

“ Empowerment ”, et transfert des acquis dans la remédiation cognitive des personnes atteintes de schizophrénie

Estelle Sarlija

▶ **To cite this version:**

Estelle Sarlija. “ Empowerment ”, et transfert des acquis dans la remédiation cognitive des personnes atteintes de schizophrénie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269896

HAL Id: dumas-02269896

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269896

Submitted on 23 Aug 2019

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecole des sciences de la réadaptation - Formation Ergothérapie

Estelle SARLIJA

UE 6.5 S6 :

Mémoire d'initiation à la recherche

16/05/19

« Empowerment » et transfert des acquis dans la remédiation cognitive des personnes atteintes de schizophrénie

Sous la direction de Mme BREMOND Myriam et de Mr PAVE Julien

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

REMERCIEMENTS :

A Monsieur Julien PAVE, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement efficace et fondamental, son soutien et son grand investissement dans ce travail.

A Madame Myriam BREMOND, ergothérapeute et référente professionnelle, pour sa présence dès le début, ses conseils éclairés et ses connaissances précises.

A l'ensemble des personnes de mon groupe de recherche pour leur présence quotidienne, leur soutien indéfectible et leurs conseils avisés.

A l'ensemble des professionnels ayant acceptés de participer à ce mémoire pour leur expérience précieuse.

Et à mes proches pour m'avoir soutenue, accompagnée et portée tout au long de la formation et de la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS :.....

1. INTRODUCTION :.....1

1.1. Le thème :.....1

1.1.1. Emergence du thème :.....1

1.1.2. Champs disciplinaires et enjeux :.....2

1.1.3. Définitions des mots phares du thème :.....3

1.2. Revue de littérature :.....6

1.2.1. Choix des bases de données et des mots-clés :.....6

1.2.2. Analyse de la revue de littérature :.....7

1.2.3. Problématique pratique :.....9

1.3. Enquête exploratoire :.....9

1.3.1. Population cible :.....10

1.3.2. Outil de recueil de données et d'analyse des résultats :.....10

1.3.3. Analyse des résultats :.....11

1.3.4. Discussion des résultats :.....12

1.4. Question initiale de recherche :.....13

1.5. Cadre théorique :.....14

1.5.1. Transfert des acquis :.....14

1.5.2. « Empowerment » :.....17

1.5.3. Milieu écologique :.....20

1.5.4. Problématisation théorique :.....21

1.5.5. Matrice théorique :.....21

1.6. Question et objet de recherche :.....22

2. MATERIEL ET METHODE :.....22

2.1. Choix de la méthode de recherche :.....22

2.2. Choix de la population cible : 23

2.3. Outil de recueil de données : 24

2.3.1. Choix de l'outil de recueil de données : 24

2.3.2. Biais de l'outil de recueil de données : 25

2.3.3. Cadre d'écoute : 26

2.3.4. Guide d'entretien : 27

2.4. Outil d'analyse des résultats : 27

2.5. Test de l'outil : 28

3. RESULTATS : 29

3.1. Analyse descriptive : 29

3.2. Analyse textuelle : 29

3.2.1. Approche thématique : 29

3.2.2. Approche cognitive : 34

4. DISCUSSION : 35

4.1. Discussion des résultats : 35

4.2. Critique du dispositif de recherche : 36

4.3. Apports pour la pratique professionnelle : 37

4.4. Apports personnels : 38

4.5. Perspectives de recherche : 40

BIBLIOGRAPHIE : 43

ANNEXE 1 : 47

ANNEXE 2 : 49

ANNEXE 3 : 50

ANNEXE 4 : 57

ANNEXE 5 : 58

ANNEXE 6 : 59

ANNEXE 7 : 61

ANNEXE 8 : 66

ANNEXE 9 : 67

ANNEXE 10 : 68

ANNEXE 11 : 73

ANNEXE 12 : 77

RESUME : 78

1. INTRODUCTION :

Dans cette première partie, je vais m'attacher à expliquer le thème que j'ai choisi d'aborder pour mon travail d'initiation à la recherche, puis à analyser par une revue de littérature la documentation disponible traitant de ce sujet. Je présenterai ensuite l'enquête exploratoire réalisée permettant de confronter la littérature à la réalité des pratiques. L'analyse de l'ensemble des données permettra de faire émerger une question et un objet de recherche.

