



HAL
open science

Réhabilitation psychosociale et schizophrénie : transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne

Lucile Pivot

► **To cite this version:**

Lucile Pivot. Réhabilitation psychosociale et schizophrénie : transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01398976

HAL Id: dumas-01398976

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01398976v1>

Submitted on 18 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

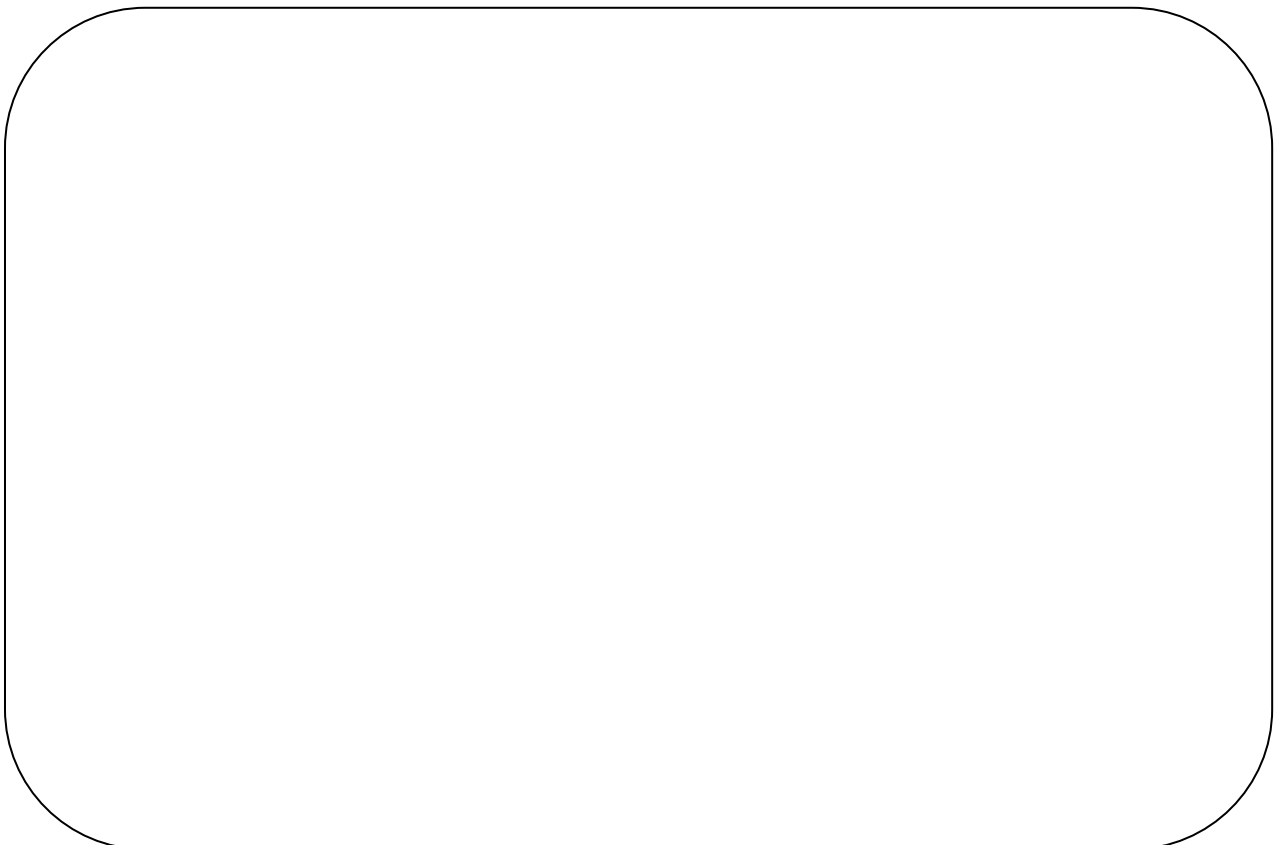
Institut universitaire de formation en ergothérapie d'Auvergne

Lucile Pivot

UE 6.5 : Mémoire d'initiation à la recherche

3 Juin 2016

Réhabilitation psychosociale et schizophrénie : Transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne



REMERCIEMENTS

Sous la direction de Madame Elodie BARRIER, ergothérapeute au Centre Médico-Psychologique de Clermont-Ferrand, maître de mémoire.

Je souhaite tout d'abord remercier Elodie Barrier pour sa disponibilité, ses conseils et son accompagnement durant mon travail.

Je remercie le Docteur Anne-Marie Tronche pour avoir pris le temps de me recevoir afin de m'éclairer sur le thème de mon travail.

Je remercie également les professionnels qui ont contribué à l'élaboration de ce travail en m'accordant un peu de leurs temps pour réaliser les entretiens et me faire part de leurs expériences.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'IUFE d'Auvergne pour leur accompagnement durant ces trois années de formation et dans cette démarche d'initiation à la recherche, notamment à Mme Grisoni pour son apport méthodologique.

Merci à mes camarades de promotion qui ont rendus ces trois années riches et inoubliables.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis pour leur précieux soutien et l'apport de leur regard extérieur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE :	3
1.1. Les activités de la vie quotidienne :	3
1.2. La schizophrénie :	6
1.3. Ergothérapie, réhabilitation psychosociale et schizophrénie :	12
1.4. Vers la question de recherche :	19
2. PROBLEMATIQUE THEORIQUE :	21
2.1. Les théories de l'apprentissage :	21
2.2. Le modèle de l'occupation humaine (MOH) :	26
2.3. Le concept d'autonomie et d'indépendance :	31
3. METHODOLOGIE :	34
3.1. Choix de la méthode :	34
3.2. Choix de la population :	34
3.3. Conception de l'outil d'enquête :	35
3.4. Déroulement des entretiens :	35
4. RESULTATS :	36
4.1. Présentation des ergothérapeutes interrogés :	36
4.2. Analyse quantitative :	37
4.3. Analyse qualitative :	37
5. DISCUSSION :	49
5.1. Confrontation des résultats avec la problématique théorique :	49
5.2. Confrontation des résultats avec la problématique pratique :	53
5.3. Eléments de réponses à ma question de recherche :	54
5.4. Critiques et limites de l'étude :	56
5.5. Apports et perspectives :	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES	

INTRODUCTION

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique d'apparition précoce (entre 15 et 25 ans) et relativement fréquente. Elle se caractérise par un ensemble de symptômes très hétérogènes, qui varient au cours de la maladie et dont le retrait social et les difficultés cognitives sont les plus invalidants (Krebs, 2014).

Au cours des dernières décennies, la compréhension de la schizophrénie a beaucoup évolué grâce à l'avancée de connaissances dans le domaine des sciences humaines et biomédicales. Ainsi, la vision des personnes atteintes de cette pathologie a également évolué dans le milieu médical. Celles-ci ne sont plus vues comme des « malades » nécessitant une prise en charge institutionnelle à long terme, mais comme des personnes ayant des ressources et un rôle actif dans leur accompagnement. Aussi, la réalité d'une évolution positive pour les personnes souffrant de schizophrénie a été prouvée par de nombreuses études et témoignages d'usagers, faisant naître ainsi le concept de rétablissement (Escaig, 2012). Les méthodes de traitement ont aussi évolué grâce à cette prise de conscience. D'après Barroche, le concept de réhabilitation psychosociale offre ainsi une nouvelle perception du soin en psychiatrie : on passe de la « *prise en charge* » à l'« *accompagnement* », et de « *soignant-soigné* » à « *accompagnant-accompagné* » ou « *partenaires* » car « *il s'agit d'un partage, d'une co-construction d'un projet dans lequel les désirs, les choix et les libertés de la personne accompagnée, qui est avant tout citoyenne, sont respectés* » (cité par Barres, 2012, p.9).

L'ergothérapeute, spécialiste de l'interaction personne-activité-environnement et de l'adaptation, semble avoir un rôle important dans l'accompagnement des personnes atteintes de schizophrénies lors du processus de réhabilitation psychosociale. Cependant, très peu de littérature expose spécifiquement ses possibilités d'interventions dans ce domaine. D'où ma question d'étude : **Dans le processus de réhabilitation psychosociale, en quoi l'ergothérapeute améliore l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie dans leurs activités de vie quotidienne ?**

Afin de répondre à cette problématique, je développerais dans un premier temps les éléments pratiques abordés par ma question de recherche. Je détaillerais ensuite les théories et concepts sur lesquelles s'appuie mon étude afin de définir un cadre scientifique. Enfin, je présenterais les résultats obtenus et les analyserais en les mettant en lien avec ma problématique pratique et théorique.

1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE :

1.1. Les activités de la vie quotidienne :

1.1.1. Définition des activités de la vie quotidienne :

Les « *activités de la vie quotidienne* » (AVQ) est un terme utilisé en réadaptation qui désigne l'ensemble des activités et des tâches réalisées couramment dans la vie quotidienne. On peut distinguer deux niveaux d'activité de la vie quotidienne : les AVQ de base (AVQB), les soins personnels, et les activités instrumentales de la vie quotidiennes, (AIVQ) qui regroupent l'ensemble des activités domestiques et communautaires (Fricke, 2010).

Lors de leurs réalisations, les AVQB et les AIVQ ne font pas appel aux mêmes fonctions. En effet, selon James (2008), les AVQB « *sont généralement restreintes aux activités impliquant la mobilité fonctionnelle (marche, mobilité en fauteuil roulant, mobilité dans le lit et transferts) et les soins personnels (alimentation, hygiène, élimination, bain et habillage)* » (cité par Fricke, 2010, p.1). Les AIVQ, selon Katz (1983), sont, pour leur part, « *[...] relatives à la capacité de la personne de se débrouiller dans son environnement par rapport à des tâches adaptées comme faire des achats, cuisiner, faire le ménage, faire la lessive, utiliser un transport, gérer son argent, gérer ses médicaments et utiliser le téléphone* » (cité par Fricke, 2010, p.1).

Les AVQB renvoient donc à l'indépendance physique alors que les AIVQ renvoient à des tâches plus complexes permettant une participation à la vie domestique et communautaire. Les AIVQ sont des activités quotidiennes gouvernées par les fonctions cognitives.

1.1.2. Fonctions cognitives et activités de la vie quotidienne :

1.1.2.1. Rôle des fonctions cognitives dans la vie quotidienne :

Les fonctions cognitives sont constituées d'un ensemble de processus qui permet au sujet d'acquérir des informations, sur lui-même et sur l'environnement, et de les assimiler pour adapter son comportement. Elles renvoient à la façon dont l'être humain acquiert, intègre et accumule des connaissances. Il existe différentes fonctions cognitives : les mémoires, l'attention, les praxies, les gnosies, les fonctions exécutives, les fonctions intellectuelles, les fonctions visuo-spatiales, la vitesse de traitement de l'information et le langage. Ce sont ces fonctions « *qui nous permettent de penser, d'apprendre, de communiquer et d'agir de manière adaptée, aussi bien dans notre vie sociale que dans notre vie professionnelle* » (RECOS, para. 2). Elles ont donc une implication

importante dans notre vie et permettent la réalisation autonome et indépendante des activités de vie quotidienne, et de façon plus marquée des AIVQ décrites plus haut.

Les fonctions exécutives permettent la réalisation d'une action. Selon Van der Liden et al. (1999), c'est un « *ensemble de processus dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles, et ce notamment lorsque les routines d'action, c'est-à-dire les habiletés cognitives sur-apprises, ne peuvent suffire* » (cité par Bonjean & Souarnec, 2013, p.2). Ce sont donc des fonctions qui interviennent dans des situations non routinières, inhabituelles, conflictuelles ou complexes. Elles regroupent les capacités d'organisation et de planification d'une action (capacité à utiliser des stratégies efficaces, établir des priorités, anticiper et prévoir les étapes d'une tâche), d'inhibition (capacité à résister aux distractions ou à inhiber un comportement), de flexibilité mentale (capacité à s'adapter à la nouveauté et aux changements), de jugement (capacité à évaluer la meilleure alternative face à un problème) et d'autocritique (capacité à identifier ses capacités et incapacités) (Association québécoise des neuropsychologues, 2015). Les fonctions exécutives sont donc primordiales dans la réalisation des activités de vie quotidienne étant donné qu'elles permettent de planifier et d'organiser une activité, de s'adapter aux imprévus et de résoudre les problèmes quotidiens.

L'attention a également un rôle extrêmement important car c'est un pré-requis à toutes les activités cognitives, c'est leur « *réservoir énergétique* ». L'attention permet d'avoir conscience de sa place dans l'environnement, de se préparer à la survenue d'un événement et de surveiller un environnement. L'attention permet également de se concentrer et de traiter des informations de différentes façons : soutenue et prolongée (attention soutenue), aux dépens d'autres sources (attention sélective) ou simultanément et venant de différentes sources (attention divisé).

Les mémoires, regroupant la mémoire à court terme (mémoire de travail) et la mémoire à long terme (mémoire sémantique, épisodique et procédurale), quant à elles, permettent « *d'enregistrer des informations venant d'expériences et d'événements divers, de les conserver et de les restituer* » (Inserm, 2014a). La mémoire de travail permet de retenir des informations pendant un court laps de temps et de traiter et manipuler des informations mentalement. Elle est sollicitée en permanence, par exemple pour retenir un numéro de téléphone ou un rendez-vous avant de le noter ou encore pour effectuer un calcul mental. La mémoire épisodique permet de se souvenir d'événements personnels passés et de prévoir des événements futurs. C'est grâce à cette mémoire que l'on se souvient de ce que l'on a fait dans le passé (la veille, le mois dernier, l'année dernière ...) et que l'on prévoit ce que l'on va faire plus tard, par exemple penser à faire des courses après le travail. La

mémoire sémantique renvoie aux connaissances générales acquises tout au long de la vie (culture générale, vocabulaire ...) (Association québécoise des neuropsychologues, 2015). La mémoire procédurale correspond « à la mémoire de nos savoir-faire, expressions des procédures cognitives et motrices encodées en mémoire, non accessibles à la conscience et difficilement verbalisables. » (Beaunieux, 2009, p.50). Elle permet par exemple de marcher, de conduire, de faire du vélo et toutes les autres activités qui ont été automatisées. La mémoire est donc également essentielle à un bon fonctionnement dans les activités de vie quotidienne.

1.1.2.2. Routines et automatismes dans les activités de vie quotidienne :

Les activités de la vie quotidienne impliquent de mettre en place des routines et donc des automatismes. Ce processus met également en jeu différentes fonctions cognitives.

La routine fait référence « à la structuration institutionnelle du temps et aux automatismes personnels que chacun met en place, tant pour se protéger de l'incertitude menaçante que pour éviter le poids des petites décisions permanentes, libérant ainsi l'énergie vitale et une possible créativité. » (Juan, 2015, p.2). D'un point de vue cognitif, selon Lautrey, « le traitement automatique de l'information est généralement caractérisé par l'absence de coût attentionnel, l'absence de contrôle, l'absence de conscience, le parallélisme des opérations et la rapidité d'exécution. » (cité par Leplat, 2005, p.44).

Les activités physiques, verbales et cognitives routinières peuvent être réalisées automatiquement grâce à l'intervention de différentes fonctions cognitives. Un automatisme se met en place selon trois étapes impliquant différentes aires cérébrales (Beaunieux, 2009) :

- Une étape cognitive, phase de découverte de la tâche à apprendre mettant en jeu la mémoire épisodique, la mémoire de travail et les capacités de résolution de problème.
- Une étape associative, phase transitoire au cours de laquelle la tâche à effectuer commence à être contrôlée.
- Une étape autonome, phase durant laquelle les gestes sont automatisés et atteignent un niveau d'efficacité maximale. Cette étape met en jeu la mémoire procédurale.

La mémoire épisodique permet de se souvenir des erreurs commises afin de ne pas les réitérer. La mémoire de travail quant à elle, permet de visualiser dans son intégralité la séquence à effectuer. La mémoire procédurale fonctionne de manière autonome seulement si la procédure est totalement automatisée grâce aux étapes cognitives et associatives.

1.2. La schizophrénie :

1.2.1. Définition :

La schizophrénie est une pathologie répertoriée en santé mentale. Selon l'OMS, c'est l'une des maladies les plus invalidantes, surtout chez les individus jeunes. En 1896, le psychiatre allemand Emil Kraepelin rassemble trois états symptomatiques jusque là traités séparément, l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde, pour définir une pathologie à part entière : la schizophrénie. En 1911, le psychiatre suisse Eugen Bleuler invente le terme de « *schizophrénie* », venant du grec « *schizo* » (« *séparé* ») et « *phrên* » (« *esprit* ») (Llorca, 2006). Ainsi définie, la schizophrénie désigne une dissociation de l'esprit.

C'est une pathologie affectant le cerveau en induisant des anomalies structurelles et fonctionnelles, principalement au niveau des régions préfrontales et temporo limbique, qui modifient l'activité cérébrale en ayant pour conséquence l'apparition de symptômes négatifs, une désorganisation des comportements et de la pensée et un syndrome de distorsion de la réalité et de perturbation des réponses affectives (Da Silva, 2007).

1.2.2. Epidémiologie :

La schizophrénie est une pathologie relativement fréquente qui touche environ 0,7% de la population mondiale et concerne 600 000 personnes en France (Inserm, 2014b). Chaque année, près de 3 millions de nouveaux cas apparaissent dans le monde et 90 000 en Europe (Llorca, 2006).

Les formes précoces débutant avant la puberté sont rares. La schizophrénie touche préférentiellement les jeunes entre 15 et 25 ans et atteint plus précocement les hommes (de 5 ans par rapport à la femme) (Inserm, 2014b) . Cependant, les retards de diagnostic sont fréquents à cause du manque d'informations, des difficultés d'accès aux soins et du début progressif de la maladie (Llorca, 2006).

Selon Guelfi et Rouillon (2012), le pourcentage élevé de suicide touchant cette population (40% des personnes atteintes de schizophrénie tentent de se suicider et 10% mettent fin à leurs jours (Llorca, 2006)) et une plus grande fréquence de pathologie (cardiovasculaire, somatique, respiratoire et infectieuses) induit une espérance de vie en moyenne inférieure de 10 ans par rapport à la population générale (cité par Coldefy & Nestrigue, 2015).

1.2.3. Sémiologie :

Les symptômes énoncés ci-dessous, caractéristiques de la schizophrénie en phase d'état, sont tirés du DSM V. Ils sont regroupés ici en trois dimensions (positive, négative et désorganisée) :

- Les symptômes positifs : dimension psychotique caractérisée par un excès ou une distorsion d'une fonction normale :
 - Les hallucinations : le plus souvent psychosensorielles, elles peuvent également être intrapsychiques (sensation de pensées étrangères introduites dans l'esprit), visuelles et cénesthésiques. Les hallucinations tactiles, olfactives et gustatives sont plus rares.
 - Les idées délirantes
- Les symptômes négatifs : dimension négative caractérisée par la perte ou la diminution d'une fonction normale (diminution de l'expression émotionnelle ou aboulie)
- Les symptômes de désorganisation : dimension de désorganisation caractérisée par un relâchement des processus associatifs entre les idées, les affects et l'attitude entraînant :
 - Un discours désorganisé : troubles du cours de la pensée, troubles du langage (maniérisme, paralogisme, schizophasie, néologisme ...), perte de lien logique ...
 - Un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

L'expression symptomatique est variable mais chez la plupart des personnes atteintes, coexistent des symptômes appartenant aux trois dimensions.

La schizophrénie est donc caractérisée par l'association de trois syndromes :

- un syndrome délirant paranoïde ou non systématisé : exprimé par des idées délirantes et des hallucinations. Le délire est flou, incohérent, non organisé. Les thèmes et les mécanismes délirants sont très variés.
- Un appauvrissement affectif et idéo affectif, qui se manifeste par les symptômes négatifs.
- Un syndrome dissociatif : il signe le diagnostic et est marqué par une désorganisation de la pensée avec des troubles de l'idéation et du langage avec comme conséquence directe un comportement désorganisé.

A ces symptômes s'ajoutent des troubles cognitifs, touchant préférentiellement les fonctions attentionnelles, la mémoire (mémoire de travail, composantes verbales et visuelles de la mémoire) et les fonctions exécutives. La vitesse de traitement de l'information, les composants verbaux et visuels de l'apprentissage, le raisonnement et la résolution de problèmes, ainsi que la cognition sociale sont également altérés ((Martin & Franck, 2012b) ; (Sablier, Stip, & Franck, 2009)). La cognition sociale

« recouvre l'ensemble des processus de traitement de l'information qui sous-tendent les relations interpersonnelles » (Franck, 2013, p.10). Elle comprend entre autres la théorie de l'esprit, le traitement des informations faciales et gestuelles et la prosodie (Franck, 2013). Selon Palmer et al. (1992), les troubles cognitifs sont au centre de la pathologie et concernent 85 % des patients souffrant de schizophrénie (cité par Giraud-Baro & Roussel, 2012). Ce sont souvent les premiers troubles qui apparaissent ; ils sont également appelés symptômes annonciateurs et persistent longtemps après la résorption des symptômes aigus (Hurford, Kalkstein, & Hurford, 2011). Selon Wykes et al. (2001), ils sont liés aux symptômes négatifs (15%), à la désorganisation, voire à la dépression. Lecompt et al. (2006), ont démontré leur rôle déterminant à l'origine de la production des symptômes positifs (cité par Giraud-Baro & Roussel, 2012). Ce sont ces déficits cognitifs qui entraînent principalement des difficultés de fonctionnement dans la vie quotidienne et dans la socialisation (Lalonde, 2015).

L'ensemble de ces symptômes entraîne un dysfonctionnement dans la vie quotidienne, sociale et professionnelle et marque une rupture avec l'état antérieur de la personne. De plus, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent avoir des symptômes anxieux et des troubles de l'humeur associés (dépression). Des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis ...) sont également fréquemment retrouvées chez ces personnes. Environ deux tiers fument du tabac, près de la moitié consomme du cannabis et un treizième consomme de l'alcool de façon excessive (Franck, 2013). Selon l'Inserm, près de 60% des personnes atteintes de schizophrénie n'ont pas d' « *insight* », c'est-à-dire qu'elles n'ont pas conscience d'être atteintes d'une maladie mentale : elles sont anosognosiques. Cependant, elles ont le plus souvent conscience de certains symptômes et reconnaissent parfois la nécessité d'une hospitalisation (Inserm, 2014b).

1.2.4. Evolution de la maladie :

La schizophrénie est « *une maladie chronique qui évolue en général par phases aiguës dans les premières années, puis qui se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon les sujets* » (Inserm, 2014b). L'entrée dans la schizophrénie peut se faire de façon progressive ou brutale. Elle est marquée par une phase de transition entre la période prémorbide, caractérisée par l'apparition de symptômes aspécifiques, et le début de l'apparition des symptômes propre à la schizophrénie (Franck, 2013). Cette phase appelée phase prodromique peut durer plusieurs années. Ensuite, l'entrée dans la maladie peut se manifester par un épisode psychotique aigu (apparition brutale d'un délire) ou un passage à l'acte (voyage pathologique, automutilation, suicide ...). Elle peut également se manifester de façon chronique par l'installation progressive d'une symptomatologie psychotique ou l'altération des performances cognitives (Franck, 2013).

L'évolution de la maladie dépend de la précocité, de la qualité de la prise en charge et de l'adhésion du patient à celle-ci. Suite à une prise en charge, 15 à 20 % des schizophrénies débutantes évoluent favorablement et environ un tiers des patient sont en rémission durable (Inserm, 2014a; Llorca, 2006).

A la phase d'état de la maladie, trois possibilités d'évolution existent, caractérisées par (Llorca, 2006) :

- Une phase prodromique brève avec des symptômes de la phase aiguë active essentiellement productifs : dans ce cas, l'évolution tend pour la majorité des patients vers une rémission totale ou quasi-totale.
- « *Une phase prodromique lente et de longue durée et une évolution insidieuse et progressive jusqu'à la phase aiguë active* » (Llorca, 2006, p.8) : dans ce cas, la stabilisation de la maladie ne se fait qu'après 10-15 ans d'évolution
- « *Une désagrégation profonde de l'état mental* » (Llorca, 2006, p.8).

Concernant l'évolution à la phase résiduelle de la maladie, celle-ci tend dans 25 à 30% des cas vers un retour à l'état fonctionnel antérieur à la maladie (ou presque) ; dans 50% des cas vers un état stabilisé, sans signe psychotique mais dit « disadaptatif » ; dans 20 à 25% des cas vers une détérioration progressive de l'état et une chronicisation de la maladie (Llorca, 2006).

Dans ce travail d'initiation à la recherche, nous nous intéresserons essentiellement aux personnes schizophrènes stabilisées. Ces personnes présentent des symptômes résiduels d'intensités variables dont les troubles cognitifs et les symptômes négatifs sont les plus fréquents.

1.2.5. Handicap psychique et schizophrénie :

Le handicap psychique est une notion complexe pour laquelle aucune définition scientifique n'a encore été unanimement retenu et admise (Offerlin-Meyer, 2012). Selon Pachoud (2009), « *la notion de handicap psychique reste encore l'objet d'une compréhension incomplète dans la communauté psychiatrique* », il ajoute que « *ce malentendu tient au fait que persiste une conception sans doute encore trop médicale du handicap, alors que l'intérêt des travaux portant sur ce concept consiste justement en ce qu'ils dégagent des dimensions ou des facteurs jusque là inaperçus ou sous-estimés (...)* » (cité par Offerlin-Meyer, 2012, p.4).

La loi du 11 février 2005, pour l'« *égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », a introduit la notion de handicap psychique jusqu'alors non reconnue, en définissant le handicap de la façon suivante : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi,*

toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Code de l'action sociale et des familles : Article L114, 2005). Cependant, selon Milano (2009), cette loi reconnaît seulement que les troubles psychiques peuvent être à l'origine d'un handicap. En effet, elle n'utilise pas l'expression de « *handicap psychique* » et ne propose donc pas de définition de celle-ci (cité par Offerlin-Meyer, 2012). L'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades handicapées psychiques (UNAFAM) pour sa part, définit le handicap psychique ainsi : « *Le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales.* » ("Spécificité du handicap psychique," s.d.). Selon Offerlin-Meyer (2012), le « *handicap psychique* », concernant les personnes atteintes de schizophrénies entre autre, peut être envisagé comme « *étant la conséquence d'autant de tâche et/ou de situation inadaptées aux personnes souffrant de schizophrénies, ce qui revient à considérer que le handicap n'est pas d'une part un état, mais qu'il est fonction d'un contexte donné, et cela revient d'autre part à parler de « personnes en situation de handicap », plutôt que de personnes handicapées* » (Offerlin-Meyer, 2012, p.4). Cette dernière définition est en accord avec la conception du handicap en ergothérapie qui préfère parler de « *situations de handicap* » plutôt que de « *personnes handicapées* ».

