologique ?

Selon vous, et d'après votre expérience, en quoi les interventions au domicile des personnes atteintes de schizophrénie et ayant des manières pathologiques d'habiter sont-elles pertinentes ?

Thème 3 : Les moyens mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter

Ainsi, pouvez-vous expliquer comment une personne atteinte de schizophrénie peut éviter les risques liés à sa manière d'habiter pathologique afin d'être en sécurité chez elle ?

Pouvez-vous alors me parler des moyens que vous mettez en place au domicile en collaboration avec la personne pour cela ?

Comment une personne peut-elle mieux s'approprier son domicile et y être plus autonome afin de se préserver de ces risques sanitaires et sociaux ?

Thème 4 : la posture de l'ergothérapeute au domicile en psychiatrie

Quelle posture adoptez-vous alors pour atteindre ces objectifs ?

Selon-vous, qu'est-ce que l'intimité d'une personne, notamment à son domicile ?

Lors d'une intervention à domicile, comment vous positionnez-vous par rapport à l'intimité de la personne ?

Annexe VII : Version finale de la grille d'entretien

Thème 1 : Connaissance de la personne interrogée

Dans quel type de structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?

Quelle est l'orientation de votre travail lorsque vous intervenez au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

Thème 2 : La notion de manière pathologique d'habiter et ses risques

D'après votre expérience, pouvez-vous définir ce qu'est une « manière pathologique d'habiter » ?

Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière pathologique d'habiter ?

Selon vous, et d'après votre expérience, en quoi les interventions au domicile des personnes atteintes de schizophrénie et ayant des manières pathologiques d'habiter sont-elles pertinentes ?

Thème 3 : la posture de l'ergothérapeute au domicile en psychiatrie

Quelle posture adoptez-vous alors lors de l'intervention au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

Selon-vous, qu'est-ce que l'intimité d'une personne, notamment dans le cadre de son domicile ?

Lors d'une intervention à domicile, comment vous positionnez-vous par rapport à l'intimité de la personne ?

Thème 4 : les moyens mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter

Pouvez-vous expliquer comment une personne atteinte de schizophrénie peut éviter les risques liés à sa manière d'habiter pathologique afin d'être en sécurité chez elle sans pour autant parler d'accompagnement en ergothérapie ?

Pouvez-vous alors me parler des moyens que vous pouvez mettre en place au domicile en collaboration avec la personne pour permettre cela ?

Comment une personne ayant une schizophrénie peut-elle mieux s'approprier son domicile mais aussi y être plus autonome ?

Cela peut-il, selon vous, contribuer à ce que la personne se préserve de ces risques sanitaires et sociaux ?

Annexe VIII : Retranscription des entretiens

Entretien avec Mme A

-Question 1 : Dans quel type de structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?

-Actuellement, je travaille dans une UHSA, en gros c'est de la psychiatrie adulte adaptée pour accueillir des patients détenus en île de France, depuis le mois d'août. Avant ça euh, peut-être je vais vous donner tout parce sinon que vous allez vous demander pourquoi j'ai répondu favorablement alors que là il n'y a pas du tout de soin vers le domicile, avant ça j'ai travaillé globalement, j'ai travaillé à partir de 2004 en psychiatrie de secteur. Là il était plus question de votre sujet du coup ?

-Et du coup c'était dans quelles structure ?

-Euh, j'ai fait de l'intra, du CATTP, de l'hôpital de jour, en suite intra et CATTP à nouveau, ensuite j'ai fait hôpital de jour, puis encore une fois CATTP.

-Question 2 : Quelle est l'orientation de votre travail lorsque vous intervenez au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Une orientation psychodynamique psychanalytique.

-Question 3 : D'après votre expérience, pouvez-vous définir ce qu'est une « manière pathologique d'habiter » ?

-Moi je ne pense pas du tout en avoir une définition précise, je m'en fais une idée, je ne suis pas du tout sûre d'être dans les clous. Je dirai que c'est le rapport à l'environnement, donc l'environnement direct puisque c'est leur logement, et que ça peut prendre, enfin j'imagine comme ça que euh le patient plus ou moins désorganisé va plus ou moins pouvoir investir son lieu d'habitation, comme lui-même en fait. Me viennent en tête tout de suite, les questions d'organisation des affaires, de l'espace.... Les incuries aussi ce genre de choses, mais aussi le désinvestissement. On peut évaluer comment le patient va personnaliser son habitation, ce genre de choses.

-Question 4 : Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière pathologique d'habiter ?

Je peux pas m'empêcher de penser à tout ce qui est du côté de l'hygiène et notamment dans tout ce qui est alimentaire et tout ça. Moi j'ai des patients euh combien de fois je vais des patients qui enfin à chaque fois je vais avoir en tête des patients qui débranché par exemple le câble électrique, enfin coupé tous les câbles en fait électriques du coup qui débranchait leur frigo, en continuant à l'utiliser alors qu'ils étaient en panne du coup. Bien sûr avec tous ces risques-là, donc pour eux-mêmes mais aussi pour les autres, et puis alors je vous parle de du coup des choses alimentaires mais le fait de couper un câble électrique branché est effectivement de

toute façon hyper dangereux. Et puis après, en termes sociaux, oui c'est des personnes qui s'isolent beaucoup petit à petit.

-Question 5 : Selon vous, et d'après votre expérience, en quoi les interventions au domicile des personnes atteintes de schizophrénie et ayant des manières pathologiques d'habiter sont-elles pertinentes ?

Alors pour moi c'est pertinent si c'est à leur demande déjà, je vous dis ça parce que j'y tiens beaucoup à ça ça. Ca m'est arrivé un qui était des psychiatres qui souhaitent que j'intervienne à domicile mais que finalement je le fasse pas parce que c'était pas la demande du patient. Je pense qu'il faut vraiment faire attention à ça, j'imagine que vous avez en tête toutes les précautions qu'il faut prendre quand on intervient aussi proche de du patient dans leur l'environnement, j'imagine que quand il est OK avec ça, enfin quand c'est lui qui le demande bien sûr que la première chose qui me vient en tête c'est justement de rompre cet isolement. On a une mission d'évaluation, bien sûr que si on repère des choses qui mettent qui pourraient mettre en danger le patient on est on a aussi l'obligation de faire quelque chose, d'évaluer les risques quoi. Après après je ne sais pas si c'était vraiment ça la question de départ. En tous cas, oui bien sûr bien sûr, on peut dire que l'intervention de l'ergothérapeute dans ce contexte est pertinente, pour de l'évaluation et une expertise. J'ai pensé tout de suite à un texte.

Dites-moi.

- 2 textes, bah peut être vous les avez déjà lu les textes de Laurent BERGES

-Bien sûr, « toit et moi réflexion sur l'intervention à domicile de la personne psychotique »

-Exact, et puis il a fait aussi un truc qui je pense a été moins publié, qui était un un texte sur un patient, alors je dis plus comment il s'appelait ce cet article, un patient suivi en fait en CATTP. Et en gros il lui disait au bout d'un moment dans son suivi, il lui disait maintenant là la prochaine séance vous avez la passer chez vous à vous occuper de votre appartement.

-Oui, c'est ça « c'est à vous à votre tour maintenant, vous avez les clefs en mains »

-Oui et je sais plus comment il s'appelle, il y a le mot « CATTP » dedans.

-Oui je ne saurai dire le nom mais j'ai tout lu de Mr BERGES

-Ah bah super ! Donc pour revenir à la question excusez-moi j'ai digressé. Euh Oui c'est pertinent c'est ça oui sa réponse en bref.

-Question 6 : Quelle posture adoptez-vous alors lors de l'intervention au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Ah ça c'est compliqué, j'ai en tête les précautions. Le fait de faire attention à tout ce qui est renvoyé au patient au patient si on est quand même le témoin va être le témoin de quelque chose qui lui est très intime donc du coup j'ai en tête toutes ces précautions-là. Je ne pourrais pas vous dire exactement quelle posture j'adopte mais je pense qu'elle est influencée par toutes les précautions que je prends, après on

essaie aussi de pas s'excuser d'être là hein, il faut avoir en tête la demande, la pertinence de la demande, le pourquoi on est là et savoir ce qu'on fait, ce qui donne une certaine posture aussi on est pas fait que de de précautions. Mais après est-ce que je peux vous décrire une posture type, je suis pas persuadée. J'ai des réflexes auxquels j'avais jamais pensé jusque-là mais, par exemple m'installer plutôt dans les parties de vie où euh... Enfin je vais pas aller spontanément dans la chambre ou dans la salle de bain en gros. Voilà j'aurai tendance à m'installer dans les parties de vie qui sont faites pour accueillir du monde. Même si ça fait très longtemps que le patient n'a accueilli personne, mais enfin y'a quelque chose d'un peu plus commun ou d'un peu plus socialement partageable. Je vais attendre évidemment que la personne m'invite à m'asseoir, ça il y a plein de petits détails en fait. C'est sûr qu'il y a une grosse différence entre intervenir au domicile et puis faire venir un patient à un atelier où là on est plus chez nous entre guillemets quoi, donc c'est sûr qu'il y a des choses qui changent. Ca me vient comme ça, je pense que j'attends que la personne m'invite à entrer dans une pièce, à m'asseoir, si elle le fait pas je reste debout hein c'est pas grave.

-Question 7 : Selon-vous, qu'est-ce que l'intimité d'une personne, notamment dans le cadre de son domicile ?

-Ah c'est compliqué il y a des choses un peu évidentes qui me viennent. Je vous l'ai dit du côté de la chambre du côté des salles de bain, on ne rentre pas de la même façon dans les parties partageable socialement. Mais qu'est-ce que c'est l'intime, moi je pense que c'est l'intime c'est tout l'appartement au final. A partir du moment où on rentre au domicile d'un patient, on est dans son intime. Qu'est ce que c'est que l'intime, après à l'intime vous allez pouvoir en parler avec Laurent de ça je pense, qu'est-ce qu'on partage qu'est-ce qu'on partage pas... Après je pense aussi encore une fois que c'est au patient de nous donner des indications sur ce qu'on peut faire ou pas.

-Question 8 : Lors d'une intervention à domicile, comment vous positionnez-vous par rapport à l'intimité de la personne ?

-Alors je pense que alors là comme ça je dirais que je suis très habituée, à quand je rencontre un patient, et même en en cours d'un suivi, à observer énormément. C'est à dire que je vais essayer de de observer un maximum tout ce qui peut se passer et là je pense que j'aurai une certaine réserve. Je pense que j'irai pas aller balader mes yeux partout. Il y a des choses qui me viennent comme ça par exemple, s'il y a des photos accrochées au mur, je vais pas les regarder si la personne ne m'y invite pas. Je verrai ça comme de l'indélicatesse même si ça peut être plein de bonnes intentions et en même temps ça peut être hyper intrusif. C'est comment ne pas être intrusif quand on quand on intervient à domicile. Voilà j'attendrai c'est ça donc ouais vous vous parliez avec la personne m'invite. J'y pense parce que j'ai travaillé avec une dame qui était schizophrène ayant aussi une polyarthrite rhumatoïde. J'ai bien cette question en tête avec elle parce que voilà elle était schizophrène avec pas mal de persécutions, c'était quand même pas facile d'intervenir chez elle et comme elle avait cette polyarthrite rhumatoïde elle pouvait pas venir au CATTTP une fois par semaine, donc c'était dans ce contexte-là que j'intervenais chez elle et en fait c'était vraiment un sacré personnage qui je crois qu'elle avait été soignante, elle avait eu des postes à

responsabilités enfin avant d'aller mal, trop mal, et du coup elle a une certaine autorité comme ça qui faisait que j'attendais vraiment qu'elle dise que je pouvais m'asseoir pour m'asseoir et puis au bout de quelques séances elle m'a sorti les albums de famille. C'était un appartement avec des cadres partout, des photos partout mais j'avais en tête de pas aller voir, de pas regarder tant qu'elle ne m'avait pas invité à le faire en fait. Et cette précaution, de faire attention c'est comme un prérequis pour que la personne s'ouvre mieux par la suite, tandis que si on est directement un peu permissif la personne aura tendance à se braquer et là pour le coup on va pas pouvoir tirer grand-chose de de la relation qu'on va avoir avec elle. En vrai est ce que vous vous avez le RACAMIER un peu ou pas ?

Excusez-moi est-ce que vous pourriez répéter la question ?

Oui pardon c'est presque du coq à l'âne pardon. Parce que ça me fait penser au cadre interne. Le cadre qu'on a nous, en fait on le transporte dans au domicile du patient et du coup il y a des choses qui sont vraiment fortement attachées au cadre thérapeutique et qu'on et qu'on va emmener comme ça avec nous, et, de la même façon que moi comme je suis avec un patient en atelier je ne vais pas le bombarder de questions personnelles, j'attends que ce soit lui qui se raconte. Je fais pareil, mais du coup en prenant en plus en compte le fait d'être déjà dans l'intimité de la personne, si vous voyez ce que je veux dire. Et du coup ça me fait penser à un bouquin qui s'appelle « La psychanalyse du vent » de RACAMIER, qui explique qu'on peut avoir un cadre interne, un cadre thérapeutique suffisamment fort, qui nous permet quand on est soignant de continuer à être thérapeutique quand on n'est pas dans notre atelier, ce qui nous permet de faire des sorties, des sorties culturelles ou des visites à domicile. Faut avoir peut-être suffisamment intériorisé ce que c'est que le cadre thérapeutique pour pouvoir le transporter au mieux au domicile. Et forcément que le positionnement dépend de ça en fait, il dépend de notre cadre interne en fait.

-Question 9 : Pouvez-vous expliquer comment une personne atteinte de schizophrénie peut éviter les risques liés à sa manière d'habiter pathologique afin d'être en sécurité chez elle sans pour autant parler d'accompagnement en ergothérapie ?

-Complicé, attendez je suis obligée de penser à des patients pour réfléchir sinon ça marche pas... Je ne peux pas m'empêcher de penser aux aides de domicile, voilà déjà verbaliser cette difficulté auprès des personnes qui s'occupent d'elle, dans les lieux de consultation notamment, demander de l'aide en fait. Mais demander de l'aide est ce que c'est pas déjà trop en demander à quelqu'un qui néglige son environnement et qui est désorganisé ? C'est aussi bah c'est du c'est comment travailler la confiance et cette personne petit à petit elle donne des indices pour dire que ça ne va pas ou que elle en difficulté. Faire en sorte que la personne qui sans parler quoi parce que malheureusement souvent il s'agit de ne pas être trop interventionniste aussi hein. Parce que j'ai en tête comme ça un truc qui m'avait marqué alors l'exemple est un peu traumatisant, mais il y avait eu comme ça un patient qui avait été hospitalisé pendant son hospitalisation. Ils en avaient entre guillemets profité (c'était un patient Diogène) pour faire du vide dans l'appartement, et l'a personne n'a pas supporté en fait, c'est à dire que parfois il y a des choses comme ça très interventionnistes, alors que le patient n'a rien formulé aucune demande. Parce que de toute façon il est Diogène, ça a du

sens pour lui d'être Diogène, quelque part il aurait raison d'être Diogène. Du coup, si on est trop dans quelque chose de normatif ça peut être très violent. Donc c'est ne pas l'amener à nous parler de cette difficulté.

-Question 10 : Pouvez-vous alors me parler des moyens que vous pouvez mettre en place au domicile en collaboration avec la personne pour permettre cela ?

-Alors c'est bien sûr des visites à domiciles, pour moi c'est impossible de faire des choses de rapidement, encore une fois sauf si on identifie un risque majeur OK. Mais sinon c'est prendre le temps de demander à la personne quelles sont ses difficultés et où est ce qu'elle aurait besoin d'aide, dans quel secteur elle aurait besoin d'aide. En tant qu'ergothérapeutes, en général on va prendre des moyens qui ne sont pas frontaux. Pour un accompagnement sur un problème au niveau de la cuisine bah on va proposer des mises en situation, faire un gâteau quelque chose comme ça. Et puis de pouvoir aborder à travers médiation si c'est possible. Avec cette dame j'avais fait un gâteau mais j'avais fait d'autres trucs... Peut-être pas tout de suite attaquer le truc de front quoi. Je me souviens que je j'ai apporté du matériel pour faire une peinture je crois, et puis petit à petit on a commencé à peindre l'environnement, mais je suis pas arriver tout de suite sur du concret. Le point de départ c'était quand même la médiation, il fallait quand même instaurer une relation thérapeutique un peu différente puisque c'était chez elle, c'était une personne que j'avais rencontrée à l'hôpital et qui venait dans l'atelier d'ergo, donc j'avais instauré un truc un peu en lien comme ça autour de la médiation et puis après on a pu investir des lieux : la cuisine ce genre de chose. Et concrètement comment mettre en place, ça dépend du premier problème, d'adapter au plus à la personne.

-Question 11 : Comment une personne ayant une schizophrénie peut-elle mieux s'approprier son domicile mais aussi y être plus autonome ?

Je pense qu'en psychiatrie l'autonomie on va la chercher à travers la restauration de la place de sujet. En fait pour moi il faut que la personne se sente sujet chez elle, qu'elle investisse les lieux c'est comme ça que je travaille l'autonomie du coup. Et cet investissement évidemment n'est pas toujours simple pour les personnes psychotiques. En tout cas il faut que les choses aient du sens en fait faut que ça prenne sens pour le patient parce que si on va lui donner des recettes on va lui dire voilà il faut faire le ménage une fois par semaine et puis tel truc et je sais pas quoi, faire d'abord la poussière et après machin... En tout cas moi les recettes je vois bien que ça sert à rien, pas d'enjeu pas grand chose en tout cas et du coup l'idée c'est que le patient ait envie, envie de faire attention, d'investir les lieux. Moi j'aurais tendance à penser que la visite à domicile hebdomadaire ça peut aussi être le fait de simplement recevoir, ça peut être un levier pour faire attention pour se dire il faut que ce soit agréable ou que ce soit à peu près rangé enfin voilà. Je pense que ça a des effets, ça a des effets dans un sens ou dans l'autre d'ailleurs, s'il a pas trop envie que vous soyez là il va pas vous faire place nette avant que vous veniez, par contre voilà il y a quelque chose aussi forcément qui va se parler à travers sa manière d'accueillir et donc à travers sa façon de rendre le lieu accueillant. Bon je suis pas sûr d'avoir été très complète sur cette question...

-Question 12 : Cela peut-il, selon vous, contribuer à ce que la personne se préserve de ces risques sanitaires et sociaux ?

Ah oui moi je pense quand même que de toute façon à partir du moment où on va de temps en temps voir comment ça se passe et discuter entre guillemets on va forcément protéger et aider, s'assurer que la personne se protège. Maintenant il y a des symptômes quand même très résistants et je pensais encore à ce patient qui coupe les câbles des appareils électriques et sa famille achète quand même des appareils électriques, mais il n'ose pas rentrer dans un conflit à leur dire j'en veux pas donc il prend mais il continue de couper tous les câbles. Typiquement c'est le genre de fonctionnement qui va résister beaucoup à tout un travail, il y a quelque chose de très délirant de très enkysté... Et ça parfois, on va pas pouvoir y remédier. Mais après est-ce que ce patient est autonome, je sais pas et est-ce qu'il s'est pas approprié les lieux, je sais pas ; je pourrais pas dire, il s'est approprié les lieux de manière un peu folle on pourrait dire, je sais que par exemple qu'il avait fait dans son appartement, c'était un studio je crois et du coup il a fait des cloisons pour délimiter les espaces avec des paquets de mouchoirs. C'est un c'est un peu fou mais en même temps c'est sa façon d'habiter cet espace et ça a du sens pour lui et voilà... Donc est-ce qu'il n'est pas autonome euh... je ne sais pas. Si on part du principe que l'autonomie c'est décider, c'est comme ça quoi. Après il pour moi c'est différent l'autonomie et de la prise de risque, la conduite à risque. J'y crois pas à l'autonomisation totale de la personne je pense que ce qui peut aider c'est le lien que la personne peut avoir avec vous. Il peut vous repérer comme la personne qui va pouvoir répondre à des questions pratiques du quotidien, vous allez pouvoir être une personne ressource, il va vous dire qu'il a une ampoule qui a claqué et qu'il a besoin que vous. Il vous a repéré comme quelqu'un avec qui la question de la vie quotidienne, du lieu de vie est abordée et ouverte, et du coup ça va être moins de prise de risque parce qu'il va se sentir moins isolé. Il aura moins de mal à demander de l'aide. Je vois plus ça comme ça, dans le repère du lien plus que dans le repaire de d'une conduite automatique. Et après, avoir établi un lien comme ça avec un patient qui vous a repéré, vous pouvez aussi l'orienter sur des choses à l'extérieur. L'aide-ménagère, la personne aidante dans ma rue, de l'entre-aide entre patients enfin tout est imaginable en fait. Mais encore une fois, l'accompagnement c'est dans le lien quoi. Après tout ce qui est du côté de ce qu'on appelle le transfert des acquis, moi j'y crois pas trop c'est pour ça que j'ai un discours un peu comme ça.

Entretien avec Mr B

-Question 1 : Dans quel type de structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?

- En intra hospitalier ici depuis à peu près une trentaine d'années, donc à l'hôpital public. Auparavant j'ai travaillé aussi dizaine d'années toujours dans l'hospitalisation publique mais en hôpital de jour.

-Question 2 : Quelle est l'orientation de votre travail lorsque vous intervenez au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-C'est très difficile de répondre à cette question, je dirais que, si j'ai en termes cliniques un fond de jeu qui est plutôt psychodynamique, il serait plus volontiers de l'instant où on va aller chez quelqu'un. Alors dans une considération qui serait plus globalement générale, dite humaniste et ces dernières années j'ai aussi beaucoup teinté de phénoménologie mon approche. C'est une considération d'un autre dans un environnement domestique privé auprès duquel la considération de petites, la phénoménologie est justement l'intérêt prêté aux premières choses, dans l'ici et le maintenant. C'est alors que la rencontre peut se révéler d'autant plus pertinente en tout cas moi je le considère comme le chemin le plus intéressant aujourd'hui.

-Question 3 : D'après votre expérience, pouvez-vous définir ce qu'est une « manière pathologique d'habiter » ?

-Ca nous emmène très très loin ça. C'est très difficile de répondre sur la vision de la pathologie de l'habiter parce que ça supposerait un postulat initial qu'est la corrélation entre un trouble psychique et la façon dont avec ce trouble psychique la personne se meut dans son environnement domestique. Et en cela c'est très compliqué, parce qu'on peut très facilement et très rapidement identifier en effet les typologie sur la conduite d'un être dans son environnement. Là, typiquement, un syndrome de Diogène on va observer des syllogomanie, on va observer des situations chaotiques d'appartement totalement détruits ou non investis ; comme on va le voir par exemple avec des personnes qui sont schizophrènes avec des formes productives. On va avoir des situations de dénuement total qui peuvent être aussi l'expression soit d'un vécu de dépression grave et durable ce qui est je pense relativement rare. Mais qui peuvent être aussi l'expression de psychose mais cette fois sous sa négativité. Plusieurs souvenirs, ici, de personnes dont le lieu de vie était une forme de désert. Désinvestit ou non investit, alors après la question est de savoir, est ce que la personne va pouvoir rationaliser ou pas sa manière d'être chez elle, est ce qu'elle va en donner une explication logique ou paralogique (onc délirante) et ça c'est très très difficile à obtenir. C'est à dire que c'est un questionnement tout à fait délicat parce qu'on est dans le lieu de l'intimité, que d'inviter l'autre à s'expliquer, et s'expliquer quelque part ce serait peut-être se justifier sur la façon dont il où elle vit dans cet environnement privé. Donc le questionnement en soi est très compliqué, ce que je veux dire par là c'est que fondamentalement, parler pathologie de l'habiter, c'est considérer qu'il est une manière d'être chez soi qui relèverait de la pathologie ; et la nuance est très importante qu'il faut avoir est, est-ce qu'on peut faire définition de ce que veut dire bien vivre chez soi. Parce que si vous faites une catégorisation de la pathologie de l'habiter, vous allez

en creux dessiner une manière de bien vivre chez soi et c'est la complexité qu'on va rencontrer aujourd'hui sur des pensées sémiologiques, de registre catégoriel, comme peut l'être de DSM-5, c'est-à-dire que dire ce qui ne va pas en termes psychopathologique, c'est dessiner en creux un idéal de conformité. Si je dis ce qui va pas c'est que je dessine quelque part ce qui peut être bien donc moi dans l'expérience qui est la mienne, alors je n'interroge absolument pas le travail passionnant et fécond de Elian DJAOUI parce que c'est très intéressant, c'est très important et c'est souvent comme qu'on commence à travailler sur ces questions-là, mais je pense que c'est très délicat d'évoquer la notion de la pathologie de l'habiter. Si on coupe je dirais la pathologie d'habiter et si on essaie de l'envisager en valeur absolue, c'est-à-dire dissocié, clivé de ce que va être la dimension sociale et interactive du fait de l'habiter, on habite rarement tout seul quelque part, c'est-à-dire que le pavillon isolé du reste même, on va être soit dans un immeuble donc ça veut dire qu'on va avoir des voisins de palier, on va avoir des voisins au-dessus ou en dessous, il y a un gardien il y a une famille absente où présente mais néanmoins, il y a une constellation de relation, de rencontre, de partage d'un espace physique, de partage d'activité ou de lieu, d'espace commun, et qui sont souvent eux, par contre, les révélateurs d'une pathologie de l'habiter. C'est-à-dire que la pathologie de l'habiter c'est pas tant ce que fait la personne chez elle, et vous savez en ayant lu DJAOUI, que, il rappelle avec d'autres que, chez soi on fait ce qu'on veut au regard du code civil, chacun a le droit au respect de sa vie privée. Par contre ce que vous faites chez vous peut à un moment donné, faire nuisance sur l'habiter commun. Le truc classique c'est le collectionnisme des poubelles, on va avoir petit à petit avoir un peu plus de bestioles et les bestioles vont venir circuler et rentrer dans la tuyauterie du voisin du dessus, des voisins du dessous, plus les odeurs et cetera... Et c'est très souvent la plainte gardien, du voisinage qui va faire appel écho, éveil, sur une problématique de l'habiter, et qui fait nuisances sur l'environnement, et c'est pas la personne ayant telle façon de vivre voyez-vous, donc voilà ce pour quoi l'expression elle-même est passionnante mais elle est peut-être à décortiquer et à réfléchir. J'aurais tendance à rajouter pour paraphraser RICOEUR très modestement, j'aurais tendance à rajouter « pathologie de l'habiter avec et parmi les autres » c'est-à-dire que la pathologie de l'habiter, elle ne serait pas concevable sans l'articulation avec dimension sociale, interactionnelle, interpersonnelle et intersubjective.