1.1. Le thème :

Je vais tout d'abord expliquer les raisons qui m'ont poussée à choisir le thème de ce mémoire.

1.1.1. Emergence du thème :

Dans mon expérience personnelle, j'ai souvent été confrontée au handicap. Une personne de ma famille a fait la majorité de sa scolarité en établissement spécialisé à cause d'un quotient intellectuel limité ne lui permettant pas de suivre un programme scolaire classique. Le collège dans lequel j'ai étudié possède une classe adaptée permettant l'accueil et la scolarité de personnes avec des pathologies diverses, tant psychiques que motrices. Dans ce contexte, j'ai pu remarquer que l'intégration des personnes en situation de handicap moteur se faisait plus facilement avec les autres élèves. Les élèves possédant un handicap psychique se tenaient globalement en retrait. J'ai pu constater que la situation de handicap crée une barrière à la relation et aux échanges. Je me suis alors demandé comment cela pouvait évoluer, par quels moyens cette barrière pouvait disparaître. Je me suis également questionnée sur l'origine de ces difficultés d'intégration ; est-ce que les personnes en situation de handicap psychique possèdent les clés pour pouvoir s'intégrer ? Est-ce la pathologie en elle-même qui induit ce retrait ou est-ce plutôt notre peur de la pathologie et de la différence ? La société dans laquelle nous vivons a ses codes, ne conduit-elle pas à une stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques ?

Riche de ces expériences, j'ai été attirée par le versant social du métier d'ergothérapeute.

En deuxième année de formation, nous avons eu des cours sur les pathologies psychiatriques. J'ai été particulièrement intéressée par la schizophrénie. Je me suis rendue compte de la complexité de cette pathologie et combien elle est méconnue du grand public. Ensuite, nous

avons eu un cours sur la remédiation cognitive[1] qui a particulièrement fait écho avec mes expériences personnelles. Cependant, cette approche théorique m'a laissée avec un sentiment d'inachevé et plusieurs questions en tête :

A quel moment de la prise en charge des patients atteints de schizophrénie peut s'inscrire la remédiation cognitive ?

Quels sont les principaux programmes qui existent en remédiation cognitive ?

Quels bénéfices concrets peuvent être attendus chez les personnes atteintes de schizophrénie grâce à ces programmes ? Durent-ils ?

L'intervention d'un ergothérapeute est-elle pertinente dans cette prise en charge ?

1.1.2. Champs disciplinaires et enjeux :

Le thème de mon travail concerne plusieurs champs disciplinaires.

Tout d'abord le champ des sciences de la santé car il s'intéresse aux personnes possédant un trouble psychique ; la schizophrénie.

Ensuite il concerne les sciences humaines : la psychologie et la sociologie. La sociologie est « *l'étude scientifique des sociétés humaines et des faits sociaux* ». (2) Les personnes atteintes de schizophrénie ont des difficultés à analyser et comprendre les codes sociaux, à interagir avec autrui et plus globalement à s'intégrer dans une société. La psychologie est une « *discipline qui vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement* ». (3) Les personnes atteintes de schizophrénie ont des difficultés à adapter leur comportement aux différentes situations qui se présentent à elles. Dans ce champ disciplinaire, il existe la psychologie du développement ; il s'agit d'un « *champ d'études ayant pour objet les évolutions psychologiques (fonctions langagières, cognitives, sociales, etc.) se produisant tout au long de la vie d'un individu, de la naissance à la mort* ». (4) La remédiation cognitive se base sur cette approche en visant à faire augmenter les fonctions cognitives et sociales des individus.

Le thème de ce travail possède également plusieurs enjeux ; sociaux, économiques et professionnels.

Un enjeu socio-économique car il questionne la réinsertion sociale, et professionnelle dans certains cas, des personnes atteintes de schizophrénie. Il analyse un certain nombre de moyens

[1] Thérapie utilisée en complément des traitements médicamenteux et psychothérapiques visant l'amélioration de l'autonomie et l'insertion sociale des patients (1).