L'ensemble des symptômes des personnes atteintes de schizophrénie présenté précédemment, entraîne des répercussions fonctionnelles majeures dans leurs vies quotidiennes et a pour conséquences une limitation d'activité et une restriction de participation sociale, familiale et professionnelle. Les situations de handicap psychique persistent chez les personnes stabilisées tant que les symptômes résiduels sont présents. Différentes situations de handicap peuvent ainsi être retrouvées chez les personnes stabilisées en rapport avec les symptômes négatifs et les troubles cognitifs.

Les symptômes négatifs entraînent une incapacité à agir et donc à initier les gestes de la vie quotidienne tels que se laver, se faire à manger, faire le ménage. La volonté de faire une tâche ou une activité est altérée et le repli sur soi est fréquent. Ainsi, les liens sociaux ne sont plus établis et la personne s'isole.

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, les fonctions cognitives sont essentielles pour un fonctionnement autonome d'une personne dans sa vie quotidienne. Les troubles cognitifs observés

sont donc pour la plupart associés à des répercussions fonctionnelles majeures limitant ainsi la personne dans ses activités et restreignant sa participation sociale. La personne est en incapacité de mener des activités sociales, professionnelles et de loisirs de façon satisfaisante, étant en difficultés pour planifier sa journée, suivre une conversation, se concentrer sur une tâche, conduire ... Les études et méta-analyses de Green (1996), McGurk et al. (2007) et Medalia et al. (2005) (cité par Giraud-Baro & Roussel, 2012) attestent qu'un meilleur statut cognitif permet de faciliter les apprentissages dans les domaines social et professionnel, permet le développement et l'utilisation de stratégies alternatives, aide à la réponse et à l'observance médicamenteuse, favorise la motivation de la personne pour son propre changement et renforce l'estime de soi en favorisant les liens sociaux et familiaux. Les déficits cognitifs associés à la schizophrénie constituent donc un facteur pronostic particulièrement négatif d'insertion socioprofessionnelle des patients (Martin & Franck, 2012b). En effet, selon Prouteau et Verdoux (2011) « *il est aujourd'hui admis que la cognition [...] constitue le meilleur prédicteur du fonctionnement dans la communauté* » (cité par Martin & Franck, 2012b).

Cinq domaines de la vie quotidienne pouvant créer des situations de handicap psychique sont répertoriés par L'UNAFAM. Ces domaines concernent : « *la capacité à prendre soin de soi* », « *à établir des relations durables* », « *à se former et à assurer une activité* », « *à se maintenir dans un logement* » et « *à organiser une vie sociale et de loisirs* » ("Spécificité du handicap psychique," n.d.).

1.2.6. Les traitements médicamenteux et psychosociaux :

Les traitements ont pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie et de restaurer leur autonomie et leur indépendance en supprimant ou en diminuant les symptômes de la maladie.

Le diagnostic de schizophrénie est souvent donné avec retard à cause de son début parfois insidieux et de la méconnaissance des symptômes par les personnes concernées et leur entourage (Llorca, 2006). De plus, la multitude de symptômes et leur variabilité d'une personne à l'autre rendent la prise en charge de la schizophrénie complexe. Celle-ci doit être à la fois médicamenteuse et psychosociale et être adaptée à chaque patient. Cette prise en charge est essentiellement symptomatique mais permet néanmoins d'améliorer la qualité de vie des patients et peut même conduire à une rémission durable (Inserm, 2014b). La première difficulté, du fait de l'anosognosie fréquente des patients et des nombreux effets indésirables des médicaments, est de les faire adhérer au traitement sur le long terme. C'est pourquoi, l'alliance thérapeutique entre le patient, l'entourage et l'équipe soignante est fondamentale (Haute Autorité de Santé, 2007; Inserm, 2014b).

L'arrivée des antipsychotiques a marqué un tournant dans la prise en charge des patients schizophrènes. Ceux-ci permettent d'atténuer, voir de supprimer, les symptômes positifs des patients et de diminuer les rechutes en leur permettant ainsi un accès au processus de réhabilitation psychosociale lorsqu'ils sont stabilisés (Inserm, 2014b). Cependant, les antipsychotiques sont très peu efficaces sur les symptômes négatifs, les symptômes de désorganisation et les troubles cognitifs (Inserm, 2014b; Martin & Franck, 2012b). Concernant les neuroleptiques, « *des troubles attentionnels, mnésiques et exécutifs persistent souvent, même lorsque les symptômes positifs et négatifs se sont amendés sous l'effet du traitement neuroleptique* » (Franck, 2007, p. 1).

En phase active aigue ou lors du début des troubles, une hospitalisation à plein temps est souvent nécessaire. En dehors de ça, la prise en charge se doit d'être réalisée au maximum en ambulatoire pour favoriser l'intégration du patient dans la cité. En phase résiduelle (état plus ou moins stabilisé depuis plusieurs années), la personne atteinte de schizophrénie entre dans le processus de réhabilitation psychosociale qui a pour but de redonner à la personne sa dignité et une place dans la société. La réhabilitation psychosociale propose un accompagnement selon deux axes distincts : des approches centrées sur le patient et des approches centrées sur l'environnement de celui-ci.

1.3. Ergothérapie, réhabilitation psychosociale et schizophrénie :

1.3.1. Définition de la réhabilitation psychosociale :

La réhabilitation psychosociale est une conception particulière de la prise en charge en psychiatrie et de la place de la personne atteinte de pathologie psychiatrique dans notre société. C'est un ensemble de pratique qui regroupe différents services et intervenants dans un système de soin. C'est aussi un ensemble d'actions qui aident la personne à progresser vers la réalisation de ses objectifs de réinsertion avec les différents intervenants. Cet accompagnement est non linéaire et adapté à chaque personne. C'est un modèle écologique où l'expérience de la personne en situation devient l'élément central (Roussel, Giraud-Baro, & Gabayet, 2011).

Selon Farkas, la réhabilitation psychosociale est « *la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles.* » (cité par Durand, 2012, p.2). La réhabilitation psychosociale a donc pour objectifs de limiter les conséquences des troubles psychiques dans le domaine social et donc de réduire les situations de handicap psychique. C'est un mouvement

politique qui a fait suite à la désinstitutionnalisation et qui vise à favoriser l'indépendance et l'autonomie dans la communauté et ainsi l'insertion sociale et professionnelle (Barres, 2012). Selon Leguay et al (2008), les techniques de réhabilitation psychosociale s'adressent donc « *aux personnes car c'est avant tout un processus personnel pour atteindre un objectif d'amélioration fonctionnelle, mais aussi à la société afin de la rendre plus accessible et accueillante aux personnes en situation de handicap psychique* » (cité par Giraud-Baro & Roussel, 2012).

Ce sont les concepts de rétablissement et d'empowerment (en français « *reprise de la capacité d'agir* »), introduit par des courants d' « *usagers* », qui ont fortement influencé les modalités et stratégies thérapeutiques en réhabilitation psychosociale. Le rétablissement ne se résume pas à une rémission symptomatique, il inclue également une rémission fonctionnelle. Il peut se définir comme « *une attitude volontariste souhaitant rediriger la cible des interventions professionnelles vers ce que la personne désire, vers ces buts en organisant les actions et les services vers l'individualisation et la participation active des personnes concernées* » (Roussel et al., 2011, p.2). Anthony définit le rétablissement comme « *Un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale* » (cité par Pachoud, 2012, p.13). Le professionnel n'a donc plus le rôle de l'expert, il partage son expertise avec la personne afin de déterminer ensemble les aspects nécessitant une intervention. Selon Lecomte (2006), « *l'intervention en réhabilitation psychosociale aidera la personne atteinte de troubles mentaux graves à découvrir ses forces et ses ressources, à choisir ses propres stratégies d'adaptation et à surmonter certaines difficultés tels les biais et les déficits cognitifs.* » (cité par Roussel et al., 2011, p.2).

1.3.2. L'ergothérapie : définition générale et place dans le processus de réhabilitation psychosociale :

1.3.2.1. Définition générale :

Selon l'ANFE (2015), « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace.* ». L'ergothérapeute est donc un professionnel de santé qui vise à prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap rencontrées par une personne dans son environnement en fonction de ces habitudes de vie. Il intervient auprès de personne en situation de handicap physique, sensoriel, psychique ou mental et

exerce sa profession dans un champ varié de structures (ANFE, 2015). L'ergothérapeute peut également être défini comme une « *profession dont l'objet est l'accompagnement d'une personne en souffrance psychique et/ou corporelle dans la découverte et la mise en œuvre de ses potentialités face à l'environnement* » (Journée ANFE Rhône Alpes, 2002). En effet, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur l'interaction personne-environnement-activité. L'ergothérapie souligne l'importance de l'activité et part du principe que la mise en activité améliore le fonctionnement de la personne. Elle vise à rendre le patient autonome et indépendant au maximum dans ces activités de vie quotidienne. Aussi, selon le référentiel d'activité relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, 2016) : « *l'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence.* »

Parmi les compétences référencées dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapie, l'ergothérapeute :

- « *Évalue une situation et élabore un diagnostic ergothérapeutique* » :

Pour cela, il est entre autre amené à « *évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie* » et « *identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social* ».

- « *Conçois et conduit un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement* » :

Pour cela, il doit être en capacité entre autre de « *formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne* » et d' « *identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité* »

- « *Met en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie* » :

Pour cela, il est entre autre amené à « *accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique* » et « *identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.*»

1.3.2.2. Place de l'ergothérapie dans le processus de réhabilitation psychosociale :

Comme nous l'avons vu précédemment, la réhabilitation psycho-sociale recouvre deux versants : « un versant sanitaire ayant pour but la préservation du potentiel fonctionnel et la prévention du handicap ; un versant communautaire qui se développe dans le milieu de vie et vise à maintenir la meilleure autonomie et insertion possible » (Giraud-Baro & Roussel, 2012). Aussi, d'après Giraud-Baro, « les ergothérapeutes spécialistes de l'interaction personne-environnement ont une place primordiale » dans les pratiques de réhabilitation psychosociale (cité par Barres, 2012, p.9). En effet, les ergothérapeutes, de part cette spécificité, ont un rôle important dans l'accompagnement du patient dans son milieu de vie afin de développer son autonomie. De plus, l'ergothérapeute vise également à la préservation du potentiel fonctionnel et à la prévention du handicap. L'ergothérapie est donc une pratique qui répond aux deux versants, sanitaire et social, de la réhabilitation psychosociale.

Selon Vandal (2003), « l'ergothérapeute apporte des compétences spécifiques en ce qui concerne l'impact des déficits sur les rôles sociaux et les habitudes de vie d'un individu à l'intérieur de son environnement [...] il propose de ce fait, des interventions axées sur le recouvrement d'une autonomie optimale. » ; « L'ergothérapie, science de l'activité humaine et de l'autonomie, est donc une profession au cœur de la réhabilitation psychosociale » (cité par Da Silva, 2007, p.206). De plus, comme le souligne Person « un des maîtres mots qui qualifie l'ergothérapie aujourd'hui c'est l' « adaptation » (Person, 2007, p.169). Or la réhabilitation nécessite justement une adaptation de la part de la personne souffrante à un contexte de vie nouveau avec sa maladie et ses conséquences sur son quotidien. En phase de réinsertion, les symptômes des patients sont stabilisés ; les problèmes qu'ils présentent sont les difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne (Person, 2007). L'ergothérapeute a donc toute sa place dans le processus de réhabilitation psychosociale; il apporte une vision holistique de la personne et sort de la vision médicale stricte.

1.3.3. Réhabilitation psychosociale et schizophrénie :

Lorsque les patients sont stabilisés, ceux-ci peuvent entrer dans le processus de réhabilitation psychosociale. En référence au modèle de « vulnérabilité-stress-compétences » (Annexe I), la réhabilitation psychosociale vise à développer les « facteurs de protection » de la personne atteinte de schizophrénie (Roussel et al., 2011). Pour cela, différents outils de réhabilitation peuvent alors leur être proposés. Les approches centrées sur le patient comprennent les mesures d'ajustement pharmacologique, les thérapies cognitives et comportementales, l'éducation thérapeutique,

l'entraînement aux habiletés sociales et professionnelles et la psychothérapie. Les approches centrées sur l'environnement comprennent le travail avec les familles et l'entourage, le travail social et l'aménagement de l'environnement.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'impact des troubles cognitifs dans la schizophrénie représente un enjeu majeur dans la prise en charge de cette pathologie. De plus, avec le progrès des neurosciences, le rôle des troubles cognitifs dans la production des symptômes et l'impact fonctionnel sont mieux compris. Aussi, « *les techniques permettant un traitement de ces déficits ont fait l'objet d'un intérêt tout particulier et prennent une place importante dans les soins de réhabilitation psychosociale* » (Roussel et al., 2011, p.2). C'est pourquoi, dans ce travail d'initiation à la recherche, nous nous intéresserons plus particulièrement au versant cognitif : les techniques de remédiation cognitive et l'évaluation des troubles cognitifs.

1.3.3.1. La remédiation cognitive et ses limites :

La remédiation cognitive est un entraînement, une stimulation de différentes fonctions cognitives altérées par la schizophrénie telles que la mémoire, l'attention, la concentration, l'organisation, la mise en place de stratégies, la résolution de problèmes... Elle s'apparente aux techniques thérapeutiques de rééducation cognitive et est de plus en plus employée dans le traitement de la schizophrénie, en association avec les médicaments et les psychothérapies (Franck, 2007). L'objectif de la remédiation cognitive est de limiter l'impact des déficits cognitifs sur le fonctionnement quotidien de la personne. Pour cela, deux approches pouvant être utilisées de façon indépendante ou complémentaire existent (Giraud-Baro & Roussel, 2012) :

- une approche de restauration : les mécanismes cognitifs sont stimulés de façon répétée grâce à des exercices (papier/crayon et informatique) de plus en plus complexes et intenses.
- une approche compensatrice (ou de réorganisation) en tentant de développer des compétences alternatives : en mobilisant d'autres processus cognitifs non déficitaires et en restructurant l'environnement afin de diminuer la charge cognitive d'une situation rencontrée (ajout d'aides externes (agenda, alarmes...) ou aménagement de l'environnement).

La remédiation cognitive consiste donc à restaurer ou à compenser les fonctions cognitives déficitaires des personnes atteintes de schizophrénie. Il existe différents programmes qui se distinguent selon le type d'approche (entraînement cognitif, apprentissages de stratégies ...), le type de matériel (format papier, vidéo, informatique, jeux de rôle), la visée thérapeutique (cognitive, psychosociale et/ou symptomatique) et le type d'application (en groupe, individuelle, assisté par

ordinateur) (Levaux, Laroï, Danion, & Van der Linden, 2009). La remédiation cognitive utilisée chez les patients schizophrènes repose sur les principes de plasticité cérébrale et d'auto-régulation des capacités d'apprentissages qui sont les « *capacités à identifier et mettre en œuvre des moyens et stratégies pour acquérir de nouvelles compétences* » (RECOS, para. 3).

Une méta analyse de Mc Gurk et al., a démontrée que la remédiation cognitive a un effet bénéfique sur divers déficits cognitifs chez les patients atteints de schizophrénie (Levaux et al., 2009). Nous pouvons supposer que l'amélioration des déficits cognitifs chez des patients schizophrènes améliore leur fonctionnement dans la vie quotidienne. Cependant, comme le souligne Laroï et Van Der Linden, les résultats suite à la remédiation cognitive sont contrastés. En effet, la généralisation des améliorations dans la vie quotidienne est parfois limitée ou ne dure que peu de temps. Cela serait dû au fait que les processus impliqués dans les tâches cognitives qui sont entraînés lors de la remédiation cognitive et les processus cognitifs impliqués dans les activités en vie quotidienne, sont peu superposables. Or, le but d'une prise en charge cognitive est d'améliorer la qualité de vie de la personne et de réduire les situations de handicap dus aux déficits cognitifs (Laroï & Van der Linden, 2007). Pour atteindre ces objectifs, Levaux, Laroï, Danion et Van der Linden postulent que « *la prise en charge doit nécessairement prendre en compte l'hétérogénéité des troubles cognitifs, ainsi que les difficultés dans la vie quotidienne manifestées par les personnes atteintes d'une schizophrénie.* ». Ils ajoutent qu' « *une compréhension imparfaite de la nature des difficultés quotidiennes rencontrées par les patients schizophrènes, pourrait d'ailleurs expliquer pourquoi la taille des effets d'une remédiation cognitive n'a pas augmenté au fil des années* » (Levaux et al., 2009, p.6). Pour une prise en charge cognitive prenant en compte les difficultés rencontrées dans le quotidien, une évaluation préalable doit être faite afin « *de comprendre la nature des difficultés manifestées par les patients dans les situations quotidiennes [...] Une approche particulièrement bien adaptée à ce type d'objectif consiste à évaluer le patient dans des situations proches des activités de la vie quotidienne (les simulations d'activités), ou encore à l'observer directement dans la réalisation d'activités réelles.* » (Laroï & Van der Linden, 2007, p.135). Cette évaluation écologique doit garder un cadre interprétatif cognitif en vue de développer une « *neuropsychologie cognitive de la vie quotidienne* » appliquée à la schizophrénie (Laroï & Van der Linden, 2007).

Selon la méta-analyse de Mc Gurk, « *les stratégies de réorganisation seraient plus efficaces que les stratégies de restauration. En particulier, elles amèneraient à un meilleur transfert des acquis vers des tâches cognitives non travaillées dans le programme de remédiation* » (Levaux et al., 2009, p.1). De plus, il existe des facteurs subjectifs (individuels) qui sont reconnus pour jouer un rôle important dans le succès des thérapies de remédiation cognitive et dans la généralisation des améliorations

dans la vie quotidienne (Giraud-Baro & Roussel, 2012). Ces facteurs subjectifs concernent la métacognition, l'insight, l'internalisation de la stigmatisation, l'implication, l'adhésion au processus de réentraînement et la motivation du point de vue de la réhabilitation. Ils concernent le sentiment d'espoir, la construction identitaire, les valeurs personnelles et le sentiment de responsabilité et de contrôle de ses propres actions du point de vue du rétablissement (Martin & Franck, 2012a ; Roussel et al., 2011). Selon Silverstein (2004), « *le lien entre remédiation cognitive et fonctionnement social efficient (généralisation des acquis) nécessite la prise en compte, l'étude des facteurs individuels qui entraîne une réponse positive ou non à cette remédiation cognitive* » (cité par Roussel et al., 2011, p.5). L'évaluation des fonctions cognitive et des facteurs individuels de la personne est donc essentiels pour contribuer à la qualité de la réponse à la remédiation cognitive (Roussel et al., 2011). Green et al. (2000) ont également suggéré que le potentiel d'apprentissage pourrait jouer un rôle intermédiaire entre la cognition et l'acquisition d'habiletés fonctionnelles et donc la réussite de la généralisation des améliorations dans la vie quotidienne (Levaux, Van der Linden, Laroï, & Danion, 2012).

1.3.3.2. L'évaluation des troubles cognitifs :

Deux types d'évaluation des troubles cognitifs existent : l'évaluation « *papier/crayon* » (analytique) et l'évaluation en situation écologique (globale). L'évaluation « *papier/crayon* » a pour objectif d' « *analyser les processus cognitifs avec des tests de performance et des bilans spécifiques (test d'héminégligence, de mémoire...)* » (Morel-Bracq, 2009a, p.122). Ce type d'évaluation est généralement utilisé par les neuropsychologues. Les ergothérapeutes, pour leur part, utilisent plus des évaluations de type écologique. Selon Morel-Bracq, « *en ergothérapie, une observation et une analyse des performances fonctionnelles en lien avec les troubles cognitifs en milieu écologique, permet d'évaluer les conséquences de la pathologie sur la vie quotidienne* » (Morel-Bracq, 2009a, p.122). Les résultats des deux types d'évaluation ne sont pas toujours en accord. En effet, une personne peut avoir de bons résultats aux tests analytiques mais rencontrer des difficultés dans sa vie quotidienne et inversement. Aussi, Morel-Bracq ajoute que « *les évaluations écologiques pourrait avoir une plus grande pertinence pour l'appréciation de l'impact des troubles dans la vie quotidienne et le devenir du patient* » (Morel-Bracq, 2009a, p.122). De plus, concernant l'évaluation neuropsychologique préalable à la remédiation cognitive, « *le manque de sensibilité de certaines épreuves pour les déficits cognitifs légers peut faire sous-estimer le lien entre l'ampleur d'un dysfonctionnement observé en situation écologique et le degré du trouble cognitifs évalué lors du bilan. D'où la nécessité de continuer à développer des évaluations standardisées en situation écologique, plus sensible* » (Roussel et al., 2011, p.6). Aussi, les résultats peu convaincant de la

remédiation cognitive, décrit plus haut, au niveau du transfert et de la généralisation des apprentissages dans la vie quotidienne, serait donc dû à la non prise en compte de l'hétérogénéité des troubles cognitifs et des plaintes du patient. Mais également au fait que la visée première concerne les déficits cognitifs, qu'il n'y a pas d'hypothèses à priori sur la nature des liens entre processus cognitifs et activités quotidiennes et que le matériel utilisé est décontextualisé (Levaux, 2010). La remédiation cognitive n'est donc pas assez ciblée, individualisée et écologique. L'évaluation initiale des troubles cognitifs est donc remise en cause. Une alternative face à ces résultats serait de partir « *du pragmatisme des plaintes des patients, pour mettre en œuvre des interventions centrées sur les activités spécifiques de la vie quotidienne mettant en jeu les aspects fonctionnels altérés* » (Offerlin-Meyer, 2012, p.38).

Il existe différentes évaluations écologiques créées par des ergothérapeutes : l'AMPS (Assessment of Motor and Process Skills, Fisher, 2003), le Profil des Activités de Vie Quotidienne (PAVQ, Dutillet al., 2003) ou le test du gâteau au chocolat (Chevignard et al., 2006) (Morel-Bracq, 2009a), et le test des errances multiples. Cependant, parmi elles, seule l'AMPS est une évaluation validée pour une population atteinte de schizophrénie. Les autres évaluations ont été validées pour des personnes traumatisées crâniennes.

1.4. Vers la question de recherche :

La réhabilitation psychosociale propose un accompagnement pluridisciplinaire afin de répondre aux besoins des personnes atteintes de schizophrénie avec une symptomatologie stabilisée. Elle a pour objectif de favoriser leur indépendance et leur autonomie dans la communauté avec pour finalité leur insertion sociale et/ou professionnelle. Lorsque les personnes sont stabilisées, les symptômes résiduels peuvent constituer un obstacle à leur autonomisation. Parmi ces symptômes résiduels, les troubles cognitifs sont les principaux responsables des difficultés de fonctionnement dans leurs activités de vie quotidienne, limitant ainsi leur acquisition d'autonomie. Dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, des programmes de remédiations cognitives, ayant pour objectif de limiter l'impact des troubles cognitifs sur le fonctionnement quotidien, peuvent être proposés. Cependant, suite à ces programmes, la problématique du transfert des améliorations, et donc des apprentissages cognitifs, dans la vie quotidienne se pose et une évolution positive de leur fonctionnement n'est pas toujours visible.

Cette première partie, permettant de faire l'état des lieux des connaissances, m'a permis de me questionner sur l'apport de l'intervention de l'ergothérapeute, en réhabilitation psychosociale, par

rapport à cette problématique du transfert des apprentissages cognitifs. En effet, l'ergothérapeute, de par sa spécificité, ses compétences et son approche écologique, a une vision précise de l'impact des déficits sur les rôles sociaux et les habitudes de vie d'une personne dans son environnement. Ainsi, son intervention se base sur les plaintes de la personne et est centrée sur les activités de la vie quotidienne qui posent problème. Il semble donc avoir un rôle important dans la prise en charge des troubles cognitifs des personnes atteintes de schizophrénie et dans le transfert des apprentissages cognitifs dans leur vie quotidienne.

Cette réflexion aboutit à ma question de recherche à laquelle j'essaierai de répondre au cours de cette étude :

Comment l'ergothérapeute peut-il participer au transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne des personnes schizophrènes stabilisées, afin d'améliorer leur autonomie?

2. PROBLEMATIQUE THEORIQUE :

Cette partie a pour but d'exposer un cadre théorique de référence qui me permettra de concevoir mon outil de recherche et de formuler une réponse hypothétique à ma question de recherche.

2.1. Les théories de l'apprentissage :

2.1.1. Définitions :

2.1.1.1. Apprentissages :

Selon De Ketele (1989), « *l'apprentissage est un processus systématique orienté vers l'acquisition de certain savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir.* ». Selon Grooaters, les connaissances, les compétences, les habiletés et les attitudes font l'objet d'un apprentissage. L'apprentissage d'une personne implique sa capacité de stockage et d'élaboration de l'information. Il peut être défini comme un changement de comportement durable d'un individu dû à une modification de ses savoirs, savoir-faire, savoir-être suite à des expériences, à des entraînements, à des exercices pratiqués par celui-ci (Barnier, 2013). Les apprentissages sont classés dans la typologie de Bloom (1956) selon le type de changement visé : les apprentissages cognitifs, les apprentissages moteurs et les apprentissages affectifs.

2.1.1.2. Transfert des apprentissages :

Le transfert des apprentissages est la capacité d'une personne à réutiliser ce qu'elle a appris dans un contexte donné, dans un nouveau contexte. Selon Samson, le transfert « *implique la mise en relation et l'adaptation d'un apprentissage dans un contexte nouveau et inhabituel* » (Samson, 2014).

2.1.2. Les différentes théories de l'apprentissage :

Le processus d'apprentissage peut être étudié selon différentes perspectives, d'où la multitude de théories différentes. Il existe deux approches majeures de l'apprentissage : l'approche behavioriste et l'approche cognitiviste (constructivisme et socio-constructivisme). Les autres théories existantes résultent d'un mélange de ces deux théories.

2.1.2.1. Le behaviorisme :

Cette théorie est apparue au début du XXème siècle, introduite par le psychologue américain John Watson qui s'est inspiré des travaux d'Ivan Pavlov, sur le conditionnement des animaux. Le

behaviorisme s'intéresse à l'étude des comportements observables et mesurables des individus et plus précisément, à l'étude des modifications de comportements induits par l'environnement.