-Question 4 : Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière pathologique d'habiter ?

-Le risque sanitaire est évident, le risque sanitaire encore une fois c'est la situation d'incurie qui entraîne bah justement le problème de bestioles, de l'insalubrité... Ces problèmes d'insalubrité entraînent très vite un corollaire de problématiques relationnelles sociales parce que, à terme le risque bien évidemment, c'est que la personne perde son appartement. J'en étais parti au témoin y'a quelques mois, quelqu'un, qui, en dépit du passage de services de salubrité, a fini par perdre le lieu où elle était résidente. Alors on l'observe beaucoup ici, vous êtes dans une zone dite difficile donc il y a beaucoup de personnes ayant les difficultés économiques sociales habitant en HLM. Parmi ces personnes rencontrées, il y a une dimension, comment dirais-je, de mansuétude, de tolérance, avec un seuil de tolérance qui est très élevé à savoir que on va être avec tellement de personnes qui sont dans la

difficulté, qu'il y a une possibilité de négociation, de discussion, d'arrangement, reprenez plutôt ce terme d'arrangement. On va essayer de tempérer les choses on va aller visiter la personne, on va essayer de la raisonner sur le fait qu'il n'est pas possible quand même que... on va faire une amende honorable, en pratique, on va aider quelqu'un à descendre les poubelles. Cela pour sauver un peu la mise et renégocier, alors des fois c'est du ménage, des fois c'est faire en sorte que le service de la salubrité municipale passe pour nettoyer l'appartement... Et puis on repart à zéro quoi... bon après lorsque ça ne marche pas, ce qui se fait alors révélateur, c'est que on va avoir ces situations où on va considérer qu'il y a une perte fondamentale d'autonomie. Compte-tenu au sens d'indépendance fonctionnelle, c'est-à-dire que la personne n'est plus en mesure de gérer cette situation d'une quotidienneté domestique et qu'on va la considérer alors comme étant dans une situation d'hétéronomie. Une hétéronomie telle que vivre désormais seule chez elle c'est plus possible. On peut parfois être témoin de lieux, alors encore une fois il y est inclus la dimension comment dirais-je philosophique où légale en disant chacun fait ce qu'il veut chez lui, il n'en demeure pas moins qu'on voit parfois des contextes de vie on se dit comment un être humain peut vivre dans un environnement pareil ? Mais néanmoins voilà je réside bien là mais, il vit les choses comme ça. Donc c'est quelque chose c'est quelque chose d'extrêmement variable d'une situation à l'autre, d'une personne à l'autre, c'est aussi variable selon aussi les environnements humains, quand j'évoquais tout à l'heure le fait qu'on peut pas faire abstraction de la dimension interpersonnelle, avec en particulier le voisinage, vous allez avoir, encore une fois dans le contexte dans lequel j'exerce, ce que je connais, la relation d'un voisinage avec une problématique comme le collectionnisme, ce genre de choses, sylogomanie... C'est : un rejet extraordinairement brutal et violent ou à l'inverse une grande solidarité. J'ai rarement vu des entre deux, c'est-à-dire que parce que les gens sont dans une grande difficulté ça va être la mamie du dessus qui vient apporter un peu de sa gamelle parce que le mec il n'a rien à manger, c'est des choses comme ça, c'est-à-dire des mouvements de générosité de bonne volonté de solidarité qu'on rencontrera sans doute beaucoup moins dans d'autres contextes sociaux. Maintenant le rejet peut être aussi dur de l'autre côté dans la brutalité c'est des gens virés à un coup de pompes très brutalement enfin des choses vraiment dures quoi. Mais donc il va de soi que nous, dans une position de soins et d'accompagnement médico-social, on n'a pas de visibilité là-dessus et on peut pas travailler en calculant par rapport à ça quoi, même si on va toujours essayer d'estimer, s'il y a la famille, s'il y en a pas de famille présente, voire absente, il y a une mansuétude, y'a un environnement humain de voisinage qui est bon sur lequel on peut s'appuyer ou pas.

-Question 5 : Selon vous, et d'après votre expérience, en quoi les interventions au domicile des personnes atteintes de schizophrénie et ayant des manières pathologiques d'habiter sont-elles pertinentes ?

-Ca peut l'être, c'est la considération que ça ne peut pas constituer selon moi une démarche qui relèverait d'un systématisme dans une orientation thérapeutique, il est les situations où ça peut se révéler pertinent d'autres non. Eviter le systématisme, il ne faut pas que systématiquement on fasse l'accompagnement au domicile d'une personne psychotique lorsqu'elle sur l'hôpital. Il faut se garder d'abord et surtout de la dimension de l'interventionnisme et ça, ça vaut sur des considérations qui pour moi

sont un légal on est sur le code civil, déontologiques parce que, de l'instant vous êtes chez quelqu'un et bien vous "avez plus les clés c'est à dire que c'est l'autre qui a les clés, dans tous les sens du terme. Et que là où la personne a dû, au fil de l'institution, se plier aux règles institutionnelles de l'hospitalisation, lorsque vous arrivez chez quelqu'un il y a un retournement asymétrique, c'est vous qui devez vous plier aux règles de l'autre. Il n'en demeure pas moins que ce faisant, la relation thérapeutique doit se perpétuer dans un contexte qui n'est plus le contexte habituel de la relation. Donc il y a un questionnement éthique qui est fondamental sur le fait que, n'étant pas chez vous rien ne vous autorise à vous montrer interventionniste au domicile de l'intéressé. Alors en cela ça veut dire que, paradoxalement, il me semble qu'un ergothérapeute à domicile va en faire le moins possible ça veut dire qu'en termes pratiques, l'activité pratique d'un ergothérapeute à domicile, selon moi en tous cas, elle est quasiment nulle donc ça veut dire que l'activité d'un ergothérapeute au domicile du psychotique est une activité qui relève quasiment exclusivement sur la relation. Donc je dirais que c'est une activité fondamentalement relationnelle c'est pour autant ne pas abandonner ce que nous pensons comme ergothérapeute de ce qu'est l'autonomie. On la reprend dans l'idée qu'on s'en fait de l'autonomie ou un être autonome, une figure autonome, c'est quelqu'un qui est en mesure de gérer ce lien de dépendance dans son environnement propre. On est donc au cœur des choses, il y a l'environnement physique immédiat de son domicile et puis il y a l'environnement les interdépendances en termes de relations. Le considérer, cet être là, comme une figure autonome, de l'instant où on lui reconnaît cette capacité à rentrer autour de chez lui/chez elle et bien quand vous allez la visiter cette personne à domicile vous venez faire un acte de validation de cette capacité. Venir là visiter chez elle c'est de venir lui dire « je te reconnais », je le tutoie ici est intentionnel, « je te reconnais dans cette qualité et cette capacité à être autonome » de venir une certaine façon adouber quelqu'un, « je te reconnais ». Donc là on est dans les notions de reconnaissance intersubjective.

-

-Question 6 : Quelle posture adoptez-vous alors lors de l'intervention au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-J'emploierai le terme de « position » je vais vous dire pourquoi. La posture est statuaire, les mots ont du sens hein, c'est intéressant de faire relation entre un mot, sa définition, son étymologie et sa signification. La posture est statuaire, la position on peut en changer. Et justement, de l'instant où vous allez être dans des mouvements (c'est le cas de le dire) vers l'environnement privé, il faut avoir cette capacité de positionnement et de repositionnement. Vous devez pouvoir être dans une « souplesse adaptative » le terme « d'adaptation » en l'occurrence ce n'est peut-être pas le plus heureux mais je dirais plutôt de « souplesse créative » pour savoir circuler dans des environnements, encore une fois, très différents les uns des autres, et dans des situations de relation qui sont bien évidemment différentes les unes des autres, et pouvoir ajuster/arranger votre manière d'être, selon le contexte dans lequel vous faites la rencontre. Si je suis dans une posture ça veut dire que j'arrive à animé d'une présupposition de ce que je m'attends à voir, et que j'arriverai moi armé de principes, par exemple bah chez soi on quand on vit chez soi, on descend la poubelle, on tire les

rideaux et on aère le matin. Vous voyez, j'y arriverai par exemple, animé de principes pratiques, qui sont valides en soi hein, mais que je tendrais, parce que je suis dans une posture comme ça, avec ma formation où j'ai été formé à l'hygiène, la prophylaxie, la prévention... Vous voyez, je serai dans un volontarisme et dans des principes qui sont préconstitués et que j'entendrais vouloir faire appliquer chez l'autre. Sauf que je suis chez l'autre, donc là, la position elle est d'abord euh... je vais m'asseoir là on me proposera de m'asseoir, vous voyez, c'est des choses comme ça. Il y a quelqu'un que je cite ici, qui s'appelle Jean-Pierre DURIF, qui est un psychologue clinicien, aujourd'hui retraité, je crois, qui a beaucoup travaillé sur la psychose, et qui était je crois sur la région lyonnaise. Et quelque part, il dit : la relation à l'intimité, et la relation dans l'espace privé de fait, ne doit pas être une relation d'intimidation c'est très joliment dit la relation à l'intimité ne doit pas être une relation d'intimidation. C'est joliment dit, la relation à l'intimité de doit pas être une relation d'intimidation, et à l'expérience, lorsqu'on pense en effet le fait d'aller à domicile, on réfléchit sa position, c'est-à-dire qu'on est dans une position de réflexivité. Je m'interroge sur la façon dont je pourrais me conduire, j'insiste sur le conditionnel, je pourrais me conduire chez l'autre. Et bien à partir de là, quand vous êtes dans cette position là, vous allez vous rendre compte à l'expérience que lorsque vous allez chez l'autre, donc vous êtes dans cette rencontre de l'intimité, vous serez intimidé, vous n'êtes justement pas dans l'intimidation, vous êtes intimidé. Parce que vous vous interrogez, « houla je sais pas trop je sens que je dois faire attention à ce que je dis, je sens que je dois faire plus encore que d'habitude attention à ce que je fais » on éprouve une certaine intimidation au fait de rentrer comme ça dans le chez soi, il est là, il me permet de voir son lieu privé etc... Et si vous n'êtes pas intimidé, c'est que vous êtes dans l'intimidation. En tout cas c'est que vous êtes intrusif, on est pas sécurisé par le lieu de soins, son cadre et ses rituels. C'est pour ça qu'il faut penser ça, faut penser la position, faut penser sa mobilité créative, les ajustements. Ces réajustements ces arrangements avec un réel, et le réel dont vous faites la rencontre ne correspond, et c'est presque toujours le cas, pas du tout à l'idée que vous vous faites du réel au sens pratique domestique. Il est néanmoins celui dans lequel l'autre évolue, et au nom de quoi, moi du haut de mes connaissances et de toute tous mes savoirs préventifs tout ce que vous voulez... je viendrai tirer les rideaux, ouvrir une fenêtre etc... ? Donc on a une visée relationnelle de la perpétuation d'un lien constitué avec l'intéressé, de la reconnaissance que nous traitons d'une capacité à être avec et parmi les autres dans la cité et là on est, je crois, clairement dans notion de la participation sociale et d'une ergothérapie sociale contemporaine. Et possiblement, lorsque la personne en fait la demande et que c'est quelque chose qui aurait été discuté/négocié, oui une aide pratique qui peut se faire parfois exceptionnellement sur « voilà j'y arrive pas en ce moment, j'ai pas rangé ma cuisine » « bon voulez-vous qu'on le fasse ensemble ? » et ça peut s'envisager, mais ça reste quelque chose qui est très secondaire. Et qui revient vraiment d'abord très rarement, et qui vient comme un appoint pratique, entendez bien, un appoint pratique, qui va parfois soulager une forme d'angoisse, une peur de ne pas y parvenir et qui permet de « aller la vie continue on va on va essayer d'arranger ça ». Le problème il est pas là parce que il n'y a pas d'habité sans habitat, vous avez bien saisi ça avec DJAOUI, il y a pas d'habité sans habitat et c'est pas une relation réciproque, l'habitat ne fait pas l'habiter, jamais jamais jamais, vous pouvez être schizophrène jusqu'au trognon et vivre dans un hôtel particulier à Neuilly-sur-Seine, l'habiter il est magnifique hein mais

il ne fait pas résolution d'une schizophrénie. Maintenant inversement ? si vous vivez dans un taudis on peut pas dire que ça arrange les choses mais c'est fondamentalement pas cette dimension pratique qui détermine le fait de la maladie et de l'habiter. Il faut comprendre et c'est pour ça qu'il faut être très, je dirais, pondéré sur l'intérêt pratique de la VAD, parce qu'encore une fois le premier habité, c'est là que ça se passe, le premier habité il est intrapsychique et il est corporel, je suis au monde, je peux être parce que je me connais comme être à part entière. Et on sait bien que là énonçant ça, vous faites appel de ce qu'est justement la problématique de ce qu'est la schizophrénie, vous pouvez mettre après être les emplâtres que vous voulez, les belles vitres des beaux rideaux et tout enjoliver...si à l'intérieur c'est le chaos ça change rien. C'est pour ça que la résolution pratique elle a des limites quand même assez marquées. Ça ne mange pas de pain, mais ça ne fera pas par résolution de quelque chose. Ça fait par contre aménagement du possible, c'est un aménagement du possible si vous travaillez sur cet angle de préservation, voire optimisation modeste d'une qualité de vie pratique à domicile, vous favorisez les conditions visées moins difficile. Parfois ça se joue sur très peu de choses, ça m'est arrivé de voir des situations débloqués parce que bah par exemple en accompagnant quelqu'un pour retourner chez elle après une très longue hospitalisation, l'appartement était un vrai capharnaüm, mais bon, on avait vu pire, et apparemment elle aussi, mais ce qui faisait blocage c'était la crainte qu'elle soit mal accueillie par ses voisins. Et que la clé de la boîte aux lettres était perdue, et elle avait plein de courriers comme ça on verra qui sortait de la boîte. On a discuté avec les voisins d'une part qu'elle allait rentrer et avec elle présente sa présence bien sûr, et avec le gardien on a pu se débrouiller pour faire ouvrir la boîte, changer la clé de la serrure, récupérer son courrier, faire le tri. Et ça constitué un relâchement, un apaisement, et elle était dans ce travail de la relation, elle était reconnue, « maintenant tu peux rentrer chez toi », et elle c'était : « maintenant je me sens reconnu comme pouvant rentrer chez moi ».

-Question 7 : Selon-vous, qu'est-ce que l'intimité d'une personne, notamment dans le cadre de son domicile ?

-L'intimité encore une fois c'est d'abord un droit inaliénable qui repose sur l'article 9 du code civil : chacun a droit au respect de sa vie privée. C'est d'abord un droit, ensuite c'est la reconnaissance interpersonnelle de la qualité d'un être humain à vivre chez lui/chez elle de façon autonome, et ce faisant une fois sa porte close, à y vivre comme il l'entend (c'est-à-dire à être longtemps l'exercice de sa liberté). On le sait par expérience et par définition que cette liberté ça veut dire que la liberté d'un être est limitée par la liberté de l'autre à laquelle il viendrait porter une nuisance. C'est-à-dire que la liberté s'achève à la limite de la liberté d'autrui. Donc c'est là où on rencontre encore une fois des problématiques pratiques des troubles du comportement générés par une souffrance psychotique, vont empiéter sur la liberté d'autrui. Alors on exposait de façon caricaturale tout à l'heure, et parce que c'est une caricature qu'on rencontre quand même assez souvent, le problème du collectionnisme ; ou de l'incurie donc des bestioles qui font de nuisances qui vont troubler le voisinage jusqu'à l'intervention de services médico-sociaux etc... Mais on va avoir aussi très classiquement, sans qu'il y ait de souffrance forcément domestique, l'irruption de l'accès psychotique aigu : la personne qui délirante halluciné et qui va mettre la télé à hurler à 4h du mat parce que elle a des voix dans la tête et que elle va couvrir le bruit en mettant la musique, et donc

elle va créer une nuisance sur la liberté d'autrui et à ce moment-là aussi. On n'est donc pas dans la problématique de la pathologie de l'habiter et mais on est dans l'irruption, l'effraction de la psychose aiguë qui va là, entraîner la réaction du voisinage, qui va entraîner l'intervention des services d'urgence (comme les pompiers ou les flics), qui vont venir intervenir et probablement amener cette personne aux urgences psychiatriques. Vous voyez, on est bien dans l'illustration de la liberté où l'exercice d'une liberté qui n'est plus conçue comme étant la compréhension des limites, déborde sur la liberté des autres. On voit très bien là comme de la psychose : « je veux sortir, on me prive de ma liberté », c'est vrai, on me prive de liberté, mais la première personne qui se prive de liberté en la lutte dans la psychose, c'est la personne elle-même qui n'est plus en mesure de saisir/qui ne s'est jamais véritablement approprié, le fait que sa liberté et la compréhension des limites de la liberté de l'autre. D'ailleurs très bien, la phase de manie dans l'exaltation, la psychopathie, les perversions, une psychose dissociative décompensée... Toutes ces situations-là de pathologies, sont des situations de troubles du comportement potentiels, chez ces personnes qui considèrent leur libre-arbitre comme étant la liberté. C'est que, justement ils n'ont pas intégré que les 2 choses sont radicalement différentes : entre je fais ce que je veux (ce qui n'est d'aucune façon ce qui est de la liberté) et une liberté qui n'existe que parce qu'il est de vraies règles qui la régulent. Alors l'environnement domestique est le lieu emblématique, pour considérer ce débordement de l'intime. C'est pour revenir à votre question « c'est quoi l'intime » bah c'est l'intimité, encore une fois chez moi je fais ce que je veux. Alors à considérer bien sûr quand je dis « je fais ce que je veux chez moi », « je fais ce que je veux chez moi, je fais ce que je veux pour moi », on est d'accord hein, je l'évoque pas ici, mais il y a des problématiques qui sont des problématiques intra familiales qui peuvent prendre des proportions on le sait parfois dramatique, et pas forcément d'ailleurs avec des personnes psychotiques mais on sait que des des situations de violences psychologiques physiques et sexuelles à l'intérieur des familles, qui sont des conduites de l'ordre de l'intimité, qui peuvent relever de la psychopathologie et qui relèvent aussi du droit pénal. Mais dans l'absolu je dirais de l'espace de l'intimité c'est de pouvoir faire ce qu'on veut chez soi, et c'est donc en ayant intégré la distinction qu'il y a entre la sphère de l'intime et la sphère du social, et de comprendre aussi, et c'est encore sans doute plus difficile, et ça dit ce qu'est d'ailleurs je pense ce qu'est l'autonomie, à quel moment/à quel degré il y a possible porosité entre le fait de l'intimité et le fait de la vie sociale. Ça s'appelle par exemple, l'amitié quand on appelle un ami pour venir boire un coup à la maison on est dans cette situation vous voyez. La porosité de l'intimité sociale, la personne est suffisamment proche pour venir dans ce lieu de l'intimité. Alors c'est intéressant parce que il y a même eu des choses, il y a beaucoup de choses dans la l'architecture notamment américaine des années 50 60 70 autour de ça. C'est-à-dire des constructions, et puis aussi avec les phalanstères avant le 19^e siècle etc... Mais comment on construit un espace architectural, qui essaie de faire synthèse comme ça, de, il y a quelque chose de l'ordre de l'intime, on va dire pour prendre l'image la plus marquante la chambre à coucher qui est l'intime de l'intime, avec la salle de bain peut être, et puis après il y a l'espace commun, et puis il y a l'espace social, et puis il y a la cour et puis... Enfin et je crois me souvenir, vous pouvez le vérifier si ça vous intéresse, mais alors je sais plus lequel je sais pas si c'était Steve Jobs le mec de IBM qui avait il y a quelques années, ou Steve Jobs d'Apple, ou Bill Gates, un des 2, Bill Gates ! Je

crois, enfin, une maison là où il réside, en Californie, qui est constituée de cercles concentriques. Je sais plus il y a 5-6 niveaux et le cœur, c'est la chambre, et puis après ça les enfants, et puis après tac voilà... On est dans cette logique. Alors là c'est un peu mégalo on entend bien, mais ça dit comment la construction de l'espace, et donc penser la notion de là on est dans l'habitat, mais une corrélation de l'habiter et l'habitat, et comment la constitution de l'espace dans cette dimension architecturale vient faire signification/symbolisation de ce qui sépare le c'est-à-dire intime de l'extrême social, et avec tous les degrés il va y avoir entre les deux. Ca c'est très intéressant je pense faut le penser aussi comme ça. Il y a aussi je dirais dans la compréhension de cette intimité, donc de des limites de la liberté, un mot que je trouve assez joli qui est très récent euh j'ai lu chez Régis DEBRAY ; l'année dernière, philosophe, qui a fait un essai sur l'écologie politique. Dans cet essai sur l'écologie politique il fait rappel que par essence, en tout cas dans la pensée philosophique, mais ça éclaire aussi la psychopathologie c'est pour ça que je vous parlais de phénoménologie au début, par essence, l'être humain est raisonnable. Lorsqu'il verse dans la folie il peut verser dans la déraison mais s'il est raisonnable, dit-il donc, s'il est raisonnable, il est « maisonnable ». C'est un néologisme assez lourd mais c'est l'idée que de l'instant je suis en conscience de ma qualité d'être, je suis en conscience de ma qualité d'être humain, et que j'ai dans cette vie d'être humain, à assurer ma subsistance, mon sentiment de sécurité le fait de pouvoir m'abriter, voyez on retrouve la base de la pyramide de Maslow, très élémentaire ; de l'instant où je dois, où je suis en conscience, et c'est pas toujours le pas avec des personnes qui sont justement schizophrènes ,de devoir assumer/assurer la préservation de ces besoins fondamentaux, j'interroge pour moi le fait d'un habiter. Cet habiter-là, va se corréler au fait d'un habitat. Donc c'est ce que dit DEVRAY finalement, si l'homme est raisonnable « maisonnable » donc on peut pas penser même si la corrélation, on le voit, entre habitat habité est une corrélation compliquée, l'un ne faisait pas l'autre, encore une fois, l'habitat ne fait pas l'habité et l'habité est nécessairement liée à un habitat ; il y a à penser, pour l'être, dans nos projets quand quelqu'un sort, où va-t-il ? qui s'occupera de lui ? est ce qu'il a un toit ? Y'a-t-il des ressources ? Voyez, c'est la convocation à chaque fois de déterminants qui sont eux socio-économiques, et qui ne soit pas forcément soignants, mais qui viennent forcément habiter votre démarche soignante parce que parce que vous vous êtes interrogé sur le concept d'autonomie et sa réalisation pratique possible. Vous ne pouvez pas ne pas vous interroger sur ce que sera le devenir de la personne accompagnée, néanmoins, et encore une fois, on synthétise un peu, il n'est pas toujours ni pertinent, ni possible, d'intervenir (et même le mot même d'intervention est discutable) au domicile de quelqu'un. Parce que on... Je me souviens d'avoir entendu il n'y a pas très longtemps, cette notion de l'intervention, les pompiers interviennent à domicile pour éteindre un incendie, les flics interviennent pour séparer deux abrutis qui se cognent. Mais il faut être dans une mesure en effet sur ce que l'on engage de soi et pourquoi, dans quelle visée, et avec quel moyens ? Lorsqu'on va toquer à la porte, le mouvement déjà de toquer chez quelqu'un c'est déjà tout un travail. Vous l'avez vu déjà sans doute en SAMSAH, c'est tout un travail, on téléphone avant, sera-t-il là ? veut-il qu'on vienne etc....