thérapeutiques permettant de favoriser l'accès aux relations sociales, au travail, à la scolarité afin d'éviter un repli des personnes souffrant de schizophrénie. L'Organisation Mondiale de la Santé, en 2013 (5), a évalué le nombre de personnes souffrant de schizophrénie à 600 000 en France, soit 1% de la population. Elle indique également qu'environ 65% des personnes atteintes de schizophrénie sont hors de la vie lycéenne, étudiante ou professionnelle. Il existe, selon le DSM-V, environ trois cent pathologies psychiatriques. Pourtant, 20% des hospitalisations psychiatriques à temps complet en France sont seulement relatives à des personnes souffrant de schizophrénie. En 2016 (6), 14% des dépenses de santé étaient allouées à la santé mentale. Cependant, le coût nécessaire à l'hospitalisation des personnes atteintes de schizophrénie représente 1% des dépenses de santé. Ce chiffre montre l'importance économique de l'hospitalisation des personnes atteintes de schizophrénie comparée aux autres pathologies psychiatriques.

Il a également un enjeu professionnel car il est inscrit dans l'arrêté du 5 juillet 2010 (7), relatif au diplôme d'Etat en ergothérapie, qu'une des activités d'un ergothérapeute est la « *réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale* ». Cet arrêté dicte les activités propres et indispensables d'un ergothérapeute. La réinsertion sociale fait donc bien partie des objectifs que doit se fixer l'ergothérapeute lors de l'exercice de son activité. La Haute Autorité de Santé a élaboré en 2017 un guide d'actes et de prestations nécessaires à la prise en charge de la schizophrénie (8). L'ergothérapeute est un professionnel recommandé dans cette prise en charge et la réhabilitation psychosociale est une pratique recommandée en fonction des besoins des patients atteints de schizophrénie.

Ainsi, le thème final de ce travail est la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie au moyen de la remédiation cognitive.

1.1.3. Définitions des mots phares du thème :

Afin de préciser le thème de ce mémoire, je vais m'attacher à en définir les termes essentiels soit : celui de « schizophrénie », de « remédiation cognitive », de « fonctions cognitives », de « réhabilitation psychosociale » et de « réinsertion sociale ».

Réhabilitation psychosociale :

Le mouvement de réhabilitation psychosociale a pris naissance aux Etats-Unis dans un contexte post-guerre. Afin de prendre en charge les patients psychiatriques après la 2nde guerre mondiale, un nouveau modèle a vu le jour pour ajouter un versant social au modèle médical de l'époque.

Elle est définie par Matthieu Duprez[2] en 2008 comme « *l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté* » (9). Cnaan[3], en 1998, annonce que la réhabilitation psychosociale prend en compte les ressources des individus en basant la réadaptation sur des critères comme le logement, le travail, les loisirs, l'éducation, etc.
L'Organisation mondiale de la santé la définit comme « *un processus permettant aux personnes présentant une déficience, une incapacité ou un handicap dus à un trouble mental d'atteindre un degré optimal d'autonomie au sein de la communauté. Elle consiste à la fois à améliorer les compétences individuelles et à modifier l'environnement.* » (10)

En 1996, l'Association mondiale de réhabilitation psychosociale définit les objectifs du mouvement (11) :

- La réduction des symptômes et des effets secondaires des traitements
- Le développement des compétences sociales
- Le travail de lutte contre la discrimination
- L'organisation des actions autour de la place centrale des usagers
- L'accompagnement des familles et des proches.

Pour Cnaan, il existe treize grands principes de la réhabilitation psychosociale (12) :

- L'utilisation maximale des capacités humaines = il est nécessaire pour les professionnels de s'axer sur les forces de la personne
- La dotation d'habiletés = elles sont des facteurs indispensables et déterminants pour une bonne adaptation à l'environnement
- L' « empowerment » = c'est un processus qui vise la capacité des personnes à prendre des décisions qui la concernent
- La normalisation = dans le but d'éviter la stigmatisation et la marginalisation, il est indispensable pour les personnes souffrant de troubles psychiques de vivre en communauté avec les autres
- L'individualisation des besoins et des services = une approche centrée sur la personne est nécessaire pour fixer des objectifs spécifiques et pertinents
- L'engagement des intervenants = le processus de réhabilitation est long et fastidieux, les usagers doivent pouvoir être régulièrement suivis des professionnels ressources

[2] Matthieu Duprez, psychiatre.
[3] Ram Cnaan, directeur du programme de recherche sur les religions et les politiques sociales, fondateur du corps professoral de la Goldring Reentry Initiative, chercheur à l'Institut universitaire de la paix de l'Université Kyung Hee.