Selon la théorie behavioriste, les apprentissages s'acquièrent à l'aide de différents types de conditionnement.

Le conditionnement répondant ou classique (Ivan Pavlov et John Watson), atteste que tout autre comportement que les réflexes et les réponses émotionnelles de l'amour et de la rage qui sont innées, sont le résultat d'associations stimulus-réponse créées par le conditionnement. Ainsi, un stimulus auparavant neutre va entraîner une réponse de la part de l'individu après avoir été associé à un stimulus provoquant une réponse automatique.

Le conditionnement opérant, décrit par Frédéric Skinner est un conditionnement plus élaboré que celui de Watson. Il introduit la notion d'acte volontaire et de motivation, l'individu agit sur son environnement car il veut obtenir quelque chose, il y a une intention derrière son acte. Le conditionnement opérant utilise des renforçateurs positifs et négatifs. Ce sont des stimuli qui augmentent la probabilité d'apparition d'un comportement souhaité. Un renforcement positif est une réponse de l'environnement qui ajoute un élément suite à l'émission du comportement. Inversement, un renforcement négatif est une réponse de l'environnement qui enlève un élément suite à l'émission du comportement.

Le behaviorisme s'intéresse donc plus à prévoir les comportements qu'à les expliquer et recherche le gain de temps et la mise en place de routines et d'automatisme. L'idéologie behavioriste, est adaptationniste : l'individu doit s'adapter à son environnement, et normative : l'individu doit avoir des comportements socialement acceptables. Selon cette théorie, l'apprenant est passif. Il réagit aux stimuli de l'environnement, sa motivation est donc extrinsèque, elle dépend des récompenses fournies suite à une action.

La pédagogie par objectifs est une stratégie d'apprentissage influencée par la théorie behavioriste. Elle consiste à acquérir un comportement en le décomposant en plusieurs sous-comportements, selon leur ordre d'apparition dans la tâche. On part donc d'un comportement initial pour atteindre un comportement attendu. Ce processus s'acquière grâce à différentes stratégies :

- le façonnement : apprentissage d'étapes successives qui peuvent chacune être atteintes en définissant un objectif comportemental intermédiaire. Chaque sous comportement est enseigné et entraîné puis articulé au sous comportement suivant.
- Le modelage : renforcer l'apparition d'un comportement en montrant une « personne modèle » au sujet observateur réalisant le comportement. La constatation des

conséquences positives de la réalisation du comportement par la « personne modèle » crée un renforcement positif.

- L'estompage : la diminution progressive de l'aide apportée à l'apprenant.

L'éducateur explique les objectifs à l'apprenant et la nécessité de l'apprentissage, le but étant une pratique autonome en mettant en place des situations impliquant la réutilisation des comportements dans d'autres contextes.

Dans cette théorie, le thérapeute doit donc stimuler, créer et renforcer des comportements observables appropriés de l'apprenant. L'apprentissage s'effectue grâce à l'association, par conditionnement, d'une récompense à une réponse spécifique attendue. Le thérapeute peut fixer des objectifs intermédiaires réalisables afin d'acquérir progressivement, en utilisant les techniques de modelage et d'estompage, un comportement voulu. Il peut être intéressant pour l'ergothérapeute d'utiliser cette approche en mettant en place des routines qui auront comme avantage de sécuriser le patient, de diminuer le coût attentionnel nécessaire pour la réalisation des activités et de lui redonner confiance en ces capacités. La valorisation du patient par l'ergothérapeute, ses proches, la réussite d'une activité significative, l'amélioration de la performance occupationnelle en lien avec l'application des apprentissages cognitifs, sont autant de renforcements qui favoriseront le transfert de l'apprentissage cognitif dans la vie quotidienne en augmentant sa probabilité d'apparition.

2.1.2.2. Le cognitivisme :

Le cognitivisme est l'étude de l'activité interne du sujet pour traiter l'information de l'environnement, et résoudre des problèmes. Pour cela cette théorie s'intéresse à la perception, l'attention, la mémoire, le langage, le raisonnement, la résolution de problèmes et la prise de décisions. Cette théorie introduit donc la notion de cognition qui est l'ensemble des processus de traitement de l'information. Actuellement, le cognitivisme est le paradigme central de la psychologie. Le cognitivisme s'attache donc à la compréhension et à l'analyse du traitement humain de l'information. Il considère que le sujet apprenant est un sujet actif et constructif qui acquiert, intègre et réutilise des connaissances. La motivation intrinsèque de l'apprenant joue donc un rôle primordial dans le processus d'apprentissage car celui-ci nécessite un engagement actif de l'apprenant (Legault, 1992).

2.1.2.2.1. Le constructivisme :

Deux psychologues ont principalement influencé la théorie constructivisme : Jean Piaget et Jérôme Bruner. Le constructivisme, apparu dans les années 1930, définit l'apprentissage comme un processus de construction des connaissances par celui qui apprend. Acquérir des connaissances

suppose une activité cérébrale de la part de l'apprenant qui est amené à manipuler ses idées, ses connaissances et ses conceptions. Ainsi, la connaissance est activement construite par l'individu par l'intermédiaire des actions qu'il applique sur des objets et non passivement reçue de son environnement. L'apprenant est donc considéré ici comme acteur du processus de construction de ses connaissances.

L'approche constructiviste postule que l'apprentissage est un processus d'adaptation qui s'appuie sur l'expérience que l'apprenant a du monde et qui est en constante modification. Cette capacité d'adaptation est possible grâce à deux processus d'interaction entre l'apprenant et son environnement : l'assimilation et l'accommodation.

L'assimilation permet à l'individu d'intégrer les données d'une situation nouvelle en les reliant à des connaissances antérieures. Ces connaissances antérieures sont appelées schèmes. Ce sont des schémas d'activités ou des structures d'actions physiques et mentales de l'individu, en réponse à son action sur l'objet. Piaget le définit ainsi : « (...) *ce qui, dans une action, est transposable, généralisable ou différentiable d'une situation à la suivante, autrement dit, ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions ou applications de la même action* ». Ce processus d'assimilation permet donc d'incorporer de nouveaux objets à des schèmes existants. Il permet en quelque sorte de ramener l'inconnu à du connu, l'individu rend familier ce qui ne l'est pas. Le schème modifie le milieu en modifiant la compréhension qu'en a le sujet, c'est un moyen pour le sujet d'assimiler de nouveaux objets.

L'accommodation est un processus qui permet à l'individu de s'adapter à une situation nouvelle en modifiant ou en construisant de nouveaux schèmes. Dans ce cas, c'est le milieu qui modifie le schème. Ce processus intervient quand celui d'assimilation échoue. Suite à une action de l'environnement sur l'individu, celui-ci va modifier sa façon de faire, réorganiser ses idées, ses connaissances ... Accommoder consiste donc à différencier un schème pour l'adapter à un objet particulier qui résiste au processus d'assimilation.

L'adaptation, ici entendue comme le développement des connaissances, est le résultat d'un équilibre entre ces deux processus d'assimilation et d'accommodation qui sont complémentaires et antagonistes.

Cette approche postule que le patient doit être acteur de son processus d'apprentissage et que celui-ci doit s'inscrire dans la pratique. A la différence du béhaviorisme, l'importance de la motivation intrinsèque est soulignée dans cette approche. La motivation intrinsèque signifie que l'individu trouve un sens pour lui et une importance dans l'apprentissage qu'il entreprend. C'est l'apprenant qui fixe

ses objectifs d'apprentissage. Le rôle de l'ergothérapeute n'est donc pas ici de transmettre un savoir, mais de planifier les situations les plus propices à l'apprentissage du patient, en fonction de sa demande. Par exemple, l'utilisation d'activités signifiantes permet un apprentissage ayant du sens pour le patient. L'ergothérapeute peut donc proposer au patient des mises en situation d'activités qui lui posent problème au niveau cognitif. La réalisation de ces mises en situation dans différents contextes peut permettre, par assimilation et/ou accommodation d'un processus cognitif acquis dans un certain contexte, un transfert de l'apprentissage cognitif dans un nouveau contexte, et ainsi, une adaptation de la personne à son environnement. De plus, les mises en situation permettent de confronter le patient à ses difficultés et de mieux intégrer, mémoriser et mettre en pratique les techniques de compensation qui peuvent être proposées par l'ergothérapeute.

2.1.2.2.2. Le socio-constructivisme :

Inspiré en partie du constructivisme, le socio-constructivisme souligne l'importance de la dimension relationnelle dans le processus d'apprentissage. Bien que la construction du savoir soit personnelle, l'apprenant n'est pas autonome. En effet, cette construction s'effectue en résonance entre des processus intra et inter personnels. Autrement dit, elle s'effectue par la mise en relation de ses informations personnelles avec les informations apportées par le milieu social et culturel.

Vygotsky est le précurseur de cette théorie, il défend dans ses travaux le rôle fondamental des interactions sociales dans l'apprentissage et introduit le concept de médiation à l'autre. Selon lui, les interactions sociales permettent à l'apprenant de réorganiser ses conceptions antérieures et d'intégrer de nouvelles connaissances apportées par la situation d'interaction. Il introduit trois notions clés :

- L'instrument psychologique : systèmes sémiotiques socialement élaborés hérités des générations antérieures comme par exemple les techniques de calculs et les moyens mnémotechniques. Ceux-ci s'acquièrent par les interactions sociales et les relations dissymétriques.
- La zone proximale de développement : situations d'interactions sociales dans lesquelles l'individu réalise des actions qu'il ne réaliserait pas seul.
- Le conflit socio-cognitif : conflits générés par une différence de niveau cognitif entre les formés, ou par une relation dissymétrique.

L'ergothérapeute peut proposer des séances de groupe pour favoriser un partage avec le pair qui peut être bénéfique en vue de provoquer et de résoudre des conflits sociaux cognitifs. Cependant,

avant de proposer ce type de séances, l'ergothérapeute doit s'assurer que le patient est prêt à être confronté au regard des autres.

2.2. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) :

Le MOH a été élaboré par Gary Kielhofner, il y a déjà une trentaine d'années (Annexe II). Ce modèle est un modèle holistique centré sur le patient et ses activités signifiantes et significatives. Il donne ainsi une vision de la personne à travers son occupation dans son propre environnement physique et social. Les activités signifiantes sont les activités qui ont du sens pour la personne alors que les activités significatives sont les activités qui ont un sens pour la société.

L'occupation humaine est donc au centre de ce modèle. Elle est définie par Keilhofner (2002) « *comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique* » (cité par Bélanger, Briand, & Rivard, 2005). L'occupation humaine implique donc 3 composantes ; la personne, son occupation et son environnement, dont l'interaction constante est en perpétuel changement et remaniement au cours de la vie. Le MOH postule que toutes les facettes de la personne et de son environnement influencent sa manière d'agir de façon soit restrictive, soit stimulante et qu'il y a une interaction permanente entre l'occupation humaine et son environnement. Le MOH permet donc « *une analyse du rendement de la personne et de son adaptation lors de la réalisation de ses occupations, à travers différents environnements* » (Bélanger et al., 2005, p.114). L'interaction constante entre l'occupation humaine et l'environnement rend la notion d'occupation humaine complexe et donne un caractère unique aux actions de chaque individu. Ainsi, chaque patient est vu comme un être unique et ce sont ses caractéristiques propres qui vont permettre de déterminer les objectifs d'accompagnement et les stratégies d'interventions.

Le MOH s'intéresse à l'engagement actif du patient dans l'activité et met l'accent sur ses souhaits, ses besoins, ses forces, ses faiblesses et ses perceptions. Il considère que l'engagement occupationnel (toute action, pensée ou ressenti enthousiaste du patient) constitue le mécanisme central pour tout changement.

Ainsi le MOH repose sur deux hypothèses fondamentales :

- « *les interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et l'environnement, instaurent une adaptation dynamique dans les activités humaines.* »

- « *l'activité humaine signifiante et significative est essentielle dans l'auto-organisation de la personne.* » (Morel-Bracq, 2009b).

Trois dimensions sont décrites dans le MOH : la performance humaine (l'être), la performance dans l'environnement (l'agir), la participation occupationnelle de la personne dans son environnement (le devenir).

2.2.1. La performance humaine :

Selon Kielhofner, l'être humain peut être analysé selon 3 composantes en interaction entre elles et avec l'environnement : la volition, l'habitation et la capacité de rendement. Ces composantes expliquent le choix et la réalisation d'une activité par une personne. L'occupation résulte de l'effet conjoint entre ces 3 composantes.

2.2.1.1. La volition :

La volition est un système de pensées et de sentiments de la personne par rapport à elle-même et envers ses actions passées, présentes et futures. Elle représente la motivation d'une personne pour réaliser une activité et le processus aboutissant au choix d'une activité. La volition se construit à travers la répétition d'expériences qui modifient l'organisation de nos pensées et de nos sentiments personnels. Ainsi, la conscience de ses capacités, le sentiment d'efficacité, les valeurs et l'intérêt personnel influencent l'anticipation, le choix et l'interprétation de ses actions. La volition représente donc la perception de soi et du monde par une personne. Les choix occupationnels ayant des conséquences positives permettent l'amélioration de la perception de son efficacité et de sa capacité. Ils favorisent ainsi le changement en assurant l'évolution des actions d'une personne. La volition influence donc en permanence notre vie quotidienne (Morel-Bracq, 2009b).

Kielhofner définit trois sous-composantes de la volition qui sont interdépendantes (Graff, En Thijss, Van Melick, & Verstraten, 2013):

- les déterminants personnels : conscience de ses capacités et sentiments d'efficacité
- les valeurs : éléments importants et ayant du sens pour la personne, elles sont composées de « *convictions personnelles* » et de « *sentiments d'obligation* »
- les intérêts : éléments agréables et satisfaisants à réaliser qui procurent de l'attraction et une préférence pour certaines activités.

2.2.1.2. L'habitation :

L'habitation permet d'organiser et de simplifier la vie quotidienne en agissant selon des « patrons de comportements systématiques ». Ceux-ci sont constitués par les habitudes et les rôles liés à la société et à la culture. Les habitudes sont « *des réponses et des comportements automatiques en présence de situations connues ou d'environnement* » (Graff et al., 2013, p.35). Elles structurent la

vie de la personne et lui donnent un caractère familier. La répétition d'action dans un environnement stable permet de développer les habitudes (Belanger, Briand, & Marcoux, 2006).

Les rôles sont définis par les habitudes et les comportements appris et intégrés sous l'influence de la pression sociale. Ils sont déterminés par l'environnement et/ou la personne elle-même. L'appropriation de rôles par une personne conditionne ses actions en l'associant à une identité et une appartenance (Graff et al., 2013).

2.2.1.3. Les capacités de performance ou de rendement :

Ces capacités renvoient à la possibilité de la personne à réaliser ce qu'elle veut faire. Ces capacités permettant l'action, sont « *liées aux systèmes organiques (musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel, cognitif) dans leurs aspects objectifs mais surtout dans l'expérience subjective (sensation et vécu) qu'en a l'individu.* » (Morel-Bracq, 2009b, p.74).

2.2.2. La performance dans l'environnement :

2.2.2.1. L'environnement

Les 3 composantes présentées plus haut sont interdépendantes et inséparables de l'environnement humain et matériel de la personne. Celui-ci influence la motivation, l'organisation et l'exercice d'occupations en apportant d'une part des opportunités, des ressources, des moyens et d'autres part des exigences, des limites et des contraintes ayant un impact sur la personne et ses occupations. L'impact de l'environnement résulte donc de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les caractéristiques de l'environnement qui vont stimuler ou freiner l'occupation de la personne (Graff et al., 2013).

2.2.2.2. Dimensions de l'agir : Participation, rendement (ou performance) et habiletés :

Les interactions entre les composantes de l'individu (volition, habitude et capacité de rendement) et l'environnement déterminent les actions de l'individu. Ces actions appartiennent aux dimensions de l'agir (le faire).

Selon le MOH, il existe trois niveaux de l'agir : la participation, la performance et les habiletés :

- La participation : c'est le niveau le plus accompli de l'agir. Elle désigne, conformément à la définition de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé), le fait de prendre part à une situation de vie réelle (la personne en action, ses occupations de loisirs, de vie quotidienne et de travail). La participation « *est influencée par*

la volition, l'habituatation, la capacité de rendement et l'environnement » (Graff et al., 2013, p.37)

- Le rendement : c'est le niveau intermédiaire de l'agir qui se réfère à l' « *exécution d'une forme d'agir* » (Graff et al., 2013, p.37). Elle est influencée par l'habituatation et l'environnement étant donné que l'exécution a lieu surtout dans la routine quotidienne.
- L'habileté : c'est le niveau sous-jacent le plus détaillé. Ce sont les « *actions observables et pertinentes utilisées par une personne pendant l'exécution d'une occupation* » (Graff et al., 2013, p.38). Kielhofner définit trois types d'habiletés : les « *habiletés motrices* » (mouvements de la personne et des objets), les « *habiletés opératoires ou procédurales* » (planification et organisation logique de nos actions, adaptation des actions, choix et utilisation adéquate des objets), les « *habiletés de communication et d'interaction* » (faire connaître nos besoins et nos intentions et adapter nos comportements sociaux lors de nos échanges) (Graff et al., 2013).

2.2.3. La participation occupationnelle de la personne dans son environnement :

Quand une personne agit dans son environnement, elle crée ou modifie ses capacités ou, choisit de les conserver ou de les renforcer. L'agir permet alors de façonner l'identité et la compétence occupationnelle de l'individu dans l'objectif qu'il s'adapte à son environnement. Le devenir de la personne, c'est-à-dire son évolution personnelle et l'évolution de ses actions au sein de l'environnement, est conditionné par son identité occupationnelle, sa compétence occupationnelle et son adaptation occupationnelle.

L'identité occupationnelle est définie comme « *une image composée de ce que nous sommes et de l'être agissant que nous souhaitons devenir* » (Graff et al., 2013, p.38). Cette image est construite à partir de notre expérience de participation et est constituée en partie de la motivation, des rôles et des habitudes de la personne. Le développement de l'identité implique de donner un sens et un but à sa vie et de connaître ses capacités acquises par l'expérience. L'identité occupationnelle se réfère donc au vécu de la personne.

La compétence occupationnelle renvoie à « *la capacité de la personne à maintenir sa participation afin que celle-ci reflète son identité occupationnelle* » (Graff et al., 2013, p.38). Ce sont les actions effectives de la personne qui lui permettent, de faire face à ses responsabilités en organisant sa vie quotidienne, et de respecter les obligations liées aux rôles sociaux afin de vivre une vie satisfaisante et intéressante pour elle. La compétence occupationnelle concrétise l'identité occupationnelle.

L'adaptation occupationnelle est le résultat de la construction d'une identité occupationnelle positive suite à l'atteinte d'un niveau de compétence occupationnelle adéquat dans un environnement précis.

En résumé, l'adaptation occupationnelle est « *la résultante de la dynamique qui s'établit entre les composantes de base du modèle (volition, habitude, capacité de rendement), les dimensions de l'agir (participation, rendement, habiletés) et l'environnement (physique et social) lorsqu'une personne participe à une occupation* » (Bélanger et al., 2005, p.125).

Le MOH souligne donc l'importance de comprendre la nature de l'occupation de la personne et de prendre en compte toutes les composantes du modèle afin de l'accompagner au mieux dans son processus de changement. L'évaluation globale du patient prend donc toute son importance selon ce modèle. Au niveau de l'intervention en réhabilitation psychosociale, le MOH défend l'idée que toute intervention va modifier la structure occupationnelle du patient. En effet, selon Kielhofner (2002), « *Un changement sur la volition, l'habitude, la capacité de rendement ou l'environnement crée les conditions dynamiques favorables à l'émergence de pensées, d'émotions et de comportements nouveaux* » (cité par Belanger et al., 2006, p.12). Au niveau des techniques d'interventions, « *Des répétitions suffisantes de ces nouvelles conditions (pensées, émotions et comportements) permettent alors des modifications significatives sur les dimensions de l'agir et favorisent l'émergence (positive ou négative) d'une nouvelle structure occupationnelle (donc, l'adaptation occupationnelle). Des conditions stables de l'environnement favorisent le maintien de ce nouvel équilibre et permettent que le changement soit véritable* » (Belanger et al., 2006, p.12). Ces changements apportés à la structure occupationnelle du patient se font en trois étapes : l'exploration, la compétence et l'accomplissement. Ils dépendent de l'engagement occupationnel du patient lors de sa thérapie. Selon Kielhofner (2004), la participation active du patient dans des formes d'occupations réelles qui sont importantes et ont du sens pour lui (qui sont significantes), permet cet engagement. Il ajoute que « *Seul le client peut être l'instigateur de son propre changement* » (cité par Belanger et al., 2006, p.12).

Le MOH est donc en accord avec la vision de la réhabilitation psychosociale. En effet, il s'intéresse à la globalité de la personne et lui permet d'être actrice dans sa prise en charge. Le MOH souligne l'importance de l'évaluation globale du patient et l'utilisation d'activités significantes lors de l'intervention. En effet, Selon Bruce (2002), « *Le modèle de l'occupation humaine avance que le moyen privilégié pour restaurer les fonctions d'une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de sa vie quotidienne, consiste à ramener sa participation dans des occupations significantes* » (cité par Belanger et al., 2006, p.11). Le MOH est donc un modèle intéressant pour aborder la question du transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne des patients. En effet, ce transfert se manifeste par des changements apportés à la

structure occupationnelle du patient grâce à la mise en œuvre des apprentissages cognitifs nouveaux. Ce modèle d'intervention propre à l'ergothérapie peut donc être appliqué pour faciliter le transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne des personnes atteintes de schizophrénies.

2.3. Le concept d'autonomie et d'indépendance :

Pour développer ce concept, je me suis appuyée sur les théories de Nicole Sève-Ferrieu.

2.3.1. Dépendance et indépendance :

Étymologiquement, dépendance provient du latin « *dependere* », « être suspendu à ». Selon Ennuyer, il existe deux conceptions de la dépendance : une conception statique selon la vision biomédicale et une conception dynamique selon la vision sociale (cité par Sève-Ferrieu, 2008).

Dans la vision biomédicale, l'indépendance est définie par le fait d'être capable de réaliser seul ses activités de la vie quotidienne de manière satisfaisante. C'est donc de ne dépendre de personne, d'aucune aide humaine (incitative, partielle ou totale) pour réaliser ses activités de vie quotidienne. En revanche, le recours à des aides techniques pour réaliser ces activités ne remet pas en cause l'indépendance de la personne. L'indépendance repose sur les capacités fonctionnelles et neuropsychologiques de la personne et s'acquière durant le développement de l'enfant. Sève-Ferrieu écrit qu' « *elle offre les moyens de ne dépendre de personne pour vivre son quotidien, en permettant de répondre aux impératifs de la vie quotidienne et de survivre efficacement* » (Sève-Ferrieu, 2008, p.2). Selon cette vision, une personne est dépendante si elle a besoin de l'aide d'une tierce personne pour réaliser ses activités de la vie quotidienne. La dépendance désigne donc l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer seule les activités de la vie quotidienne. Cette approche est donc ciblée sur l'individu et ses capacités en lien avec son environnement matériel qui peut être facilitateur ou contraignant pour la réalisation des activités de vie quotidienne.

Cependant, l'individu est indissociable de son environnement humain. Il doit s'intégrer dans la société, faire et être en relation avec l'autre. Selon la vision sociale, l'indépendance ne peut donc pas être dissociée de la dépendance. En effet, les êtres humains sont en interdépendance (affectives, intellectuelles, professionnelles, financières, culturelles...) dans leurs relations d'échanges où ils sont amenés à donner mais aussi à recevoir. Selon Sève-Ferrieu, « *Ces interdépendances [...] sont le mode de relation entre les être humains et permettent leur structuration.* » (Sève-Ferrieu, 2008, p.2).

Les personnes schizo-phrènes sont concernées par le concept de dépendance car les troubles cognitifs ont un impact sur leurs capacités fonctionnelles et relationnelles. En fonction de leur environnement humain et matériel, facilitateur ou non, elles sont plus ou moins dépendantes. Une amélioration de leurs troubles cognitifs, dans le cas où un transfert des apprentissages dans leur vie quotidienne a lieu, tendrait vers une amélioration de leurs capacités fonctionnelles et relationnelles et donc, une diminution de leur degré de dépendance.

2.3.2. Autonomie et dépendance :

Le mot « autonomie » provient du grec « *autos* », soi-même, et « *nomos* », règle, lois. Etre autonome signifie donc être capable de se diriger, de se gouverner selon sa propre loi. Selon Schawrz, l'autonomie « *se manifeste dans la capacité de juger de ses propres compétences en jeu dans les rapport sociaux, de se rendre sérieusement compte de ses actions et de prendre en charge l'aménagement (management) du développement de sa personnalité selon ses propres valeurs* » (cité par Sève-Ferrieu, 2008, p.3). L'autonomie implique donc la conscience de soi.

L'autonomie ne peut se concevoir qu'en lien avec la dépendance. Sève-Ferrieu écrit que « *À titre individuel, l'autonomie se manifeste dans la gestion de ses propres dépendances, interdépendances et capacités d'indépendance quand, en connaissance de cause, la personne fait des choix et pose ses actions.* » (Sève-Ferrieu, 2008, p. 3). De plus, l'autonomie n'est pas innée et se développe tout au long de la vie en fonction de l'éducation reçue et des évènements rencontrés. C'est un processus en constante évolution qui se construit dans les interdépendances familiales, scolaires, professionnelles, culturelles ... Selon Adant, « *une des premières véritables manifestations d'autonomie se présente quand, entre deux et trois ans, l'enfant dit non et s'oppose ainsi par le langage à la volonté de l'adulte* » (cité par Sève-Ferrieu, 2008, p.2). Cette autonomie individuelle est en interaction avec l'autonomie collective et cette liberté est donc limitée à un cadre constitué de règles, d'interdits et de lois sociales qui doivent être intériorisés. Le pouvoir décisionnel de l'individu dépend donc de la connaissance et du respect de ces obligations. Ennuyer définit alors l'autonomie comme « *La liberté relative de l'individu au sein d'un groupe constitué par la société.* » (cité par Sève-Ferrieu, 2008, p.3).