-Question 8 : Lors d'une intervention à domicile, comment vous positionnez-vous par rapport à l'intimité de la personne ?

-Il faut considérer si cette intimité, elle se révèle en termes pratiques au constat de l'intimité, c'est-à-dire que la personne vous donne à voir, par exemple la chambre à coucher ; ou est-ce que vous considérez que cette intimité se révèle dans ce que vous dit l'autre. Pour moi ce sont 2 choses différentes, vous allez visiter quelqu'un, et cette personne ne vous cache rien, mais elle ne vous cache rien de la dimension pratique, c'est-à-dire vous pouvez avoir directement accès, parce que vous avez aussi des petits appartements où vous rentrez et on voit tout, où vous vous êtes quasiment presque déjà assis sur le lit. Alors vous avez un objet qui est un lit, et cet objet, vous voyez encore une fois c'est là où je pense que le renfort de la phénoménologie est très important c'est-à-dire la chose constatée telle qu'elle apparaît à ma conscience, cet objet-là, qui est un lit, alors il n'y a pas plus grande symbolisation de ce que peut être l'intime. C'est l'objet lit, et c'est son lit, ça, c'est ce que moi je constate et ce que je vois, mais ça ne me dit rien, bien évidemment, de ce que la personne va m'en dire, si elle m'en dit quelque chose, et ça ne me dit rien de ce qu'elle fait dans ce lit seul ou avec d'autres. Mais je n'ai bien évidemment pas à le savoir, mais vous voyez bien qu'il y a une différence entre la dimension physique de l'intimité et le discours tenu. Autrement dit, vous pouvez être dans une relation à l'intimité, qui se fait d'autant plus intimidant, ça intimidé normalement voulait déjà, quand la personne va par exemple vous tenir un discours qui peut se rebeller très cru, mais c'est pas forcément chez elle, elle peut le faire aussi, vous l'avez parfois en stage, à l'hôpital, en vous racontant tout de A à Z comment ça se passe avec sa femme, et puis ceci cela... Et vous pouvez être là, « mais vous n'avez pas à me dire, je n'ai pas à l'entendre ». C'est-à-dire que le discours d'un autre peut se révéler de l'ordre de la révélation de l'intimité jusqu'à une dimension que vous considérez comme une crudité qui peut avoir son impudeur, et vous êtes interrogé sur votre capacité à entendre dans votre position thérapeutique. Vous êtes à priori dans une position où vous êtes susceptible de tout entendre mais vous n'avez pas forcément envie de l'écouter, et ce qui va alors révéler comment vous allez vous positionner, encore une fois la position, dans votre relation avec la personne. Vous pouvez dire que vous pouvez entendre que la personne veuille vous parler de des difficultés qu'il où elle rencontre avec sa moitié, « on peut parler en effet de la relation avec votre épouse ou de votre mari c'est c'est quelque chose de délicat, je comprends que ça vous angoisse, après ce qu'il en est de votre intimité dans votre chambre à coucher, ça ne regarde que vous et cette personne et je n'ai pas à l'entendre ». Donc c'est pour ça que le voir, c'est-à-dire le voir, voir l'objet de l'intimité, je prends encore une fois l'exemple de la salle de bain, ou la chambre à coucher, n'est pas forcément ce qui pour moi relève du plus intime dans le lieu de l'intimité qui est domicile. Le discours me paraît beaucoup plus difficile à entendre, je vais vous quand même vous donner une illustration qui essaye d'imager un peu ça. J'ai souvenir d'un homme qui vivait dans un capharnaüm extraordinaire, il y avait des câbles partout, il était dans un grand délire mégalomane, où il pensait qu'il était le maître du réseau web mondial. Donc il avait réussi à avec un ancien lustre, il avait enlevé le lustre, il avait maintenu l'attache du lustre et il y avait accroché un téléviseur, même deux je crois, un peu comme dans les salles de bourse. Et il a fait comme ça, il y avait derrière ça une dimension très créative dans sa folie, il y avait des câbles Ethernet qui partaient dans tous les sens et donc il a il avait un modem qui ne fonctionnait pas, mais il dirigeait le réseau mondial comme ça. Plus une quantité de de choses partout il y avait une dimension mystique, il y avait un espace d'hôtel syncrétique qui couvrait un mur avec

des bougies, des photos de les Shiva, des bouddhas des Jésus, tout ce que vous voulez. Bref, c'était une grande folie d'allure paraphrénique. Et puis je vais le voir une fois, je vais le voir deux fois, je vais le voir trois fois... et d'ailleurs c'est sans doute une démarche où on a été beaucoup trop interventionnistes, et on a sans doute été trop chez lui, on a sans doute rompu un équilibre qu'il s'était constitué. La question de l'interventionnisme... Le fait est que, la confiance étant installée au niveau de la relation et donc de l'acceptation la rencontre dans cette logique d'intimité, on essaie de le convaincre de venir à l'hôpital parce que ça devient vraiment compliqué notamment au niveau du voisinage, « il n'est pas question de venir à l'hôpital », alors bien sûr le déni de la maladie etc... mais « parce que j'attends ma promise », irruption d'une fantasmagorie de la relation justement, « j'attends ma promise la chambre est prête »[...] « je veux vous montrer quelque chose ». Et là, dans une forme de solennité, il me demande de me lever, de m'accompagner. Il y avait en effet une porte que j'avais distingué, qui était toujours close, et il ouvre la porte. Une chambre à coucher, nickel, comme dans un hôtel le lit fait, les draps frais et repassés, une belle literie de beaux tissus soyeux, une table de nuit, des petites lampes quelque chose de très cosy. Et il dit « c'est la suite nuptiale, j'attends qu'elle arrive ». Elle, était une fantasmagorie délirante, il attendait depuis des années qu'un jour arrive sa promise, c'était excessivement troublant. Mais cette rencontre de l'intimité, il y avait à la fois une matérialisation, voyez-vous, de l'intime dans cette chambre qui était jusqu'alors tenue secrète, mais ce qui faisait révélateur de cette intime, c'était pas l'objet, c'était le discours qu'il en tenait. Et c'est pour ça que par rapport à cette intimité là, bah quoi faire ? Je pense que je lui avais dit, et c'est souvent je crois la bonne position quoique je ne sais pas ça, c'est ce que, je crois c'est la vérité, je dis la vérité, je lui dis d'abord que je le remerciais de partager avec moi ce secret, c'est d'abord la chose à faire quand quelqu'un vous donne quelque chose vous lui dites quoi ? Vous lui dites merci. Quand un patient vous donne à entendre ou à voir quelque chose qu'il ne vous n'a jamais révélé, vous le remerciez. Et puis je lui dis ma deuxième impression, qui était que j'étais très impressionné. Mais la suite lui appartient.

-Question 9 : Pouvez-vous expliquer comment une personne atteinte de schizophrénie peut éviter les risques liés à sa manière d'habiter pathologique afin d'être en sécurité chez elle sans pour autant parler d'accompagnement en ergothérapie ?

-C'est intéressant que vous posiez la question de cette manière. En effet, c'est la personne qui gère sa vie, on en revient toujours à à à cet article du code civil, en gros, chacun fait ce qu'il veut chez lui... Mais c'est vrai que si travail de l'ergothérapeute il y a, travail de la personne il y a forcément, vous voyez ? C'est-à-dire que, on l'a déjà dit, mais il s'agit de faire avec, on ne va pas forcer la main aux gens, ça c'est inconcevable ça. Donc, euh... oui la personne en soi. Et bien oui disons que la personne et bah, elle peut faire ses tâches ménagères, mais on reste toujours là dans une espèce de cadre normatif hein, pourquoi elle passerait le balai deux fois par semaine plutôt qu'une ? Mais on considère qu'il faut rester dans les limites de cette notion dont vous parlez d'habiter pathologique, que la personne d'elle-même doit faire le nécessaire pour ne pas euh... s'attirer, toutes sortes de de malheurs ! Disons, bah, ne pas attirer, dans le mauvais sens du terme, l'attention des voisins, faire en sorte de ne pas ingurgiter des aliments passés ou que sais-je, de de de... de ne pas attirer les bestioles, enfin les choses comme ça. Et justement, l'accompagnement il va partir de là, parfois de la

volonté de la personne hein, parfois d'un conseil, d'une remarque, « vous pensez pas là... que les poubelles, ça risque de... », et c'est ça justement, qui fait le travail, c'est pour ça que c'est la personne qui est au centre. Mais voilà c'est-à-dire qu'il faut bien garder en tête cette notion de ne pas nuire, la la personne elle investit son appartement comme elle veut, et si elle le fait de manière euh..., comme on disait avant, de manière convenable, et bien qu'a-t-elle à faire ? Qu'elle fasse sa vie ! Bien qu'il y ait des personnes qui gèrent bien leur choses, leurs affaires mais qui sont tout de même en demande, hein, et là bah oui on saisit cette demande, on va pas dire « oh bah non, c'est plutôt bien chez vous, c'est pas la peine » voilà. La personne a sa manière d'habiter et quant on y pense, si elle est malade, bah elle est malade hein, elle va investir de manière « malade » si je puis dire.

-Question 10 : Pouvez-vous alors me parler des moyens que vous pouvez mettre en place au domicile en collaboration avec la personne pour permettre cela ?

-En termes de concrétude aucun. Très clair, aucun, rien ! La seule concrétude qui sied dans cette histoire c'est un discours de bon sens et de conseils, c'est-à-dire « écoutez là, les poubelles c'est plus possible » c'est une suggestion qui relève de la suggestion directe et qui relèvera beaucoup plus, comment dirais-je, d'un bon sens paysan et quotidien que d'une démarche médico-socio-hygiéniste. Je veux dire que comme à tout à un chacun, on descend sa poubelle point, on va pas psychologiser des dimensions pratiques. Maintenant, le moyen pratique qui est important quand même, mais qui ne relève 'as directement de ce qui se passe avec la personne, c'est d'être en lien avec les autres partenaires. Ca c'est très important, il faut travailler avec les travailleurs sociaux, il faut savoir quel est le médecin prescripteur qui suit le patient, il faut être en lien avec un infirmier (pas forcément référant), un Aide-soignant qui a une relation privilégiée en intra hospitalier en extra, il faut connaître l'office HLM y avoir un correspondant, il faut avoir les coordonnées du tuteur ou du curateur (s'il y en a). Il faut les moyens pratiques, ce sont des moyens de réseau, d'entretien de niveau d'information conjoint avec les partenaires qui gravitent/travaillent autour de cette personne. Après il y a des moyens sans doute présents qui sont votre fond de jeu expérientiel vous concernant, votre fond de jeu d'apprentissage précoce, qui est que votre qualité d'observation est la qualité la plus prégnante. Il faut savoir regarder, et vous voyez bien là distinction, quand je dis, et là encore une fois c'est pour moi c'est une dimension phénoménologique puisque le phénomène tel qu'il apparaît à ma conscience est un grand Dieu, ça veut dire voir, entendre etc... tout ça, ça compte c'est très important. Voir c'est pas regarder, le voir est un don et le regard est une construction culturelle. Entendre, de la même façon, c'est pas écouter, vous entendez parce que c'est une donnée initiale de dame nature, écouter c'est une construction. Donc ça veut dire que ça se travaille. Il faut prêter attention à ce qu'il vous est donné de voir donc c'est absolument fondamental, être attentif, sentir aussi parce que l'odeur elle est pas toujours très heureuse mais estimer par cette observation en quoi l'environnement tel qu'il existe au moment où vous le rencontre' fait empêchement de la vie de l'autre. Vous arrivez pas avec votre bilan préconstitué avec des cases à cocher, vous arrivez avec une appréciation globale, par votre observation, appréciation globale, par votre observation de ce en quoi cet environnement tel qu'il est habité par la personne, fait empêchement ou non de son existence. Alors vous avez coléré, corrélé pardon, vous allez corrélé cette observation avec des éléments pratiques, donc

vous pouvez faire en suivant restitution, d'abord la personne « écoutez la cuisine remplie de poubelles, c'est pas possible, vous risquez de vous mettre en danger et d'avoir des plaintes de votre voisinage ». Il faut parfois y aller franchement aussi dans le discours tenu à l'autre, alors c'est sans doute pas quelque chose que vous allez dire d'emblée. Il y a des choses qui doivent être dites voyez ? faut y aller quoi ! C'est important de signifier les choses en l'état, mais ça repose fondamentalement sur votre observation, vous n'avez pas à avoir d'autres outils, d'autres moyens. C'est-à-dire que on n'est pas, encore une fois on revient sur la question de l'interventionnisme, vous n'allez pas arriver avec une feuille euh, vous ne faites pas un état des lieux, ça n'a rien à faire là !

-Question 11 : Comment une personne ayant une schizophrénie peut-elle mieux s'approprier son domicile mais aussi y être plus autonome ?

-Je ne sais pas comment répondre à votre question. Je crois que le travail fondamentalement de la clinique au long cours avec des schizophrènes, c'est-à-dire la perpétuation du lien, la perpétuation du sentiment d'exister, ou sa consolidation, la possibilité d'une activité créative, et possiblement de participation sociale lorsque la personne est active. C'est-à-dire aller sur les structures de jour, c'est-à-dire aller sur le tissu associatif, aller au cinéma, se promener, faire la cuisine... La médiation vaut de l'activité que la personne sera en désir de pratiquer donc après, ceci ou cela, ça n'a aucune espèce de d' d'importance. Mais là l'installation, la consolidation, la restauration, du sentiment d'être et ce sentiment d'exister qui doit être accompagné par une équipe soignante. Qui est consolidé par le fait qu'une médication psychotrope va mettre à distance une productivité, qui met à mal ce sentiment d'être et donc possiblement l'installation de soi dans un chez-soi qui va, et cela fonctionne souvent même encore une fois dans des contextualités qui nous paraissent aberrantes, mais faire que ce sentiment d'être est possible pour nombre de personnes psychotiques dans des environnements qui restent des environnements d'assez grande solitude et de lieu donc d'habitats qui sont résolument et très souvent assimilés à des refuges, à des tanières, à des grottes, à des huttes, à des cabanes, voyez ? à des fonds de tiroirs ! Parce que, pour beaucoup d'entre eux, en tout cas dans mon expérience, même des gens qui sont parfois simples d'esprit, qui ne sont pas forcément intellectuellement dotés en termes de capacité d'élaboration, ils savent concrètement, intuitivement qu'ils ne sont pas dans « la famille ricoré » dont ils ne cessent de vous parler. Quand vous demandez à une personne « qu'est ce que vous pourriez faire dans les mois qui viennent après l'hôpital ? » « Ah Ben je veux-je voudrais me marier avoir des enfants une voiture un frigo... », ils vont sortir « la famille ricoré » Mais intuitivement, ils savent d'expérience, qu'ils n'auront pas ça. Et donc que l'espace domestique ait d'abord cette dimension, « le peu que j'ai m'appartient, et ce peu, ce petit coin, ce petit refuge, cette petite chose où je me sens à l'abri ». Le vécu persécutif, non pas au sens de persécution paranoïaque, mais au sens de sensibilité et d'un sentiment de souffrance majeure à l'endroit du monde et de l'autre, dans la psychose, fait qu'il y a ce rétrécissement dans un espace bizarroïde. Aurélie vous en a peut-être parlé, nous avons connu un homme qui vivait dans une carcasse de bagnole sous une bretelle d'autoroute dans un terrain vague. Et qui pour rien au monde n'aurait abandonné sa carcasse. Donc c'est pour ça vous voyez que la corrélation de l'habité et de l'habitat, elle prend des contours extrêmement particuliers. Il faut-il faut saisir

comment le sentiment d'habiter, en soi, peut se corrélér à un habitat, qui lui peut prendre des formes très particulières. Vous lirez chez Gaston BACHELARD, dans un livre extraordinaire qui s'appelle « La poétique de l'espace », qui est sans doute le plus beau livre qu'on puisse lire, sur une compréhension anthropo philosophique, sur ce qu'est la maison. Il y a des pages entières où il dit qu'on peut se sentir chez soi avec le petit chose qu'on a laissé au fond d'un tiroir, et je pense que ces représentations poético-philosophiques avec la langue très particulière de BACHELARD résonnent parfaitement sur le vécu de la psychose. Et on sent aussi justement, pour revenir sur et l'exercice, de la liberté et la relation à l'intimité, à quel point il faut se révéler très prudent, très respectueux, très humble, et ne pas arriver avec ses bottes et mettre les pieds dans le plat en disant « Moi je sais ce qui est vivre bien », c'est une catastrophe l'interventionnisme n'a rien à faire là-dedans.

-Question 12 : Cela peut-il, selon vous, contribuer à ce que la personne se préserve de ces risques sanitaires et sociaux ?

-Ca y participe très largement, quand la personne a été reconnue, entendez moi bien sûr les termes de reconnaissance, elle a été reconnue comme capable de d'être seule chez elle, elle se reconnaît comme étant effectivement, en pratique, en mesure de vivre chez elle. Et qu'elle, troisième niveau, elle se reconnaît dans ce lieu et les choses qu'elle y investit. Elle constitue ce faisant, et elle forge un espace de confort, de relations poétiques aux pratiques, pour reprendre BACHELARD, avec ces choses de tous les jours. Et dans ces choses de tous les jours comme nous entretenons même des habitudes, vous savez bien, on a la serviette qu'on préfère utiliser le plus, on a la chaise sur laquelle on privilégie de s'asseoir, on a ses grigris un petit bibelot qu'on aime tripoter vous voyez. Et dans cette espèce de jeu, qui est souvent un jeu corporel de manipulation de la chose ou de où d'installation du corps je pense à là où j'aime m'asseoir par exemple. Et bien se constituent un confort et un confort qui vaut d'autant plus que d'un jour à l'autre je peux le répéter, chaque jour y inclut de la ritualité, je viens m'installer dans mon petit fauteuil, je viens me faire mon petit café à 4h30 du matin, n'importe quoi ! Mais la ritualité des habitudes installe le confort, la créativité et l'imprévisibilité fait une entorse à l'habitude créée de l'incertitude, et possiblement de l'angoisse. Mais on sait que c'est en ce mouvement de l'incertitude et d'angoisse qu'est aussi le désir, on a besoin d'habitude, on a besoin de les briser aussi. La personne psychotique, comme toute autre, a sûrement besoin de s'installer sur des habitudes et ces habitudes sont vraisemblablement les plus sécurisantes. Maintenant une fois ces habitudes installées, consolidées, et bien il y a comment dirais-je, un socle, une base sur lesquels s'appuyer et sur lequel aussi l'équipe qui accompagne visualiser puisse travailler. Là-dedans on peut comprendre la personne, l'accompagner car là-dedans on y trouve d'elle, dans ses rituels.

Entretien avec Mme C

-Question 1 : Dans quel type de structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?

-Je travaille depuis 2018 dans un hôpital public, donc je suis dans un hôpital sectorisé, hôpital de jour et intra hospitalier.

-Question 2 : Quelle est l'orientation de votre travail lorsque vous intervenez au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Non je euh, je garde vraiment mon bagage théorique quand je travaille à l'hôpital de jour ou en appartement, pour moi c'est exactement la même chose. J'ai pas de théories différentes, ou de enfin... de oui de de bagages théoriques différents, ou une orientation différente, pour moi c'est c'est la même chose c'est une extension de ce qu'on fait à l'hôpital de jour à l'extérieur mais pas de d'orientation différente.

-Et laquelle est-elle ?

-Moi je suis plutôt euh, psychodynamique psychanalyste ; donc plutôt psychodynamique.

-Question 3 : D'après votre expérience, pouvez-vous définir ce qu'est une « manière pathologique d'habiter » ?

-Euh... alors... là à vue de nez, je suis un peu embêtée par cette idée de... d'habiter de manière pathologique. Puisque du coup, enfin je... je trouve qu'il manque un peu le sujet au centre comme si on oubliait un petit peu le le sujet pour la pathologie. Effectivement pour moi, c'est vraiment la pathologie, la maladie qui pourrait créer des handicaps pour habiter de manière « classique » mais du coup « habiter de manière pathologique »... J'ai, je, j'avoue que c'est la première fois que j'entends parler de ce concept et j'ai un j'ai un petit peu de mal à, à l'imaginer dans son ensemble. Je me dis que tout le monde fait ce qu'il veut et j'aime pas donner tant d'importance à la pathologie mais c'est vrai qu'à partir du moment où la personne se met en danger ou dérange les voisins ça peut être notable. Je suis pas sûre de que je ferai mienne cette notion théorique mais ce que je ferais bien ce courant théorique mais oui en y pensant ça me paraît plus clair.

-Question 4 : Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière pathologique d'habiter ?

-Alors oui en fait du coup moi je j'interviens dans des appartements associatifs donc je fais des visites à domicile dans des appartements associatifs. Ce qui fait que, effectivement, ce domaine relationnel avec les voisins, ce domaine relationnel en colocation, et tout ça, c'est vraiment important. Oui bien sûr, que la pathologie, la maladie mentale peut créer des difficultés dans son environnement pour soi et pour les autres, mais je pense que c'est justement à nous de travailler sur ce relationnel en visite à domicile. Pour interroger ça et faire aussi le tout ce travail de médiation avec l'environnement, voilà. Je sais pas si je réponds à la question, est ce que tu peux me redire la question s'il te plaît ?

-Répétition de la question 4 : Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière pathologique d'habiter ?

-Alors ça oui, il y a il y a aucun doute, la relation avec les voisins peut être vraiment impactée, mais aussi rien que la structure, enfin je pense aux patients qui ont un syndrome de Diogène, qui du coup accumulent tellement... J'ai une patiente récemment qui avait tellement de de de tonnes de déchets chez elle que le plafond s'écroulait, enfin le sol chez elle du coup le plafond s'écroule des voisins du dessous s'écroule. Donc oui bien sûr qu'il y a des risques structurels et relationnels avec le voisinage, euh... un risque environnemental avec les... J'ai une patiente qui jette ses ordures par la fenêtre, et oui bien sûr que... En tout cas il y a des signes de ce « vivre pathologique » en effet sur l'environnement. Et pour les patients, pour eux-mêmes, c'est effectivement, c'est la mise en danger avec des relations qui peuvent être toxiques avec les voisins, avec des mises en danger de comportement inapproprié au domicile ouais. Je pense à des patients qui se mettent en danger parce qu'ils ils bricolent eux-mêmes dans des positions d'écoute, avec dégradation des murs ou des choses comme ça, pour chercher les personnes qui pourraient parler derrière les murs, et puis toute toute, cette implication d'inversion de rythme nyctéméral, ou de mise en danger dans des comportements à risque quoi.

-Question 5 : Selon vous, et d'après votre expérience, en quoi les interventions au domicile des personnes atteintes de schizophrénie et ayant des manières pathologiques d'habiter sont-elles pertinentes ?

-Je pense qu'on a vraiment un rôle important, parce que justement, on est dans ce travail du, du transfert des acquis. En tout cas pour ma part de l'hôpital de jour vers l'extérieur, et on peut accompagner ce transfert au domicile, c'est vraiment intéressant. Un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, là pour le coup on est vraiment très ergothérapeute hein, quand on est en train de, d'évoquer avec eux, bah le ménage par exemple. Je redonnais l'exemple il y a pas longtemps c'est marrant, un patient chez qui, à chaque fois que j'allais au domicile, me disait « oui oui j'ai passé la serpillière, promis j'ai passé la serpillière », et c'était tellement sale que j'y croyais pas je disais « mais c'est... vous n'avez pas passé la serpillière ! », et un jour on l'a fait ensemble, et du coup voilà. Le « le faire ensemble » que peut s'autoriser aussi beaucoup l'ergothérapeute au domicile, est vraiment important, puisque en fait je me suis rendu compte que ce patient schizophrène, qui avait des problèmes de limites corporelles, de limites de de de contenance, en fait bah il pouvait pas passer la serpillière sur l'intégralité du sol, il passait pas du tout dans les angles, contre les murs... il passait au milieu. Donc voilà, tout ce travail qui se complète avec le travail de l'hôpital le jour, peut vraiment se faire au domicile. Moi je trouve que c'est vraiment intéressant, sans oublier qu'il ne s'agit pas de « faire à la place de », c'est vraiment ça, de trouver effectivement des stratégies ensemble, comme on trouve les stratégies en activité, ou en médiation cognitive si on en fait, comme on en fait dans les activités médiatisées etc... On fait ensemble, on évalue, on trouve des solutions, on est vraiment dans un processus créatif, même quand on fait le ménage ensemble quoi, puisque on crée des solutions et on crée des des modes de, d'utilisation du matériel et voilà... et c'est pas du tout éducatif, c'est pas apprendre à passer la serpillière.

-Question 6 : Quelle posture adoptez-vous alors lors de l'intervention au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Alors, le tout c'est de surtout pas être dans une position verticale, mais d'être dans le plus possible dans une position horizontale. On vient chez la personne, même si moi je suis en appartement associatif, et on pourrait dire que la personne n'est pas chez elle puisqu'elle est dans un appartement associatif, c'est quand même chez elle. Donc il y a un questionnement à avoir au niveau de l'éthique, de ce qu'on peut faire et de ce qu'on peut pas faire ; demander l'autorisation de rentrer, demander l'autorisation bah de rentrer dans les pièces, de visiter s'il y a besoin la chambre et c'est seulement avec l'autorisation de la personne... Voilà, c'est aussi être très respectueux, de ne pas être du tout dans le jugement, mais dans l'accompagnement, si c'est sale, ça n'a rien euh... enfin... on a en rien besoin de le dire frontalement, mais plutôt de questionner la personne sur l'état de son intérieur et son ressenti par rapport à ça. Je crois que surtout il faut... Voilà, vraiment, il y a des questions éthiques hyper importantes qui doivent arriver dans le « être chez l'autre », puisque là on est pas avec l'autre on est chez l'autre.

-Question 7 : Selon-vous, qu'est-ce que l'intimité d'une personne, notamment dans le cadre de son domicile ?

-L'intimité de la personne pour moi, au domicile, c'est le droit de pas tout me dire, et le droit de pas tout me montrer. Puisque en psychiatrie, on travaille beaucoup sur les limites, c'est aussi travailler sur le respect de ses limites, de l'intime, après on pourrait parler de l'intimité de l'espace de détente enfin de détente.... Euh... de d'hygiène intime ou des choses comme ça. Mais mais c'est pas c'est c'est pas tant ça... c'est c'est enfin c'est c'est vraiment les patients qui déterminent ce qui est intime ce qui est pas intime, ce qui est et du coup voilà... c'est c'est vraiment respecter ça, il y a des patients qui montent facilement leur chambre, et d'autres qui ont beaucoup plus de mal et ça, c'est important à respecter. Pour moi, je peux pas vraiment déterminer ce qui est intime, pour moi c'est le patient qui le définit.

-Question 8 : Lors d'une intervention à domicile, comment vous positionnez-vous par rapport à l'intimité de la personne ?

-Alors je réfléchis 2 secondes... hum... alors en fait c'est c'est pas forcé... enfin je trouve que... il faut respecter ça, mais alors comment je fais pour pour respecter ça ? je je je... je suis désolé j'ai du mal à me concentrer là. Du coup le respect, enfin c'est jamais... il faut jamais bousculer de toute façon, enfin... moi je pense que c'est comme le symptôme qu'il faut pas affronter de front, ça sert à rien d'affronter, un symptôme, on affronte pas la question de l'intimité. C'est c'est le patient qui décide d'en parler ou pas, et on peut pas... enfin, parce que dans la question de l'intime il peut y avoir aussi la consommation de cannabis ou des choses comme ça, on le sait, il y a des patients qui fument du cannabis ou des choses comme ça, qui considèrent que c'est quand même quelque chose d'intime qui veulent le garder, le but c'est pas d'affronter ça en fait, c'est de garder un climat de confiance où du coup la question de l'intime... il pourra éventuellement s'ouvrir un peu plus mais mais, c'est pas forcer la question de de l'intime et de parler à par exemple du cannabis « oui oui je sais que vous fumez du cannabis », il y aurait aucun sens en fait c'est la relation de confiance qui fera que, on

parlera ou pas, de cet intime. C'est valoriser la relation de confiance, parce que si elle est brisée dès le début, bah, on sait directement que ça va mener à rien. Et c'est c'est c'est vrai que ça peut être long de la mettre en place, mais justement ça apporte par la suite encore plus de potentiel et ça permet à la personne de vraiment s'ouvrir. La relation de confiance elle est d'autant plus longue à installer au domicile c'est quelque chose qui est vraiment voilà, la relation c'est pas tout à fait les mêmes outils qu'on va utiliser pour la relation de confiance qu'on a au domicile. Je je pense qu'on partage un peu plus de soi quand on est au domicile des patients, parce que on va parler aussi, peut être un peu plus, de de notre façon de faire justement, « je vous demande de passer le balai une fois par semaine parce que JE le passe une fois par semaine moi-même », enfin il y a quelque chose aussi de de d'un d'un truc qui qui qui doit être vraiment entretenu dans la relation de confiance au domicile, et elle est longue à mettre en place.

-Question 9 : Pouvez-vous expliquer comment une personne atteinte de schizophrénie peut éviter les risques liés à sa manière d'habiter pathologique afin d'être en sécurité chez elle sans pour autant parler d'accompagnement en ergothérapie ?

-Houla, vaste question ! En fait, de toute façon il se réfugiera dans le symptôme, et notamment la personne schizophrène, le délire et là pour la protéger donc en fait c'est c'est la personne psychotique, il me semble que elle se réfugiera toujours dans son dans son symptôme, dans le délire. C'est à dire que si elle entend des voix, elle va se calfeutrer dans dans l'espace où elle entend le moins les voix. C'est c'est c'est rentrer si ça vient de dehors, il y aura le le côté enfermé à l'intérieur de la maison, tirer les volets, tirer les fenêtres, vivre dans l'obscurité, des choses comme ça... Donc du coup, je, j'ai un peu de mal à répondre à la question, mais il me semble que c'est voilà, c'est un peu ça le... un peu se réfugier de dans, les... les moyens... les plus... Anxiogènes, non, anxiolytiques ! Face à l'angoisse extérieure où intérieure du domicile. C'est ça la sécurité que s'apporte la personne elle-même, et du coup ça fait les comportements à risque malheureusement puisque c'est une réponse inadaptée à un délire inadapté. Mais du coup voilà c'est je pense que c'est vraiment ça qui est qui est au coeur de... On peut, ne peut pas questionner un comportement sans questionner l'angoisse qu'il y a, ou le délire qui a amené à avoir ce comportement-là.

-Question 10 : Pouvez-vous alors me parler des moyens que vous pouvez mettre en place au domicile en collaboration avec la personne pour permettre cela ?

-Alors moi comme les patients vivent en collocation, l'intervention elle est beaucoup aussi autour de la vie en en collocation. La relation, donc il y a pas mal de temps d'échange, un temps de parole enfin un temps d'échange autour de ça. Donc on s'installe dans dans le salon et puis en tous ensemble, avec tous les colocataires, parfois j'ai une collègue avec moi, euh on va parler de comment ça fonctionne la relation... Et puis comment l'appartement va, s'il y a des choses qui dysfonctionnent, la machine à laver ou si le ménage n'est pas fait, chercher des solutions, accompagner les patients pour qu'ils puissent trouver des solutions dans dans le côté extrêmement

pratique de la vie dans l'appartement, et dans la vie en colocation. Donc s'il y a une mauvaise entente, trouver des solutions ensemble en discutant, en parlant, pour améliorer les relations. Actuellement je ne fais pas d'activité au domicile avec les patients, la seule chose que je fais c'est un accompagnement au ménage avec un temps où on va faire ensemble le ménage et en fin de séance, je vais pouvoir donner, suivant le vocabulaire de remédiation cognitive, des tâches à domiciles si je puis dire : « bah la prochaine fois que je viens, ça serait bien que vous ayez lancé une machine ». Donc accompagner un peu sur des repères spatio-temporels et en fait, le faire le ménage ensemble, ordonner l'espace, pour moi c'est aussi un moyen d'accompagner le patient à trouver sa place dans l'appartement, trouver ses repères, se sentir bien dans, voilà, ces espèces de routines, ces rituels, il aura ses propres rituels à lui, que je ne peux pas nécessairement accompagner parce que c'est à lui de les trouver, mais certains rituels de gestes d'entretien de la maison pour pouvoir aussi s'investir, se sentir bien dans la dans l'appartement. En fait investir l'appartement. Donc voilà du coup c'est c'est, les seuls accompagnements que je fais de actuellement : ce temps de parole très pratiques et puis ce côté ménage ensemble. Dans le passé ça m'a, ça a pu m'arriver que, justement, on fasse des en groupe avec les colocataires des activités un peu créatives autour de l'appartement et pour l'appartement en fait. Avec cette question centrale de de l'appartement, de par exemple un petit accroc dans le papier peint, on va trouver ensemble un motif qui vous plaît avec un autre papier peint pour faire non pas une rustine mais quelque chose d'un peu intégré pour l'appartement, pour améliorer le visuel de l'appartement par exemple. Trouver, voilà faire aussi un peu de ménage tous ensemble pour vivre un moment partagé, dans l'appartement. Par contre j'interviens pas du tout en individuel dans des activités médiatisées dans l'appartement, à part ce ménage que je fais avec un patient pour qu'il puisse investir, pour qu'il puisse investir l'appartement. Mais je ne fais pas d'activité que je ferai en hôpital de jour au domicile, ça c'est vraiment quelque chose voilà... Mais on a pu créer une peinture ou un truc comme ça, tous ensemble, à accrocher au mur de l'appartement parce que l'appartement était un peu vide, le but c'est toujours d'être dans ce côté soit très relationnel et pratique dans la la relation et l'amélioration de la relation entre les colocataires, et/ou la question de l'investissement par cette activité médiatisée quel ménage quoi. Comme si le ménage était une activité médiatisée quoi.

-Question 11 : Comment une personne ayant une schizophrénie peut-elle mieux s'approprier son domicile mais aussi y être plus autonome ?

-Ah alors en fait c'est une question complexe... Parce que je pense que pour gagner en autonomie, c'est c'est... l'accompagnement au domicile je pense que c'est une vraie chance, de pouvoir être accompagné au domicile, investir l'appartement, euh et gagner en autonomie. C'est vrai que nous dans notre hôpital de jour, dès qu'un patient à un nouvel appartement c'est pas nécessairement l'ergothérapeute qui le fait, mais il y a quelqu'un qui qui, l'accompagne pour installer les meubles etc... Voilà l'accompagnement humain je pense qu'il est vraiment nécessaire, humain et la plupart du temps soignant, moi je trouve que effectivement l'investissement de l'appartement il est vraiment lié aussi à la maladie, et donc du coup avoir un regard soignant aussi qui qui est bien qui est bien sensible à cette question du symptôme, je pense que c'est important. Après « investir », comment le le patient peut se sentir mieux dans

son appartement... Après là c'est tellement un facteur environnemental, moi je peux pas m'empêcher de penser qu'un patient est bien à son domicile si la société fait en sorte qu'il soit bien dans son domicile, et que parfois, justement l'accompagnement parfois il limite ça, mais mais ça suffit pas, parfois, les les voisins qui regardent de façon bizarre dans dans le couloir... là on a, nous soignants, on a aucun contrôle là-dessus, et que c'est aussi en en travaillant sur la déstigmatisation de nos patients, de travailler sur justement l'insertion sociale et environnementale, qui fera que un jour on arrivera à faire en sorte que nos patients ils se sentent bien dans un domicile parce que le le voisin il le regarde pas de travers chaque fois quoi. Donc je je trouve que à la fois, bien sûr qu'il faut un accompagnement humain régulier, je trouve que nous actuellement on fait pas suffisamment appel à des aides ménagères par exemple, mais je trouve que ça serait une vraie chance de d'avoir plus souvent des aides ménagères au domicile des patients, là je vais vraiment au-delà de la l'intervention ergothérapeutique, et puis vraiment avoir cette intervention sociétale quoi donc voilà. Mais là c'est vraiment au-delà bien sûr, à au-delà de l'intervention de l'ergothérapeute, parce que là en tant qu'ergothérapeute, c'est ça, c'est vraiment cet accompagnement, ce travail préalable aussi en... dans.... enfin parce que si on parle de de nouveau logement, ça veut dire qu'il y a un ancien lieu de vie, et donc ce travail de de de l'insertion dans un logement autonome par exemple, il doit être travaillé très en amont en fait. C'est à dire que, nous là par exemple, on a des les appartements associatif qui sont en colocation et le but c'est que les patients aient des appartements seuls, et du coup on travaille, enfin je travaille beaucoup sur la la question de de l'autonomie et de ce que implique la vie seul, et et donc voilà ça se travaille très en amont de l'emménagement si je puis dire, ça c'est vraiment primordial me semble-t-il, pour que le patient aussi puisse investir, avoir des images, visiter le quartier, moi je trouve que c'est important que l'ergothérapeute à un moment donné elle accompagne le patient pour aller voir où est la poste, où est le tabac, où est le Franprix, et et visiter le quartier, que tout soit vécu dans une globalité, et non pas juste des des lieux posés les uns à côté des autres. Il y a un appartement, il y a un hôpital de jour, il y a rien entre les deux, mais voilà donc... c'est pour ça que visiter le quartier, moi je trouve que ça c'est aussi notre rôle en tant qu'ergo, d'aller visiter le quartier, investir, créer des images, créer de l'investissement, avant même de l'emménagement pour pouvoir vraiment avoir que le patient puisse se projeter psychiquement dans un dans un avenir quoi.

-Question 12 : Cela peut-il, selon vous, contribuer à ce que la personne se préserve de ces risques sanitaires et sociaux ?

-Pas du bien-être en tous cas de toutes façon, je n'ai aucun, il n'y aucun facteur prédictif je je n'ai à ma connaissance il n'y a aucun facteur prédictif d'un bien être des patients, même si on aura tout fait on ne sait pas pourquoi et on ne saura jamais pourquoi il y aura un mal-être ou il y aura une un dysfonctionnement dans la vie de du patient. Parce que changer de lieu de vie, changer de repères, c'est fragilisant, pour des des patients à.. en santé mentale avec un psychisme fragile qui sont, qui peuvent avoir des difficultés à s'adapter etc... Donc sinon, je... enfin on aura beau tout faire comme il faut, tout bien comme il faut, on pourra jamais être sûr que toute cette recette-là, elle va fonctionner, et c'est pour ça que du coup il n'y a pas de protocole, c'est que on accompagne le patient mais c'est lui qui fait, nous on peut pas, là on est vraiment dans dans cette notion de réadaptation pour moi qui est que... bah là on n'est pas

dans le curatif de euh « le patient il a besoin de soins et et donc, il en a, on lui donne du soin, et on lui impose du soin. » Et c'est pour ça que le le côté « habiter de façon de pathologique » ne me va pas tout à fait, dans dans ma vision des choses, le patient c'est lui qui vit, c'est lui qui fait, du coup on aura beau l'avoir accompagné de façon parfaite si lui n'a pas ne ne ne ne, n'investit pas, ne ne ne continue pas les efforts, ne compte pas... enfin... ne ne n'ait pas... ou est en train vivre une période de souffrance, bah, tout ça peut se casser la figure même si on a fait très bien les choses. Donc non faut pas... mais après, je, faut avoir, faut être un peu humble aussi je je crois, et et je crois que bah c'est c'est plus facile quand on a un peu d'expérience je pense. Voilà rien n'est magique et rien ne fonctionne toujours aussi bien, et et parfois on a on a accompagné un petit peu et ça marche très bien parce que la motivation les choses ont pris le dessus, et voilà, et parfois on a beaucoup accompagné et ça marche pas de façon magique et et c'est frustrant mais mais voilà on a fait ce qu'on pouvait et on a donné les outils aux patients, après c'est à lui de les utiliser celui de de réussir à les utiliser mais nous on peut pas faire à sa place. C'est le patient qui a la main sur sa santé, il n'y a pas de remède ultime, c'est c'est vraiment pas manichéen « il y a la bonne solution qui marche bien et il y a la bonne solution qui marche pas bien » enfin voilà moi je je je suis assez persuadée de ça, de ce principe de de réadaptation, ou bah il faut rendre le le le patient autonome, et être autonome c'est parfois aussi se casser la figure en fait. Et le but c'est aussi qu'on soit là quand il se casse la figure, et qu'on le ramasse, et que le le cassage de figure soit le moins douloureux possible, et et que la personne soit égratignée le moins possible, mais mais mais on est là pour ramasser aussi parfois, il faut qu'on soit là et voilà mais qu'on soit là dans la durée et dans la permanence, c'est plus ça qui fonctionne. Parce que nos nos nos patients aussi ils ont une maladie qui qui qui est extrêmement énergivore, qui est longue à traiter, qui a voilà... même s'ils vont de plus en plus vers le rétablissement, enfin c'est c'est quand même très très loin et euh et enfin voilà il y a pas de moi je crois que on on est euh meilleur ergothérapeute quand on se croit pas tout puissant. Mais pour revenir à la sécurité, oui, forcément, la personne elle elle va se trouver plus en sécurité si si euh elle s'occupe un minimum de son appartement par exemple. Et ça ça va à la fois améliorer la relation avec les voisins en plus d'éviter les comportements à risques.

Entretien Mme D

-Question 1 Dans quel type de structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?

-Alors je travaille depuis octobre 2011, euh est-ce qu'il faut que je développe depuis le début de ma carrière où mon dernier poste ?

-Je dirai le poste qui a un rapport avec le domicile en psychiatrie.

-Mais c'est ça, c'est qu'en fait il y en a eu plusieurs. Là actuellement je bosse depuis 2011 sur une structure intra-hospitalière euh, donc une unité psychiatrique d'entrants, euh et une unité aussi de réhabilitation psycho-sociale depuis 2011 je l'ai dit et voilà. Et avant j'ai eu l'occasion aussi de travailler en CATTP et on avait malgré tout aussi des visites à domicile à effectuer pour le, pour les patients, pour les maintenir en fait chez eux, des aménagements, des choses comme ça ouais.

-Question 2 : Quelle est l'orientation de votre travail lorsque vous intervenez au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Non en fait euh... en fonction de la demande, une orientation tu veux dire c'est ce que c'est psychanalytique, TCC les choses comme ça ?

-Ouais quelque chose comme ça

-Alors pas vraiment en fait y a beaucoup de VAD que... en fait ,je je fais un entretien à chaque fois avec la personne pour savoir un petit peu ce qu'elle attend de cette visite, et que ça parte vraiment d'eux en fait. Je sais pas si c'est intéressant de dire ça, mais en parallèle de tout ça il y a quelques années on a monté un atelier enfin un dispositif qui s'appelle « les petits chantiers », et du coup on était amenés à faire beaucoup de visites à domicile, pour les aider à leurs demandes, ça pouvait changer l'ampoule, ça pouvait être amenés dans l'appartement à faire des travaux de peinture, de choses comme ça. Alors voilà c'était aussi dans le but de les maintenir, de les aider à maintenir, ou de retourner dans leur appartement quand ils étaient hospitalisés parce qu'ils avaient tout dégradé, ou de les aider à maintenir pour qu'ils aient une vie plus confortable qui leur correspondrait voilà. Mais à chaque fois on arrive pas, moi je... On n'arrive pas en se disant on va faire ça on va faire ça, en fait à chaque fois. Donc oui si on parle d'angle de vue, puisque je pars de ce que la personne cherche et je pars de ça, et on est sur du quotidien, c'est plutôt un angle de vue euh... occupationnel je dirais ouais. En fait c'est pas des, c'est pas des VAD comme pourraient faire les infirmiers toutes les semaines qui sont programmées et cetera, donc ça part d'une demande un peu particulière en général. Je pense que c'est un peu pareil pour tous les ergos et du coup quand on y va c'est vraiment dans un but à réfléchir avec le patient, de savoir pourquoi il y a cette demande, même si c'est une demande médicale, savoir eux ce qu'ils en pensent et puis comment est-ce qu'ils voient les choses et voilà quoi. Je suis jamais allé chez quelqu'un qui souhaitaient pas que j'y aille, je pense pas.

-Question 3 : D'après votre expérience, pouvez-vous définir ce qu'est une « manière pathologique d'habiter » ?

-Si je comprends c'est je pense, c'est mettre en danger les autres et lui-même... « manière pathologique », je trouve que c'est de manière pathologique, à partir du moment où eux ça leur convient pas, mais pour une raison qui peuvent pas forcément résoudre eux-mêmes ou parce qu'effectivement ça peut être ça peut être dangereux pour eux pour eux-mêmes. Petit exemple là qui revient, une patiente qui nous demande de faire une visite chez elle, en fait elle avait plus de... elle pouvait pas recevoir son fils depuis 2 ans, elle en avait parlé à personne, qui était en famille d'accueil, la famille d'accueil qui avait pu le recevoir sans expliquer pourquoi, en fait elle n'avait plus d'ampoules chez elle, enfin excuse-moi je crois qu'il y a mon chat qui... non ça va il est parti dans l'escalier c'est bon, et du coup quand on y est allé, elle était toute timide elle me disait qu'en fait ça fait deux ans qu'elle sait pas à qui s'adresser, et que elle le reçoit plus parce qu'il y avait plus qu'une pièce avec de la lumière, du coup c'était celle dans laquelle elle dormait, et qu'elle se voyait pas le l'accueillir comme ça. Donc on est allé avec elle acheter des ampoules, on les a changées, c'était quelques semaines avant Noël et du coup pour Noël a pu accueillir son fils, enfin c'était on peut peut-être dire que ce soit pathologique, mais en tout cas c'était très invalidant pour elle. Après des exemples comme ça, il y en a plein, un monsieur qui pareil quand il a vu ce dispositif de de possibilités qu'on aille faire des visites à domicile, il avait plus de cuisine depuis dix ans, il avait tout détruit dans un moment de grande persécution, et pareil il avait osé en parler à personne du coup il a fini par nous faire venir. Ca a pris des semaines, voire des mois le temps que d'y réfléchir et voilà, il, c'est un monsieur qui avait de l'argent en l'occurrence, donc on a pu l'aider et l'accompagner pour trouver des éléments refaire sa cuisine et cetera... De lui-même, après il a demandé à participer au groupe cuisine pour pouvoir inviter des gens, enfin c'est... c'était des moments importants pour eux donc oui c'était c'est un peu invalidant pour lui aussi quoi. Après pathologique oui, puisqu'on a vu parfois, et bien... des installations électriques des choses comme ça, qui étaient très très très défailtantes, des bouteilles de gaz, une dame l'autre fois qui arrivait en phase maniaque et qui avait amoncelé énormément de choses chez elle, et du coup qui avait plus la possibilité de rentrer dans sa cuisine qu'elle avait installé une petite plaque de gaz sur du sopalin dans le séjour.

-Houla

-Voilà, donc euh... mais aucune conscience de la gravité que ça peut être quoi. J'sais pas je donne des exemples peut-être à la con, je sais pas s'il faut que je sois plus globale... La question de départ c'était euh...

-Répétition de la question 3 : D'après votre expérience, pouvez-vous définir ce qu'est une « manière pathologique d'habiter » ?

-Je trouve que c'est difficile parce que c'est souvent du cas pas cas, il y en a pour qui ça va leur sembler complètement normal de ne jamais faire la vaisselle parce que on remange dedans donc ça sert à rien de nettoyer, mais c'est vrai en plus hein, j'ai eu un patient, il y a longtemps, qui avait un verre à café mais il était tellement... et je dis « vous allez pas le laver ? » et il dit « bah je vais mettre du café dedans tout à l'heure » je me suis dit voilà après tout si ça le dérange pas c'est pas grave, il dit bon bah oui ça c'est pas... et donc en général la discussion qu'il y a avec chacun avant, c'est qu'est

ce qui pour vous est important dans votre appartement en fait. Vivre de manière pathologique justement c'est pas dangereux si ça convient et si... ouais si ça convient et que c'est pas dangereux ni pour eux ni pour le l'entourage, pour je sais pas... Oui toutes les manières de vivre sont possibles, chacun y voit ses... chacun a ses habitudes qui lui convient, chacun a l'habitat qui lui convient, s'ils veulent vivre et volets fermés... et ouais... c'est clair, après c'est ça, ça se discute, mais en général tant que c'est pas, tant que c'est pas dangereux pour lui ou pour les autres ça va. On se confronte aux sphères sociales en fait.