L'autonomie permet donc de faire des choix, d'agir, de s'affirmer mais implique également de s'adapter et d'interagir avec son environnement. L'autonomie est alors « *un processus interactif d'adaptation réciproque de la personne avec son environnement pris au sens large, basé sur des réponses en termes d'actions (gestion, décision, organisation, planification) et de comportements à des sollicitations multifactorielles, engendrées par et dans le système environnemental de l'individu* »

(Le Gall et Ruet cité par Sève-Ferrieu, 2008, p. 3). L'autonomie est donc la liberté de faire des choix en prenant en compte des éléments internes et externes et en agissant en fonction de ceux-ci. La personne doit être capable d'anticiper face à la situation présente afin de pouvoir agir ou réagir, et de mettre en place les moyens nécessaires au bon fonctionnement de l'action qu'elle doit mener. L'autonomie s'acquière donc « *par l'apprentissage permettant la maîtrise et le contrôle progressif des situations, et l'aptitude à produire des réponses (indépendance accompagnée d'interdépendance)* » (Sève-Ferrieu, 2008, p.3). Elle présuppose une capacité d'analyse et de jugement sur ces situations afin de pouvoir faire un choix adapté.

Une déficience psychique et/ou organique, tel que la schizophrénie et les troubles cognitifs qu'elle engendre, peuvent porter atteinte à l'autonomie de la personne. En effet, elles altèrent la pensée, la conscience de soi et les capacités d'anticipation, d'adaptation et de jugement de l'action conduite. Aussi, ces déficiences empêchent la personne de se représenter comme faisant partie de la société. De plus, elles la limitent dans sa compréhension et son analyse des données d'une situation, afin de faire un choix.

Cette partie théorique m'a permis d'explorer les différentes composantes du MOH et de définir les théories d'apprentissages sur lesquelles l'ergothérapeute peut s'appuyer pour accompagner une personne atteinte de schizophrénie. Le développement du concept d'autonomie permet de mettre en évidence l'importance de la connaissance de soi, de l'adaptation réciproque à l'environnement et de la relation aux autres pour permettre sa construction.

3. METHODOLOGIE :

Les problématiques pratiques et théoriques m'ont permis de définir le cadre scientifique de mon étude. Désormais, dans cette partie, je vais détailler la méthodologie utilisée pour répondre à ma question de recherche.

3.1. Choix de la méthode :

Ce travail de recherche concerne la pratique professionnelle de l'ergothérapeute auprès de personnes schizophrènes au sein d'un service de réhabilitation psychosociale. Parmi les choix de méthodes proposées, la méthode clinique est celle qui m'a paru la plus appropriée. Cette méthode est basée sur des entretiens que j'ai choisis de faire de façon semi-directive. Elle est donc centrée sur la personne et sur son discours, c'est une méthode qualitative. L'entretien permet de récolter des informations qualitatives qui rendent compte de l'accompagnement ergothérapeutique mis en place auprès de personnes schizophrènes concernant leurs troubles cognitifs et leurs impacts sur la vie quotidienne. La méthode qualitative permet, grâce à son outil qui est la grille d'entretien (Annexe III), de comprendre le fonctionnement de la population interrogée dans sa pratique professionnelle et d'en faire ressortir des éléments de réponse à ma question de recherche. La méthode clinique aboutit à l'élaboration d'une hypothèse qui pourra faire ensuite l'objet d'une autre étude.

3.2. Choix de la population :

J'ai choisi d'interroger trois ergothérapeutes travaillant en réhabilitation psychosociale. Les ergothérapeutes interviewés doivent correspondre aux critères d'inclusions définis ci-dessous.

3.2.1. Critères d'inclusions :

Les personnes concernées par l'étude doivent :

- Etre des ergothérapeutes, diplômés d'état, exerçant en France
- Travailler en réhabilitation psychosociale à temps complet ou partiel
- Travailler auprès de personnes atteintes de schizophrénie

3.2.2. Critères d'exclusions :

Les personnes exclues de l'enquête sont :

- Les ergothérapeutes n'exerçant pas en France
- Les ergothérapeutes n'exerçant pas en réhabilitation psychosociale

- Les ergothérapeutes ne travaillant pas auprès de personnes atteintes de schizophrénie

3.3. Conception de l'outil d'enquête :

L'outil d'enquête nécessaire pour la méthode clinique est la grille d'entretien. La conception de matrices théorisées (Annexe IV) comportant des critères, des indicateurs et des indices permet l'élaboration de la grille d'entretien. Les matrices sont construites à partir des concepts et des théories développés dans la problématique théorique. Pour chacun d'eux, des critères et des indicateurs ont été dégagés. La recherche d'indices permet ensuite de faire le lien entre les concepts, les théories et la problématique pratique. Les matrices ainsi construites permettent alors de formuler les questions de l'entretien et d'analyser par la suite les réponses obtenues.

L'entretien semi-directif est composé de questions ouvertes qui facilitent l'expression spontanée des personnes interrogées et leur permettent de développer leurs propos tout en restant cantonnées au cadre de l'étude. Les personnes interrogées peuvent ainsi s'exprimer librement sur le thème abordé et amener des éléments nouveaux. La grille d'entretien comporte cinq axes principaux et débute avec des questions d'amorces ayant pour objectif d'obtenir des informations concernant la personne et la structure dans laquelle elle exerce. Des questions de relances peuvent être posées ou non. Elles permettent de relancer la discussion si besoin et de l'orienter vers des informations précises qui n'auraient pas été abordées. Toutes les questions sont les mêmes pour l'ensemble de l'échantillon.

3.4. Déroulement des entretiens :

Un premier contact par e-mail avec les ergothérapeutes m'a d'abord permis de présenter mon thème de mémoire et de convenir d'une date de rendez-vous pour l'entretien. Les ergothérapeutes travaillant dans un secteur géographique éloigné du mien, nous avons convenu d'un entretien téléphonique ou Skype®. L'entretien A a été réalisé via Skype®, les entretiens B et C ont été réalisés par téléphone. L'entretien débute par la présentation de son déroulement et de ses modalités de mise en œuvre. Il est anonyme et dure au maximum 45 minutes.

4. RESULTATS :

Dans cette partie, je vais présenter les ergothérapeutes que j'ai interrogé puis je détaillerai les résultats des entretiens (Annexe V).

4.1. Présentation des ergothérapeutes interrogés :

Les questions d'amorces ont permis de dresser un profil global pour chaque personne interrogée (Annexe VI) :

L'ergothérapeute A est diplômée depuis 3 ans et a toujours exercé en réhabilitation psychosociale. Elle a commencé par travailler dans un centre de réhabilitation psychosociale pour personnes avec des handicaps psychiques puis a été recrutée par un centre hospitalier en psychiatrie, où elle travaille actuellement. L'ergothérapeute A travaille à temps complet dans le service de réhabilitation psychosociale et n'a pas de formation ou diplôme complémentaire. La durée moyenne d'accompagnement des personnes atteintes de schizophrénie au sein du service dans lequel elle travaille est d'environ 6 mois.

L'ergothérapeute B est diplômée depuis 21 ans. Elle a toujours travaillé dans le domaine de la psychiatrie, au sein d'un centre de santé mentale de la MGEN, et cela fait 5 ans qu'elle a intégré l'unité de réhabilitation psychosociale qui s'est créée dans cette structure. L'ergothérapeute B ne travaille pas à temps plein dans l'unité de réhabilitation psychosociale ; son temps de travail est partagé entre celle-ci, l'hôpital de jour et l'unité clinique de la structure. Le temps qu'elle consacre à la réhabilitation psychosociale varie en fonction de la demande. La durée d'accompagnement des personnes atteintes de schizophrénie est très variable, ce qui ne permet pas à l'ergothérapeute B de chiffrer cette durée. Enfin, l'ergothérapeute B a un diplôme universitaire de remédiation cognitive.

L'ergothérapeute C est diplômé depuis 11 ans. Cela fait 4 ans qu'il exerce dans l'unité de réhabilitation psychosociale d'un centre hospitalier en psychiatrie. Auparavant, l'ergothérapeute C a travaillé dans le domaine de la neurologie puis de la psychiatrie. Son temps de travail est partagé entre l'unité de réhabilitation psychosociale, entre une et deux journées par semaine, et les autres services du centre hospitalier en psychiatrie. La durée moyenne d'accompagnement des personnes atteintes de schizophrénie est variable mais s'étend généralement sur plusieurs années. Enfin, comme l'ergothérapeute B, il possède un diplôme universitaire de remédiation cognitive.

4.2. Analyse quantitative :

A l'aide du logiciel « DICO », l'analyse quantitative permet de chiffrer le nombre de fois qu'un élément apparaît lors d'un discours. J'ai fait le choix de ne pas utiliser cette méthode d'analyse quantitative qui n'est pas pertinentes dans le cas de mon étude car les éléments repérés seraient décontextualisés.

4.3. Analyse qualitative :

4.3.1. Analyse longitudinale :

L'analyse longitudinale permet, pour chaque entretien, de mettre en évidence les éléments importants avancés par chaque ergothérapeute. Les mots et expressions clés des réponses données sont ainsi recensés question par question.

4.3.1.1. Ergothérapeute A :

	Question 1 : Quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?
Ergothérapeute A	De nombreux impacts plus ou moins marqués : pas de souvenirs des faits récents, difficultés à gérer un planning (planification, flexibilité, organisation) Les activités signifiantes sont moins impactées que celles significatives

Selon l'ergothérapeute A, l'impact fonctionnel des troubles cognitifs sur le quotidien est important et touche préférentiellement les activités significatives des patients.

	Question 2 : Comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?
Ergothérapeute A	<p>Essentiellement par l'observation : évaluations avec des mises en situation en milieux écologiques (au domicile du patient ou lors d'un accompagnement dans la communauté) ou au sein de la structure</p> <p>Utilisation d'un outil d'évaluation : Test des Errances Multiples (TEM)</p> <p>Collaboration avec la neuropsychologue : passation du TEM en binôme avec la neuropsychologue, prise en compte des évaluations neuropsychologiques pour mieux cibler les troubles cognitifs et évaluation de leurs impacts réels dans la vie quotidienne</p>

L'observation du patient en situation écologique ou au sein de la structure et la collaboration avec la neuropsychologue permet à l'ergothérapeute A d'identifier les difficultés du patient et les troubles cognitifs qui en sont responsable.

	Question 3 : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?
Ergothérapeute A	<p>Point de départ : préoccupation de vie quotidienne du patient</p> <p>Expérimentation pour réaliser des apprentissages : mises en situation dans les AVQB et AIVQ (dans la maison thérapeutique de la structure, au domicile du patient, dans la communauté)</p> <p>Trouver avec le patient des stratégies de compensation et des aides techniques</p> <p>Essentiellement des séances individuelles</p> <p>Pas d'atelier spécifique ergothérapeutique</p>

En partant de la demande du patient, l'ergothérapeute A utilise des mises en situation en milieu écologique, ou au sein de la structure, et propose des compensations pour diminuer les conséquences des troubles cognitifs sur le quotidienne du patient.

	Question 4 : Quelles sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages au niveau cognitif dans leur vie quotidienne ?
Ergothérapeute A	<p><u>Concernant le patient</u> : Environnement de vie agréable et sécurisant, entourage familial présent mais pas envahissant, sentiment de considération et non de stigmatisation par la société, implication dans l'accompagnement, motivation intrinsèque, conscience des difficultés et acceptation, acceptation des aides proposées, confiance en soi, estime de soi</p> <p><u>Concernant l'accompagnement en ergothérapie</u> : utilisation d'activités significatives, analyser les activités significatives du patient, faire prendre conscience au patient de ses difficultés dans ces activités puis travailler avec lui les aspects qu'il souhaite, transfert multicontextuel de Toglia</p>

Selon l'ergothérapeute A, les conditions nécessaires pour faciliter le transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne du patient concernent d'une part des facteurs propres au patient et à son environnement et d'autre part des facteurs propres à la pratique de l'ergothérapeute.

	Question 5 : En quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?
Ergothérapeute A	<p>Accompagnement centré sur les désirs de la personne, ses habitudes de vie, ses activités significatives et la reprise d'une autonomie optimale</p> <p>Patient acteur</p> <p>Ergothérapeute compense les troubles qui persistent</p> <p>Connaissances spécifiques sur les troubles cognitifs</p> <p>Pas de jugement</p>

Selon l'ergothérapeute A, l'accompagnement en ergothérapie permet de rendre le patient acteur en se centrant sur sa demande et améliore ainsi sa capacité à faire ses propres choix et à agir volontairement.

4.3.1.2. Ergothérapeute B :

	Question 1 : Quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?
Ergothérapeute B	Impact important à différents niveaux : pas de souvenirs de faits récents, difficultés de planification et de réalisation des activités de vie quotidienne et professionnelle ; relations sociales difficiles Les activités signifiantes et significatives sont autant impactées Patients : parfois méconnaissance de leurs troubles cognitifs et de leurs impacts sur le quotidien

Selon l'ergothérapeute B, les troubles cognitifs ont un impact fonctionnel majeur sur l'ensemble du quotidien des patients, ceux-ci n'ayant pas toujours conscience que ces difficultés sont dues à leurs troubles cognitifs.

	Question 2 : Comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?
Ergothérapeute B	Observation lors de la réalisation d'activités de médiation et mise en relation des troubles observés avec ceux qui peuvent être retrouvés au domicile. Echanges avec le patient, échelle d'autoévaluation Collaboration avec la neuropsychologue Projet de l'ergothérapeute : mise en place d'évaluation ergothérapique avec mises en situation Pas d'évaluation écologique au domicile ou dans la communauté

L'observation du patient lors de la réalisation d'activités de médiation et les échanges avec le patient et la neuropsychologue permettent à l'ergothérapeute B d'identifier les difficultés du patient dans sa vie quotidienne et les troubles cognitifs qui en sont responsables.

	Question 3 : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?
Ergothérapeute B	<p>Point de départ : préoccupation de vie quotidienne du patient</p> <p>Réentraînement des fonctions cognitives : programmes de remédiation cognitive et utilisation d'activités de médiation</p> <p>Activités de médiation : choix du patient en fonction de ses besoins et de ses envies significatives ; proposition d'objectifs personnalisés au sein de l'activité en lien avec l'évaluation préalable et la demande du patient ; possibilité de travailler différentes fonctions cognitives au sein d'une même activité ; travail en groupe mais avec des objectifs individuels pour chaque patient</p> <p>Compensation si les troubles cognitifs persistent</p> <p>Pas de mise en situations dans les AVQB</p>

Pour limiter l'impact des troubles cognitifs des patients dans leur vie quotidienne, l'ergothérapeute B ré-entraîne d'abord les fonctions cognitives déficitaires du patient en utilisant des programmes de remédiation cognitive et des activités de médiation, puis compense les déficits si ceux-ci persistent.

	Question 4 : Quelles sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages cognitifs dans leur vie quotidienne ?
Ergothérapeute B	<p><u>Concernant le patient</u> : soutiens extérieurs (famille, amis...), environnement de vie sécurisant, engagement dans l'accompagnement, dépend du processus de rétablissement</p> <p><u>Concernant l'accompagnement ergothérapeutique</u>: mises en situations au sein des activités de médiation à partir d'une demande concrète du patient par rapport à un problème rencontré dans sa vie quotidienne ou un projet professionnel ; activités de groupe qui permettent le travail des habiletés sociales ; échanges et explications concernant le lien entre les troubles cognitifs et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien</p>

Selon l'ergothérapeute B, les conditions nécessaires pour faciliter le transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne du patient concernent d'une part des facteurs propres au patient et à son environnement et d'autre part des facteurs propres à la pratique de l'ergothérapeute.

	Question 5 : En quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?
Ergothérapeute B	Patient acteur Réalisation d'un objet concret implique de faire des choix, d'adapter son action, d'être en interaction avec les autres

Selon l'ergothérapeute B, la réalisation d'objet concret et le fait de rendre le patient acteur, améliore sa capacité à faire ses propres choix et à agir volontairement.

4.3.1.3. Ergothérapeute C :

	Question 1 : Quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?
Ergothérapeute C	Impact important : difficultés à gérer un planning, à réaliser des activités de vie quotidienne, à avoir des relations sociales Les activités signifiantes sont moins impactées que celles significatives Patients : parfois méconnaissance de leurs troubles cognitifs et de leurs impacts sur le quotidien

Selon l'ergothérapeute C, les troubles cognitifs, dont les patients n'ont pas toujours conscience, ont un impact important sur le quotidien des patients et touche préférentiellement les activités significatives des patients.

	Question 2 : Comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?
Ergothérapeute C	<p>Evaluations cognitives papier/crayon</p> <p>Observation lors de la réalisation d'activités de médiation ou de mises en situation dans la structure, mise en relation des troubles observés avec ceux qui peuvent être retrouvés au domicile</p> <p>Observations rapportées par les soignants et la famille (réunion pluridisciplinaire et entretien avec la famille)</p> <p>Pas d'évaluation écologique au domicile, de manière générale peu d'outils d'évaluations écologiques</p>

Les évaluations cognitives réalisées par l'ergothérapeute C, l'observation du patient lors de la réalisation d'une activité de médiation et la collaboration avec la famille et les autres soignants permettent d'identifier les difficultés du patient et les troubles qui en sont responsables.

	Question 3 : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?
Ergothérapeute C	<p>Point de départ : demande du patient</p> <p>Association de programme de remédiation cognitive et utilisation d'activités de médiation</p> <p>Activités de médiation : utilisation d'activités signifiantes, travail en groupe mais avec des objectifs individuels pour chaque patient, adapter l'activité au objectifs du patient</p> <p>Pas de mise en situations dans les AVQB</p>

Pour diminuer l'impact des troubles cognitifs des patients dans leur vie quotidienne, l'ergothérapeute C utilise avec des programmes de rémédiation cognitive et les activités de médiation.

	Question 4 : Quelles sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages cognitifs dans leur vie quotidienne ?
Ergothérapeute C	<p><u>Concernant le patient</u>: Motivation intrinsèque, compréhension de la nécessité de l'accompagnement, conscience de ses capacités, estime de soi, se dégager de la pression sociale.</p> <p><u>Concernant l'accompagnement en ergothérapie</u> : favoriser l'émergence de la motivation et l'intérêt du patient en utilisant des activités signifiantes, distinguer la motivation intrinsèque et extrinsèque et les activités significatives et signifiantes, instaurer une relation de confiance, être au plus près des besoins de la personne, de son rythme et de sa temporalité, multiplier les situations où les stratégies peuvent être appliquées, se coordonner avec les différents professionnels, permettre au patient de retrouver une identité dans l'activité et non dans la normalité, faire prendre conscience au patient de ses capacités et du sens qu'une activité peut avoir pour lui par l'expérimentation de l'activité en question, expliquer l'intérêt pour le patient de faire telles ou telles activités.</p>

Selon l'ergothérapeute C, les conditions nécessaires pour faciliter le transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne du patient concernent d'une part des facteurs propres au patient et à son environnement social et d'autre part des facteurs propres à la pratique de l'ergothérapeute.

	Question 5 : En quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?
Ergothérapeute C	<p>Patient acteur.</p> <p>Respect des habitudes de vie de la personne.</p> <p>Réalisation d'activité de médiation, « le faire avec ».</p> <p>Vision de l'ergothérapeute au-delà de la vision médicale stricte.</p>

Selon l'ergothérapeute C, le fait de rendre le patient acteur en se centrant sur sa demande et en lui permettant d'être en situation « de faire » améliore sa capacité à faire ses propres choix et à agir volontairement.

4.3.2. Analyse transversale :

Cette analyse permet de confronter les réponses de chaque ergothérapeute, questions par questions, afin de réaliser une synthèse. Pour plus de lisibilité des résultats, j'ai réalisé une grille d'analyse (Annexe VII).

4.3.2.1. Question 1 : Quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?

A cette question, les ergothérapeutes s'accordent pour dire que l'impact fonctionnel des troubles cognitifs est important et touche plus particulièrement la capacité des patients à organiser leurs journées et à réaliser leurs activités de vie quotidienne. L'ergothérapeute C souligne l'importance de l'impact sur les relations sociales du patient, en accord avec l'ergothérapeute B qui ajoute que la réalisation des activités professionnelles est également impactée. Pour les ergothérapeutes A et C, les activités qui ont du sens et de l'importance pour le patient, les activités signifiantes, sont moins impactées étant donné que pour celles-ci, les patients mettent généralement en place leurs propres stratégies de compensation. Enfin, pour les ergothérapeutes B et C, les patients n'ont pas toujours conscience que les difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne sont dues aux troubles cognitifs liés à leur maladie.

4.3.2.2. Question 2 : Comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?

Quelques outils d'évaluation standardisés sont utilisés ; ceux-ci varient selon les ergothérapeutes. L'ergothérapeute A utilise le Test des Errances Multiples (TEM) ; l'ergothérapeute B utilise des échelles d'autoévaluation du patient relative aux troubles cognitifs et à leur impact sur le quotidien ; l'ergothérapeute C utilise des évaluations des fonctions cognitives de types papier/crayon.

La collaboration avec le neuropsychologue, les autres soignants et la famille est également un moyen important souligné par les ergothérapeutes. Concernant la collaboration avec le neuropsychologue, pour l'ergothérapeute A, celle-ci a lieu lors de la passation du TEM en binôme. De plus, comme pour l'ergothérapeute B, cette collaboration passe également par la prise en compte des évaluations neuropsychologiques pour pouvoir cibler les troubles du patient et mesurer leur impact ou non dans sa vie quotidienne. L'ergothérapeute C, n'ayant pas de neuropsychologue dans sa structure d'exercice, souligne l'importance de la collaboration avec les autres soignants et la famille qui peuvent également apporter de précieuses informations. Enfin, l'importance d'échanger avec les patients sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs quotidiens est soulignée par l'ergothérapeute B.

Pour finir, les trois ergothérapeutes identifient les difficultés du patient dans son quotidien et les troubles cognitifs qui en sont responsables en observant le patient en situation d'action. Cette observation se fait lors de la réalisation d'activités de médiation pour les ergothérapeutes B et C et lors de mises en situation en milieu écologique pour l'ergothérapeute A ou au sein de la structure également pour l'ergothérapeute C. Les ergothérapeutes B et C ne réalisent donc pas de mise en situation écologique mais ils rapportent que les troubles observés à travers la réalisation d'une activité, ainsi que les échanges avec le patient permettent de se rendre compte des difficultés qui peuvent être retrouvées au quotidien. L'ergothérapeute A souligne que les mises en situation permettent de mieux cibler les troubles qui ont un impact sur le quotidien en comparaison avec les évaluations des neuropsychologues. L'ergothérapeute C ajoute que l'observation du patient en situation « de faire », lors de la réalisation d'une activité, permet de détecter certains troubles, notamment au niveau des fonctions exécutives, qui sont moins visible lors des évaluations papier/crayon. L'ergothérapeute C regrette de ne pas pouvoir réaliser d'évaluation écologique au domicile en raison du manque de temps et de l'organisation institutionnelle ; il souligne également le manque d'outils d'évaluations écologiques standardisés.

4.3.2.3. Question 3 : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?

Au niveau des moyens d'accompagnement, l'ergothérapeute A ne fonctionne pas de la même manière que les ergothérapeutes B et C.

L'ergothérapeute A, qui travaille à temps plein en réhabilitation psychosociale, réalise des accompagnements au domicile du patient, dans la communauté et dans la structure. Elle réalise des mises en situation d'activité, généralement écologiques, en partant d'une préoccupation de vie quotidienne du patient, afin que celui-ci réalise des apprentissages. Elle recherche ensuite avec lui des stratégies de compensations et des aides techniques afin que le patient puisse réaliser seul ces activités. Les séances sont pour la plupart individuelles ; quelques séances autour de la cuisine ou d'activité de soins comme la balnéothérapie, se font en groupe.

Les ergothérapeutes B et C, qui travaillent à temps partiel en réhabilitation psychosociale, utilisent d'une part des programmes de remédiation cognitive permettant un travail très analytique de réentraînement des fonctions cognitives, et d'autre part des activités de médiation en atelier ergothérapique, l'un des rares moments où la personne est en situation « de faire » selon eux. Ces activités sont choisies par les patients en fonction de leurs besoins et de leurs envies, et sont

généralement en lien avec une préoccupation de vie quotidienne. Ce sont donc des activités « qui leur tiennent à cœur » (ergothérapeute C) et qui ont du sens pour eux : elles sont signifiantes. Les activités de médiation se font en groupe avec des objectifs individuels pour chaque patient en fonction de leurs demandes et des évaluations préalables. L'important pour les ergothérapeutes B et C est la façon d'amener et d'adapter l'activité proposée aux objectifs spécifiques du patient. L'ergothérapeute B souligne également la possibilité de travailler différentes fonctions cognitives au sein d'une même activité, permettant ainsi d'être au plus près de la demande du patient et de proposer des objectifs personnalisés à chaque patient au sein d'une même activité. Dans le cas où le réentraînement n'évolue plus et que les troubles sont toujours présents, l'ergothérapeute B recherche des compensations.

4.3.2.4. Question 4 : Quelles sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages cognitifs dans leur vie quotidienne ?

Les trois ergothérapeutes s'accordent sur l'existence d'une part de facteurs propres au patient et à son environnement, et d'autre part de facteurs propres à l'accompagnement en ergothérapie.

Concernant les facteurs propres au patient et à son environnement :

Selon l'ergothérapeute A et B, un environnement de vie sécurisant, un entourage familial présent sans être pour autant envahissant, et l'implication dans l'accompagnement, font partie de ces conditions. Les ergothérapeutes A et C soulignent également le rôle de l'environnement social. Le patient doit pouvoir se sentir considéré par la société, se dégager de la pression sociale (pour se centrer sur des activités ayant de l'importance pour lui) et de la stigmatisation. La motivation intrinsèque, l'estime de soi, la confiance en soi, la conscience et l'acceptation de ses difficultés et la compréhension de la nécessité de l'accompagnement sont également des éléments importants apportés par les ergothérapeutes A et C.