-Question 4 : Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière pathologique d'habiter ?

-J'ai envie de dire les insectes, les punaises de lit, avec la récupération dans la rue, ça revient pas mal, c'est un peu en ça qu'on les met en garde hein, ceux qui veulent récupérer des objets dans la rue c'est voilà ça c'est ouais de 3 ans qu'on essaie vraiment de les inciter à ne pas le faire puisque voilà, ça vraiment... ça fait des ravages quoi. On les incite à ne pas le faire car ça fait vraiment des ravages quoi, et après pour un patient, quand on doit vider un appartement, c'est c'est traumatique donc euh... Enfin pour tout le monde ça l'est hein. Mais euh... attendez, j'ai pensé à un autre truc... qu'est-ce qui pourrait être des risques sanitaires et sociaux ?... Donc sanitaires il y aurait ça, il y aurait les bêtes, il y aurait des problèmes d'odeur... Problème d'odeur, on a vu quelqu'un qui refusait d'utiliser sa chasse d'eau, du coup qui faisait ses selles dans des seaux et qui les entassait etc... Donc là c'est vrai que pour le, pour l'immeuble c'était compliqué. Un autre qui avait enlevé sa porte d'entrée, qui refusait la remettre et c'était compliqué pour les voisins aussi. Risques sociaux euh... Après oui... c'est de... c'est quoi, c'est c'est une manière de vie qui peut être de de se couper complètement, ça peut... On peut penser à l'expulsion ouais, expulsion s'il y a odeurs, bruits ou des choses comme ça. Peut-être le squattage mais j'ai pas énormément d'exemples en tête... J'en ai quelques-uns mais que j'ai pas vu moi directement, c'est pas nous qui sommes intervenus à ce moment-là, c'était des visites quotidiennes en général des VAD, avec des des plaintes qu'il y avait régulièrement etc... Il y a un monsieur qui s'est fait expulser, mais il avait il avait creusé un trou entre son appartement et l'appartement du dessus, donc forcément c'est un duplex, forcément la fille qui est au-dessus, bah ça l'a pas plu donc il s'est fait expulser. Sinon c'est souvent des problèmes quand même financiers qui mènent à l'expulsion des.... Pas vraiment liés au bruit ou... j'ai pas j'ai pas une tête comme ça, des exemples de gens qui seraient expulsés vraiment à cause de ça. Souvent c'est plus parce que il y a un problème de paiement et des choses comme ça, et c'est pareil après bah il y a d'autres choses derrière des choses à mettre en place : sauvegarde de justice ou des trucs comme ça...mais ouais c'est vrai, j'en ai pas vu tant que ça ouais...

-Question 5 : Selon vous, et d'après votre expérience, en quoi les interventions au domicile des personnes atteintes de schizophrénie et ayant des manières pathologiques d'habiter sont-elles pertinentes ?

-Elle est tout à fait pertinente, tout à fait qu'elle est pertinente même si ça peut arriver que ça se fasse avec des infirmiers, on en parle régulièrement, il y a un œil qui est différent. Il y a plein de fois où on a pu intervenir mais pour des choses toutes bêtes,

une dame qui était en fauteuil roulant qui ne pouvait pas accéder à son évier, on a juste enlevé les portes sous l'évier et ça a changé sa vie au quotidien. Enfin... et l'infirmière y allait pourtant régulièrement, et c'est elle qui a fini par nous dire « on sait pas trop comment faire », voilà ça c'est un exemple d'aménagement. Comme ça, des aménagements un peu plus typiques ergo que infirmier ça peut arriver. On nous demande aussi régulièrement d'intervenir, ça c'est un autre collègue, qui a bossé avant je sais pas si tu connais, chez Soléa c'est vraiment de l'aménagement, euh voilà, il a bossé là-bas, maintenant il est avec nous, et du coup on fait régulièrement appel à lui quand il y a vraiment des réaménagements de salle de bain, de truc comme ça tu vois, très très concret à faire. Mais attends je te dis vraiment rien d'intéressant là...

-Mais si !

- Ok... et pourquoi c'est important que l'ergothérapeute intervienne... Parce que aussi en fait, non non ça sert à rien ce que je vais dire... Oui parfois ça vient dans les discussions d'ateliers aussi ! Ils peuvent se mettre à parler de quelque chose qui ne va pas chez eux, et dont ils parlent pas l'extérieur. C'est aussi toujours ce côté un peu médiations ergo, qui font qu'on est amené à parler de sujets du quotidien, c'est vrai que cette aspect de la médiation où la personne et nous on va se connecter... euh... comment dire, la personne elle va pas mal être en introspection en fait. Et ça ça c'est justement euh, ça c'est propice à ce que la personne se livre un peu sur ses difficultés du quotidien. Et voilà, du coup bah c'est l'occasion de s'en saisir et de transposer ces demandes vers un accompagnement au domicile. C'est souvent les veilles, c'est des moments informels en fait oui qui va faire sortir un truc qui va pas chez eux et puis voilà quoi. Quoi te dire d'autre... pourquoi euh... je suis sûr qu'il y a plein d'autres trucs à dire quoi, je suis peut être un peu fatiguée aussi là... le cerveau un peu ramoli là... En tout cas nous on est tous en équipe de 8 là sur le pôle 12, on est tous, je crois très motivés pour faire tout ça, là il y a une équipe mobile qui vient se mettre en place, et là priori ils vont sans doute demander à une ergo de venir, pour euh... alors, c'est encore en train d'être travaillé mais pour tout, pour tout ce côté-là en fait, un peu... Même s'il y a des infirmiers un peu bricoleurs etc... et il y a un œil un peu pragmatique/pratique, qui est typique ergo, parfois qui est voilà, qui est un peu différent, qui est un peu développé par la formation d'ergo, on choisit cette formation peut-être parce qu'il y a ce pragmatisme là mais en tout cas voilà, on se rend compte souvent quand on est avec les infirmiers qu'on se complète quoi. C'est ça qui est super, on a travaillé aussi avec des Assistantes sociales aussi en VAD et c'était super intéressant parce que c'est pareil, c'est encore un autre un autre œil quoi, un regard un peu pratique sur l'administratif des choses pour eux au plus simple et voilà. En tout cas tu sais ou tu veux travailler toi ?

-Bah euh oui et non, j'ai déjà plusieurs possibilités, toutes en psychiatrie, là où j'ai fait mes stages et euh

-De toutes façons tu vas aller en psy ?

-Bah moi c'est soit psy soit les blessés médullaires, sauf que les blessés médullaires, en fait c'est compliqué, j'ai déjà fait un stage là-bas et pour avoir un poste, il faut faire des années et des années dans un autre service pour se rapprocher au fil des temps partiels pour avoir un poste à plein temps avec ce public, et moi du coup il n'y a que

les blessés médullaires qui m'intéressent, j'ai pas trop envie de perdre des années avec un autre public ça fatigue un peu quoi.

-Et ensuite tu les a fait où tes stages ?

-J'en ai fait en SAMSAH avec Aurélie FOHR et en même temps en FAM/Foyer de Vie, et là je suis en hôpital de jour, CATTP et réhabilitation psycho-sociale.

-Où ça ?

-A Levallois-Perret.

-Mais alors donc Aurélie FOHR, si t'es en contact avec elle, je veux savoir pourquoi elle a mis mon nom à moi ? Parce qu'on est en équipe de 8, je me dis « pourquoi moi ? », parce que les petits jeunes avec qui je travaille là... ou des ergos plus jeune qui la connaissent car elle est formatrice apparemment à l'ADERE et à Créteil... Moi je la connais pas du tout et je me dis pourquoi et comment elle euh... voilà je sais pas...

-Et bien euh, si vous voulez je lui je lui poserai la question si vous voulez, mais

-Après de gens qui auront pu mieux répondre que moi il y en a tu vois, peut-être même dans les plus jeunes ils savent un plus ce que tu attends... je sais pas...

-Moi je suis sûr que c'est pas pour, c'est pas pour rien qu'elle a donné votre nom.

-Ce que je peux faire aussi, c'est aussi, c'est envoyer le rapport d'activité de « Petits Chantiers » qu'on avait fait, c'est sur intéressant, je peux t'envoyer ça ouais si tu veux.

-Ouais je veux bien, ça serait sympa !

-Et puis voilà des fois c'était du travail sur des semaines parce que au début on a le droit de toucher à rien, et au fur et à mesure on a le droit. Donc c'est juste la confiance qui s'installe, le fait de réfléchir ensemble, à comment est-ce qu'on va pouvoir avancer, ils acceptent qu'on vienne chez eux. Mais ils nous disent eux-mêmes, on sait pas combien de temps ça va durer, on sait pas si ça va être possible maintenant, on peut rien toucher peut être que pour le moment, ça va pas être possible peut être euh... Il y a un délai qui peut toujours, on sait pas toujours quoi. Des fois il y a une demande c'est très clair ils savent pourquoi ils veulent qu'on vienne, et puis des fois Ben voilà donc ça peut prendre des semaines des mois à travailler tout ça. Et puis euh, et puis c'est toujours aussi génial, parce que après voilà quoi la relation elle se fait là-dessus, et quand on y va, alors c'est, je trouve que ce qui est important aussi à chaque fois, "est enfin, je pense que tout le monde le fait et voilà, vraiment quand on y va c'est que ça parte de, et vraiment avant d'arriver et d'y aller ce qu'ils attendent, ce qu'il' veulent ce qui leur posera problème ou pas...

-Question 6 : Quelle posture adoptez-vous alors lors de l'intervention au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Alors... euh la position que j'observe, c'est d'essayer de ne jamais être intrusif, que la dynamique puisse se faire vraiment avec eux, c'est-à-dire que vraiment on réfléchit ensemble à comment est-ce qu'on veut organiser la chose, qu'est ce qui peut être positif pour eux, qu'est ce qui peut être compliqué pour eux, et ce qui peut être

compliqué : comment est-ce qu'on peut le travailler ?, le préparer en amont etc... Et puis après plein d'autres questions : « combien de temps vous pensez que ça va durer ? » « qu'est ce que... » enfin pas forcément hein, mais voilà ça dépend de de chacun quoi, après c'est euh... voilà, puis après de toutes façons je travaillais souvent avec des gens qui avaient des des syndromes de Diogène, euh c'est pareil, c'est comment les accompagner au mieux pour eux, qu'est ce qu'ils attendent de leur appartement, ils veulent pas forcément qu'il n'y ait rien au sol... Il y en avait une qui gardait énormément, enfin c'est pas qu'elle garde énormément, c'est que tous les jours elle faisait les poubelles c'était une jeune femme anorexique, une jeune femme non, elle avait une cinquantaine d'années mais elle faisait depuis qu'elle était jeune, elle euh récupérait des dizaines et des dizaines de yaourts, beurre, etc... qu'elle ne mettait pas au frigo, et donc voilà mais ça ça a été une question ça ça ça a duré vraiment des mois avec elle, parce que en fait elle se nourrissait que comme ça depuis 30 ans, ça ne l'avait jamais rendu malade, parce qu'elle vomit après, et du coup c'était voilà comment est-ce qu'elle voyait les choses, comment... qu'est ce qui était important pour elle, et en fait c'était tellement entassé chez elle qu'une seule chose qui est importante pour elle c'est qu'elle pouvoir accéder à son canapé. Donc on a fait un passage par là, jusqu'à so' canapé et libérer un petit peu la cuisine sur le sol, voilà, et ça ça a pris... ça a pris des mois et elle était super contente parce que ça a permis qu'elle change sa fenêtre de cuisine qui fermait plus, des petites choses comme ça quoi, accéder à son ordinateur voilà, et le reste est resté comme ça, elle vivait très bien comme ça et comme ça posait pas de problème dans le voisinage... Donc voilà quoi, donc voilà comment je la prépare en amont euh bah voilà, avec eux sur toutes les questions, en fait c'est vraiment de de se mettre à leur place, de se dire que c'est pas rien de faire venir quelqu'un ! Soit soit c'est eux qui demandent, et dans ces cas-là, mais ils sont pas toujours à l'aise non plus pour nous faire venir donc voilà. Comment est-ce que ça va mieux se passer le mieux possible voilà, en fonction de leurs attentes, de leurs inquiétudes, de leurs questions, de tout ça quoi.

-Question 7 : Selon-vous, qu'est-ce que l'intimité d'une personne, notamment dans le cadre de son domicile ?

- Bah c'est... déjà, ne serait-ce que de passer du palier à chez eux, c'est déjà le premier pas dans l'intimité pour moi. Et leur intimité c'est leur chez eux donc après voilà, plus ou moins pour chacun. Mais l'intimité c'est, je trouve en tout cas, à chaque fois leur poser la question, et c'est pour ça que je pensais à cette dame là en particulier, c'est que à chaque fois, ne rien faire de notre propre initiative quoi, on va pas dire ça je je... on est en train de faire un peu de tri, « ça je vais le jeter parce que » ça non non c'est pas ce que ce qu'on apporte. Ce qui y a de l'importance pour eux. Donc Ben à chaque fois, en tout cas moi, j'ai toujours fonctionné comme ça : leur poser la question pour tout, « est ce que est ce que je peux rentrer ? » « est ce que... est ce que... est ce je peux faire ça et pourquoi ? » voilà « est ce que le qu'est ce qu'on fait pour ce placard ? » « est-ce que vous voulez qu'on regarde dedans ? » « qui est ce qui ouvre » tout en fait ! question chaque fois pour fonctionner avec eux. Après il y en a qui vont être très à l'aise, et qui vont dire que vous pouvez vous occuper de ce placard, et de ça. Enfin voilà c'est ça dépend, mais en général, il faut quand même y aller, je trouve, vraiment avec eux pour pas les imposer quoi que ce soit, parce que tout est

intimité en fait, dans un appartement. Pour moi hein. Et aussi il faut travailler avec notre intimité hein, on peut être atteinte par celle de la personne, faut pas oublier.

-Question 8 : Lors d'une intervention à domicile, comment vous positionnez-vous par rapport à l'intimité de la personne ?

-Et bah ouais c'est ça, ne pas être intrusif, toujours demander la permission... L'autre fois il y a un monsieur qui nous a... c'était c'était, c'est un monsieur qui s'est fait hospitaliser il y a quelques mois de ça, et puis il nous parle quelques temps plus tard de « chez moi c'est envahi de de de plein de trucs, de bêtes, de souris faut absolument y aller » etc... Pour faire du nettoyage tatata. On y va avec un autre collègue ergothérapeute, et puis on prend du coup de quoi un petit peu se protéger, des surchaussures des trucs etc... En en parlant avec avec Olivier (le patient) et puis arrivés sur place, ça met mal à l'aise de se mettre comme ça sur le palier et tout ça, pour lui, et puis il disait « quand même vous croyez qu'on a besoin de tout ça ? » et donc ça on en a discuté et tout, on dit « bah on sait pas Olivier c'est vous qui nous dites ça », évidemment lui aussi il est en train de s'habiller comme ça, « c'est vous qui nous dites ça », il dit « bah oui je sais mais je pense qu'il y a plein de bêtes et tout... », et voilà bon bah c'est bref, donc on reste s'habille comme ça, et en fait l'appartement était nickel. C'était complètement, c'était même un peu pourri par l'eau, tellement il nettoie tout le temps, il vidait tout, tout le temps, donc les placards, tout était vide. Mais voilà, et on a découvert du coup c'était complètement délirant qu'il y ait des bêtes un petit peu partout chez lui, mais ne serait-ce que ça, de s'habiller pour se protéger des bêtes, pour rentrer chez quelqu'un, je trouve ça déjà vachement agressif, vachement intrusif enfin vachement... Ça nous a vraiment posé la question de se dire comment est-ce qu'on peut faire pour ne pas le mettre mal à l'aise... Donc vraiment c'est oui, on a voilà, on a discuté avec lui, on lui a dit « mais si, il faut parce que y'a plein de bêtes nanana... » Mais c'est vrai s'habiller comme ça sur le palier en se disant « on espère qu'il n'y a pas un voisin qui va nous voir par rapport à lui quoi ». Il se trouve que ça a été pour cette personne, et puis dès qu'on est rentré on a tout enlevé parce que l'appart était nickel. Mais ouais, c'est super dur, moi je trouve, de pas les mettre dans une situation délicate par rapport aux voisins, c'est ça aussi, c'est quand va chez quelqu'un, parce qu'il... et à qui on s'adresse si jamais... C'est déjà arrivé qu'il y ait des gardiens qui nous voit arriver avec la personne et qui dit « ah bah tiens, vous vous êtes qui ? », on répond un truc bateau euh, « on est là dans le cadre de notre travail »... un truc un peu comme ça voilà, un truc un truc un peu formalisé voilà.

-Question 9 : Pouvez-vous expliquer comment une personne atteinte de schizophrénie peut éviter les risques liés à sa manière d'habiter pathologique afin d'être en sécurité chez elle sans pour autant parler d'accompagnement en ergothérapie ?

-Pour certaines personnes, c'est que c'est d'éviter le gaz, pour d'autres ce qui peut mettre en danger, ça pourrait peut-être le fait d'habiter en étage élevé, le voisinage et le situation de l'appartement on peut... Je crois que je réponds pas à la question...

-Si si ! c'est les comportements à adopter de la part de la personne

-Sans parler de nous ?

-C'est ça ! juste du côté de la personne

- Oui et bah faire le ménage régulièrement, faire attention... Il y a des choses qui sont souvent discutées et mises en place, et on en a plusieurs qui sont assez actualisées par rapport à ça, c'est de faire un planning effectivement, le vendredi ça sera aspirateur, lundi ça sera les courses, le samedi je peux sortir faire quelque chose... ou je vais essayer je je, ça y est, j'ai le cerveau qui réfléchit plus du tout ça y est... Qu'est ce qu'ils peuvent mettre en place eux... Oui ouais ouais les plannings, le fait de ritualiser... c'est important ouais ouais ouais. Après euh, trouver des personnes de confiance dans l'entourage, ça peut être un gardien, un voisin, quelqu'un qui pas trop loin quoi. Le CMP, ce qu'on leur dit aussi souvent, c'est les réflexes de quand ça va pas bien, contacter le CMP, le le centre d'urgence, la pharmacie du coin les machins etc... Et après chez eux je vois pas quoi te dire d'autre.

-Question 10 : Pouvez-vous alors me parler des moyens que vous pouvez mettre en place au domicile en collaboration avec la personne pour permettre cela ?

-Bah comme on a parlé tout à l'heure, c'est trouver ce qui va pouvoir être mis en place pour que la personne se sente le mieux possible à son domicile, avec ce qui lui correspond, et puis, peut être pareil... des des... Ça arrive souvent qu'on mette avec eux des petites choses ,mettre en place des plannings, repérer un peu le quartier des trucs comme ça. Et les prévoir aussi de manière plus ou moins régulière et plus ou moins espacée, ensuite ce qu'ils nous disent souvent, c'est qu'en fait de savoir qu'on vient, ça leur permet de se motiver, que c'est un élan de dynamisme pour eux. Une autre dame là, qui entassait énormément chez elle, elle me disait, on faisait plein de choses quand on était ensemble, et elle me disait qu'à chaque fois, de savoir que je venais la semaine d'après, ça lui donnait l'énergie et l'envie de de commencer à préparer un petit peu ce qu'on allait faire le lendemain, et que du coup, ça lui avait redonné un rythme, de se remettre en... se remettre régulièrement à ranger un petit peu, à faire des petites choses et puis... à préparer des aménagements. Tout compte dans les habitudes de vie, il y en a une là, qu'on a vu la semaine dernière, on a fait son appart pour la première fois, elle est hospitalisée, et vraiment en discutant avec elle, avant d'aller dans un appartement c'était mais qu'est-ce qui serait voilà, important pour elle. Et en fait, c'était tout con, mais elle avait pas de micro-ondes, du coup les repas c'était compliqué pour elle, il y avait pas de choses comme ça donc voilà, c'est trouver des petites... Ben voilà, parfois juste un micro-ondes ça leur change la vie, parce que ils mangent pas que des sandwich. Et cette présence elle est super importante, euh, juste le fait d'être là bah la personne ça va la faire réfléchir à ce qu'il manque, ce qu'il faudrait faire machin... C'est en fait, c'est porter attention en fait, et quand c'est comme ça, même quand on a l'impression, en tant que en tant qu'ergo de ne rien faire, et bah finalement quand on loupe une séance, bah ça se dégrade un peu et ouais euh bah on se rend compte que que cette euh juste le fait d'être là, d'écouter de porter attention c'est super important en fait ! La dame là en l'occurrence, qui qui gardait énormément de de yaourt des trucs comme ça, j'avoue que je ne faisais pas grand-chose non plus en fait, je tenais le sac poubelle éventuellement mais elle avait déjà fait le tri avant que j'arrive, de me dire ça j'ai mis de côté, c'est périmé depuis plus de 5 jours je vais le jeter, et en fait elle a déjà préparé le truc. Et donc moi j'étais juste là pour qu'elle arrive à le mettre dans le sac poubelle, toute seule elle n'y arrivait pas

mais voilà, c'est que les sacs poubelles moi. Mais elle ne me permettait pas de prendre les yaourts parce qu'il fallait qu'elle vérifié chaque date elle-même etc... Et que voilà, et oui ça arrive, le fait juste qu'on soit là parfois, ou juste de savoir qu'on vient, c'est un moteur qui peut être important pour eux. Une autre dame aussi chez qui on devait aller, qui était, qui pouvait pas recevoir sa famille non plus de Martinique depuis 2-3 ans parce qu'elle avait énormément ramassé dans la rue, entassé etc... Et plein plein de trucs, et en fait on va une première fois chez elle, et en fait elle pouvait plus arriver dans sa chambre donc elle pouvait plus recevoir sa famille, et donc on lui dit « Bon bah on fait le point etc... » tout ce qu'elle voulait, et on devait revenir la semaine prochaine. Dans la semaine elle avait tout fait. Et elle nous a ouvert avec un grand sourire, hyper fière, de dire qu'elle avait fait des trucs « ne serait-ce que de faire le point avec vous, ça été tellement moins une montagne à mes yeux, je me suis dit OK je peux faire comme ci comme ça ». Elle avait tout évacué dans la semaine c'était impressionnant, elle nous a accueilli dans le salon avec un petit thé, c'était chouette !

-Question 11 : Comment une personne ayant une schizophrénie peut-elle mieux s'approprier son domicile mais aussi y être plus autonome ?

-Là c'est vraiment du cas par cas je trouve, euh ouais, c'est vraiment en fonction de chacun, parfois il y en a qui ont besoin d'une chaise et d'une petite table et ça leur suffit. Être plus autonome c'est c'est vraiment...c'est difficile de répondre à cette question parce que tous les cas à chaque fois ont été différents quoi, plus autonome, c'était ...c'était quoi, c'était... parfois d'avoir je sais pas moi... des fois c'était d'avoir accès à une salle de bain et de plus aller aux douches extérieures euh, c'était de pouvoir se faire à manger eux-mêmes de pouvoir... Parfois ça pu être aussi mettre des mettre des choses en place, les restaurants émeraude, ou des choses comme ça pour leur repas, parce qu'ils cuisinent pas chez, plus autonome... j'ai pas d'idées qui me viennent là... Et euh la deuxième partie de la question c'est l'appropriation hein ?

-Oui

-bah ça c'est pareil, ça se travaille en individuel à chaque fois sur ce qui est important pour eux. S'installer un petit coin, je sais pas... Oui la dame l'autre fois c'était d'avoir, de pouvoir avoir une télé ou aller s'acheter une radio, ou aller, des trucs comme ça... Et pouvoir être, pouvoir être mieux chez eux. Je pense qu'on peut être autonome et pas s'approprier l'appartement, je pense qu'on peut s'approprier l'appartement et pas être autonome, je pense pas que tout soit lié. S'approprier l'appartement c'est aussi, une personne entre autres qui vivait les volets fermés parce qu'il y a pas de rideau donc le fait d'installer des rideaux avec cette personne c'est le permis de pouvoir ouvrir les volets, d'être beaucoup mieux, de se sentir beaucoup plus dans son intimité par rapport au voisinage des fenêtre. Je repense à cette dame qui avait pas de lumière chez elle, elle est devenue beaucoup plus autonome d'un seul coup, elle avait elle avait plus accès à la cuisine non plus, il y a pas de lumière non plus dans la cuisine, il y avait pas de feu, donc juste changer les ampoules ça l'a rendu beaucoup plus autonome parce qu'elle mangeait tout le temps à l'extérieur, du coup elle a pu... pareil, rebrancher le frigo, le monsieur qui avait plus de cuisine c'est pareil quoi, d'avoir à nouveau un frigo ça a changé sa vie parce que il pouvait nouveau bah manger chez lui etc.. et plus dépendre des restaurants à l'extérieur. Qu'est-ce que ça peut être

d'autre... je suis sûr qu'il y a plein d'autres trucs, ça va me revenir après ça va m'énerver... Ca peut être le personnaliser aussi, le rendre plus personnel, et encore c'est une discussion de chacun, ça va être de ranger les meubles, d'acheter un meuble, de vider des meubles, d'accrocher des trucs aux murs, de ranger dans les placards, c'est vraiment tellement personnel de s'approprier l'appartement que je trouve que c'est hyper... Il y a 12000 réponses différentes pour chacun, c'est : « est ce que je vais pouvoir du coup retrouver mes vêtements, me changer oser plus sortir à l'extérieur ? » est ce que ça va être de d'installer un lave-linge ou de d'apprendre à accéder au lave-linge du coin, ou à l'abri du coin, est ce que... j'ai plein de mises en contextes mais euh... s'approprier l'appart... Oui, une autre dame là il y a longtemps, et justement elle a changé de secteur, on a fait une VAD, chez cette dame, Olivia, parce qu'on l'a suivie pendant des années c'est une dame qui avait énormément entassé, qui a été hospitalisée très très très longtemps, et puis qui pouvait pas retourner dans son appart parce que en fait elle avait son ancien logement avait été classé insalubre et détruit. Mais du coup elle a été relogée par la ville, tout s'est un peu imposé comme ça chez elle, et donc pour elle c'était impossible de retourner chez elle. Donc c'est un travail qui a duré des mois, on a dû acheter plein de trucs etc... et puis jeter et trier et cetera et cetera, ça a duré super longtemps, elle était très fatigable donc parfois on pouvait rester que un quart d'heure, vingt minutes, parce qu'elle en pouvait plus, des fois on restait un peu plus longtemps, des fois elle pouvait rien faire mais elle voulait qu'on s'en suive qu'on fasse du tri donc elle nous disait on prenait plupart poule ça qu'est ce qu'on change ses draps, faire du tri... « Qu'est-ce qu'on fait, on en veut plus, ça on donne, ça on jette, ça machin » c'est très clair pour elle et puis elle a changé de secteur... Gros chouchou donc ça a été un crève-cœur et elle pour s'approprier l'appart c'était vraiment ça, c'était ça, il fallait qu'on l'aide complètement à aménager l'appartement, elle pouvait pas y rentrer parce qu'elle se sentait pas chez elle, parce que l'appartement avait été changé pendant qu'elle était hospitalisée, c'est ultra violent on peut pas imaginer, et du coup et du coup voilà. Elle ne pouvait pas y mettre un pied, et au fur et à mesure on a travaillé, pièce par pièce, meuble par meuble, etc... et puis elle a retrouvé plein de choses, des livres qu'elle adorait, on a pu tout réinstaller etc... Et depuis elle est, elle est dans son appart, ça fait peut être même dans deux ans, elle est très contente ! mais ça a duré des mois quoi vraiment des mois !

-Question 12 : Cela peut-il, selon vous, contribuer à ce que la personne se préserve de ces risques sanitaires et sociaux ?

-Et bien euh bah ouais j'ai envie de répondre oui hein, de de toutes façons, euh vu, vu ce qu'on a discuté là... Je ne saurai pas quoi dire de plus... Ouais forcément en étant autonome elle va mieux pouvoir, comment dire, se mettre au clair avec ce qu'elle doit faire, et être au clair avec, euh, bah, le fait de pouvoir euh, et bien prévenir les équipes, le CMP, l'hôpital de jour, ce genre de choses. Et évidemment qu'en s'appropriant le domicile bah, on a plus de repères, on a surtout plus envie de s'investir et de faire des efforts du coup ! et tout ça bah, après ça n'empêche pas de, de, que la personne ait sa santé et qu'elle décompense, ça n'empêche pas tout ça, si un appart bien entretenu ça pouvait tout résoudre euh... voilà quoi. Mais oui en tous cas, pour répondre à ta question, oui si la personne s'investit plus dans la tenue de son appart « je vais faire ça et ça et puis ça je peux oublier car j'ai pas l'énergie » et qu'elle s'y sent bien, forcément elle va être moins en danger.

Entretien Mme E

-Question 1 : Dans quel type de structure travaillez-vous et depuis combien de temps ?

-Alors moi ça fait 10 ans que je travaille en psychiatrie, donc dans l'hôpital public, j'ai fait 3 ans en temps plein en intra hospitalier, en unité de crise, et puis, depuis maintenant euh... 7ans du coup, euh je suis sur un secteur où je suis à la fois sur l'intra et l'extra. L'intra pareil, unité de crise, et pour l'extra : CATTTP, et une demi-journée où j'interviens dans des appartements associatifs.

-Question 2 : Quelle est l'orientation de votre travail lorsque vous intervenez au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Ah alors je ne peux pas vous dire que, c'est-à-dire... j'y vais pas d'emblée chez la personne avec un courant conceptuel prédéfini pour la personne, pour la façon dont je pourrais l'accompagner. L'idée avant tout c'est que la demande vienne du patient d'accord, je ne mets pas de pied chez quelqu'un sans sa demande, ou du moins, sans son accord, après une proposition. Et là-dedans, ce que je peux vous dire, c'est que je pars, peut être, je sais pas si on peut appeler ça « modèle conceptuel » je caricature un peu, de la rencontre. De la rencontre de la personne, là où elle souhaite me rencontrer, où en l'occurrence ? Ça peut être chez elle comme vous l'avez dit, dans son intimité, et là qui fait appel je pense, avant de faire appel à un courant conceptuel prédéfini, et bah je pense que ça fait d'abord appel à des concepts éthiques, déontologiques, et philosophique. C'est à dire voilà, une façon d'être, une façon de rencontrer l'autre, et quelque part c'est aussi un inversement des places, c'est à dire c'est pas le patient qui est chez nous qui vient dans une structure de soins, mais nous sommes chez le patient. Donc là, il y a déjà cet inversement qu'il faut bien avoir en tête, c'est le patient qui nous accueille, et c'est pas nous qui l'accueillons, et et donc quelque part c'est lui aussi qui va définir quelques règles de jeu, bien sûr un dans les limites de chacun, dans la collaboration, bien sûr, mais dans un contexte entièrement différent des autres lieux de rencontres et de soins voilà. Après une fois sur place, en fonction... c'est à dire de laisser venir si vous voulez, en fonction de de la rencontre, de ce que la personne va accepter ou non de partager, de mettre en lumière, et quand on aura accès à certaines choses en l'occurrence ça peut être certaines difficultés, et bien là, oui, en tant qu'ergothérapeute, on peut avoir notre action, on peut avoir un petit peu la boîte à outils pour mettre en place parfois des des des... théories de de psychodynamiques, de de de réhabilitation pourquoi pas, c'est à dire euh pas forcément faire des bilans, mais en tout cas d'avoir en tête, peut être une façon de de mise en situations, de de d'apprentissages, si la personne est en demande voilà.

-Question 3 : D'après votre expérience, pouvez-vous définir ce qu'est une « manière pathologique d'habiter » ?

-Alors euh... une manière pathologique pour qui ? Hein déjà ! en fonction de quelle norme, à partir de quel moment, pour qui ? voilà qui détermine cette norme-là ? Je me doute qu'il s'agit de de mettre en parallèle le comportement des patients avec un peu euh un regard social. Et aussi, vous parlez de sécurité, c'est aussi vis-à-vis de la santé de la personne hein. Effectivement j'ai une grande expérience en psychiatrie, en

psychiatrie publique, après dans le cadre des appartements c'est beaucoup plus récent hein, c'est depuis que je suis sur ce nouveau secteur et ce nouveau projet, qui date à peu près de 4 ans. Alors pour vous répondre, oui bien sûr, évidemment on on va d'ailleurs penser déjà à un patient en état de décompensation. Donc quand il est en phase aigüe, en phase de décompensation, et d'ailleurs c'est pour ça qu'à un moment il n'est plus en état d'être chez lui, mais qu'il a besoin de soins dont un lieu de soin fermé pour une durée déterminée. Et et là par contre déjà, ça rejoint un peu cette idée, parce qu'il peut être un moment j'aime pas le terme « dangereux », mais en tout cas il peut nuire à lui-même et aux autres. Et donc là il n'est plus en capacité de de juger ses actes, il y a une altération du jugement, et donc là effectivement bah il est hospitalisé le temps de se, de se stabiliser, de trouver un certain équilibre dans son quotidien. Après on peut notamment penser au syndrome de Diogène, là pareil voilà, donc un symptôme qui fait totalement partie de la maladie, et qui n'est pas toujours simple à... voilà à accompagner. Bon en l'occurrence, j'ai jamais accompagné de patients souffrant de ce trouble là, mais évidemment la question du logement, elle est souvent impactée par par ce symptôme-là, et puis qu'est-ce que je peux vous dire d'autre... Donc souvent, ça rejoint souvent la question de de l'entourage, du voisinage, j'en ai vu hein des questions euh, par exemple des patients, heureusement que c'était des HLM parfois, mais ne serait-ce que la question des bêtes, des petits cafards, la question de l'incurie, et quand ça dépasse le seuil de notre porte, et que ça migre vers le voisinage, donc là forcément il y a un élément de réalité qui vient imposer certaines limites si vous voulez. Donc là, alors là qu'est ce qu'on peut dire, ce qu'on peut dire c'est que, à la fois on essaye de accueillir le le patient voir les choses avec lui mais compilées en mesure de d'accueillir le patient, voir les choses avec lui, lui expliquer, quand il est en mesure de recevoir certaines informations, ou parfois s'appuyer sur la loi, c'est à dire bah on est tous les deux soumis au même règlement, et donc voilà un soumettre les éléments de réalité qui sont voilà... Ce qui est possible ou pas, « voilà nous, dans quoi on nous on peut vous accompagner, bah après le dernier mot vous revient, et si ce n'est pas possible pour vous cette démarche là... » bah au moins, annoncer un petit peu les répercussions, et ça je dis moi mais ça peut aussi être le médecin, mais c'est aussi l'assistante sociale, parce que souvent il peut y avoir de de... je perds le terme euh... ah voilà d'expulsion ! Et voilà il y a certaines, y a certaines, choses de, et des éléments de réalité, auxquels on ne peut pas échapper, et là donc, on explique. Ce qui est intéressant c'est que, dans certains cas, le patient est/peut être persécuté par le le voisinage, les personnes inconnues, pour accueillir ce type de retour d'informations de d'éléments de réalité, mais avec des personnes où il y a un certain lien thérapeutique, une relation de confiance et bah, disons que les choses peuvent être mieux entendues, ou voire acceptées ou reçues, et c'est là que c'est intéressant, c'est à dire comment, quand le patient l'accepte, accepte de nous ouvrir la porte, et bah de passer le seuil de la porte, et de voir avec lui ce qui est supportable, ou pas, dans le travail qui peut être fait sur ce terrain-là. En l'occurrence, moi par exemple, j'ai ce souvenir, où il y a une patiente en état de décompensation, la question c'était pas aller jusqu'au voisinage, mais limite le logement était insalubre et inhabitable, et après deux...deux enfin non même plus, quatre mois d'hospitalisation, la question s'est posée du retour au domicile : est-ce que voilà, l'avenir peut se passer ailleurs pour elle qu'à l'hôpital ? heureusement et et parce que il y avait tout un travail qui a été fait en intra hospitalier, c'est-à-dire un travail de confiance, d'accueil,

d'empathie, sans jugement, où jugement on justement elle s'est pas sentie jugée, et que et bah on a finit par l'accompagner, assistance sociale et moi, deux personnes avec qui elle avait un certain lien, on a pu mettre le pied chez elle, avec elle, d'ailleurs généralement il peut y avoir même le sentiment un peu de honte, de gêne, parce qu'ils atterrissent hein, et donc bah on y va quoi, on a pris les sacs poubelle et puis voilà quoi, on a déblayé, on a... mais c'est surtout elle, si vous voulez, qui donnait le tempo, qui nous disait, on lui demandait « et bah cet endroit, qu'est-ce que vous en pensez ? est-ce que on peut faire autrement ? est-ce que ça pourrait mieux pour vous autrement ? ». On pouvait émettre comme ça des propositions, et puis elles se saisissent de celles qui vont lui convenir, des petites choses comme ça, s'est fait sur deux ou trois visites si vous voulez, et après le reste, on lui a dit bah « ça vous appartient » « maintenant à vous de voir la suite » et « si vous avez besoin vous pouvez toujours revenir vers nous ». Et là, par respect de son intimité, je vais pas rentrer dans les détails, mais je peux vous dire que l'appartement était... on est parti, déjà à l'époque c'était pas le COVID, mais on est parti avec gants, masques, charlottes, surchaussures voilà euh...voilà ! Je vais dire, il faut, il faut vouloir y aller aussi dans certaines situations !

-Question 4 : Pouvez-vous décrire les risques sanitaires et sociaux pouvant être entraînés par une manière pathologique d'habiter ?

-Oui bah j'ai parlé d'expulsion, de bêtes et euh.. Alors sur le risque social je peux dire donc... il y a il y a le risque d'expulsion, il y a le risque aussi de stigmatisation, il y a le risque de rejet, et puis on peut parfois devenir la cible, c'est dans plusieurs sens, c'est à dire moi, j'ai eu des cas de personnes vulnérables qui ouvrent la porte et du coup, il peut y avoir des squatteurs il peut y avoir de, des violences, subir des violences, et puis sentiments on peut dire d'insécurité. Un petit peu, comme vous le dites sur le plan social. Après, sur le plan sanitaire euh... et bah, écoutez... en dehors des phases aiguës de décompensation, où malheureusement, à des moments, bon il peut y avoir des tragédies comme le suicide, ou autre, on parle de geste hétéro-agressifs... en dehors de cela, sincèrement, en risque sanitaire... bon... effectivement peut être d'hygiène de vie mais ça, c'est quand même assez propre, malheureusement, à cette population. De manière générale, est-ce que elle est en lien forcément au logement ? Je ne sais pas, ça peut aussi être le symptôme en soi, c'est peut être là où c'est des choses qu'on accompagne, mais on peut le faire ça en dehors du domicile, mais le symptôme aussi, si vous voulez... comment dire. Le risque sanitaire, c'est un peu la traduction des symptômes sur le lieu de vie, et là, si vous voulez, quelque part, vous allez avoir une sorte de loupe, de zoom, qui va agrandir tout ce qu'on peut percevoir à l'extérieur, dans les lieux de soins, mais de manière beaucoup plus plus plus... comment palpable, concrète, à un échelon plus élevé. Donc sur son lieu de vie, je pense qu'il y a aussi les défenses qui tombent, et ce qu'on appelle parfois le vernis social, c'est à dire l'effort que ces personnes-là vont pouvoir faire à l'extérieur, en présence, étant entourée d'autres personnes, et bien souvent c'est choses-là, ça cède, sur le lieu de vie, et c'est là euh... oui on va voir la traduction du symptôme de façon beaucoup plus concrète, on va voir des aérations bouchées avec euh... je sais pas, du tissu, papier, parce que enfin voilà, le sentiment d'intrusion/de persécution, on va voir des volets qui s'ouvrent pas, voir des couches et des couches sur les fenêtres, on va avoir l'incurie, qui peut être voilà à une échelle aussi plus plus

grande, on peut avoir parfois des installations, des aménagements, qui justement, peuvent être, ce que vous disiez tout à l'heure, qui peuvent paraître pathologiques où délirantes, peut être, mais restent parfois tout à fait fonctionnelles pour la personne, et pour son équilibre chez elle, c'est là où la limite est assez fine entre le pathologique ou non.

-Question 5 : Selon vous, et d'après votre expérience, en quoi les interventions au domicile des personnes atteintes de schizophrénie et ayant des manières pathologiques d'habiter sont-elles pertinentes ?

- Ah oui elle l'est tout à fait, parce que... Alors, il faut savoir que les visites à domicile peuvent être faites par plusieurs corps de métier de la santé mais aussi du social etc... mais je je il me semble que, dans notre profession, c'est à dire qu'on va essayer avec le patient, de comprendre son fonctionnement au domicile, non pas pour le rééduquer, lui imposer des règles et lui apprendre euh voilà, des règles prédéfinies ; mais de voir comment le personne, à partir de ce qu'on connaît de son fonctionnement et tel qu'ils nous laisse le voir, comment il arriverait, il pourrait s'approprier son lieu de vie, et cette notion de s'approprier son lieu de vie est souvent complexe, je pense déjà que pour toute personne lambda, c'est pas toujours facile hein, de s'approprier et d'investir son son... habitat ! C'est à dire que c'est pas que le logement, je partirai sur la notion de, de l'habitat, habiter son logement, parce que, vous pouvez parfois, voir des patients... D'ailleurs j'y pense, un des patients que je connais, un patient SDF, mais qui habite sous un pont, et qui a aménagé ce lieu, vous voyez, il y est arrivé en voyant ses limites, il l'a investi, il l'a presque pensé, pour qu'il soit opérationnel/fonctionnel et avec une certaine enveloppe. Il a réussi, à créer cela sous un pont. C'est un lieu, d'ailleurs, qu'il s'est approprié mais aussi que les autres ont identifié comme son lieu, son habitat, vous voyez ce que je veux dire ? Voilà et donc la pertinence, je pense, c'est comment accompagner ces personnes-là dans cette notion d'habiter leur lieu de vie, de trouver une certaine sérénité, un confort, mais aussi un apaisement, une sécurité dans le dans le sens où protéger voilà. Une sorte d'enveloppe psychique donc, qui soit impénétrable et dans laquelle le patient, il peut trouver son confort, parce que si on arrive à trouver un bien être nulle part, dans un des endroits, ça devient problématique. Après voilà, ce que je vous dit euh, c'est comme un fond de jeu. Et derrière en fait, et bah on adapte ! En fonction de la personne qu'on a en face on adapte. Pour vous dire, j'avais un... alors je je ne vais pas dérouler toute son histoire, mais si vous voulez, qui avait une réelle carence affective, qui avait perdu sa maman jeune etc... Et et j'avais conscience de ça, dans le sens où, il me demandait d'être une maman de substitution en allant à la maison, c'est-à-dire, un apprenez-moi, c'est-à-dire « apprenez moi comment on fait la vaisselle » « comment... » et bah d'ailleurs on est allé par exemple chez Leroy Merlin, on avait acheté un meuble, on l'avait monté, on avait mis des épices dedans parce que il m'avait demandé aussi à lui apprendre quoi mettre dans quelle recette, il était, il était très... d'ailleurs il me demandait, lui, d'évaluer son évolution, qu'est-ce que j'en pensait, est-ce qu'il apprenant vite, est-ce qu'il était un bon élève, vous voyez ? Et petit à petit, bon en même temps j'ai pas résisté forcément, j'ai pas rejeté cette demande là, parce que bah oui, comme par exemple on va devant nous un enfant, et un enfant vierge de toute représentation, parfois il a besoin qu'on lui prête notre matière psychique, notre expérience pour qu'il apprenne et qu'il en fasse quelque chose, donc là c'est vrai que j'ai apporté beaucoup de choses, j'étais pas dans ce

mouvement de moi accueillir la façon de faire du patient etc, parce que lui il était dans cette demande. Après c'est pour ça je vous dis c'est un peu au cas par cas voilà, il avait cette demande, et petit à petit et s'est permis d'acheter des choses, d'aménager, et quand je venais, la semaine d'après « alors qu'est-ce que vous en pensez, regardez, j'ai mis ça ! » et il me demandait en bon conseil, et petit à petit je lui demandais « mais vous, qu'est-ce que vous en pensez ? qu'est-ce que vous aimez ? parce que moi je viens une fois par semaine mais vous vous y êtes toute la semaine, alors qu'est-ce que vous préférez ? » petit à petit, parce qu'il se débrouillait très bien avec l'outil informatique, on est allé sur les sites de magasins, et je lui montrait un petit, et je le laissais choisir. Mais au début, il était dans cette posture là, c'est-à-dire, je me met... et limite c'était moi, c'était à moi de décider de tout. Mais ça le faisait travailler. Parce que je l'avais déjà vu en, un petit peu, je l'avais vu en individuel d'ailleurs, ou pas énormément, et c'est, c'est intéressant : c'était le mouvement inverse, c'est parce que je suis allé longtemps chez lui, que à un moment il a accepté de lui, venir chez moi, dans mon atelier en individuel. Ce qui était adapté, vu le degré de persécution qu'il avait. Donc je fais cette petite vignette clinique, simplement pour vous dire que parfois c'est très différent hein, c'est du cas par cas, et d'ailleurs lui, li pouvait me demander même si je pouvais prendre des notes, des grilles d'évaluation, les comparer etc...

-Question 6 : Quelle posture adoptez-vous alors lors de l'intervention au domicile de personnes ayant une schizophrénie ?

-Alors, de manière générale, je toque, et j'attends, déjà ! Si la, pardon, si la porte s'ouvre ou pas, voilà je ne sonnes jamais au-delà de 3 fois espacées, si j'ai personne je repars voilà j'insiste pas. Même si j'entends du bruit derrière, même si j'entends rien, voilà. J'attends que la personne m'invite à visiter une partie du domicile, voilà, toujours, je reste au seuil de la porte, d'ailleurs j'ai eu des patients hein, qui m'ouvrent, qui repartent et qui m'attendent, alors ça c'est très marrant hein, pour vous donner un ordre d'idée, puis il me voit pas arriver, et puis ils reviennent à l'entrée, il disent « oh bah, vous êtes encore là ? » « bah oui, vous ne m'y avez pas invité, je reste là ! », et donc souvent, je suis dans ce rapport-là, « je suis chez vous, donc c'est à vous de donner le rythme » toujours la posture de respecter l'intimité de la personne, ça demande d'être dans une posture neutre, bienveillante et sans jugement, c'est la personne qui nous fait la faveur de nous accueillir, et pas l'inverse, donc sans jugement. Quoi d'autre... vraiment après au fur et à mesure, des des des visites, de suivre l'évolution et le rythme du patient, c'est-à-dire, je ne vais jamais aller plus vite que le rythme de la danse, et ça moi je l'avais très bien posé sans mon service, parce que souvent voilà j'avais cette question « vous aurez besoin de combien de visites, combien de séances ? » « Bah je ne sais pas ! » donc je ne sais pas, j'ai pas la recette ! Je vais demander au monsieur ou à la dame, je sais pas moi s'il va bien vouloir m'accueillir un certain nombre de fois, peut être bout de une ou deux visite, il vont dire « merci, au revoir ». Donc voilà la posture, aussi de dire, j'y vais, mais je ne sais pas ce que je vais trouver, ce que je vais rencontrer, ce que je vais pouvoir faire ou pas. Et et ça, j'ai un peu cette chance là dans mon service, mon secteur, c'est que on est un peu sur la même longueur d'onde, c'est-à-dire que j'ai pas un pré-programme aller réaliser sur place, j'ai pas une recette avec un nombre d'heure, et j'en suis consciente hein, je ne sais pas combien de temps je vais pouvoir continuer à faire ça, mais par exemple, un des patients, et bah j'ai pu l'accompagner en visites, à domicile,

un pendant quatre ans, une fois par semaine, quasiment deux heures, et où du coup j'y y allais, on faisait des choses dans l'appartement, à l'extérieur de l'appartement, c'est ce fameux patient dont je vous parlais là, et qui maintenant il a réussi à avoir son logement, son propre logement, et ça a pris quatre ans, vous voyez, et je pense que c'est cette posture-là qui a permis ces choses là. Un autre pareil, lui les visites étaient plus espacées et c'est lui qui m'appelait, c'était pas posé comme ça, voilà, et c'est intéressant parce que c'était un peu ponctuel, parfois ça pouvait être plus régulier, et s'il y avait un vendredi où je venais pas, bah le vendredi d'après c'était « pourquoi vous n'êtes pas venue ? » « bah oui vous ne m'avez pas demandé, pourquoi je viendrais ?! » c'est aussi une forme, dans la posture, c'est de le rendre à César ce qui à César, c'est-à-dire d'inverser les choses, et c'est là que peut être il y a un chemin qui mène à l'indépendance et vers l'autonomie, qu'ils soient acteurs, et nous juste support de de ces actes-là.