Concernant les facteurs propres à l'accompagnement en ergothérapie :

Les trois ergothérapeutes évoquent l'importance d'utiliser des activités signifiantes pour le patient et d'être au plus près de sa demande. Selon l'ergothérapeute C, la distinction entre la motivation intrinsèque et extrinsèque du patient et donc entre ses activités signifiantes et significatives est donc essentielle. Pour cela, il faut permettre au patient de « retrouver une identité dans l'activité et non dans la normalité ». C'est également faire prendre conscience au patient de ses capacités et du sens qu'une activité peut avoir pour lui par l'expérimentation de celle-ci et l'explication de l'intérêt pour le patient de faire telle ou telle activité en lien avec ses objectifs. L'ergothérapeute A ajoute qu'il faut analyser les activités signifiantes du patient qui lui posent problème, lui faire prendre conscience

de ses difficultés dans ces activités puis travailler ensuite avec lui les aspects qu'il souhaite. A ce sujet, l'ergothérapeute B souligne également l'importance des échanges avec le patient concernant l'explication des troubles cognitifs et la mise en lien avec les difficultés qu'il peut rencontrer au quotidien. L'ergothérapeute B souligne que les mises en situations au sein des activités de médiation proposées doivent découler d'une demande concrète du patient par rapport à un problème rencontré dans sa vie quotidienne. Cette demande peut être spontanée ou avoir été mise en évidence par les évaluations. Enfin, l'ergothérapeute C souligne l'importance de multiplier les situations où les stratégies peuvent être appliquées afin de les automatiser. Cela nécessite de se coordonner avec les différents professionnels. Dans la même idée, l'ergothérapeute A a abordé le transfert multicontextuel de Toglia qui consiste à recruter les apprentissages cognitifs du patient dans différents contextes qui se différencient progressivement. Elle souligne cependant la difficulté d'appliquer cette technique en pratique, notamment par manque de temps.

4.3.2.5. Question 5 : En quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?

A cette question, les ergothérapeutes A et C s'accordent pour dire que l'accompagnement ergothérapeutique va au-delà de la vision médicale stricte. Il est centré sur les désirs du patient, ses habitudes de vie et ses activités significatives, ce qui lui permet d'être acteur de l'accompagnement. L'ergothérapeute B ajoute que cette mise en position d'acteur commence dès le début de l'accompagnement étant donné que c'est le patient qui choisit vers quoi il veut s'orienter, quels aspects il veut travailler.

Les ergothérapeutes B et C soulignent également le fait que l'accompagnement peut permettre de favoriser la mobilisation des capacités d'analyse et de jugement en situation réelle de vie. En effet, par le biais des activités de médiation, les patients sont dans la réalisation d'objets concrets qui implique de faire des choix, d'ajuster son action, d'être dans l'échange avec les autres. De plus, l'ergothérapeute a une approche de « faire avec » et non « faire à la place ».

5. DISCUSSION :

5.1. Confrontation des résultats avec la problématique théorique :

5.1.1. Analyse par rapport aux théories de l'apprentissage :

Les trois ergothérapeutes interrogés ne procèdent pas exactement de la même façon pour diminuer l'impact des troubles cognitifs dans la vie quotidienne du patient. Cependant, ils partagent des principes communs. Dans tous les cas, c'est le patient qui fixe ses objectifs d'apprentissages. L'accompagnement est basé sur des préoccupations de vie quotidienne rapportées par le patient et/ou mis en évidence par les ergothérapeutes au moyen d'évaluations. Dans le cas des ergothérapeutes B et C, le patient choisit ensuite une activité de médiation en fonction de ses besoins et de ses envies et élabore avec l'ergothérapeute des objectifs spécifiques au sein de l'activité. Les activités choisies sont amenées et adaptées de façons différentes par l'ergothérapeute pour correspondre aux objectifs du patient. Le patient est donc acteur de son processus d'apprentissage et le rôle de l'ergothérapeute est donc de planifier des situations les plus propices à l'apprentissage du patient, en fonction de sa demande. Cette approche est une approche constructiviste de l'apprentissage. Celle-ci est permise par le fait que les ergothérapeutes accordent une importance particulière à l'explication au patient de ses troubles cognitifs et des difficultés, en lien avec ceux-ci, rencontrées dans sa vie quotidienne. Le patient peut alors comprendre la nécessité de ré-entraîner telle ou telle fonction cognitive. Les ergothérapeutes B et C s'accordent pour dire que le DU en remédiation cognitive est facilitateur pour cela car il leur a permis, en plus de la vision spécifique liée à leur formation d'ergothérapeute, d'acquérir des connaissances supplémentaires concernant les troubles cognitifs liés à la schizophrénie. Dans le cas de l'ergothérapeute A, l'approche constructiviste est également utilisée : les mises en situation proposées sont choisies par le patient en fonction des objectifs qu'il s'est fixé.

Ensuite, toujours en accord avec la théorie constructiviste, la motivation intrinsèque du patient est recherchée par les trois ergothérapeutes. Etant donné que c'est lui qui fixe ses objectifs d'accompagnement, les apprentissages qu'il entreprend ont un sens pour lui et une importance. Les ergothérapeutes interrogés ont ainsi une approche centrée sur les activités signifiantes du patient.

Enfin, dans cette même approche constructiviste, les apprentissages cognitifs du patient se font dans la pratique par le biais d'activités de médiation ou de mises en situation. Le patient va ainsi

s'adapter à l'environnement en transférant ses apprentissages cognitifs, dans sa vie quotidienne et dans les diverses activités de médiation qu'il va entreprendre, en assimilant et/ou en accommodant ses stratégies en fonction de l'expérimentation. L'ergothérapeute C souligne la nécessité de multiplier les situations dans lesquelles les stratégies peuvent être appliquées afin de favoriser le transfert de l'apprentissage. De plus, les ergothérapeutes utilisent des mises en situation et des activités de médiation pour évaluer les capacités du patient et reprennent avec lui ses erreurs pour qu'il se rende compte de ses difficultés et puisse les corriger ensuite en accommodant ses stratégies. Le processus d'apprentissage se fait donc en interaction avec l'environnement. Dans le cas de l'ergothérapeute A, celui-ci se fait la plupart du temps dans l'environnement du patient, facilitant ainsi le transfert de l'apprentissage dans sa vie quotidienne. La théorie du constructivisme est donc celle utilisée en premier lieu par les ergothérapeutes pour diminuer l'impact des troubles cognitifs dans la vie quotidienne des patients afin qu'ils puissent gagner en autonomie.

La théorie socioconstructivisme semble également être utilisée par les trois ergothérapeutes en second lieu. En effet, ceux-ci réalisent quelques fois des activités de groupe qui permettent un partage avec les pairs, une confrontation de leur opinion avec les autres et le développement des habilités sociales, en lien avec les troubles de la cognition sociale. Le rôle de l'entourage qui doit être soutenant mais pas envahissant pour laisser de la place à l'apprentissage, est également souligné par les ergothérapeutes A et B. L'importance des échanges avec le patient et de la transmission d'informations relatives aux troubles cognitifs soulignés par les ergothérapeutes B et C, sont également des éléments appartenant à cette théorie.

5.1.2. Analyse par rapport au MOH :

Les ergothérapeutes interrogés s'intéressent aux composantes de l'individu. En effet, les entretiens avec les trois ergothérapeutes mettent en évidence le rôle important qu'ils exercent sur la volition du patient. Aussi, les ergothérapeutes prennent en compte les valeurs et les intérêts du patient et agissent sur ceux-ci. Ils utilisent une approche individualisée qui est adaptée à la personne et dans le respect de ses valeurs et de ces centres d'intérêts. En laissant le choix au patient de l'accompagnement qu'il désire, ils respectent ainsi les valeurs du patient. Ensuite, les explications des ergothérapeutes concernant le lien entre les difficultés de vie quotidienne et les troubles cognitifs du patient lui permettent de mieux comprendre l'intérêt de l'accompagnement. De plus, les ergothérapeutes agissent également sur les déterminants personnels du patient par le biais des mises en situation et de réalisation d'activités de médiation. Celles-ci permettent en premier lieu de confronter le patient à ses difficultés mais aussi à ses capacités en modifiant ainsi sa perception de soi et son sentiment d'efficacité dans telles ou telles activités. L'ergothérapeute C souligne le fait

qu'il est important d'accompagner le patient dans la réussite de l'activité afin qu'il ait un vécu positif de celle-ci, qu'il prenne du plaisir à sa réalisation et qu'il améliore ainsi son estime de soi, sa perception de soi et de ses capacités. Ensuite, les mises en situation et/ou la réalisation d'activité de médiation, proposée par les ergothérapeutes, concernent des activités signifiantes du patient et sont en lien avec une problématique de vie quotidienne. Cela permet ainsi de créer une accroche et de favoriser la motivation intrinsèque du patient afin qu'il s'engage dans l'activité et s'implique dans l'accompagnement.

Le fait que les ergothérapeutes A et C rapportent que les activités signifiantes sont moins impactées attestent du pouvoir de la motivation intrinsèque dans le processus de changement. L'ergothérapeute C insiste ainsi sur l'importance de distinguer les activités significatives et signifiantes du patient pour favoriser son processus de changement. Le sens donné à l'occupation est donc travaillé avec les patients pour leur permettre de distinguer les activités qui ont du sens pour eux et celles qui en ont à travers le regard des autres. Ainsi, l'engagement occupationnel de la personne est permis en expérimentant des activités qui ont du sens pour elle. Cela permettra par la suite d'amener le patient à travailler des activités plus significatives.

Les ergothérapeutes agissent également sur les capacités de rendement du patient. Pour les ergothérapeutes B et C, en complément de la remédiation cognitive, les activités de médiation permettent de ré-entraîner différentes fonctions cognitives, de s'approprier les apprentissages et d'optimiser ainsi les capacités de rendement du patient dans une activité qui a du sens pour lui. Il en est de même avec les mises en situation réalisées par l'ergothérapeute A.

Enfin, les ergothérapeutes agissent sur l'habitation du patient. En respectant leurs habitudes de vie et leurs manières de réaliser une activité, ils participent au maintien des habitudes. De plus, l'ergothérapeute A réalise des mises en situation de façon répétée dans l'environnement du patient ce qui permet la mise en place de routine et donc d'habitude.

L'environnement, en constante interaction avec la volition, l'habitation et les capacités de rendement, a également une place importante dans l'accompagnement des patients par les ergothérapeutes. Ainsi, l'ergothérapeute A intervient dans l'environnement du patient et évalue au domicile les aides qui peuvent être nécessaires pour diminuer l'impact des troubles cognitifs dans leur vie quotidienne. Les mises en situation permettent de repérer les éléments facilitateurs ou faisant obstacle à l'autonomie du patient afin de mettre en place des compensations en adaptant l'environnement ou en élaborant des stratégies alternatives. Les activités de médiation réalisées par les ergothérapeutes B et C permettent également de repérer ces éléments, (même si celles-ci ne

sont pas réalisées dans l'environnement du patient), et de développer par la suite des stratégies de compensation. L'ergothérapeute C souligne ainsi l'importance de prendre en compte l'environnement dans l'évaluation des troubles cognitifs car ceux-ci peuvent être plus visibles dans un environnement bruyant ou en situation réelle en comparaison aux tests papier/crayon. De plus, l'ergothérapeute C prend également en compte l'environnement familial du patient en organisant des entretiens avec les membres de la famille.

Les ergothérapeutes agissent donc sur les composantes de la personne et celles de son environnement. Or, comme le MOH le précise, l'interaction entre l'environnement et les composantes de l'individu détermine son action. Les trois ergothérapeutes agissent donc également sur les dimensions de l'agir. En effet, selon eux, la réalisation d'activités de médiation ou les mises en situation permettent de développer les habiletés opératoires et de communication du patient. De plus, selon la manière dont l'activité est amenée par l'ergothérapeute et dont l'environnement est aménagé, la performance du patient dans l'activité concernée va évoluer. L'ergothérapeute peut ainsi améliorer le rendement et la participation du patient dans l'activité.

Par ces différentes interventions, l'ergothérapeute permet au patient de développer une compétence occupationnelle, une identité occupationnelle et donc une adaptation occupationnelle. L'ergothérapeute agit donc sur toutes les composantes du modèle, il permet ainsi l'engagement du patient dans les activités et dans sa thérapie et facilite ainsi le processus de changement et donc le transfert des apprentissages cognitifs dans ses activités de vie quotidienne.

5.1.3. Analyse par rapport au concept d'autonomie :

La recherche d'une autonomisation optimale du patient dans sa vie quotidienne est activement recherchée par les ergothérapeutes interrogés. Celle-ci se traduit en premier lieu par le fait qu'ils laissent le patient choisir vers quels accompagnements, quelles activités et quels objectifs ils veulent s'orienter. De plus, durant l'accompagnement, leurs habitudes de vie, leurs rythmes, leurs temporalités, leurs activités signifiantes et la manière dont ils réalisent une activité de manière satisfaisante pour eux, sont respectés. Ainsi, ils apprennent à gérer seul leurs dépendances en fonction de leurs valeurs et de leurs intérêts et sont acteur de leur accompagnement. De plus, les ergothérapeutes améliorent la connaissance de soi et le jugement des compétences des patients en mettant en évidence grâce aux évaluations, aux mises en situation et à la réalisation d'activité de médiation, leurs capacités et leurs limitations en situation réelle de vie. L'aide à la compréhension des troubles et leurs impacts participe également à cette prise de conscience. Les ergothérapeutes

permettent ainsi d'améliorer l'autonomie du patient en lui permettant de faire ses propres choix et d'agir volontairement.

Les ergothérapeutes soulignent également le fait que la réalisation d'un objet concret et les mises en situation permettent la mobilisation des capacités d'analyse et de jugement d'une situation de vie réelle. Le transfert des apprentissages cognitifs permet ainsi un contrôle et une maîtrise des situations rencontrées. Cette notion d'adaptation à l'environnement est également retrouvée dans le concept d'autonomie.

Enfin, la notion d'interdépendance fait partie du concept d'autonomie. Celle-ci se traduit par la relation avec l'ergothérapeute qui aide le patient à assumer ses dépendances. Pour cela, les ergothérapeutes A et C soulignent l'importance d'amener le patient à accepter les aides proposées. Le patient doit donc prendre conscience de ses difficultés, en comprendre la cause et les accepter. Ici encore, les échanges avec l'ergothérapeute et la mise en évidence des troubles et de leurs impacts au moyen d'évaluation peuvent permettre cette prise de conscience et cette acceptation. Les ergothérapeutes soulignent également le fait que le patient est interdépendant de son environnement familial et social.

5.2. Confrontation des résultats avec la problématique pratique :

Les entretiens avec les ergothérapeutes ont permis d'établir des liens avec la problématique pratique.

Cette première partie avait permis de mettre en évidence que les causes des limitations du transfert des améliorations suite à une remédiation cognitive, concernent la non prise en compte des plaintes du patient, l'absence d'hypothèses sur la nature des liens entre processus cognitifs et activités quotidiennes et le fait que le matériel utilisé est décontextualisé. Ainsi, la remédiation cognitive n'est pas assez ciblée, individualisée et écologique. Les entretiens ont permis d'apporter des éléments propres à l'intervention de l'ergothérapeute concernant ce sujet. Tout d'abord, l'observation du patient par l'ergothérapeute lors des mises en situations en milieu écologique ou non et/ou la réalisation d'une activité de médiation permettent d'évaluer les conséquences fonctionnelles des troubles cognitifs sur la vie quotidienne du patient. L'évaluation est donc centrée sur l'activité et la performance fonctionnelle du patient. En comparaison avec les évaluations réalisées par les neuropsychologues, les ergothérapeutes s'accordent pour dire que ces observations leurs permettent d'évaluer le fonctionnement de la personne et donc d'être plus précis pour évaluer l'impact que peut avoir un trouble cognitif sur la vie quotidienne du patient. La collaboration avec les

neuropsychologues est tout de même très importante afin de cibler préalablement les troubles qui peuvent être visibles lors de l'évaluation de l'ergothérapeute. Cette approche leur permet ensuite de mieux cibler les troubles cognitifs qui nécessitent un ré-entraînement et de se centrer sur les activités spécifiques de la vie quotidienne qui sont impactées. Pour les ergothérapeutes B et C, malgré le manque d'évaluation en milieu écologique, dû au manque de temps et d'outils d'évaluations standardisés, la mise en correspondance des observations du patient en situation d'expérimentation lors des activités de médiation avec ses plaintes fonctionnelles, permet de donner un aperçu des difficultés qui peuvent être retrouvées au domicile. La prise en compte des difficultés rencontrées dans le quotidien est donc l'élément central de l'intervention des ergothérapeutes. De plus, les connaissances spécifiques de l'ergothérapeute et les apports du DU de remédiation cognitive leurs permettent de comprendre le lien entre les difficultés rencontrées et les troubles cognitifs du patient. Le réentraînement des fonctions cognitives est ensuite réalisé au moyen de mises en situations écologiques ou non, et/ou d'activité de médiation. Les ergothérapeutes utilisent donc une approche de restauration des fonctions cognitives altérées au moyen d'expérimentation d'une activité. Ensuite, ils utilisent une approche compensatrice en mettant en place des aides techniques et en aménageant l'environnement du patient pour l'ergothérapeute A qui intervient au domicile, et en développant des stratégies alternatives pour les ergothérapeutes B et C. De plus, l'importance de prendre en compte les facteurs subjectifs des patients (motivation, conscience de soi, estime de soi...) et de favoriser leurs émergences, est soulignée par les ergothérapeutes. L'ensemble de ces éléments contribue au transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne des personnes atteintes de schizophrénie.

5.3.Éléments de réponses à ma question de recherche :

L'analyse des résultats et leur confrontation avec les problématiques théoriques et pratiques m'a permis de dégager différents éléments de réponse à ma question de recherche qui était : « Comment l'ergothérapeute peut-il participer au transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne des personnes schizophrènes stabilisées, afin d'améliorer leur autonomie? » :

Le premier point concerne l'évaluation des troubles cognitifs en lien avec les activités de vie quotidienne. Cette évaluation du patient en situation d'activité permet aux ergothérapeutes de cibler les troubles cognitifs qui ont réellement un impact sur la vie quotidienne du patient et qui nécessiteront donc un réentraînement. La visée première des ergothérapeutes n'est donc pas le trouble cognitif mais l'activité et l'environnement du patient. Ils évaluent une activité qui a de l'importance pour le patient et dans laquelle il est en difficulté, afin de définir quels troubles cognitifs

en sont responsables. La collaboration avec le neuropsychologue est donc essentielle afin de pouvoir se concentrer sur les troubles détectés aux tests neuropsychologiques et de mesurer leurs impacts dans l'activité concernée en formulant des hypothèses sur les liens possibles entre le trouble et les difficultés rencontrées. Le réentraînement des fonctions cognitives est donc par la suite ciblé, individualisé et, lorsque l'ergothérapeute intervient au domicile, écologique. L'évaluation des ergothérapeutes se veut au maximum écologique pour plus de précision ; cependant les entretiens ont mis en évidence un manque d'outils d'évaluations écologiques standardisés et la difficulté pour les ergothérapeutes travaillant à temps partiel d'intervenir dans l'environnement du patient.

Le second point concerne la méthode d'apprentissage utilisée par les ergothérapeutes. Les trois ergothérapeutes ont souligné l'importance de rendre le patient acteur de son processus d'apprentissage et de son accompagnement. Ainsi, les priorités du patient définies en fonction de ses besoins et de ses envies sont respectées et l'accompagnement est basé sur des préoccupations de vie quotidienne amenées par le patient. L'approche des ergothérapeutes est donc centrée sur les activités significatives du patient permettant ainsi de créer une accroche et favoriser la motivation intrinsèque du patient. Les explications de l'ergothérapeute concernant le lien entre troubles cognitifs et difficultés dans les activités de vie quotidienne et l'expérimentation en situation d'activité améliorent chez le patient, la perception de soi, l'estime de soi, la connaissance de soi et le jugement de ses compétences, permettant ainsi d'acquérir cette position d'acteur. L'intervention de l'ergothérapeute permet ainsi de favoriser l'engagement occupationnel du patient indispensable au processus de changement et donc au transfert des apprentissages cognitifs. De plus, la mise en application de ses apprentissages cognitifs dans les activités de médiation et les mises en situation, significatives pour le patient, permettent une meilleure appropriation des apprentissages.

La pratique des l'ergothérapeutes interrogés varie selon les lieux d'exercice et le temps de présence de l'ergothérapeute dans le service de réhabilitation psychosociale. Cependant, dans les deux cas de figure rencontrés dans cette étude, les entretiens ont mis en évidence que l'ergothérapeute, grâce à son approche holistique et centrée sur les activités significatives du patient, participe au transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne et améliore ainsi l'autonomie du patient.

Cette approche est complémentaire des autres professionnels et des programmes de remédiation cognitive. L'ergothérapeute doit collaborer avec les différents professionnels afin d'assurer une cohérence et une continuité dans l'accompagnement du patient. La famille a également un rôle important à jouer dans l'accompagnement de son proche.

5.4. Critiques et limites de l'étude :

5.4.1. Limites relatives à la population interrogée :

Le choix de la population interrogée m'a permis de rendre compte de différentes interventions ergothérapeutiques. Cependant, le nombre d'entretien n'est pas suffisant pour balayer l'ensemble des pratiques des ergothérapeutes dans ce domaine. De plus, interroger un patient m'aurait permis d'obtenir des informations supplémentaires sur sa conscience des troubles mais également sur son vécu et son ressenti de l'impact des troubles cognitifs sur son quotidien et de l'accompagnement en ergothérapie.

5.4.2. Limites relatives au choix de la méthode :

J'ai choisi d'utiliser la méthode clinique qualitative ; cependant cette méthode comporte certaines limites. Les entretiens que j'ai réalisés n'ont pas pu se faire en face à face. Ceux-ci ont été réalisés par téléphone et Skype® ce qui modifie la spontanéité des échanges pouvant ainsi créer des biais. De plus, étant donné que les ergothérapeutes sont interrogés sur leurs propres pratiques professionnelles, il se peut que ceux-ci manquent d'objectivité. Enfin, malgré les questions de relances intégrées dans la grille d'entretien, il m'était parfois difficile, durant l'entretien, de cadrer les échanges et de recentrer la personne sur les informations qui m'intéressaient. Concernant ma grille d'entretien, certaines questions auraient pu être plus précises ou formulées différemment pour faciliter la compréhension de mon interlocuteur.

5.5. Apports et perspectives :

5.5.1. Apports personnels de l'étude :

L'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche a été très enrichissante pour moi malgré les nombreux doutes et remises en question qu'elle a engendrés. La réalisation de ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances concernant la schizophrénie et la réhabilitation psychosociale. De plus, j'ai pu acquérir de nouvelles connaissances par rapport à l'accompagnement des personnes atteintes de schizophrénie par l'ergothérapeute. J'ai notamment effectuée des recherches complémentaires concernant la méthode du transfert multicontextuel de Togliatti.

Ce travail m'a également permis de développer des compétences en lien avec la méthodologie de recherche. J'ai pu ainsi comprendre la nécessité d'appuyer ma réflexion sur des données probantes et des concepts et théories. L'élaboration de ma problématique théorique et des matrices théorisées m'a permis de mieux m'approprier ces concepts et théories en les reliant à des notions pratiques.

J'ai pu aussi acquérir une démarche de recherche et d'analyse qui me servira certainement dans ma future pratique professionnelle.

Enfin, cela m'a confortée dans mon désir de travailler auprès de personnes atteintes de schizophrénie dans le domaine de la réhabilitation psychosociale.

5.5.2. Perspectives : hypothèses de travail ultérieur :

Cette étude a permis de déterminer comment l'ergothérapeute peut participer au transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne des personnes schizophrènes stabilisées, afin d'améliorer leur autonomie. Cependant, elle a également mis en évidence quelques limites dans l'intervention de l'ergothérapeute à ce sujet qui ont retenu mon attention. Premièrement, le manque d'intervention au domicile lors de l'accompagnement des patients a été souligné par un des ergothérapeutes interrogé. Aussi, il serait intéressant de déterminer si un accompagnement ergothérapeutique au domicile du patient a un impact bénéfique sur le transfert de ses apprentissages dans la vie quotidienne. Deuxièmement, le manque d'outils d'évaluation écologiques standardisés a également été mis en évidence. En effet, en dehors de l'AMPS, aucun n'a été mentionné par les ergothérapeutes. Lors de mon stage au Centre Référent de Remédiation cognitive et de Réhabilitation Psychosociale de Grenoble, j'ai découvert un outil d'évaluation écologique encore peu connu en France : Profinteg. L'objectif de celui-ci est de permettre la mise en relation entre troubles cognitifs et difficultés rencontrées dans la vie quotidienne afin de rendre la rééducation cognitive plus écologique et donc plus efficace. Cet outil d'évaluation a été élaboré pour des personnes cérébro-lésées mais il peut être diffusé de manière plus large à différents types de population présentant des troubles cognitifs acquis. Il peut donc être utilisé avec des personnes atteintes de schizophrénie. Aussi, il pourrait être intéressant, dans une prochaine étude, de déterminer si Profinteg peut être un outil pertinent pour l'ergothérapeute pour évaluer l'impact des troubles cognitifs dans la vie quotidienne des patients schizophrènes stabilisés, afin d'améliorer leur autonomie.

CONCLUSION

Les troubles cognitifs liés à la schizophrénie, persistant lorsque la personne est stabilisée, ont un impact fonctionnel majeur sur les activités de vie quotidienne des personnes présentant cette pathologie. L'accompagnement des patients dans le but de limiter l'impact des troubles cognitifs dans leur quotidien a donc une place centrale dans le processus de réhabilitation psychosociale. Aussi, de par ses connaissances et ses compétences professionnelles, l'ergothérapeute a un rôle important à jouer auprès des personnes atteintes de schizophrénie dans la recherche d'une autonomie optimale.

Cette réflexion m'a permis de définir l'objectif de mon étude : déterminer comment l'ergothérapeute peut participer au transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne des personnes schizophrènes stabilisées, afin d'améliorer leur autonomie.

L'utilisation de la méthode clinique m'a permise de dégager des éléments importants concernant l'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de schizophrénie. Les trois ergothérapeutes interrogés ont notamment souligné l'importance d'évaluer l'impact des troubles cognitifs dans la vie quotidienne du patient et d'axer l'accompagnement sur des préoccupations de vie quotidienne propres au patient et sur des activités signifiantes pour lui. De plus, le patient doit avoir une position d'acteur de son accompagnement afin de faciliter son processus de changement.

Les entretiens ont également mis en évidence des limites à l'intervention de l'ergothérapeute. Ainsi, le manque d'outils d'évaluations écologiques standardisées et de possibilités d'intervention au domicile semble influencer l'efficacité de l'accompagnement en ergothérapie. Il pourrait être intéressant de mener des études à ce sujet.