-Question 7 : Selon-vous, qu'est-ce que l'intimité d'une personne, notamment dans le cadre de son domicile ?

-Pour moi déjà, peut être, mais c'est vrai que ça risque d'être un peu vague, pour moi l'intimité de la personne c'est tout ce que elle va avoir du mal à dévoiler, où va essayer de préserver, de protéger, ça c'est son intimité. Et du coup, je pense que le baromètre n'est pas mis au même endroit pour chacun, et dans le sens inverse aussi d'ailleurs. L'intimité elle est aussi dans le sens inverse, par exemple, nous aussi il y a des choses qu'on peut accepter et des choses pour lesquelles on peut avoir nos limites aussi. Moi par exemple, pour vous dire, quelque chose d'intime, je sonne, la personne m'attendait, elle savait que je venais ce jour-là, et elle m'ouvre en caleçon, voire en culotte. Et ouvrant, en attendant que je rentre, donc je lui dis, enfin de manière plutôt bienveillante, « Mr machin, ce que je vous propose, c'est peut-être que je viens vous réveiller, ou je n'arrive pas au bon moment, je vous propose plutôt de fermer la porte, de vous habiller, de vous rendre disponible, pour revenir m'ouvrir la porte, m'accueillir ». Et ça c'est aussi dans l'autre sens, il y a des choses que nous, on a pas forcément aussi envie de mettre le pied dedans, voilà.

-Question 8 : Lors d'une intervention à domicile, comment vous positionnez-vous par rapport à l'intimité de la personne ?

- oui c'est ça, je suis désolée, j'ai un peu répondu à la question en avance, bah ça montre justement que tout ça c'est un seul travail et que tout est lié. En bref, savoir gérer les limites, savoir poser les limites, gérer ses propres limites et appréhender celles des autres. C'est un aller-retour dans la relation, la personne elle va s'approprier nos limites.

-Question 9 : Pouvez-vous expliquer comment une personne atteinte de schizophrénie peut éviter les risques liés à sa manière d'habiter pathologique afin d'être en sécurité chez elle sans pour autant parler d'accompagnement en ergothérapie ?

C'est une drôle de question ça, euh.. bah je pense vraiment, c'est que en fait l'essentiel c'est que la personne se soit approprié son domicile et qu'elle, y ait investi des limites, des exigences et surtout qu'elle prenne un minimum de plaisir, à euh bah j'ai envie de dire s'en occuper, mais plutôt l'investir, y investir un peu d'elle. Il faut qu'elle soit plus

ou moins, ça peut paraître maladroit de le dire comme ça, mais ça doit être gratifiant en fait, de faire bah, les tâches ménagères par exemple, sinon bah, pour tout le monde, hein, sinon c'est plus dur de le faire et il y a moins de raison de le faire, outre ce qu'on disait, la santé et le rapport aux voisins, mais ça, une personne psychotique elle peut avoir du mal à l'intégrer ouais.

-Question 10 : Pouvez-vous alors me parler des moyens que vous pouvez mettre en place au domicile en collaboration avec la personne pour permettre cela ?

- Qu'est-ce qu'on avait évoqué comme risques sanitaires et sociaux déjà ?

-Et bien pour des risques sociaux, c'était notamment beaucoup bah l'expulsion, la stigmatisation, le squattage. Pour les risques sanitaires, euh, on a parlé je crois de comportements pouvant mener à des intoxications, on a pas parlé de risque de chute en revanche, on a parlé des bêtes, des punaises de lit, d'ailleurs j'ai rencontré des cas sur le stage que je viens de finir.

-Ah je sais pas... c'est peut être une réalité, mais c'est vrai que j'ai l'impression à tort ou à raison, c'est que en région parisienne là, c'était quelque chose de, d'assez répandu dans la population de toutes façons. Chez des patients psychotiques et chez des personnes lambda, j'ai pas le souvenir d'avoir autant entendu parler des punaises de lit que là, ces derniers temps, je veux dire euh.. après je sais pas, est-ce que finalement ça fait partie... après dans la gestion du problème c'est ça : ne pas agir, de pas alerter...

-Oui c'est surtout ça je pense aussi, on a aussi, il me semble évoqué l'inverse de tout ça, le le désinvestissement total, l'errance, l'errance dans la rue. Par rapport à ça vous me parliez de la notion d'habitat, de s'approprier les lieux. J'ai aussi d'ailleurs rencontré, des patients, euh, pris d'angoisses, ça ça m'a beaucoup marqué, à l'inverse total de l'incurie, une personne qui était complètement prise d'angoisse de contamination, et qui en fait a chuté et s'est évanouie avec les gaz de ses produits ménagers parce qu'il récurait ses toilettes, et en fait il s'est ouvert le crâne contre la cuvette avec les gaz de... parce qu'en fait il avait fait des mélanges complètement absurdes de javel de machin... et il s'est évanouit.

-Euh alors, les moyens, déjà comme on l'avait dit, d'établir une relation de confiance où la personne se sent libre d'être elle-même en notre présence, et de dévoiler finalement ses zones de confort mais aussi ses zones fragiles, d'insécurité et autres, à partir de là, moi, souvent, à petites doses, de ma place, souvent l'idée c'est que la personne crée des des repères chez elle, qu'elle puisse éprouver un petit peu de plaisir en faisant chez elle. Du coup moi je peux jouer au domicile, faire des jeux de société ou autre, je peux cuisiner, faire des courses, avec le patient...qu'est-ce qu'on peut faire... ça m'est arrivé d'aménager, de décorer son habitat, à aller faire des petits travaux aussi ça m'est arrivé, c'est ce genre de moyens j'ai envie de dire. Et parfois ça m'est arrivé de ne rien faire, d'y aller, de se poser, et de discuter, que le patient me propose un café voilà. Donc à la fois c'est ce genre de propositions et ce dont la personne a envie, et se sent en mesure d'investir au moment T en fait, voilà.

-Question 11 : Comment une personne ayant une schizophrénie peut-elle mieux s'approprier son domicile mais aussi y être plus autonome ?

-Euh se l'approprier, c'est de l'amener et alors c'est de s'y projeter dedans, d'avoir des représentations de son domicile, de pouvoir expérimenter son domicile, et du coup comme on le disait, par des mises en situation, faire avec le patient, euh... et dont l'espoir, l'idée, l'intention qu'il puisse éprouver, comme on disait, un certain apaisement, confort et sentiment de plaisir voilà, et de s'y sentir en sécurité, préservé et protégé de l'extérieur (extérieur qui peut être très agressif pour les psychotiques), c'est ce mettre à l'abri et de pouvoir fermer la porte. Et pour l'autonomie, franchement c'est dur de répondre, encore et toujours, c'est du cas par cas, et je saurai pas trop donner de réponse globale, on voit avec le patient, on fait avec ce qu'il nous donne.

-Question 12 : Cela peut-il, selon vous, contribuer à ce que la personne se préserve de ces risques sanitaires et sociaux ?

-Oui bien sûr, en tout cas je pense même à son maintien, à sa stabilité et à son équilibre psychique évidemment euh... Voilà, c'est aussi une manière aussi de de s'investir soi-même, on prend parfois soin de soi-même en prenant soin de son environnement, donc parfois on est incapable de s'occuper de soi-même, de son corps etc... et parfois ça passe par le dehors avant de revenir au-dedans, et ça rejoint un peu tout ce qu'on disait. En termes de sécurité euh.. je dirais oui, après malheureusement vous savez il faut aussi, je pense, accepter l'idée qu'une personne, et bien parfois elle est seule à la maison et que, on ne peut que lui faire confiance. Faire irruption quand on sent un danger imminent... voilà mais ça j'ai envie, c'est de l'ordre de, comment dire, l'interventionnisme pour tout le monde, mais malheureusement, bah si la personne euh... ça ne veut pas dire que voilà, comment dire... ce n'est pas non plus enfin... on peut pas dire que c'est imprévisible ou impossible, bah oui, parfois ça peut arriver, mais parfois comme aussi une personne âgée peut chuter chez, peut voilà... Je pense aussi que le travail c'est aussi de de de faire comprendre à la personne qu'on est tout à fait disponible et qu'il faut pas hésiter à rentrer en contact en cas de soucis. C'est très important, de d'accompagner la personne certes, mais aussi de s'assurer qu'elle pourra demander.

Annexe IX : Tableau I, codage du premier thème

Thème n°1 : Connaissance de la personne interrogée		
<p>1 = question n°1, portant sur l'expérience de la personne interrogée 2 = question n°2, portant sur l'orientation théorique adoptée lors des interventions à domicile</p>		
<i>Ergothérapeute</i>	<i>Eléments de réponse restitués AD VERBATIM</i>	<i>Codage/thématique des réponses</i>
Mme A	<p>1. « J'ai travaillé à partir de 2004 [...] j'ai fait de l'intra, du CATTP, de l'HDJ »</p> <p>2. « Une orientation psychodynamique psychanalytique »</p>	<p>1. -18 ans d'expérience -Lieux d'exercice : intra-hospitalier, CATTP et HDJ</p> <p>2. -Orientation théorique psychodynamique</p>
Mr B	<p>1. « En intra-hospitalier, ici, depuis à peu près une trentaine d'années »</p> <p>2. « En termes clinique un fond de jeu psychodynamique » « J'ai aussi beaucoup teinté de phénoménologie mon approche »</p>	<p>1. -Une trentaine d'années d'expérience -Lieu d'exercice : intra-hospitalier</p> <p>2. -Orientations théoriques : psychodynamique et phénoménologie</p>
Mme C	<p>1. « Je travaille depuis 2018 [...] hôpital de jour et intra hospitalier » « j'interviens dans des appartements thérapeutiques »</p> <p>2. « Je suis plutôt euh, psychodynamique psychanalytique »</p>	<p>1. -4 ans d'expérience - Lieu d'exercice : HDJ, intra hospitalier et appartements thérapeutiques</p> <p>2. Orientation théorique psychodynamique</p>
Mme D	<p>1. « Actuellement je bosse sur une structure intra-hospitalière [...] et une unité aussi de réhabilitation psychosociale, depuis 2011 »</p> <p>2. « Pas vraiment en fait » « On est sur du quotidien, c'est plutôt un angle de vue euh...occupationnel »</p>	<p>1. -11 ans d'expérience -Lieux d'exercice : intra-hospitalier et unité de réhabilitation psychosociale</p> <p>2.-Pas d'orientation théorique déterminée mais angle de vue occupationnel</p>
Mme E	<p>1.« 10 ans que je travaille en psychiatrie [...] à la fois sur l'intra et l'extra [...] CATTP, et une demi-journée [...] dans des appartements associatifs »</p> <p>2. « J'y vais pas d'emblée chez la personne avec un courant conceptuel prédéfini » « Je sais pas si on peut appeler ça modèle conceptuel, je caricature un peu, de la rencontre » « une façon d'être, une façon de rencontrer » « une façon d'être, une façon de rencontrer l'autre »</p>	<p>1.10 ans d'expérience -Lieux d'exercice : intra-hospitalier, CATTP et appartements thérapeutiques</p> <p>2.-Pas d'orientation théorique déterminée mais suit comme un modèle de « la rencontre »</p>

Annexe X : Tableau II, codage du deuxième thème

Thème n°2 : La notion de manière pathologique d'habiter et ses risques		
<i>3= question n°3, portant sur la définition de « manière pathologique d'habiter »</i>		
<i>4 = question n°4, portant sur les risques sanitaires et sociaux d'une telle manière d'habiter</i>		
<i>5 = question n°5, portant sur la pertinence du travail de l'ergothérapeute auprès des personnes ayant une telle manière d'habiter</i>		
Ergothérapeute	Éléments de réponse restitués AD VERBATIM	Codage / thématiques des réponses
Mme A	<p>3. « Je ne pense pas en avoir une définition précise » « C'est le rapport à l'environnement direct, le logement » « Plus ou moins investir son habitation [...] personnaliser son lieu » « Avec tous ces risques pour eux-mêmes mais aussi pour les autres »</p> <p>4. « Je pense à l'incurie [...] l'hygiène [...] tout ce qui est alimentaire » « Débranchent leurs câbles [...] leur frigo » « C'est dangereux pour eux » « C'est des personnes qui s'isolent beaucoup »</p> <p>5. « Pour moi c'est pertinent » « une expertise ergo » « Si c'est à leur demande » « Pour rompre cet isolement » « On a une mission d'évaluation [...] repérer des choses qui pourraient mettre en danger » « évaluer les risques »</p>	<p>3. -Ne connaît pas la notion de manière pathologique d'habiter -Il s'agit du rapport de la personne ayant des troubles psychiques avec son espace de vie -Cela concerne sa capacité à investir et s'approprier son logement -C'est un comportement amenant la personne à se mettre en danger elle-même ou à nuire à autrui</p> <p>4. -Les notions d'hygiène personnelle et/ou du logement sont en jeu - La notion de gestion de l'environnement est en jeu - Cette manière d'habiter présente des risques sanitaires pour la santé de la personne -Cette manière d'habiter présente des risques sociaux</p> <p>5. -l'ergothérapeute a un rôle pertinent et une expertise au domicile des personnes ayant un habiter pathologique -Il s'agit de ne pas d'être interventionniste et normatif -Intérêt pour rompre l'isolement des personnes -Intérêt pour évaluer la situation de la personne, les risques</p>
Mr B	<p>3. « Ça supposerait une corrélation entre un trouble psychique et dont [...] la personne se meut dans son environnement » « C'est pas tant ce que fait la personne chez elle [...] c'est faire nuisance à l'habiter commun » « la pathologie de l'habiter ne serait pas convenable dans l'articulation avec la dimension sociale »</p> <p>4. « Des situations chaotiques [...] Diogène [...] Syllogomanie » « Les bestioles [...] les odeurs » « D'appartement complètement détruits ou non investis »</p>	<p>3. -Il s'agit du rapport de la personne ayant des troubles psychiques avec son espace de vie -C'est une notion prenant forme en société, à l'encontre des libertés personnelles et collectives</p> <p>4. -La notion de gestion de l'environnement est en jeu - Les notions d'hygiène personnelle et/ou du logement sont en jeu</p>

	<p>« Le risque sanitaire est évident » « la situation d'incurie [...] les bestioles, l'insalubrité »</p> <p>« Problématiques relationnelles sociales [...] le risque c'est que la personne perde son appartement »</p> <p>« Il y a une perte fondamentale d'autonomie [...] d'indépendance fonctionnelle [...] la personne n'est plus en mesure de gérer cette situation d'une quotidienneté domestique »</p> <p>5. « Eviter le systématisme » « il faut se garder [...] de l'interventionnisme »</p>	<p>-Cela concerne sa capacité à investir et s'approprier son logement</p> <p>-Cette manière d'habiter constitue un risque sanitaire pour la santé des personnes</p> <p>-Cette manière d'habiter constitue un risque social</p> <p>-Cette manière d'habiter peut affecter l'autonomie</p> <p>5. -Il s'agit de ne pas d'être interventionniste et normatif</p>
Mme C	<p>3. « J'avoue que c'est la première fois que j'entends parler de ce concept [...] un petit peu de mal à l'imaginer »</p> <p>« A partir du moment où la personne se met en danger ou dérange les voisins c'est notable » « Ce domaine relationnel, avec les voisins [...] en colocation »</p> <p>« Les voisins qui regardent de manière bizarre dans le couloir »</p> <p>« La maladie mentale peut créer des difficultés dans son environnement, pour soi et pour les autres »</p> <p>4. « Ah oui il y a aucun doute »</p> <p>« La relation avec les voisins peut être impactée » « des relations qui peuvent être toxiques avec les voisins »</p> <p>« Un syndrome de Diogène [...] de tonnes de déchets »</p> <p>« Dégradation des murs ou des choses comme ça »</p> <p>« Pour eux-mêmes [...] c'est la mise en danger » « des patients qui se mettent en danger dans des comportements à risques »</p> <p>5. « On a vraiment un rôle important »</p> <p>« Dans ce travail du transfert des acquis »</p> <p>« Travail de la vie quotidienne » « pas du tout éducatif »</p> <p>« On évalue »</p>	<p>3.-Ne connaît pas la notion de manière pathologique d'habiter</p> <p>-C'est une notion prenant forme en société, à l'encontre des libertés personnelles et collectives</p> <p>-C'est un comportement amenant la personne à se mettre en danger elle-même ou à nuire à autrui</p> <p>-Il s'agit du rapport de la personne ayant des troubles psychiques avec son espace de vie</p> <p>4. -Cette manière d'habiter constitue un risque sanitaire pour la santé des personnes</p> <p>-Cette manière d'habiter constitue un risque social</p> <p>-La notion de gestion de l'environnement est en jeu</p> <p>- Les notions d'hygiène personnelle et/ou du logement sont en jeu</p> <p>5.-l'ergothérapeute a un rôle pertinent et une expertise au domicile des personnes ayant un habiter pathologique</p> <p>-Intérêt pour évaluer la situation de la personne, les risques</p>
Mme D	<p>3. « C'est mettre en danger les autres et lui-même » « dangereux pour eux-mêmes » « si ça convient et que c'est dangereux ni pour eux ni pour les autres »</p> <p>« On se confronte aux sphères sociales en fait »</p> <p>« Des situations délicates par rapport aux voisins »</p>	<p>3-C'est un comportement amenant la personne à se mettre en danger elle-même ou à nuire à autrui</p> <p>-C'est une notion prenant forme en société, à l'encontre des libertés personnelles et collectives</p>

	<p>« Qu'ils ne peuvent pas forcément résoudre eux-mêmes » « C'est très invalidant » « Aucune conscience de la gravité que ça peut être quoi »</p> <p>4. « Les insectes, les punaises de lit » « des problèmes d'odeur, de bruits » « Récupérait des dizaines de yaourts, beurre, etc... qu'elle ne mettait pas au frigo [...] elle se nourrissait que de ça » « Des syndromes de Diogène » « Des installations électriques [...] de gaz [...] très défailantes » « De se couper totalement » (de l'extérieur) « on peut penser à l'expulsion »</p> <p>5.« Elle est tout à fait pertinente » « Un œil un peu pragmatique, pratique, qui est typique ergo » « Dans le but de les aider à maintenir, ou de retourner dans leur appartement »</p>	<p>-Cette manière d'habiter peut affecter l'autonomie de la personne -C'est une notion ayant un lien avec les troubles de l'insight</p> <p>4.-Cette manière d'habiter constitue un risque sanitaire pour la santé des personnes -La notion de gestion de l'environnement est en jeu - Les notions d'hygiène personnelle et/ou du logement sont en jeu -Cette manière d'habiter constitue un risque social</p> <p>5.- l'ergothérapeute a un rôle pertinent et une expertise au domicile des personnes ayant un habiter pathologique -L'ergothérapeute a un rôle dans le maintien et la réinsertion au domicile des personnes ayant une manière pathologique d'habiter</p>
Mme E	<p>3. « C'est un peu la traduction des symptômes sur le lieu de vie » « En fonction de quelle norme [...] il s'agit de mettre en parallèle le comportement des patients avec un regard social » « Sécurité, c'est vis-à-vis de la santé de la personne [...] il peut nuire à lui-même et aux autres » « Il n'est plus en capacité d'être chez lui » « Il n'est plus en capacité de juger ses actes, il y a une altération du jugement »</p> <p>4. « On peut penser au syndrome de Diogène [...] la question de l'incurie » « Risque sanitaire [...] d'hygiène de vie » « La question de l'entourage, du voisinage » « il peut y avoir de [...] l'expulsion » « le risque de stigmatisation » « Il peut y avoir des squatteurs aussi, il peut y avoir des violences » « Des bêtes, des petits cafards » « et que ça migre vers le voisinage » « Un logement insalubre et inhabitable »</p> <p>5.« Elle l'est tout à fait » « on adapte »</p>	<p>3.-Il s'agit du rapport de la personne ayant des troubles psychiques avec son espace de vie --C'est un comportement amenant la personne à se mettre en danger elle-même ou à nuire à autrui -C'est une notion prenant forme en société, à l'encontre des libertés personnelles et collectives -Cette manière d'habiter peut affecter l'autonomie de la personne -C'est une notion ayant un lien avec les troubles de l'insight</p> <p>4.-La notion de gestion de l'environnement est en jeu - Les notions d'hygiène personnelle et/ou du logement sont en jeu -Cette manière d'habiter constitue un risque sanitaire pour la santé des personnes -Cette manière d'habiter constitue un risque social</p> <p>5. - l'ergothérapeute a un rôle pertinent et une expertise au domicile des personnes ayant un habiter pathologique</p>

Annexe XI : Tableau III, codage du troisième thème

Thème n°3 : La posture de l'ergothérapeute au domicile en psychiatrie		
<p>6 = question n°6, portant sur la posture de l'ergothérapeute au domicile de la personne schizophrène 7 = question n° 7, portant sur la notion d'intimité de la personne au sein de son domicile 8 = question n°8, portant sur le positionnement de l'ergothérapeute vis-à-vis de l'intimité de la personne schizophrène à son domicile</p>		
<i>Ergothérapeute</i>	<i>Éléments de réponse restitués AD VERBATIM</i>	<i>Codage / thématiques des réponses</i>
Mme A	<p>6. « Je ne pourrais pas vous dire exactement quelle posture j'adopte » « Les précautions [...] faire attention » « attendre que la personne m'autorise » « M'installer dans les parties qui sont faites pour accueillir » « attendre les indications » « Avoir en tête la demande, la pertinence, pourquoi on est là » « Il y a une grosse différence entre intervenir au domicile et faire venir la personne dans l'atelier »</p> <p>7. « Définir l'intimité c'est compliqué » « L'intime c'est tout l'appartement [...] on rentre on est dans l'intime »</p> <p>8. « C'est comment ne pas être intrusif » « J'irai pas balader mes yeux partout » « Le cadre qu'on a en nous, on le transporte au domicile » « C'est comme un prérequis pour que la personne s'ouvre mieux » « il faut travailler la confiance »</p>	<p>6. -Il est difficile de décrire précisément la posture au domicile -Il s'agit d'avoir des précautions, d'être respectueux -Il s'agit de rester professionnel -C'est une relation différente qu'en structure de soins</p> <p>7. -Il est complexe de définir l'intimité -L'intimité englobe tout le lieu de vie</p> <p>8. -Il ne faut pas se montrer intrusif -Il faut intérioriser le cadre thérapeutique -Une bonne relation thérapeutique au domicile est essentielle</p>
Mr B	<p>6. « Il y a un retournement asymétrique » « la relation thérapeutique doit se perpétuer dans un contexte qui n'est plus le contexte habituel » « on est pas sécurisé par le lieu de soins » « Le terme de position [...] on peut en changer [...] souplesse adaptative » « Pouvoir ajuster/arranger notre manière d'être » « position de réflexivité » « Je vais m'asseoir là où on me propose » « Ne doit pas être une relation d'intimidation »</p> <p>7. « L'intimité c'est d'abord un droit inaliénable » « article 9 du code civil » « La distinction qu'il y a entre l'intime et le social » « Cette notion de zones de l'habitat » « Cette intimité se révèle dans ce que vous dit l'autre »</p>	<p>6. -C'est une relation différente qu'en structure de soins -C'est un travail d'ajustement et d'adaptation perpétuels -Il s'agit d'avoir des précautions, d'être respectueux -Il s'agit d'adopter une relation horizontale</p> <p>7. -L'intimité est un droit -La sphère de l'intime s'oppose à celle du social -L'intimité englobe tout le lieu de vie -L'intimité est contenue dans le discours de la personne</p>