Pour finir, ce travail de recherche m'a été très bénéfique, tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Il a contribué à élargir ma vision de la pratique de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale auprès de personnes schizophrènes et m'a permis d'approfondir mes connaissances pratiques et théoriques. De plus, cette initiation au travail de recherche m'a permis d'acquérir des compétences méthodologiques en expérimentant la méthode clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- ANFE. (2015). La profession: Définition. Repéré le 14 Août 2015 à <http://www.anfe.fr/ergotherapie/la-profession>
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute. (2016). Repéré le 18 Novembre 2015 à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000022449766>
- Association québécoise des neuropsychologues. (2015). Les fonctions cognitives. Repéré le 11 Décembre 2015 à <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>
- Barnier, G. (2013). Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement. Repéré à http://www.ac-nice.fr/iencagnes/file/peda/general/Theories_apprentissage.pdf
- Barres, M. (2012). Interview croisée Réh@b/Agapsy. *Pluriels*, (94-95), 4–12.
- Beaunieux, H. (2009). Comment se forme nos habitudes. *La Recherche: L'actualité Des Sciences*, (432), 50.
- Belanger, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine: un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le Partenaire*, 13(1), 8–15.
- Bélanger, R., Briand, C., & Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). Dans *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (Les cahiers de l'éésp, pp. 111–156). Lausanne.
- Bonjean, A., & Souarnec, A. (2013). *Manifestations exécutives et de la théorie de l'esprit dans l'évaluation langagière des cérébrolésés*. Paris VI Pierre et Marie Curie. Repéré à <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868459/document>
- Code de l'action sociale et des familles: Article L114. (s.d.). Repéré le 30 Mai 2015 à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446&dateTexte=>

- Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. *Questions D'économie de La Santé*, (206).
- Da Silva, K. (2007). L'ergothérapie: au cœur de la réadaptation. Dans *Ergothérapie en psychiatrie* (pp. 205–221). Marseille: Solal.
- Durand, B. (2012). Réadaptation et réhabilitation psychosociale. *Pluriels*, (94-95), 2–3.
- Escaig, B. (2012). Rétablissement ou amélioration? L'expérience des familles de l'Unafam. *Pluriels*, (94-95), 14–16.
- Franck, N. (2007). Remédiation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 187–190.
- Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 10(1), 1–16.
- Fricke, J. (2010). Les activités de la vie quotidienne. Dans *International Encyclopedia of Rehabilitation* (pp. 1–2). JH Stone, M Blouin. Repéré à <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/37/>
- Giraud-Baro, E., & Roussel, C. (2012). Place de la remédiation cognitive dans le dispositif sanitaire et liens avec le secteur médicosocial. Dans *Remédiation cognitive* (pp. 12–35). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Graff, M., En Thijss, M., Van Melick, M., & Verstraten, P. (2013). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). Dans *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants* (De Boeck Supérieur, pp. 30–39). Bruxelles.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Guide: affection de longue durée - schizophrénie.
- Hurford, I., Kalkstein, S., & Hurford, M. (2011). Cognitive rehabilitation in schizophrenia. Repéré le 11 Décembre 2015 à <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/cognitive-rehabilitation-schizophrenia>

- Inserm. (2014a). Mémoire. Repéré le 22 Novembre 2015 à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/memoire>
- Inserm. (2014b). Schizophrénie. Repéré le 23 Mai 2015 à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>
- Juan, S. (2015). Le concept de routine dans la socio-anthropologie de la vie quotidienne. *Espace populations sociétés.*, (2015/1-2). <http://doi.org/10.4000/eps.5935>
- Lalonde, P. (2015). Schizophrénie. Repéré le 23 Mai 2015 à <http://www.ampq.org/index.cfm?p=page&id=9>
- Laroi, F., & Van der Linden, M. (2007). Revalidation cognitive et schizophrénie: Pour une approche individualisée et centrée sur les activités de la vie quotidienne. *Lettre Du Psychiatre*, 3, 50–53.
- Legault, B. (1992). Le cognitivisme: théorie et pratique. *Pédagogie Collégiale*, 6(1), 41–42.
- Leplat, J. (2005). Les automatismes dans l'activité: pour une réhabilitation et un bon usage. *Activités*, 2(2), 43–67.
- Levaux, M.-N. (2010). *Approche de remédiation cognitive individualisée et centrée sur les activités de vie quotidienne pour les personnes présentant une schizophrénie*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Recherche/Evenements/Levaux-Marie-Noelle.pdf>
- Levaux, M.-N., Laroi, F., Danion, J.-M., & Van der Linden, M. (2009). Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones. *EMC-Psychiatrie*, 1–8.
- Levaux, M.-N., Van der Linden, M., Laroi, F., & Danion, J.-M. (2012). Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 6, 267–278.
- Llorca, P.-M. (2006). Qu'est-ce que la schizophrénie? *Fondation Fondamental*, 1–9.

- Martin, B., & Franck, N. (2012a). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'évolution En Psychiatrie*, 1–20.
- Martin, B., & Franck, N. (2012b). La remédiation cognitive: un nouvel outil de soin pour la schizophrénie. Repéré le 23 Mai 2015 à <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2012-1-page-7.htm>
- Morel-Bracq, M.-C. (2009a). Le modèle cognitif. Dans *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (De Boeck Supérieur, pp. 120–129). Bruxelles.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009b). Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner (MOH). Dans *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (De Boeck Supérieur, pp. 69–78). Bruxelles.
- Offerlin-Meyer, I. (2012, décembre). *Handicap psychique et schizophrénie: évaluation et remédiation cognitives des troubles mnésiques impliqués dans les difficultés de la vie quotidienne et/ou professionnelle des patients*. Ecole Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé, Strasbourg.
- Pachoud, B. (2012). L'expérience du rétablissement, un changement de perspective et de posture pour chacun des acteurs de la santé mentale. *Pluriels*, (94-95), 12–14.
- Person, Y. (2007). Ergothérapie et réhabilitation: le sens de l'action. Dans *Ergothérapie en psychiatrie* (pp. 169–175). Marseille: Solal.
- RECOS. (s.d.). Qu'est ce que la remédiation cognitive? Repéré le 9 Decembre 2015 à http://www.programme-recos.ch/?page_id=7
- Roussel, C., Giraud-Baro, E., & Gabayet, F. (2011). Place de la remédiation cognitive dans le processus de réhabilitation des personnes souffrant de schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 1–8.
- Sablier, J., Stip, E., & Franck, N. (2009). Remédiation cognitive et assistants cognitifs numériques dans la schizophrénie. *Encéphale*, 35, 160–167.

Samson, G. (2014). Le transfert des apprentissages, tout le monde en parle mais... Une réflexion de

GHISLAIN SAMSON, professeur à l'UQTR. Repéré à <http://www.innovation-pedagogique.fr/article77.html>

Sève-Ferrieu, N. (2008). Indépendance, autonomie et qualité de vie: analyse et évaluations.

Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation, (26-030-A-10), 1–6.

Spécificité du handicap psychique. (s.d.). Repéré le 6 Novembre 2015 à

<http://www.unafam.org/specificite-du-handicap-psychique.html>

ANNEXES

Annexe I : Modèle de «vulnérabilité-stress-compétences»

Annexe II : Le Modèle de l'Occupation Humaine

Annexe III : Grille d'entretien

Annexe IV : Matrices théoriques

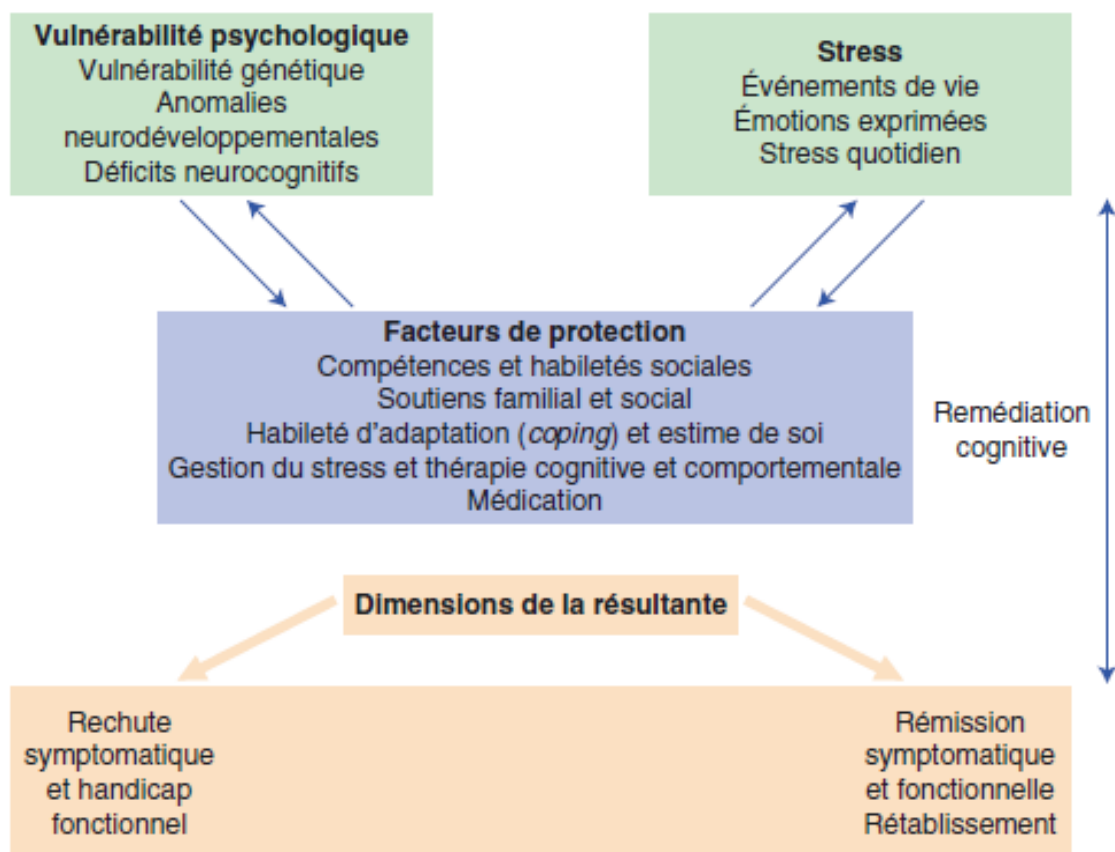
Annexe V : Retranscription des entretiens

Annexe VI : Présentation des ergothérapeutes interrogés

Annexe VII : Analyse transversale

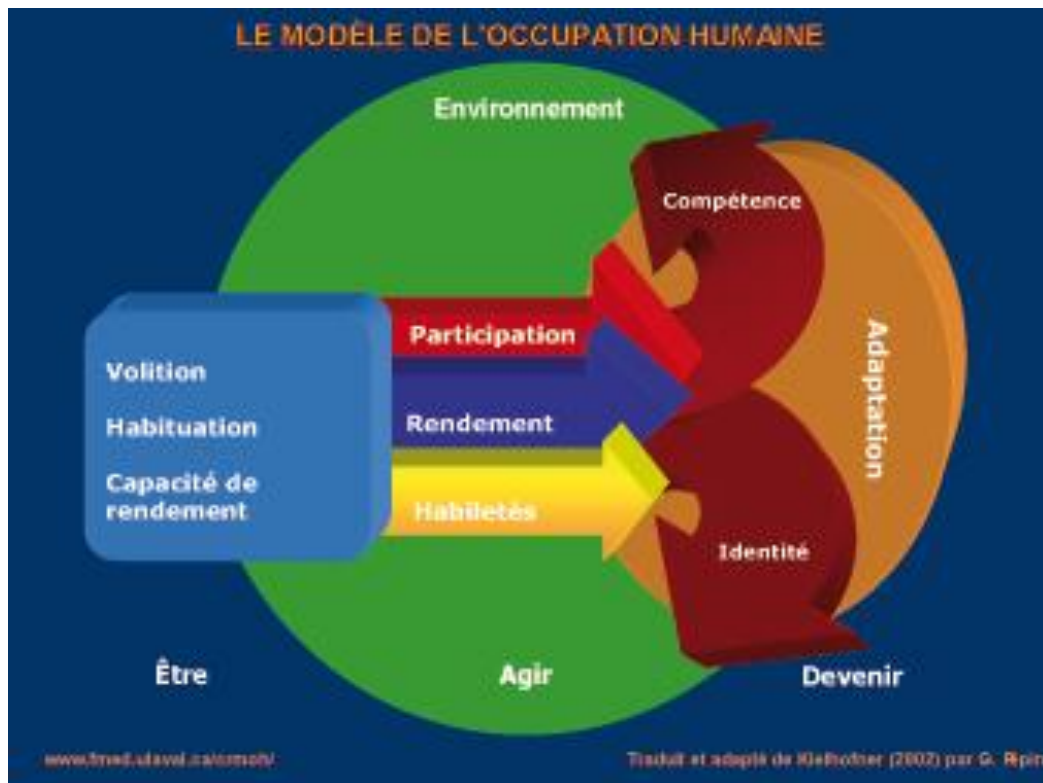
Annexe I : Modèle de «vulnérabilité-stress-compétences»

(Roussel et al., 2011)



Annexe II: Le Modèle de l'Occupation Humaine

(Morel-Bracq, 2009b)



Annexe III : Grille d'entretien

Questions d'amorces :

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en réhabilitation psychosociale ?
- Quel temps consacrez-vous à la réhabilitation psychosociale ? A quoi est consacré le reste de votre temps de travail ?
- Dans quels domaines avez-vous travaillé auparavant ?
- Avez-vous des formations ou diplômes complémentaires ? Si oui, lesquels ?
- Quelle est la durée moyenne d'accompagnement en réhabilitation psychosociale ?
- Combien de séances d'ergothérapie les patients ont-ils par semaine ? Combien de temps durent-elles ?

Questions de l'entretien :

Q1 : Quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?

- *Les activités impactées sont des activités qui ont du sens pour le patient ou ce sont plus des activités qui ont du sens pour la société ?*
- *Quelle importance les patients accordent à l'impact de ces troubles sur leurs vies quotidiennes ?*

Q2 : Comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?

- *Utilisez-vous des évaluations écologiques ?*
- *Quelles sont vos modes de collaborations avec les neuropsychologues ?*

Q3 : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?

- *Réalisez-vous des mises en situation ? dans l'environnement du patient ? dans différents contextes ?*
- *Utilisez-vous des activités thérapeutiques ? celles-ci sont-elles choisies par le patient ?*
- *Faites-vous des séances individuelles ou de groupe ?*

Q4 : Quels sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages cognitifs dans leur vie quotidienne ?

- *Quels sont les facteurs personnels du patient qui peuvent faciliter le transfert de ses apprentissages ?*
- *Quels sont les facteurs propres à l'accompagnement en ergothérapie qui peuvent faciliter le transfert de ses apprentissages ?*

Q5 : En quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?

Annexe IV : Matrices théoriques

Le Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1975)

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Volition	Déterminants personnels	<ul style="list-style-type: none"> - Implication de la personne dans l'accompagnement - Motivation intrinsèque de la personne - Connaissance de soi (conscience des troubles, des incapacités et capacités) - Perception de soi, estime de soi - Sentiment d'efficacité - Construction identitaire - Plaisir à la réalisation de l'activité 	3/4
	Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Sens donné à l'occupation : activité signifiante et significative - Priorité de vie 	1/2/3/4
	Intérêts	<ul style="list-style-type: none"> - Importance de l'impact des troubles cognitifs sur l'activité - Importance de l'activité pour le patient 	1/2/3/4
Habitude	Habitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Routines/automatismes mis en place - Mode de réalisation et d'organisation dans les AVQ - Capacité de flexibilité 	1/3/4
	Rôles liés à la société et la culture	<ul style="list-style-type: none"> - Comportements attendus socialement - Statut social, familial ... 	4
Capacité de rendement	Aspect objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques des troubles cognitifs et leurs répercussions fonctionnelles - Développement des capacités cognitives 	1/2
	Expérience subjective	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de capacités personnelles - Appropriation de nouveaux apprentissages - Vécu de l'évolution de ces capacités, de la réussite ou de l'échec 	3/4/5

Environnement	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Entourage familial - Professionnels médico-sociaux 	2/3/4
	Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Aides techniques et aménagement de l'environnement proposé par l'ergothérapeute - Eléments de l'environnement facilitateurs ou contraignants 	2/3/4
Agir	Participation	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement dans de nouvelles activités - Implication dans les situations de vie réel et actions collectives - Valorisation, plaisir 	3/4/5
	Rendement	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'activités de vie quotidienne 	3/4/5
	Habiletés	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution des habiletés procédurales - Evolution des habiletés d'interaction et de communication 	3/4/5
Devenir	Développer des compétences et les généraliser	<ul style="list-style-type: none"> - Réussite/épanouissement dans les activités - Concordances de ses performances avec ses attentes 	4/5
	Identité	<ul style="list-style-type: none"> - Influence des expériences vécues - Estime de soi - Attentes, désirs futur - Meilleure connaissance de soi et de ses capacités 	4/5
	Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation aux nouvelles situations et transfert des apprentissages - Evolution des habitudes de vie - Evolution du projet de vie 	4/5

Les théories de l'apprentissage

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Béhaviorisme (Thorndike, 1913)	Conditionnement	Acquisition de nouveaux apprentissages cognitifs	3/4
	Renforcement	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation de la personne par l'ergothérapeute et son entourage - Réussite d'une activité signifiante pour la personne - Amélioration de la performance occupationnelle en lien avec l'application des apprentissages cognitifs 	3/4
	Pédagogie par objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Programme et objectifs définis par l'ergothérapeute, centrés sur la compétence à acquérir et non sur la personne - Décomposition de l'activité 	3/4
	Entraînement	Répétition d'exercices identiques	3/4
	Changement de comportement	Transfert et généralisation de l'apprentissage dans les AVQ	3/4
Constructivisme (Piaget, 1923)	Assimilation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en situation d'activités sollicitant les apprentissages cognitifs dans différentes situation - Interaction avec l'environnement 	3/4
	Accommodation		
	Equilibration	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert de l'apprentissage cognitif dans un nouveau contexte par assimilation ou accommodation - Adaptation de la personne à son environnement 	3/4
	Schémes	Apprentissages cognitifs acquis dans un certain contexte transposable, généralisable ou	3/4

		différenciable dans un autre contexte	
	Pédagogie active : patient acteur	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient définit ses objectifs d'accompagnement - La motivation intrinsèque de la personne est sollicitée - L'apprentissage s'inscrit dans la pratique : apprentissage par essais-erreur avec mise en situation dans les AVQ ou dans les activités de médiation 	3/4
Socio-constructivisme (Vygotski, 1934)	Instrument psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Interactions dissymétriques : relation accompagnant-accompagné / relation avec les pairs - Echanges et transmission d'informations - Rôle de l'environnement social et familial de la personne - Mise en place de « situation problème » dans les activités de groupe proposées pour mobiliser les apprentissages cognitifs et confronter les différents points de vue 	3/4
	Zone proximale de développement		
	Conflits sociaux-cognitifs		

Le concept d'autonomie (Sève-Ferrieu, 2008)

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Capacité à faire ses propre choix et à agir volontairement	Connaissance de soi	Mise en évidence des capacités et des incapacités lors des mises en situation ou des activités de médiation	2/3/5/5
	Jugement de ses compétences		
	Gérer ses dépendances	<ul style="list-style-type: none"> - La personne est actrice de son accompagnement : elle définit ses priorités - La personne accepte ses dépendances et demande un accompagnement à l'ergothérapeute 	3/4/5
	Respect de ses valeurs et de sa volonté	La personne exprime ses souhaits selon ses valeurs et sa volonté	3/4/5
Adaptation réciproque à l'environnement	Connaissance des lois et des libertés sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension de règles sociales - Respect du règlement du service et du cadre thérapeutique 	5
	Capacité d'analyse et de jugement de la situation	Activités de médiation et mises en situation : mobilisation des capacités du patient à comprendre et analyser les données d'une situation réelle pour faire un choix	3/4/5
	Apprentissage permettant la maîtrise et le contrôle des situations	Le transfert et la généralisation des apprentissages cognitifs permettent l'adaptation à l'environnement	4/5
	Interdépendance	Rôle de l'entourage du patient et de l'ergothérapeute	4/5

Annexe V : Retranscription des entretiens

Entretien avec l'ergothérapeute A (EA):

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

EA : Alors, je suis diplômée depuis 2013.

Moi : Depuis combien de temps travaillez-vous en réhabilitation psychosociale ?

EA : J'ai commencé à travailler en réhabilitation pendant que je faisais mon mémoire. Après mon stage, j'ai fait un remplacement. C'était à mi-temps dans un CRPS, c'est un centre de réhabilitation psychosociale pour les personnes avec des handicaps psychiques. Et après, en décembre, j'ai été recrutée par un service hospitalier en psychiatrie.

Moi : Du coup, vous consacrez tout votre temps à la réhabilitation psychosociale ?

EA : Oui, on travaille avec les patients pour faire de la réhabilitation psychosociale, pour aller vers l'extérieur.

Moi : Avez-vous des formations ou diplômes complémentaires ?

EA : Non, je n'ai pas de formations supplémentaires.

Moi : Quels est la durée moyenne d'accompagnement des personnes schizophrènes en réhabilitation psychosociale ?

EA : Très variable, mais je dirais, pour les patients schizophrènes, 6 mois.

Moi : Combien de séances d'ergothérapie les patients ont-ils par semaine ?

EA : En fait nous c'est très particulier, on n'a pas de séances spécifiques ergothérapie. On a des accompagnements en ergothérapie selon des objectifs qu'on se donne avec le patient. Mais on travaille vraiment en pluridisciplinarité avec les infirmiers. Donc des fois on travail en binôme en fait, pour des accompagnements sur l'extérieur ou au domicile. On n'a pas d'atelier spécifique ergothérapie où l'on va faire des activités.

Moi : Du coup quel est le temps d'accompagnement par semaine ?

EA : Ça va être selon les demandes des patients. Euh, récemment en fait dans la structure, on fait une réunion avec les patients et c'est eux qui décident de ce qu'ils veulent faire comme accompagnements. Par exemple : « j'ai besoin d'aller en centre ville pour faire des achats, j'ai

besoin de retourner chez moi pour ranger ... ». Et c'est comme ça en fait qu'on fait nos accompagnements, à partir de la demande du patient.

Moi : Selon vous, quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?

EA : Euh, il y a quand même pas mal d'atteintes je trouve, dans la vie quotidienne. Ça peut être léger jusqu'à fort. J'avais exemple d'un patient, où pour lui, il avait pas mal de troubles de la mémoire liés à sa schizophrénie et ça fait que même si je viens le voir une fois par semaine à son domicile, des fois il ne se souvient plus de ce qu'il a fait hier. Voilà, après y'en a d'autres ça va être plus dans l'organisation, dans la flexibilité, dans la planification où ça peut être compliqué. Donc on est là pour leur donner de petits outils pour qu'ils puissent y arriver par eux-mêmes. Mais ouais, y'a quand même pas mal d'impacts je trouve. De plus en plus maintenant qu'y'a les neuropsychos, on fait des bilans et on en voit de plus en plus qui peuvent vraiment avoir des troubles qui ont un impact dans leurs activités de vie quotidienne.

Moi : D'accord et ces activités ce sont généralement des activités qui sont importantes pour le patient, qui ont du sens pour lui ?

EA : C'est une très bonne question ça ! Parce que souvent en fait, dans les activités qui ont du sens pour eux, ils arrivent toujours à trouver des stratégies qui font qu'ils vont y arriver en fait. Par contre dans les activités qui ont moins de sens pour eux, alors que pour nous elles peuvent en avoir, c'est-à-dire pour avoir un équilibre dans la vie quotidienne, là par contre les troubles vont être plus remarqués, on va plus les voir. Alors que dans d'autres activités, ils vont moins se voir parce qu'ils vont compenser par eux-mêmes d'une manière ou d'une autre, ils trouvent leurs stratégies.

Moi : Et comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?

EA : C'est beaucoup par l'observation en fait. Par exemple, un accompagnement sur l'extérieur, si ils ont plusieurs achats à faire, on les laisse un peu planifier par eux-mêmes donc c'est là où on se rend compte. Ou par exemple, pour faire des courses où on va dans le magasin et qu'ils sont complètement désorientés et que du coup ça leur amène de la fatigabilité à force de se balader dans les rayons parce qu'ils trouvent pas leurs produits. C'est beaucoup d'observation, on n'a pas forcément des outils bien spécifiques pour évaluer ça. Ah si, on a un outil c'est le TEM, le test des errances multiples, on l'utilise pour en savoir un peu plus, pour évaluer.

Moi : D'accord et est-ce que vous collaborez avec les neuropsychologues pour identifier les troubles cognitifs ?

Oui, bah des fois le TEM on le fait avec le neuropsychologue en binôme, comme nous ça nous permet d'avoir une bonne vision des choses. Donc eux, ils font leurs bilans, ils nous disent plus ou moins les troubles et quand on fait une activité ou quand on va les accompagner sur l'extérieur ou au domicile, on va se centrer sur le trouble qu'ils ont trouvés dans les tests pour voir si dans la vie quotidienne ça a un impact ou pas. Parce que des fois, dans les bilans, ils trouvent des difficultés et dans la vie quotidienne c'est déjà compensé en fait, ils ont déjà des stratégies pour compenser, ou inversement. Donc c'est là que des fois, on communique ensemble et on regarde quel impact ça peut avoir dans la vie quotidienne.

Moi : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?

EA : Alors euh, ça peut être des aides techniques s'ils le souhaitent, ou des apprentissages en fait. Parce que souvent dans leur enfance, certaines personnes qui ont cette pathologie là, ils n'ont pas forcément eu d'apprentissages par le biais de la famille. Ils ont jamais pus le tester par eux-mêmes en fait. Donc, des fois on laisse des espaces pour qu'ils puissent le tester, on les laisse faire et si on voit qu'il y a une erreur, on reprend avec eux et on essaie de trouver ensemble comment faire pour qu'ils réussissent sans que nous on soit là. Donc on essaie de trouver des idées, des stratégies. Par exemple, avec un patient pour des troubles de la mémoire, c'était un tableau avec les rendez-vous marqués dessus. On leur donne des agendas pour l'organisation de la semaine avec toutes les activités, les rendez-vous... ça peut-être des choses comme ça. C'est très variable selon ce qu'il y a et selon ce qu'ils acceptent aussi. Pour eux ce n'est pas forcément la préoccupation même de ce trouble là, c'est plutôt autre chose. En fait c'est beaucoup de préoccupations, euh, de vie quotidienne, d'activité comme par exemple « bah j'ai plus de financement etc. » que « je perds la mémoire ou je suis pas bien organisé ». Du coup, c'est par ce biais là, que après on essaie de voir avec eux comment faire pour qu'ils puissent y arriver sans nous. Donc on essaie de trouver comment faire, « est-ce que je demande à une personne de m'aider ? Est-ce que j'essaie moi-même de trouver, je sais pas euh, sur un site internet ou des choses comme ça », pour qu'ils développent quand même leurs stratégies.

Moi : D'accord et est-ce que vous réalisez des mises en situations ?

EA : Oui, oui, on réalise des mises en situations. Euh par exemple, on a une maison thérapeutique qu'on utilise des fois pour faire les mises en situations pour les activités de la vie quotidienne.

Moi : D'accord et jamais dans l'environnement du patient ?

EA : Tout dépend où ils en sont, si ils sont encore hospitalisé ce sera plutôt la maison thérapeutique, si ils ne sont plus hospitalisés c'est plutôt au domicile. Ça va être, oui par exemple, là j'avais fait

autour d'un repas pour une personne âgée qui avait des déficits. Parce qu'en fait, on a un service adulte et un service personnes âgées avec un handicap psychique. Mais on va aussi au domicile pour évaluer les aides qu'ils ont besoin. Ça va être aussi au domicile effectivement

Moi : Vous essayer de répéter les mises en situations dans différents contextes ?

EA : Non pas forcément, ça va plutôt des répétitions dans le même lieu.

Moi : Faites-vous des séances individuelles ou de groupe ?

EA : On est plus en séances individuelles mais on a des séances de groupes aussi. Autour de la cuisine, autour d'activité plus de soins comme la balnéothérapie.

Moi : D'accord et selon vous, quelles sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages au niveau cognitif dans leur vie quotidienne ?

EA : Les conditions nécessaires... euh... déjà dans leur environnement de vie, c'est-à-dire à leur domicile, qu'ils se sentent bien, protégés. Parce que des fois y'a des patients qui décompensent parce que leur lieu de vie ne leur convient pas. Il faut qu'il y ait aussi euh, c'est vrai que si y'a un entourage familial qui est présent mais qui a quand même une distance ça peut être aussi une aide pour eux. Et euh, ouais, qu'ils se sentent un peu considérés dans la société, voilà pas comme malade mais comme personne et qu'ils peuvent participer à des associations, faire des choses comme ça, ou aller boire un café, de petites choses comme ça. Ne pas se sentir persécutés par la société.

Moi : D'accord, et au niveau des facteurs personnels du patient qui peuvent faciliter le transfert de ses apprentissages ?

EA : C'est euh, autour de la motivation, autour de l'envie personnelle. Et euh, le fait d'avoir pu prendre conscience de ses difficultés et de pouvoir les accepter. De pouvoir se dire « O.K. j'accepte et je peux avoir des aides pour que je puisse y arriver », l'acceptation aussi des aides. Parce que là, un patient où justement là lui il sait que en gros « c'est un bon à rien parce que il est schizophrène » et que par rapport à ses troubles cognitifs, il sait qu'il ne pourra jamais travailler et donc au niveau de la société jamais être reconnu comme personne ». Et pourtant c'est difficile, enfin moi je vois plein de choses que je pourrais mettre en place avec lui, où il pourrait beaucoup plus participer dans la société ou faire des choses. Enfin se sentir mieux, avoir plus confiance en lui mais lui il a tellement une estime faible de lui et que pour lui ce n'est pas possible, c'est comme ça, c'est la maladie que du coup, il n'entend pas, enfin il n'est pas prêt à accepter toutes les aides que je peux lui apporter. Et du coup, il s'implique moins dans l'accompagnement. Il sent qu'il a besoin de nous, mais en même temps il ne faut pas qu'on y soit trop parce que sinon c'est stigmatisant aussi. Parce que tout

les matins, avoir toujours la même personne qui passe dans le même immeuble, enfin voilà, les gens peuvent aussi se dire bah voilà « il est suivi » et tout de suite ça les stigmatise beaucoup.

Moi : D'accord et après au niveau de l'accompagnement en ergothérapie, quelles conditions sont nécessaires pour favoriser le transfert dans leur vie quotidienne ?

EA : Alors moi j'avais vu la méthode de Toglia, euh le transfert multicontextuel. C'est, euh, en fait, vu qu'il y a les troubles cognitifs dans la schizophrénie, on peut retrouver ces mêmes troubles chez les traumatisés crâniens. Et en fait, Toglia, qui est une ergothérapeute aux Etats-Unis avait fait un cheminement avec les traumatisés crâniens en disant que si dans l'activité on changeait une chose à la fois, petit à petit le transfert des acquis peut se faire. Et du coup, comme y'a des troubles cognitifs dans la schizophrénie, peut être que aussi, en changeant un tout petit peu des éléments, de changer un petit peu de lieu mais de faire la même activité etc., le transfert d'acquis se fait peut être plus facilement. Mais dans la pratique j'ai voulu le faire mais j'ai jamais eu le temps on se fait vite happer. Mais du coup ça me remotive là ! Il faudra que je réessaye. Donc ouais sinon, effectivement l'ergothérapeute peut accompagner dans le transfert des acquis dans une activité qui pour le patient est importante et qu'il veut refaire dans la société. Je pense que c'est dans l'idée déjà d'analyser cette activité là, de savoir qu'est ce qui ne va pas, et quand on a repéré ce qui ne va pas et bah décider de travailler avec lui, de lui montrer qu'est ce qui va pas et de travailler avec lui les aspects qu'il veut travailler. Et donc après, travailler ces aspects là pour pouvoir les remettre dans sa vie. Et je pense effectivement que voilà, l'idée de changer un tout petit peu l'activité de temps en temps, pour voir les capacités d'adaptation... On peut y arriver comme ça, je pense qu'il y aurait vraiment quelque chose, un potentiel. Mais l'important est de rester sur des activités qui ont du sens pour la personne, même dans toutes les pathologies possibles. Parce que on voit bien, parce que au début quand j'ai commencé à travailler, on était vraiment centré sur les activités de la vie quotidienne, c'est quoi c'est manger, faire le ménage... et puis pour eux des fois, ça n'a pas forcément de sens. Il faut le faire parce que c'est nécessaire, mais euh ça n'a pas d'impact réel en fait. Alors que plutôt « Ah bah j'aimerais bien aller boire un café mais je sais pas comment faire » et bah on commence à aller boire un café dans le service, puis un petit peu ailleurs et hop, hop et on va dans la société, et après ils essayent par eux même. Et je trouve que ça a plus de sens pour eux, ouais.

Moi : D'accord et selon vous, en quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?

EA : Alors, je réfléchis, pourquoi les ergothérapeutes et pas d'autres ? {Rires}. Euh ... je pense par rapport à notre profession, ce qui est intéressant, c'est qu'on fait attention à ce que la personne veut

faire et à ses activités qui lui appartiennent et qui lui sont propres, et pas forcément à ce que la société voudrait. C'est ça qui est très difficile des fois, c'est que par exemple, nous en tant que professionnels on va au domicile du patient et on voit que c'est le bordel pas possible. Mais lui en fait, ça lui convient tout à fait. Et justement, ce patient qui a des troubles de la mémoire dit : « bah le problème, c'est que si vous nettoyez trop l'appartement, et je sais très bien que je suis pas capable de le maintenir comme ça, et bah je vais pas me sentir bien. Parce que je sais que moi, je serai pas capable de le maintenir comme ça, donc du coup ça va me saper le moral parce que je sais que je sais pas faire. Donc laissez moi un petit peu de bordel pour me dire bah voilà au moins je suis dans mon élément ... ». Et ça en fait, nous en ergothérapie je pense qu'on est capable de l'entendre et de se dire « bon c'est ses habitudes de vie, on laisse comme ça ». Un infirmier peut dire « oh bah non c'est inadmissible, l'hygiène, non mais ce n'est pas possible, etc. ». Donc je pense qu'on a cette vision spécifique en ergothérapie de voir vraiment les habitudes de vie de la personne qui sont importantes et de vraiment voir ses activités à elle quoi, et pas celle de la société.

Moi : Et après toujours au niveau des troubles cognitifs, est-ce que pour vous, l'accompagnement favorise la mobilisation des capacités d'analyses et de jugements en situation réelle de vie afin de faire des choix adaptés ?

EA : Ouais, je pense que l'ergothérapie permet ça dans le sens où déjà, nous on peut le comprendre comme un trouble cognitif et pas forcément des hallucinations ou d'autres symptômes qu'on pourrait voir. Et puis, je pense que comme on est toujours dans l'idée de trouver des adaptations pour qu'ils soient plus autonome, on n'est pas trop dans le jugement et du coup je pense que pour eux c'est plus facile de l'entendre et de se dire « ah mais en fait c'est une aide et en plus, c'est pour mon autonomie à moi ce n'est pas pour euh ... ». Enfin voilà, c'est son autonomie à lui qui nous intéresse. Je pense que pour eux, même pour les autres professions en fait, c'est important de montrer qu'il y a une part de troubles cognitifs. Et que cette part là, même si il y a des réentrainements des fois qui se font, elle ne va pas forcément s'améliorer et du coup, de comment le compenser, pour qu'ils soient toujours autonome. C'est la compensation, et je pense que dans d'autres c'est plutôt la guérison. Nous on est plutôt : « O.K. tu as ça, bah qu'est-ce qu'on fait avec pour que tu sois autonome ? O.K. on va chercher ça, hop t'es autonome, super ! »

Entretien avec l'ergothérapeute B (EB) :

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

EB : Alors, euh, depuis 95.

Moi : Depuis combien de temps travaillez-vous en réhabilitation psychosociale ?

EB : Alors, depuis que l'unité s'est constituée en 2010-2011. Mais je ne travaille pas que dans l'unité de réhabilitation psychosociale.

Moi : Quel temps consacrez-vous à la réhabilitation psychosociale ?

EB : C'est variable car c'est en fonction de la demande des patients qui nous sont adressés. Pour la remédiation cognitive, actuellement j'ai trois patients, pour les réunions c'est à peu près 1h30 toutes les semaines et éventuellement des interventions dans des appartements thérapeutiques, voilà à la demande. Donc voilà, là je ne chiffre pas parce que c'est vraiment à la demande.

Moi : A quoi est consacré le reste de votre temps de travail ?

EB : Sinon je suis dans l'hôpital de jour ou dans l'unité clinique.

Moi : Dans quels domaines avez-vous travaillé auparavant ?

EB : J'ai travaillé dans la structure, dans les autres unités. Et j'ai travaillé une année après mon diplôme et après j'ai intégré la structure de la MGEM.

Moi : Avez-vous des formations ou diplômes complémentaires ?

EB : Oui, j'ai un DU de remédiation cognitive.

Moi : Pouvez-vous me dire quelle est la durée moyenne d'accompagnement en réhabilitation psychosociale pour les personnes schizophrènes ?

EB : Non parce qu'il faudrait pouvoir préciser en terme d'action en fait. Si on considère que c'est une remédiation cognitive, on part pour 2-3 heures par semaine sur 3-4 mois. Les temps de remédiation sont souvent un peu plus longs que dans les livres. Parce que les patients ont des vacances, nous aussi. Voilà, où parce que il se passe quelque chose dans la vie du patient qui fait qu'on prolonge un

petit peu, on aménage. Parce que c'est comme ça qu'il faut faire. Après en réhabilitation on est toute une équipe donc on intervient en fonction du besoin donc je ne peux pas donner de chiffres.

Moi : Combien de séance d'ergothérapie les patients ont-ils par semaine ? Combien de temps durent-elles ?

EB : C'est très variable aussi, je ne peux pas vraiment vous répondre.

Moi : Selon vous, quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?

EB : Il est fonctionnel. A la fois dans le quotidien du patient, que ce soit le quotidien de vie ou le quotidien du travail, si le patient travail. Mais elle est aussi au niveau des habilités sociales. Donc il est très important et se situe à plein de niveaux différents. Euh, les chiffres rencontrés disent que 80% des personnes atteintes de schizophrénie ont des répercussions en termes de troubles cognitifs, quels qu'ils soient, donc voilà.

Moi : D'accord et ces activités ce sont généralement des activités qui sont importantes pour le patient, qui ont du sens pour lui ?

EB : Bah, elles ont forcément de l'importance parce qu'il s'agit de leurs capacités à réaliser des choses. Et ça prend n'importe quelles directions, hein. Quand on a un trouble de mémoire et on oublie ce qu'on fait d'un jour à l'autre... on a aussi toute la planification qui est impactée donc quand on veut faire la cuisine ou un petit plat euh voilà, à tous les niveaux c'est impacté. Et souvent les patients n'ont pas cette conscience de troubles cognitifs donc ils disent « bah moi je suis fainéant, j'y arrive pas, j'ai essayé, je n'y arrive pas, je suis nul ». Et on a des choses compliquées donc oui, ça a beaucoup d'importance. Mais les patients ne savent pas forcément au départ que ce sont des troubles cognitifs liés à la maladie.

Moi : Et comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?

EB : Alors chez nous, on a la chance d'avoir un neuropsychologue. Donc tous les patients qui intègrent cette unité sont vus par la neuropsychologue. Deuxièmement, on est en réflexion actuellement dans notre service pour pouvoir avoir des bilans en ergothérapie. Donc pour mettre les patients en situation pour en fait avoir un retour précis. Donc ça on ne l'a pas mis en place mais on y réfléchit. Après dans les activités habituellement, euh, on est attentive à ce que nous dit le patient, à la façon dont le patient réalise les choses, à ce que l'on repère nous aussi et on questionne, on questionne pas mal. Ce qui est intéressant aussi, c'est que dans les différentes structures dans

lesquelles on travaille, on utilise des questionnaires autour des fonctions cognitives. Par exemple STICS, qui est une échelle qui nous permet de demander au patient dans tels ou tels situations, ce qu'il pense et cote en fait ce qu'il pense de ces fonctions cognitives, est-ce qu'il est impacté ou pas. Et puis, on en a d'autres dans les thérapies de remédiation cognitive. Voilà, pour résumer on utilise des auto-évaluations, des échelles d'auto-évaluations, on a notre pratique d'ergothérapeute qui nous permet d'être attentives et on a la neuropsychologue qui nous aide bien aussi dans tout ça. On travail en parallèle avec la neuropsychologue, dans le cadre de la réhabilitation psychosociale tout le monde la voit.

Moi : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?

EB : Alors clairement, des activités à médiation en tant qu'ergothérapeute et des thérapies de remédiation cognitive. Pour les activités à médiation, par rapport à la réhabilitation, on peut proposer aux patients toutes nos activités d'atelier, toutes nos activités aussi, euh, de travail pluridisciplinaire. Et en fait, on va laisser aux patients le soin de choisir vers quoi il a envie d'aller et en fonction d'un entretien qu'on a fait avec lui, éventuellement des échelles qu'on lui aura fait passer et des résultats de la neuropsychologie, on va aller proposer des objectifs à l'intérieur de l'activité mais des objectifs propres aux patients. Voilà, c'est l'idée d'être au plus près de sa demande. Et à la fois, même si y'a plusieurs choses à travailler, ce sera lui qui va nous dire « bah c'est d'abord ça, c'est ça qui m'importe le plus. ». C'est lui qui choisit l'activité d'abord et ensuite ce qu'on va travailler à l'intérieur. Parce qu'on peut faire de la menuiserie, mais on peut travailler des fonctions cognitives différentes, on peut accentuer un travail particulier à l'intérieur d'une activité. C'est là où on est pertinent les ergothérapeutes. Voilà donc comme activités, y'a de la menuiserie, de la poterie, y'a tout ce qui tourne autour de la laine, y'a des activités de jardinage, y'a du travail au niveau du corps ... en fait pour chaque activité, comme toujours en ergothérapie, ce qui est important c'est la façon dont on le fait et la façon dont on l'amène entre guillemets pour coller aux envies d'abord et aux besoins du patient. C'est ce qui fait qu'on est dans un entraînement, alors on peut parler de rééducation aussi, on parle de remédiation mais on peut utiliser aussi le mot de rééducation cognitive. Donc, on peut aller vraiment au plus près d'un réentraînement, on réentraîne et si c'est compliqué entre guillemet on cherche des alternatives, des compensations.

Moi : Faites-vous des séances individuelles ou de groupe ?

EB : En remédiation cognitive, il y a les deux. En fait tout ce qui concerne les habilités sociales, il y a des séances de groupes. En ce qui concerne plus de la remédiation cognitive de fonctions froides, la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, on est sur des programmes individuels. Moi pour ma

part, je travaille plus sur deux programmes de remédiation cognitive individuels. Pour les activités de médiation, moi j'ai un groupe art plastique, un groupe de menuiserie et actuellement, j'ai aussi un groupe de jardin. Donc c'est des travaux en groupe mais avec des objectifs individuels pour chaque patient à partir du moment où l'on sait que y'a des choses à travailler ou des envies.

Moi : Réalisez-vous des mises en situation de la vie quotidienne?

EB : Non, on ne le fait pas particulièrement ici, non. Au niveau de la vie quotidienne en fait y'a aussi le lien avec les appartements associatifs, en fait y'a beaucoup de gens formés aussi dans les évaluations donc en fait, on travaille vraiment en collaboration, et on en a pas besoin nous actuellement. J'en aurais peut-être besoin pour un patient bientôt en cuisine, mais voyez, je ne l'ai pas encore fait donc non.

Moi : D'accord et selon vous, quelles sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages cognitifs dans leur vie quotidienne ?

EB : Les mises en situations. Les mises en situation ou en tout cas à travers, par exemple je vais prendre des exemples de remédiation cognitive. Euh, les programmes sont ainsi fait que, euh, notamment un des deux programmes, le programme RECOS, que ça fait partie de la thérapie, euh que une fois sur deux on travaille sur des exercices à domicile qui sont en lien avec l'écologie. Donc c'est-à-dire qu'on travaille le transfert de la fonction dans le quotidien du patient. Ça fait partie de l'exercice. Pour la CRT, l'autre méthode, ça n'est pas prévu dans la méthode mais en fait, quand on rencontre les gens qui la pratique, qui l'ont traduite et qui continuent à la faire évoluer, c'est vers ça qu'ils tendent en fait. Le fait d'avoir des exercices régulier, qu'ils soient contrôlés le temps de la séance suivante, voilà pour intensifier tout ce qui est écologie. Dans l'IPT aussi par exemple, dans tout ce qui est situation sociales, il y a des jeux de rôles, en tout cas, des situations qui sont posées. Les patients doivent chacun réfléchir et proposer leurs hypothèses. Par exemple, et vers la fin du groupe, il y a des mises en situations à l'extérieur. On demande aux gens d'avoir fait une hypothèse, d'avoir réfléchies, de la faire et d'en parler après. Donc voilà. Après en dehors de ces programmes, par rapport à l'ergothérapie, par exemple moi j'ai des patients qui intègrent le groupe jardin parce qu'ils ont envie d'intégrer un CAT espaces verts ou qui sont déjà en stage mais qui ont besoin de travailler quelque chose de spécifique. Donc moi je vais être attentive à leurs besoins et je vais aller entraîner. En ergothérapie, ça peut aussi être dans le même cadre qu'un groupe jardin, quelqu'un qui veut intégrer un ESAT ou même quelque chose de plus petit entre guillemets, le nom m'échappe, et en fait c'est la même chose en ergo, quand il y a une demande particulière, on expérimente en ergo, on fait aussi des hypothèses. Parce que en ergo en fait, souvent c'est, alors je dis bien en ergo pour moi ça peut être de l'individuel ou du groupe car on peut se servir du groupe

pour échanger, pour travailler les habiletés sociales. Et on peut aussi sortir en groupe, après si quelqu'un en a envie, aller voir une expo par exemple si on fait de l'art plastique, c'est intéressant. Et puis tout ce qui est techniques d'apprentissages, je ne sais pas moi de la couture, pour quelqu'un qui veut aller en blanchisserie après ou aura une fonction de accommodage ou je ne sais quoi, bah c'est quelque chose qui peut être travaillé. Voilà c'est modulable en fait par rapport au projet du patient qui évolue au fil du temps. Après aussi, le fait d'avoir introduit les remédiations cognitives et les formations qu'on a eu autour de ça, ça nous a permis d'être très libres pour parler aux patients de ce que l'on voit. On échange énormément en termes d'informations liées aux troubles cognitifs, par rapport à la maladie. Donc déjà ça donne une liberté qu'on a de pouvoir dire « là vous avez une difficulté, moi ça me fait penser à ce trouble parce que je sais que dans la pathologie dont vous souffrez, ça peut être ça, qu'est ce que vous en pensez ? ». Donc on est beaucoup, beaucoup, beaucoup dans un échange, extrêmement fin, de transmission d'informations. Alors après, le trouble cognitif qu'on le voit dans l'atelier à travers la réalisation d'un objet où qu'il soit à la maison, il est toujours là donc il y a des parallèles qui se font. Il y a vraiment des parallèles évidents et très souvent les patients nous le disent. Des patient qui sont vraiment désorganisés ou même au niveau organisation spatiale des patients qui ne savent plus où ils ont posé leurs objets, où ils ont rangé leurs objets et bien, si vous voulez on peut faire un travail sur où ils ont posé leur objets, où ils sont le lendemain, le surlendemain et en fait on a des patients qui nous expliquent que maintenant ils peuvent se repérer parce que spontanément ils l'appliquent. Ça c'est un truc, et on a des patients qui nous demandent, par rapport à des situations de vie quotidienne, comment on pourrait faire et on peut aussi soit à travers un objet soit à travers un entretien, une discussion enfin quelque chose qui est moins concrète prendre une feuille de papier et commencer à écrire « alors vous voulez partir en voyage, comment vous allez faire votre valise ? Qu'est-ce qui vous faut ? ». Voilà, le patient va donner un vrac de truc, après on va tenter d'organiser et on va faire un travail aussi comme ça, de travail autour des fonctions exécutives finalement, de raisonnement, de planification de « je veux ça, comment je vais faire ? ». Et puis, le patient va le faire chez lui et revenir et dire « ah oui mais non, j'ai réussi ça, mais ça c'était dur, comment je pourrais faire ? ». En fait, le transfert est facilité si c'est le patient qui amène un problème concret pour lui évidemment. Si le patient se sent concerné et a besoin de quelque chose c'est 100 fois plus évident. Par contre dans tout ce qu'on fait, comme on explique ce que l'on fait et pourquoi on le fait, euh, à partir du moment qu'on dit à quelqu'un « bon, moi j'ai repérer ça en ergo, vous m'avez dit ça, donc moi je propose pour l'objet suivant que nous allons travailler, on va travailler de cette façon là pour vous aider ». Et à ce moment là, les personnes sont toutes partantes, ils sont toujours partants. Donc si, il y a une demande, c'est top

mais après souvent chez le patient schizophrène, la demande il n'y en a pas beaucoup. Donc voilà, c'est à nous d'utiliser des échelles, des évaluations pour nous donner des pistes.

Moi : D'accord, et au niveau des facteurs personnels du patient qui peuvent faciliter le transfert de ses apprentissages ?

EB : Bah, les soutiens extérieurs par exemple la famille, les amis qui sont là et qui soutiennent dans les projets par exemple. Y'a aussi un facteur extérieur, je ne sais pas comment dire, les patients schizophrènes sont extrêmement sujets au stress, il y a une vulnérabilité au stress qui majore tout, qui majore son angoisse, donc avoir un univers qui leur permettent d'être moins sur les dents. Par exemple, hein, après il y en a certainement d'autres. Après c'est lié au processus de rétablissement aussi, savoir où le patient en est pour pouvoir s'engager, l'observance au traitement euh donc voilà, à mon avis il y a beaucoup de réponse à apporter mais là, voilà.

Moi : Selon vous, en quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?

EB : Alors la première des choses qu'on fait quand on rencontre un patient c'est qu'ils choisissent. Donc voilà, déjà il est mis en position de sujet, « qu'est-ce que j'ai envie, même si j'ai peur, dans quoi je m'engage ? ». Donc ça, c'est une première chose, et après c'est le réalisé.

Moi : D'accord et selon vous est-ce que l'accompagnement en ergothérapie favorise la mobilisation des capacités d'analyse et de jugement en situation réelle de vie afin de faire des choix adaptés ?

EB : Oui, concrètement on est dans la réalisation d'un objet concret, euh on est sans arrêt en train de faire des choix, d'appliquer, de corriger ou pas, d'être en interaction avec un autre qui est là pour ça et qui va aider ou donner son avis, échanger. Donc oui.

Entretien avec l'ergothérapeute C (EC) :

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

EC : Depuis 2005, ça va faire 11 ans.

Moi : Depuis combien de temps travaillez-vous en réhabilitation psychosociale ?

EC : Depuis qu'on a monté le projet, ça va faire 4 ans.

Moi : Quel temps consacrez-vous à la réhabilitation psychosociale ?

EC : Ça dépend des projets parce qu'on a des groupes sur des programmes sur des temps donnés. Donc des fois ça va être 2 journées par semaine et d'autres fois ça va être juste une journée par semaine. Donc ce n'est pas mon activité principale mais à terme le but c'est qu'il y en ait un peu plus.

Moi : A quoi est consacré le reste de votre temps de travail ?

EC : Beaucoup de chose, travail d'ergo classique en atelier, groupe à médiation, ETP et participer à la vie du service.

Moi : Dans quels domaines avez-vous travaillé auparavant ?

EC : J'avais travaillé en neuro, et oui la réhabilitation c'est tout nouveau donc avant c'était en psy classique.

Moi : Avez-vous des formations ou diplômes complémentaires ?

EC : Oui, j'ai un DU de remédiation cognitive.

Moi : Quels est la durée moyenne d'accompagnement des personnes schizophrène en réhabilitation psychosociale ?

EC : Alors les services universitaires ont souvent des plages bien définis, généralement sur une année scolaire. Après, la réalité concrète des patients qu'on suit sur le secteur est quand même plus complexe, on reste sur plusieurs années. Mais ça dépend quels sont les objectifs, c'est assez variable en fait.

Moi : Combien de séance d'ergothérapie les patients ont-ils par semaine ? Combien de temps durent-elles ?

EC : Ça dépend du programme dans lequel on a engagé le patient. Pour ce qui est de l'éducation thérapeutique ça dépend du programme d'éducation thérapeutique. Pour ce qui est de la remédiation cognitive, c'est normalement, quand on y arrive, mais c'est toute la difficulté de mettre en place ça, normalement c'est deux séances par semaine au moins de 45 minutes – 1 heure. Et ça, c'est généralement sur la durée de l'année scolaire parce que souvent le fait de l'arrivée des vacances ça marque quelque chose, ça permet d'arrêter et du coup de voir comment le patient s'en saisit. Mais souvent les programmes sont sur des durées courtes. Donc ça vient se compléter à l'existant.

Moi : Selon vous, quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?