	<p>8. « C'est que vous êtes intrusif » « Je n'ai pas à le savoir » « la révélation de l'intimité jusqu'à une dimension que vous considérez comme une crudité, qui peut avoir son impudeur »</p>	<p>8. -Il ne faut pas se montrer intrusif -Il faut également considérer l'intimité du professionnel</p>
Mme C	<p>6. « Pas être dans une position verticale, [...] le plus possible dans une position horizontale » « Un questionnement à avoir au niveau de l'éthique » « Demander l'autorisation de rentrer » « être très respectueux » « ne pas être dans le jugement » « On n'a rien besoin de dire frontalement »</p> <p>7.« L'intimité c'est le droit de pas tout me dire, de pas tout me montrer » « C'est vraiment les patients qui déterminent ce qu'est l'intime [...] je peux pas déterminer ce qui est intime, c'est le patient qui le défini »</p> <p>8.« Travailler sur le respect des limites » « On partage un peu plus de soi quand on est au domicile » « Ne jamais bousculer » « ne pas affronter de front » « Garder un climat de confiance » « Valoriser la relation de confiance parce que si elle est brisée dès le début, bah, on sait directement que ça va mener à rien [...] ça apporte par la suite encore plus de potentiel »</p>	<p>6.-Il s'agit d'adopter une relation horizontale -C'est un travail sur l'éthique et la déontologie -Il s'agit d'avoir des précautions, d'être respectueux</p> <p>7.-L'intimité dépend de la personne, c'est elle qui la détermine -L'intimité est contenue dans le discours de la personne</p> <p>8.-Il faut également considérer l'intimité du professionnel -Il ne faut pas se montrer intrusif -Une bonne relation thérapeutique au domicile est essentielle</p>
Mme D	<p>6.« Leur poser la question [...] ne rien faire de notre propre initiative »</p> <p>7.« Ça dépend de chacun » « Du palier à chez eux, c'est déjà le premier pas dans l'intime » « tout est intimité en fait dans un appartement »</p> <p>8.« C'est d'essayer de ne jamais être intrusif » « ne pas mettre mal à l'aise » « Il faut aussi travailler avec notre intimité, on peut être atteints par celle des patients »</p>	<p>6. -Il s'agit d'avoir des précautions, d'être respectueux</p> <p>7. L'intimité dépend de la personne, c'est elle qui la détermine -L'intimité englobe tout le lieu de vie</p> <p>8.-Il ne faut pas se montrer intrusif -Il faut également considérer l'intimité du professionnel</p>
Mme E	<p>6.« Je ne mets pas un pied chez quelqu'un sans sa demande, sans son accord » « Ça fait d'abord appel à des concepts éthiques, déontologiques et philosophiques » « C'est pas le patient qui est chez nous, qui vient dans une structure de soins, mais nous sommes chez le patient »</p>	<p>6.-Il s'agit d'avoir des précautions, d'être respectueux -C'est un travail sur l'éthique et la déontologie -C'est une relation différente qu'en structure de soins</p>

	<p>7.« Ce que la personne va accepter ou non de partager » « Le baromètre n'est pas mis au même niveau pour chacun » « L'intimité de la personne c'est tout ce qu'elle va avoir du mal à me dévoiler »</p> <p>8.« Je toque et j'attends déjà » « J'insiste pas » « J'attends que la personne m'invite à visiter une partie de son domicile » « La posture de respecter son intimité » « Une posture neutre, bienveillante et sans jugement » « Bien sûr dans les limites de chacun » « L'intimité elle est aussi dans le sens inverse, nous aussi il y a des choses qu'on peut accepter et des choses pour lesquelles on peut avoir nos limites » « Gérer ses propres limites et appréhender celles des autres »</p>	<p>7.-L'intimité dépend de la personne, c'est elle qui la détermine -L'intimité est contenue dans le discours de la personne</p> <p>8. -Il ne faut pas se montrer intrusif -Il faut également considérer l'intimité du professionnel -Une bonne relation thérapeutique au domicile est essentielle</p>
--	--	---

Annexe XII : Tableau IV, codage du quatrième thème

Thème n°4 : Les moyens mis en place par l'ergothérapeute au domicile de la personnes schizophrène ayant une manière pathologique d'habiter		
<p>9 = question n°9, portant sur ce que la personne peut faire afin d'éviter de s'exposer aux risques liés à sa manière pathologique d'habiter 10 = question n°10, portant sur les moyens que peut mettre en place l'ergothérapeute afin d'éviter à la personne de s'exposer à ces risques 11 = question n°11, portant sur l'appropriation du domicile et l'autonomie 12 = question n°12, portant sur le lien entre ces deux dernières notions et les risques sanitaires et sociaux liés à la manière pathologique d'habiter</p>		
Ergothérapeute	Eléments de réponse restitués AD VERBATIM	Codage / thématique des réponses
Mme A	<p>9. « Verbaliser ses difficultés [...] donne des indices sur ce qui ne va pas » « Le lien que la personne peut avoir avec vous [...] vous repérer comme la personne ressource [...] qui va pouvoir répondre aux questions » « C'est aussi éviter la conduite à risque »</p> <p>10. « Il s'agit de ne pas être trop interventionniste » « Si on est dans quelque chose de trop normatif, ça peut être violent » « C'est bien sûr des visites à domicile » « Des mises en situation » « Pouvoir aborder à travers la médiation [...] comme point de départ » « C'est impossible de faire les choses rapidement » « prendre le temps » « Demander ses difficultés [...] ses besoins [...] faut que le patient ait envie » « Investir les lieux [...] que les choses aient du sens » « Les recettes je vois bien que ça sert à rien » « Les visites hebdomadaires ça peut aussi être le fait de recevoir, ça peut être un levier pour faire attention » « A partir du moment où on vient de temps en temps voir comment ça se passe et discuter [...] on va protéger et aider » « L'orienter sur des choses à l'extérieur »</p> <p>11. « Qu'elle investisse les lieux, c'est comme ça qu'on travaille l'autonomie » « L'autonomie on va la chercher à travers la restauration de la place de sujet [...] que la personne se sente sujette chez elle » « L'autonomisation totale [...] le transfert des acquis moi j'y crois pas trop »</p>	<p>9. -Pour éviter les risques, la personne doit garder des contacts pouvant l'aider et verbaliser ses difficultés - Pour éviter les risques, la personne doit éviter les conduites à risques</p> <p>10. -Il s'agit de ne pas d'être interventionniste et normatif -Les visites à domicile sont un moyen -Les mises en situation sont un moyen -La médiation est un moyen -C'est une approche patient-centrée -L'accompagnement de la personne dans l'appropriation de son domicile est un moyen -Il n'y a pas d'unique manière de faire -Il est important d'orienter la personne vers l'extérieur -C'est un travail interdisciplinaire -L'accompagnement est un travail de soutien et de présence sur le long terme -L'entretien est un moyen</p> <p>11. -Appropriation du domicile et autonomie sont liées -Il est important d'accompagner la personne dans sa valorisation, cela va lui permettre de mieux s'approprier son domicile -Ne croit pas à l'autonomisation totale de la personne en psychiatrie</p>

	<p>12. « Il y a des symptômes très résistants » « On va pas pouvoir y remédier »</p>	<p>12. -Il ne faut pas oublier que la pathologie reste chronique -En tant qu'ergothérapeute il n'est pas possible de résoudre tous les problèmes des personnes</p>
Mr B	<p>9. « Optimisation [...] favorisez les conditions de vie moins difficiles » « Elle peut faire ses tâches ménagères [...] faire le nécessaire [...] pour ne pas déranger les voisins, attirer les bestioles [...] ne pas ingurgiter d'aliments passés »</p> <p>10. « Il n'est pas toujours ni possible ni pertinent d'intervenir » « Lorsque la personne en fait la demande » « va partie de [...] la volonté de la personne » « C'est la personne qui est au centre » « Une visée relationnelle » « une activité qui relève quasiment exclusivement de la relation » « Visiter la personne » « Essayer de la raisonner, discuter » « c'est un discours de bon sens et de conseils » « signifier les choses en l'état » « Aider à descendre les poubelles » « faire du ménage » « Un appoint pratique [...] qui va soulager une forme d'angoisse » « Il s'agit de faire avec » « Aller sur les structures de jour, sur le tissu associatif, aller au cinéma, se promener, faire la cuisine » « Être en lien avec les partenaires [...] travailler sociaux [...] médecin [...] office HLM » « ce sont des moyens de réseau » « Qualité d'observation [...] il faut savoir regarder » « Vous arrivez pas avec votre bilan préconstitué avec des cases à cocher » « Vous de faites pas un état des lieux » « l'interventionnisme n'a rien à faire »</p> <p>11. « autonome, c'est gérer ce lien de dépendance dans son environnement » « On vient faire acte de validation de cette capacité » « Permettre de se sentir chez soi » « Perpétuation du sentiment d'exister [...] cette valorisation »</p>	<p>9. -Pour éviter les risques, la personne doit pouvoir doit s'autonomiser sur les tâches d'hygiène et d'entretien -Pour éviter les risques, la personne doit éviter les conduites à risques.</p> <p>10. -L'intervention de l'ergothérapeute n'est pas automatique -C'est une approche patient-centrée -C'est avant tout un travail relationnel -Les visites à domicile sont un moyen -L'entretien est un moyen -Les mises en situation sont un moyen -Les accompagnements ponctuels pour des tâches précises sont un moyen, mais il ne s'agit pas de « faire à la place de » -C'est un accompagnement de stimulation de la personne -C'est un accompagnement sur la sphère sociale de la personne -Il est important d'orienter la personne vers l'extérieur -C'est un travail interdisciplinaire -L'ergothérapeute a des qualités d'observation dans ce type d'accompagnement -Il n'y a pas d'unique manière de faire -Il ne s'agit de ne pas d'être interventionniste et normatif</p> <p>11. -L'autonomie est importante pour ce public -Pour la personne, devenir autonome c'est pouvoir moins dépendre d'aides extérieures et créer des habitudes -Pour la personne s'approprier le domicile c'est de s'y projeter, de se sentir bien chez elle, y prendre du plaisir</p>

	<p>12. « si l'intérieur c'est le chaos [...] ça ne fera pas résolution de quelque chose » « Ça y participe très largement » « Elle se reconnaît comme étant en mesure de vivre chez elle » « Elle se forge un espace de confort » « Entretenir des habitudes » « la ritualité des habitudes installe le confort, la sécurité » « Un socle sur lequel s'appuyer, sur lequel l'équipe qui accompagne puisse travailler »</p>	<p>-L'ergothérapeute vient évaluer l'autonomie de la personne-Il est important d'accompagner la personne dans sa valorisation, cela va lui permettre de mieux s'approprier son domicile</p> <p>12. -Il ne faut pas oublier que la pathologie reste chronique -En tant qu'ergothérapeute il n'est pas possible de résoudre tous les problèmes des personnes. -L'autonomisation de la personne participe à sa sécurité et son bien-être -L'appropriation du domicile par la personne participe à sa sécurité et son bien-être -L'accompagnement de la personne dans l'appropriation de son domicile est un moyen</p>
Mme C	<p>9. « De toutes façons il se réfugiera dans le symptôme [...] le délire est là pour protéger » « c'est la sécurité que la personne s'apporte-elle-même » « Elle va se trouver plus en sécurité si elle s'occupe un minimum de son appartement par exemple et ça, ça va à la fois améliorer la relation avec les voisins en plus d'éviter les comportements à risques »</p> <p>10. « travailler sur ce relationnel » « c'est très relationnel en pratique » « L'intervention elle est beaucoup autour de la vie en collocation » « En visites à domicile » « Faire aussi tout ce travail de médiation » « trouver des stratégies ensemble » « Trouver des solutions en discutant, parlant » « Un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne [...] » « on fait le ménage ensemble » « ordonner l'espace » « accompagner les patients pour qu'ils puissent trouver une solution » « le faire ensemble [...] il s'agit pas de faire à la place de » « lui donner des tâches à domicile si je puis dire » « Ça peut être long de la mettre en place » « Accompagner sur des repères spatio-temporels » « accompagner à trouver sa place dans l'appartement, trouver ses repères, se sentir bien » « visiter le quartier [...] accompagnement pour voir où est la poste, le tabac, où est le Franprix et visiter le quartier » « que tout soit vécu dans une globalité » « Faire appel à des aides ménagères par exemple »</p>	<p>9. -La personne se protège par la pathologie de l'habiter, c'est sa sécurité -Pour éviter les risques, la personne doit pouvoir doit s'autonomiser sur les tâches d'hygiène et d'entretien -Pour éviter les risques, la personne doit éviter les conduites à risques.</p> <p>10. -C'est avant tout un travail relationnel -C'est un accompagnement sur la sphère sociale de la personne -Les visites à domicile sont un moyen -La médiation est un moyen -L'entretien est un moyen -Les accompagnements ponctuels pour des tâches précises sont un moyen, mais il ne s'agit pas de « faire à la place de » -L'accompagnements pour aider la personne à prendre des repères chez elle et dans son quartier est un moyen -L'accompagnement de la personne dans l'appropriation de son domicile est un moyen</p>

	<p>« Améliorer le visuel de l'appartement par exemple » « créer une peinture ou un truc comme ça à accrocher au mur » « l'accompagne à installer des meubles »</p> <p>11. « accompagné au domicile, investir l'appartement et gagner en autonomie » « Ce travail de stigmatisation » « Ces rituels de gestes de l'entretien de la maison pour pouvoir s'investir, se sentir bien »</p> <p>12. « Il n'y a aucun facteur prédictif d'un bien-être des patients » « Ils ont une maladie qui est extrêmement énergivore, qui est longue à traiter » « On aura beau tout faire comme il faut, on pourra pas être sûr que ça va fonctionner » « Il n'y a pas de protocole » « rien n'est magique » « il n'y a pas de remède ultime » « on a donné les outils et c'est à lui de les utiliser » « c'est lui qui vit, c'est lui qui fait » « Être autonome c'est aussi parfois se casser la figure, et le but aussi c'est qu'on soit là quand il se casse la figure » « dans la durée et la permanence »</p>	<p>-Il est important d'orienter la personne vers l'extérieur et de travailler avec l'extérieur</p> <p>11. -Appropriation du domicile et autonomie sont liées -Pour la personne s'approprier le domicile c'est de s'y projeter, de se sentir bien chez elle, y prendre du plaisir -Il est important de déstigmatiser cette population -L'autonomie est importante pour ce public -Pour la personne, devenir autonome c'est pouvoir moins dépendre d'aides extérieures et créer des habitudes</p> <p>12. -Il ne faut pas oublier que la pathologie reste chronique -En tant qu'ergothérapeute il n'est pas possible de résoudre tous les problèmes des personnes. -Il ne faut pas oublier que c'est la personne qui est actrice de sa propre santé -L'accompagnement est un travail de soutien et de présence sur le long terme</p>
Mme D	<p>9.« D'éviter le gaz » « Le fait d'habiter en étage élevé » « Faire le ménage régulièrement » « faire un planning, le vendredi ça sera aspirateur, lundi ça sera les courses... » « Le fait de ritualiser » « Trouver des personnes de confiance dans l'entourage [...] quand ça va pas bien, contacter le CMP, le centre d'urgence, la pharmacie du coin... »</p> <p>10.« De qui va pouvoir être mis en place pour que la personne se sente le mieux possible à son domicile, avec ce qui lui correspond » « qu'est-ce qui serait important pour elle ? » « Repérer un peu le quartier » « Mettre en place des plannings » « On réfléchit ensemble à comment est-ce qu'on va organiser » « Une aide à aménager l'appartement » « Travaux de peinture » « changer une ampoule » « Les prévoir de manières plus ou moins régulière, plus ou moins espacée » « De savoir qu'on vient, ça leur permet de se motiver, que c'est un élan de dynamisme pour eux [...] redonner un rythme »</p>	<p>9. -Pour éviter les risques, la personne doit éviter les conduites à risques. -Pour éviter les risques, la personne doit pouvoir s'autonomiser sur les tâches d'hygiène et d'entretien -Pour éviter les risques, la personne doit garder des contacts pouvant l'aider et verbaliser ses difficultés</p> <p>10. -C'est une approche patient-centrée -L'accompagnements pour aider la personne à prendre des repères chez elle et dans son quartier est un moyen -L'entretien est un moyen -L'accompagnement de la personne dans l'appropriation de son domicile est un moyen -Les accompagnement ponctuels pour des tâches précises sont un moyen, mais il ne s'agit pas de « faire à la place de » -Les visites à domicile sont un moyen -C'est avant tout un travail relationnel -La médiation est un moyen</p>

	<p>« Ce côté médiation ergo [...] la personne elle va pas mal être en introspection [...] c'est propice à ce que la personne se livre un peu sur ses difficultés du quotidien [...] c'est l'occasion de s'en saisir »</p> <p>« Le fait d'être là, d'écouter, de porter attention c'est super important » « Dans la relation, c'est souvent des veilles, c'est des moments informels »</p> <p>« Ça peut prendre des semaines, des mois à travailler » « c'est la confiance qui s'installe »</p> <p>« Des choses à mettre en place, des sauvegardes de justice des trucs comme ça... »</p> <p>« Avec les infirmiers on se complète [...] avec des assistantes sociales aussi</p> <p>11. « C'est vraiment au cas par cas je trouve » « être plus autonome c'est en fonction de chacun »</p> <p>« Tout compte dans les habitudes de vie »</p> <p>« L'appropriation [...] ce qui est important pour eux [...] pouvoir être mieux chez eux » « se sentir beaucoup plus dans son intimité »</p> <p>« A pu accueillir son fils » « pour pouvoir inviter des gens »</p> <p>« On peut s'approprier l'appartement et pas être autonome, je pense pas que tout soit lié »</p> <p>12. « J'ai envie de répondre oui »</p> <p>« En étant autonome elle va mieux pouvoir se mettre au clair avec ce qu'elle doit faire » « Pouvoir prévenir les équipes »</p> <p>« En s'appropriant le domicile, on a plus de repères [...] on a plus envie de s'investir et de faire des efforts »</p> <p>« Si la personne s'investit plus dans la tenue de son appart' et qu'elle s'y sent bien, forcément elle va être moins en danger »</p> <p>« Ça n'empêche pas que la personne ait sa santé et qu'elle décompense » « si un appart' bien entretenu pouvait tout résoudre... »</p>	<p>-L'accompagnement est un travail de soutien et de présence sur le long terme</p> <p>-L'accompagnement sur l'aspect administratif est un moyen</p> <p>-C'est un travail interdisciplinaire</p> <p>11. -Appropriation du domicile et autonomie ne sont pas liées</p> <p>-L'autonomie est une notion variant en fonction de chaque personne</p> <p>-Pour la personne, devenir autonome c'est pouvoir moins dépendre d'aides extérieures et créer des habitudes</p> <p>-Pour la personne s'approprier le domicile c'est de s'y projeter, de se sentir bien chez elle, y prendre du plaisir</p> <p>-</p> <p>-L'appropriation du domicile par la personne participe à sa vie sociale</p> <p>12. -L'autonomisation de la personne participe à sa sécurité et son bien être</p> <p>-L'appropriation du domicile par la personne participe à sa sécurité et son bien-être</p> <p>-Garder un lien avec des personnes aidantes participe à la sécurité de la personne</p> <p>-Il ne faut pas oublier que la pathologie reste chronique</p>
Mme E	<p>9. « Faire comprendre qu'on est tout à fait disponible et qu'il faut pas hésiter à rentrer en contact en cas de soucis [...] de s'assurer qu'elle pourra demander »</p>	<p>9. -Pour éviter les risques, la personne doit garder des contacts pouvant l'aider et verbaliser ses difficultés</p>

	<p>10. « J'ai pas un préprogramme à réaliser sur place, j'ai pas une recette » « Faire irruption quand on sent un danger [...] c'est de l'ordre de l'interventionnisme » « on peut lui faire confiance » « Une relation de confiance [...] les choses peuvent être mieux entendues ou voire acceptées » « un travail de confiance, d'accueil, d'empathie » « Jouer au domicile, faire des jeux de société ou autres » « D'y aller de se poser, et de discuter » « voir les choses avec lui, lui expliquer [...] s'appuyer sur la loi [...] soumettre des éléments de réalité [...] annoncer un peu les répercussions » « Par des mises en situation, faire avec le patient » « Cuisiner, faire les courses avec le patient » « D'aménager, de décorer son habitat, à aller faire des travaux aussi » « accompagner ces personnes-là dans cette notion d'habiter leur lieu de vie, de trouver une certaine sérénité, un confort, [...] une sécurité » « Que la demande vienne du patient » « on leur dit « ça vous appartient, maintenant à vous de voir la suite » » « Qu'ils soient acteurs, et nous juste support de ces actes-là » « Ça peut aussi être le médecin, mais c'est aussi l'assistante sociale » « Les visites à domicile peuvent être faites par plusieurs corps de métier de la santé mais aussi du social »</p> <p>11. « S'approprier son lieu de vie est souvent complexe » « C'est que la personne crée des repères chez elle, qu'elle puisse éprouver un petit peu de plaisir en faisant chez elle » « confort et sentiment de plaisir » « Se l'approprier c'est de s'y projeter dedans, d'avoir des représentations de son domicile » « Pour l'autonomie c'est difficile de répondre, encore et toujours c'est du cas par cas »</p> <p>12. « Oui bien sûr, [...] je pense même à son maintien, à sa stabilité et à son équilibre psychique » « L'essentiel c'est que la personne se soit approprié son domicile et qu'elle y ait investi des limites » « Prendre soin de soi-même en prenant soin de son environnement »</p>	<p>10. -Il n'y a pas d'unique manière de faire -Il ne s'agit de ne pas d'être interventionniste et normatif -C'est avant tout un travail relationnel -La médiation est un moyen -L'entretien est un moyen -Les visites à domicile sont un moyen -Les mises en situation sont un moyen -Les accompagnements ponctuels pour des tâches précises sont un moyen, mais il ne s'agit pas de « faire à la place de » -L'accompagnement de la personne dans l'appropriation de son domicile est un moyen -C'est une approche patient-centrée -C'est un travail interdisciplinaire</p> <p>11.-Pour la personne, devenir autonome c'est pouvoir moins dépendre d'aides extérieures et créer des habitudes -Pour la personne s'approprier le domicile c'est de s'y projeter, de se sentir bien chez elle, y prendre du plaisir -L'autonomie est une notion variant en fonction de chaque personne</p> <p>12.-L'autonomisation de la personne participe à sa sécurité et son bien-être -L'appropriation du domicile par la personne participe à sa sécurité et son bien-être -Prendre soin de son domicile et prendre soin de soi sont liés</p>
--	--	---

Annexe XIII : Figure 1, nuage de mots généré à partir de la retranscription des entretiens selon les modalités décrites



Abstract

Background : Schizophrenia is a psychiatric disease affecting between 0.7% and 1% of the world population. The symptomatology of this pathology is diverse, its impact can be observed at home. Indeed, some people suffering from schizophrenia adopt what is called a pathological way of living, which can expose them to health and social risks. The occupational therapist having expertise in the ecological environment, including the home, can therefore intervene with this public.

Problem : In what ways can the occupational therapist intervene in the home of an adult suffering from schizophrenia with a pathological way of living, in order to ensure their safety in their living environment?

Method : A qualitative research is therefore conducted. It is based on semi-directive interviews with five occupational therapists working in people with schizophrenia's homes.

Results: The respondents recognize the interest of the role of the occupational therapy in this public's home, through an expertise and a multitude of interventions that can be set up, while considering the predominant relational aspect of this work.

Conclusion: The intervention of the occupational therapist in the home of schizophrenic people with a pathological way of living guarantees that the people will be supported in their daily life, will better appropriate their home and will become more independent. This allows them to be less exposed to the risks linked to their pathological way of living.

Key words : occupational therapy, home, schizophrenia, pathological way of living

Résumé

Cadre contextuel : La schizophrénie est une pathologie psychiatrique touchant entre 0,7% et 1% de la population mondiale. La symptomatologie est variée, son impact s'observe notamment au niveau du domicile. En effet, certaines personnes atteintes de schizophrénie adoptent ce qu'on appelle une manière pathologique d'habiter, ce qui peut les exposer à des risques sanitaires et sociaux. L'ergothérapeute ayant une expertise en milieu écologique, donc au domicile, peut intervenir auprès de ce public.

Problématique : De quelles manières l'ergothérapeute peut intervenir au domicile de la personne adulte atteinte de schizophrénie ayant une manière pathologique d'habiter, afin que sa sécurité dans son lieu de vie soit assurée ?

Méthodologie de recherche : Une recherche qualitative est donc menée. Elle s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de cinq ergothérapeutes intervenant au domicile de personnes schizophrènes.

Résultats : Les répondants reconnaissent l'intérêt du rôle de l'ergothérapeute au domicile de ce public, à travers une expertise et une multitude de moyens pouvant être mis en place. Le tout en considérant l'aspect relationnel prédominant de ce travail.

Conclusion : L'intervention de l'ergothérapeute au domicile des personnes schizophrènes ayant une manière pathologique d'habiter garantit aux personnes d'être accompagnées et écoutées dans leur quotidien, de mieux s'approprier leur domicile, de devenir plus autonomes. Cela leur permet en partie de moins être exposées aux risques liés à leur manière pathologique d'habiter.

Mots clefs : ergothérapie, domicile, schizophrénie, manière pathologique d'habiter