EC : C'est beaucoup dans l'organisation de la journée, le fait d'initier des choses quand on ne sait pas comment s'y prendre et que tout devient compliqué, ça fait que ça les paralyse un petit peu. Donc l'intérêt de la remédiation cognitive, c'est justement d'avoir des astuces pour s'y plier. On a une patiente notamment, le fait de rentrer en contact avec d'autre, le fait qu'elle ait une grille un peu pour l'aider et bah ça lui permet de s'autoriser à aller un peu plus loin. Tant que ce soit dans le relationnel que dans la gestion des tâches domestiques. C'est vraiment de quoi prendre de l'assurance pour faire, pour se réorganiser ou s'organiser.

Moi : D'accord et selon vous les activités les plus impactés sont celles qui ont du sens pour le patient ou ce sont plus des activités qui ont du sens pour la société ?

EC : Et bien, c'est peut-être plus au niveau société. Parce que du coup, là où on va avoir une activité qui tient à cœur au patient, il arrive à compenser plus facilement, à recruter, même au prix des fois d'efforts particuliers. Du coup souvent, pour tout ce qui a moins d'intérêt, trouver quelque chose de facilitant, ça permet de retrouver justement un intérêt alors que à la base il n'y avait pas forcément d'intérêt. Je pensais notamment à la musique ou à des activités qui vont toucher à l'identité, c'est-à-dire, ils sont souvent en décalage avec les autres et du coup on va voir qu'est-ce qui fait leur singularité d'être un peu musicien, d'être un peu créateur et bien du coup ça ils arrivent à compenser.

Moi : Quelle importance les patients accordent à l'impact de ces troubles sur leur vie quotidienne ?

EC : Alors, c'est assez variable. Il y a quand même beaucoup une part de déni quand même, pas forcément une visibilité sur les difficultés et que souvent ce qui ressort c'est une plainte de la

mémoire mais derrière la mémoire l'intérêt de faire tout les bilans c'est de montrer que non la mémoire est bonne, c'est des troubles de l'attention qui sont en cause, ou de flexibilité. Et puis de mettre des mots sur des choses qui sont, encore une fois quand on s'intéresse à l'activité quand on est ergo c'est évident, on a l'habitude de décortiquer, mais pour le grand public, tout ce qui est tâches ménagères tout ça, c'est automatique, c'est banal donc du coup il n'y a pas besoin de ..., voilà il fait, il ne fait pas quoi. Et du coup de passer de « il est capable », « il a envie », « il n'a pas envie » à « est-ce que c'est une motivation intrinsèque ou extrinsèque », « est-ce que les hallucinations troublent l'attention ou est-ce que c'est un trouble de l'attention avéré », l'effet du cannabis aussi. Et du coup, rentrer dans la complexité. Et d'amener le patient à se saisir de ça, et du coup il participe et il peut aussi se saisir de ces questions là. Ce n'est pas réservé aux blouses blanches.

Moi : D'accord et comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?

EB : Il y a la partie propre que l'on peut avoir dans une prise en charge avec les évaluations cognitives, cognition sociale, maintenant il y a énormément d'outils. Et puis il y a aussi l'observation des personnes qu'ils connaissent, tant la famille qui finalement a pleins d'infos mais il faut arriver à retisser un peu tout ça, et puis, les soignants aussi qui connaissent la personne. Donc, il y a un travail d'enquête aussi. On commence à faire des entretiens avec la famille. Parce que du coup, le fait de faire des réunions autour de la réhabilitation ça permet de discuter aussi et finalement on met en forme et on approfondit quelque chose qui était déjà en place, on va s'intéresser à des objectifs beaucoup plus précis. Au lieu de promettre un grand tout, le soin c'est quand même un grand tout, tout le monde a une vision très magique de la chose. Là, c'est on va travailler ça pendant tant de séances et uniquement ça. Et voilà on donne des objectifs un peu plus réaliste et plus modeste.

Moi : Utilisez-vous des évaluations écologiques ?

EB : Et bien, il y a très peu d'évaluation écologique parce que du coup le gros problème, c'est d'aller à domicile, en terme de temps c'est compliqué. Tout reste à construire aussi en termes d'évaluations écologiques, il y a peu de chose. Donc c'est beaucoup évaluations papier/crayon, mises en situation in vitro on va dire, sur le site. Et là, c'est un des grand enjeux, c'est là la spécificité ergo et c'est cette question qui doit être travaillée. C'est voir qui s'intéresse à cette question écologique et remettre finalement cette question du domicile à l'ordre du jour. Qui intervient à domicile ? Pourquoi ? Et avec quels outils ? Parce que par exemple, on a l'AMPS qui est un bon outil pour ça. Mais l'AMPS il faut déjà être formé, on arrive déjà pas à l'implanter en France donc là, c'est un travail à long terme. C'est un gros enjeu l'activité écologique et particulièrement en psy où qui intervient à domicile, c'est

souvent pas l'ergo qui n'est qu'un soignant c'est souvent le médico-social. Et autant, il y a des ergos en SAMSAH, en SAVS, dans d'autres types de handicap qui interviennent au domicile, autant en psy l'ergo il est soignant, point barre, alors que c'est une de ses spécificités. Et c'est aussi une mutation que les ergos doivent faire, la réhabilitation pose cette question là, sur finalement la question de l'activité écologique et alors que finalement on les habitue à être des bons patients mais est-ce que ça leur sert véritablement ? C'est une question.

Moi : Et quels sont vos modes de collaboration avec les neuropsychologues ?

EB : Alors nous on a un centre référent à Saint-Etienne mais on n'a pas de neuropsychologues sur place. Donc la collaboration se limite aux bilans neuropsychologiques classiques papier/crayon. Après à terme, le centre référent aura une ergo, donc du coup elle a déjà dans ses cartons cette question du domicile. Et puis à terme, si nous on a une neuropsychologie ici on verra ce que l'on fait en évaluation commune parce que ça marche bien ça. Chacun fait sa partie, mais pour l'instant c'est plus une prestation de service, en espérant mieux.

Moi : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?

EB : Alors, il y a l'outil RECOS qui est intéressant car du coup il oblige à travailler les stratégies qu'on a faites sur l'ordi et sur le papier/crayon à domicile. Après, ça demande à ce que le patient joue le jeu. Et en fait c'est le plus compliqué. D'où l'intérêt d'accompagner le patient à domicile. Donc il y a cet outil, sur le transfert sur la vie quotidienne. Et puis du coup, ça dépendra aussi d'une activité qui va tenir à cœur au patient donc ça peut être très varié. Et du coup, d'adapter finalement ce qu'on propose à vraiment ses objectifs à lui. Là en ce moment, on a un patient qui a pour projet de faire éducateur canin, et en fait derrière ça a pu découler d'autres objectifs qui est de se remettre à écrire, d'utiliser l'ordinateur pour autre chose que des jeux vidéos, de se tenir aussi à des horaires. Et du coup finalement, ça revient un prétexte à atteindre les objectifs à court moyen et long terme. Et du coup, vraiment s'intéresser à des toutes petites choses qui vont avoir leur importance après dans la réussite de son projet.

Moi : Et du coup pour ça, est-ce que vous réalisez des mises en situation ou utilisez des activités ?

EB : Alors moi j'aime bien cumuler le travail très analytique d'exercice sur des stratégies typique de concentration, de mémorisation et puis la prise en charge en atelier où c'est souvent l'un des rares moments où la personne va être en situation de faire. Après en terme de temps, c'est parfois compliqué mais généralement si c'est pas moi, c'est ma collègue aussi qui elle ne fait que de l'atelier et que ça permet finalement de confirmer ou d'être finalement plus juste. Parce que on peut avoir

quelqu'un qui peut être très performant sur du papier crayon mais qui en situation est parasité par différents éléments, et les difficultés praxiques parce que finalement, on parle très peu des troubles praxiques et on en trouve aussi. Cognitifs, c'est pas que attention, mémoire et raisonnement. C'est aussi l'impact autour des capacités exécutifs, des fonctions exécutives. Qui encore une fois étaient cachées pendant les activités papier/crayon. Et du coup l'activité, permet de voir des choses à défaut de pouvoir le voir concrètement à domicile. Parce que, encore une fois, on est bloqué en terme de temps. Parce que suivant le territoire qu'on occupe, il y a la question des déplacements, le temps d'observation qui est plus ou moins long et on bouffe tout de suite une demi-journée, donc du coup, il faudrait y consacrer un certain temps. Et du coup, on est dans les logiques où d'habitude en psy on va avoir des pratiques en groupe, c'est-à-dire on va être là pour quatre, cinq patients pour une demi journée alors que là, on y est que pour un seul patient. Donc du coup, il y a aussi cette question là qui se pose. Mais voilà, moi je combine remédiation cognitive et activité en atelier.

Moi : Faites-vous des séances individuelles ou de groupe ?

EB : Ça dépend des programmes, certains programmes sont en individuels, souvent quand on travaille des stratégies particulières du patient. Et puis d'autres, c'est du travail de groupe, notamment en cognition sociale, le groupe à l'intérêt de confronter le patient à d'autres points de vue et que du coup son interprétation c'est une hypothèse mais parmi d'autres. La cognition sociale, c'est tout ces groupes autour de l'interprétation des attentions d'autrui, autour de la lecture des émotions. C'est du cognitif mais le matériel c'est tout ce qui est relationnel en fait. Et en ateliers c'est en groupe, c'est plus des habitudes historiques, à Roanne mais aussi ailleurs, que voilà l'atelier c'est une prise en charge groupale. Alors du coup, nous on a beaucoup d'atelier où chacun fait son activité, on est plus dans un groupement où chacun fait son activité et fait à côté d'autres. On a rarement des ateliers où ils sont tous sur un même objet.

Moi : Les activités thérapeutiques sont-elles choisies par le patient ?

EB : C'est en concertation avec ce que nous on peut proposer. Après du coup il y a une petite marge de manœuvre. Après on aime bien commencer par une activité qu'on connaît bien. Parce que finalement on a tous nos affinités mais n'importe quelles activités artisanales permet de voir beaucoup de chose, comment ils s'organisent, comment ils sollicitent de l'aide. On utilise souvent la vannerie parce que c'est classique et rapide avant de se lancer dans un truc plus personnel. Et du coup, c'est aussi un choix en termes d'évaluation parce qu'avant de se lancer dans un projet un peu plus d'ampleur, d'avoir une activité un peu test qui fait office d'évaluation. Mais après oui, c'est le patient qui choisit vers quoi il veut s'orienter.

Moi : D'accord et du coup, selon vous, quels sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfère de leurs apprentissages cognitifs dans leur vie quotidienne ?

EB : C'est un peu comme dans RECOS mais je pense que ça ne suffit pas, c'est de multiplier des situations où des stratégies peuvent être appliquées. C'est à dire le fait de s'organiser, par exemple de réduire l'information, de multiplier les supports où l'on va appliquer cette stratégie pour que ce soit plus un reflexe. Et du coup, c'est là qu'il faut travailler en équipe, à plusieurs, un peu conseiller aussi les autres, tant du milieu sanitaire que du milieu médico-social. C'est-à-dire que tous les intervenants qui interviennent sont concernés. Donc ça demande quand même beaucoup de temps d'échange. C'est aussi ça la difficulté. Il faut vraiment bien faire pour avoir un résultat. Et après, ça dépend aussi la motivation en termes de quelles activités en particulier ? Est-ce que la personne a bien saisi pourquoi on va s'embêter sur ce sujet et pas un autre ? Je pense notamment à tout ce qui est courses et se faire à manger. C'est une fois que la personne a saisi qu'elle peut le faire, c'est pas si lourd, qu'elle y trouve un certain plaisir, ça va permettre d'avoir une accroche. Sachant que la question de la motivation, qui finalement dans les services universitaires, je pense beaucoup au centre référent, qui finalement ont des patients qui sont envoyés, triés sur le volet et motivés, nous on est sur des secteurs et finalement on a bon nombre de patients qui sont là parce que le médecin l'a décidé mais ils ont pas tous une vrai motivation. Certain, mais pas tous, et du coup arriver à avoir que ce qui pourrait motiver, que ce qui pourrait faire accroche, c'est tout un enjeu. La question de l'accroche, déjà Tosquelles en parlait pour le travail thérapeutique en psychiatrie, c'est les fondements de l'ergo en psy et du coup ça reste tout à fait valable à l'heure où on a quasiment tout les patients qui ont fumé du cannabis, à l'heure où on dit qu'il faut légaliser, ça a un impact quand même sur les motivations intrinsèques et extrinsèques. Toutes les notions de volition aussi, sont importantes, un magazine de réhab avait fait un volume sur la question de la volition de Kielhofner, et on part pas mal de ce point de vue là, distinguer la motivation extrinsèque, intrinsèque et le regard ergo, ce qui va être typique à l'ergo dans ces questions là. Pour faciliter l'émergence de cette motivation, déjà en terme de relation patient-soignant, il faut réussir à s'approprier, voilà ensuite trouver quel support, qu'est ce qui va faire accroche et du coup ça peut être très variable. Moi, je me souviens d'un patient avec qui l'accroche était difficile, du coup, il y avait d'autres enjeux familiaux derrière le fait qu'il fasse tout seul, il avait l'impression que ses parents allaient l'abandonner si il faisait seul. Mais que du coup, sur le fait d'arriver à s'autoriser à faire des choses, notamment à suivre un plan, autant il avait toujours refusé une séance en atelier, tout ce qui était artisanal, il était pas manuel, parce que voilà, dans la famille être manuel c'est les médiocres, les pauvres, les nuls. Et du coup, on avait dérivé sur la fabrication d'un Dark-Vador en lego et que du coup ça restait pareil, il y avait un tas de pièces qui fallait construire, suivre un plan, des étapes. On voit moins de

choses que sur les activités artisanales où on va se salir ou on risque de casser et il faut réparer. Mais du coup, ça permet de lui faire prendre conscience que voilà même des choses manuelles, il peut le faire. Et après, ça dérive sur la question de la cuisine, et que ce n'est pas parce que y'a que maman qui sait faire des tartes au citron qu'on n'a pas le droit d'en faire une. Donc après, il est allé dans un groupe cuisine, pas tellement pour qu'il fasse de la cuisine et que sa mère l'abandonne mais plus pour voilà qu'il se rende compte qu'il est capable de faire des choses et qu'il n'est pas l'éternel enfant à 33 et quelques... y'a aussi ces enjeux, il n'y a pas que les outils ou finalement la capacité ou les activités réalisées ou non réalisées, il y a aussi tout ces enjeux symboliques derrière qu'il faut arriver à intégrer dans une prise en charge en réhabilitation, ou finalement l'estime de soi est quand même très très dégradée. Et du coup arriver à réaliser des choses, finalement pourquoi et pour peut-être trouver un sens à sa vie. Pour les ergos c'est aussi, bah, de finalement s'intéresser à autre chose que son état de santé, à sa stabilisation médicamenteuse et que finalement nous ce qui nous intéresse, c'est les symptômes, pas tellement pour réduire les symptômes, mais que ce soit moins gênant pour qu'ils réalisent ses envies à lui, son projet. C'est cette question d'artisan de la liberté, qu'on retrouve quand même cette question là, de s'intéresser que à ce qui fait que la personne arrive à être elle-même, retrouver son identité dans ses activités et pas finalement dans la normalité. Parce que du coup, ils ont quand même une énorme pression, qu'ils sont les patients, voilà porter l'étiquette déjà « schizophrène » c'est lourd. Et le fait de pas travailler, d'être patient en psy, c'est lourd à porter et du coup, dans la demande « je veux travailler, je veux vivre en couple ou je veux avoir des enfants », y'a pas forcément une volonté personnelle mais c'est faire plaisir à la société. On retrouve le signifiant et le significatif. Il faut arriver à distinguer, euh, voilà, le désir de retravailler est-ce que c'est pour avoir un statut social et faire plaisir ou est-ce qu'il y a une vraie volonté de produire quelque chose ... Ou arriver à dépasser ces stéréotypes, parce qu'autant il y a des stéréotypes sur la maladie, mais les patients les ont bien intégrés souvent. D'où ce travail aussi de sortir un petit peu du cadre hospitalier, pour revenir à quelque chose qui va être plus de l'ordre de l'activité mais au sens identitaire. C'est là, qu'il y a un gros travail et que la réhab peut y mener, c'est que finalement ça oblige à sortir du champ du soin qui peut vite nous enfermer dans notre pratique aussi et du coup, je pense que ça a du sens sinon c'est un machin, un gadget, si c'est pas articulé avec ce qui existe déjà. Parce que du coup, c'est pas forcément pour être plus efficace ou être plus rentable, c'est aussi pour être au plus près des besoins de la personne. Pour moins nuire aussi, parce que finalement c'est pas parce que les symptômes ont été stabilisés qu'on a été thérapeutique. Et vraiment d'articuler, de prendre le temps, même si voilà, on vante qu'il y a moins de rechute, il y a aussi, d'être au plus près du rythme de la personne, de sa temporalité, que son rapport au monde est pas le même et que souvent ça c'est nié, pas respecté. Et du coup, arriver à

l'amener à finalement s'accepter tel qu'il est. Il y a de grands enjeux, ce qui permet de redonner un second souffle pour la psychiatrie mais aussi pour l'ergothérapie. En réhabilitation on retrouve ce pourquoi l'ergothérapie à exister en France avec ce lien avec la vie quotidienne.

Moi : Pour finir, selon vous, en quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?

EB : Ah oui par rapport à d'autres accompagnements, parce que du coup c'est un peu la spécificité de l'ergo. Du coup, peut-être par rapport à une activité, parce qu'on fait beaucoup d'activité en psy, c'est comment finalement nous on amène ça parce que on peut faire exactement la même chose en réhabilitation, on peut faire une sortie, on peut faire de la poterie, on peut faire n'importe quoi mais c'est souvent dans le faire avec, que le patient fasse un peu à sa façon même si ça peut sortir un peu de nos standards où on dit faut faire comme ci, comme ça. C'est en fait cette spécificité là, de bah « on fera comme vous vous voulez que ce soit fait ». Du coup l'implication, le faire avec, c'est-à-dire, il ne fait pas tout ce qu'il veut mais du coup c'est cette implication où on va être de plus en plus exigeant mais que ce soit lui qui en fasse le maximum. Et que finalement quel que soit l'objet, que ce soit faire un journal, faire une sortie ou faire un panier, qu'il dise c'est moi qui l'ai fait même si on l'a aidé. Parce qu'il faut aussi qu'il soit beau, parce que sinon, « c'est moi qui l'ai fait » et ça ressemble à rien euh... il faut trouver cet équilibre là. Mais du coup, c'est l'implication où on l'amène à être acteur, un peu plus acteur. C'est là où on trouve les liens avec la réhabilitation, la question de redevenir acteur, est un peu interrogée.

Annexe VI : Présentation des ergothérapeutes interrogés

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Expérience	3 ans	21 ans	11 ans
Expérience en réhabilitation psychosociale	3 ans	Depuis la création de l'unité : 5 ans	4 ans
Lieu d'exercice	Centre hospitalier en psychiatrie	Centre de santé mentale MGEN	Centre hospitalier en psychiatrie
Temps consacré à la réhabilitation psychosociale	100%	Variable, en fonction de la demande	Variable, entre 1 et 2 journées par semaine
Reste du temps		Hôpital de jour ou unité clinique de la structure	Travail classique en psychiatrie
Domaine de pratique antérieur		Psychiatrie	Neurologie Psychiatrie
Formations complémentaires	Pas de formations complémentaires	DU de remédiation cognitive	DU de remédiation cognitive

Annexe VII : Analyse transversale

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Question 1 : Quel est l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie ?	<p>De nombreux impacts plus ou moins marqués : pas de souvenirs des faits récents, difficultés à gérer un planning (planification, flexibilité, organisation)</p> <p>Les activités signifiantes sont moins impactées que celles significatives</p>	<p>Impact important à différents niveaux : pas de souvenirs de faits récents, planification et réalisation des activités de vie quotidienne et professionnelle, relations sociales</p> <p>Les activités signifiantes et significatives sont autant impactées</p> <p>Patients : parfois méconnaissance de leurs troubles cognitifs et de leurs impacts sur le quotidien</p>	<p>Impact important : gérer un planning, réalisation des activités de vie quotidienne, relations sociales</p> <p>Les activités signifiantes sont moins impactées que celles significatives</p> <p>Patients : parfois méconnaissance de leurs troubles cognitifs et de leurs impacts sur le quotidien</p>

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Question 2 : Comment identifiez-vous ces difficultés et les troubles cognitifs qui en sont responsables ?	<p>Essentiellement par l'observation : évaluations avec des mises en situation en milieu écologiques (au domicile du patient ou lors d'un accompagnement dans la communauté) ou au sein de la structure</p> <p>Utilisation d'un outil d'évaluation : Test des Erreurs Multiples (TEM)</p> <p>Collaboration avec la neuropsychologue : passation du TEM en binôme avec la neuropsychologue, prise en compte des évaluations neuropsychologiques pour mieux cibler les troubles cognitifs et évaluation de leurs impacts réels dans la vie quotidienne</p>	<p>Observation lors de la réalisation d'activités de médiation et mise en relation des troubles observés avec ceux qui peuvent être retrouvés au domicile</p> <p>Echanges avec le patient, échelle d'autoévaluation</p> <p>Collaboration avec la neuropsychologue</p> <p>Projet de l'ergothérapeute : mise en place d'évaluation ergothérapique avec mises en situation</p> <p>Pas d'évaluation écologique au domicile ou dans la communauté</p>	<p>Evaluations cognitives papier/crayon</p> <p>Observation lors de la réalisation d'activités de médiation ou de mises en situation dans la structure, mise en relation des troubles observés avec ceux qui peuvent être retrouvés au domicile</p> <p>Observations rapportées par les soignants et la famille (réunion pluridisciplinaire et entretien avec la famille)</p> <p>Pas d'évaluation écologique au domicile, de manière générale peu d'outils d'évaluations écologiques</p>

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Question 3 : Quels sont les moyens d'accompagnement que vous mettez en place pour diminuer les conséquences de ces troubles cognitifs dans leur vie quotidienne ?	<p>Point de départ : préoccupation de vie quotidienne du patient</p> <p>Expérimentation pour réaliser des apprentissages : mises en situation dans les AVQB et AIVQ (dans la maison thérapeutique de la structure, au domicile du patient, dans la communauté)</p> <p>Trouver avec le patient des stratégies de compensation et des aides techniques</p> <p>Essentiellement des séances individuelles</p> <p>Pas d'atelier spécifique ergothérapeutique</p>	<p>Point de départ : préoccupation de vie quotidienne du patient</p> <p>Réentrainement des fonctions cognitives : programmes de remédiation cognitive et utilisation d'activités de médiation</p> <p>Activités de médiation : choix du patient en fonction de ses besoins et de ses envies, significantes, proposition d'objectifs personnalisés au sein de l'activité en lien avec l'évaluation préalable et la demande du patient, possibilité de travailler différentes fonctions cognitives au sein d'une même activité, travail en groupe mais avec des objectifs individuels pour chaque patient</p> <p>Compensation si les troubles cognitifs persistent</p> <p>Pas de mise en situations dans les AVQB</p>	<p>Point de départ : demande du patient</p> <p>Association de programme de remédiation cognitive et utilisation d'activités de médiation</p> <p>Activités de médiation : utilisation d'activités significantes, travail en groupe mais avec des objectifs individuels pour chaque patient, adapter l'activité au objectifs du patient</p> <p>Pas de mise en situations dans les AVQB</p>

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
<p>Question 4 : Quelles sont les conditions nécessaires pour faciliter le transfert de leurs apprentissages au niveau cognitifs dans leur vie quotidienne ?</p>	<p><u>Concernant le patient :</u> Environnement de vie agréable et sécurisant, entourage familiale présent mais pas envahissant, sentiment de considération et non de stigmatisation par la société, implication dans l'accompagnement, motivation intrinsèque, conscience des difficultés et acceptation, acceptation des aides proposées, confiance en soi, estime de soi</p> <p><u>Concernant l'accompagnement en ergothérapie :</u> utilisation d'activités signifiantes, analyser les activités signifiantes du patient, faire prendre conscience au patient de ses difficultés dans ces activités puis travailler avec les lui les aspects qu'il souhaite, transfert multicontextuel de Toglia intéressant mais difficile à mettre en pratique</p>	<p><u>Concernant le patient :</u> soutien extérieurs (famille, amis...), environnement de vie sécurisant, engagement dans l'accompagnement, dépend du processus de rétablissement</p> <p><u>Concernant l'accompagnement en ergothérapie :</u> mises en situations au sein des activités de médiation à partir d'une demande concrète du patient par rapport à un problème rencontrée dans sa vie quotidienne ou un projet professionnel, activités de groupe qui permettent le travail des habiletés sociales, échanges et explications concernant le lien entre les troubles cognitifs et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien</p>	<p><u>Concernant le patient :</u> Motivation intrinsèque, compréhension de la nécessiter de l'accompagnement, conscience de ses capacités, estime de soi, se dégager de la pression sociale</p> <p><u>Concernant l'accompagnement en ergothérapie :</u> favoriser l'émergence de la motivation et l'intérêt du patient en utilisant des activités signifiantes, distinguer la motivation intrinsèque et extrinsèque et les activités significative et signifiantes, instaurer une relation de confiance, être au plus près des besoins de la personne, de son rythme et de sa temporalité, multiplier les situations où les stratégies peuvent être appliquées, se coordonner avec les différents professionnels, permettre au patient de retrouver une identité dans l'activité et non dans la normalité, faire prendre conscience au patient de ses capacités et du sens qu'une activité peut avoir pour lui par l'expérimentation en l'activité en question, expliquer l'intérêt pour le patient de faire tels ou tels activités</p>

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Question 5 : En quoi l'ergothérapeute améliore la capacité du patient à faire ses propres choix et à agir volontairement ?	<p>Accompagnement centré sur les désirs de la personne, ses habitudes de vie, ses activités significatives et la reprise d'une autonomie optimale</p> <p>Patient acteur</p> <p>Ergothérapeute compense les troubles qui persistent</p> <p>Connaissances spécifiques sur les troubles cognitifs</p> <p>Pas de jugement</p>	<p>Patient acteur</p> <p>Réalisation d'un objet concret implique de faire des choix, d'adapter son action, d'être en interaction avec les autres</p>	<p>Patient acteur</p> <p>Respect des habitudes de vie de la personne</p> <p>Réalisation d'activité de médiation, « le faire avec »</p> <p>Vision de l'ergothérapeute au-delà de la vision médicale stricte</p>