- La déprofessionnalisation de la relation d'aide = la réhabilitation concerne en partie le champ social ; les relations humaines et non purement professionnelles
- L'intervention précoce = la lutte contre l'institutionnalisation et l'hospitalisation nécessite une intervention dès les premiers signes
- La structuration de l'environnement = le but est de pointer les ressources environnantes pertinentes et stables
- Le changement de l'environnement = le processus de réhabilitation d'une personne passe également par une évolution de la pensée de la société
- La participation sans limite = le processus étant long et difficile, il est nécessaire d'apporter une continuité de soins aux personnes souffrant de troubles psychiques
- La valeur du travail = Maslow[4] fixe comme deuxième besoin fondamental celui de sécurité en y intégrant la notion de sécurité de l'emploi, et comme dernier besoin fondamental celui d'accomplissement en y intégrant le développement du potentiel (13)
- La priorisation du social = il s'agit de sortir du modèle médical lié à la pathologie, aux symptômes et aux déficiences pour entrer dans un modèle social qui vise l'accomplissement de la personne.

Schizophrénie :

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique décrite par le DSM-V[5] (14). Ce sont les critères explicités dans ce manuel qui permettent de poser le diagnostic de schizophrénie. Ces critères sont visibles en Annexe 1.

Remédiation cognitive :

La remédiation cognitive est un moyen thérapeutique utilisé dans l'approche de la réhabilitation psychosociale. Elle vise à cibler les troubles des fonctions cognitives afin de pouvoir les diminuer ou les compenser ; ceci dans un but de réinsertion socio-professionnelle des usagers. La remédiation cognitive se déroule en plusieurs phases : celle d'évaluation, celle de rééducation puis celle d'intégration dans la vie quotidienne des usagers. (15)

Fonctions cognitives :

« *Les fonctions cognitives sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent notamment de communiquer, de percevoir notre environnement, de nous concentrer, de nous souvenir d'un évènement ou d'accumuler des connaissances : Attention / Fonctions exécutives / Fonctions*

[4] Abraham Maslow, psychologue père de l'approche humaniste.
[5] Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, 5ème édition, 2018.

intellectuelles / Fonctions visuo-spatiales / Gnosies / Langage / Mémoire / Mémoire de travail / Praxies / Vitesse de traitement de l'information » (16)

Dans les fonctions cognitives, il existe la cognition froide[6] et la cognition sociale. Cette dernière est particulièrement étudiée dans ce travail d'initiation à la recherche. Adolphs[7] la définit comme « *l'étude de la façon dont nous traitons l'information* » (17). Elle sert à étudier, comprendre et analyser ce qu'il se joue dans les relations sociales : les pensées de l'autre, leurs comportements, etc.

Réinsertion sociale :

L'IIDRIS[8] définit l'insertion sociale comme « *une action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement ; c'est également le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et son environnement* » (18).

Il est important de souligner que la réinsertion se déroule dans l'environnement propre de la personne, un environnement bien spécifique. Elle vise la démarginalisation en essayant de créer un lien entre une personne et son environnement.

1.2. Revue de littérature :

La revue de littérature permet d'approfondir le thème de l'étude et d'obtenir des données sur l'étude de la pratique de la remédiation cognitive. La méthode consiste à questionner des bases de données pour faire émerger des études et des articles pertinents autour du thème.

1.2.1. Choix des bases de données et des mots-clés :

Les bases de données utilisées pour la revue de littérature sont relatives aux champs disciplinaires tels que définis précédemment soit : les sciences humaines et les sciences de la santé.

Le CAIRN est apparu pertinent pour la revue de littérature car c'est une base de données d'articles, de livres et de revues en rapport avec la sociologie et les sciences de la santé.

PubMed s'est également révélé pertinent pour avoir une exploration internationale des données existantes dans le champ des sciences de la santé. La littérature française en ergothérapie est plutôt pauvre comparée à la littérature anglo-saxonne.

---

[6] Cognition froide = cognition rationnelle, sans interférences avec les émotions.
[7] Ralph Adolphs, professeur de psychologie, neurosciences et biologie.
[8] IIDRIS = Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale.

Le site ScienceDirect est également intéressant car il s'agit d'une base de données regroupant des articles et des études dans les domaines des sciences sociales et humaines et des sciences de la santé.

Dans ces bases de données, il a fallu choisir et définir des mots-clés afin d'affiner les recherches sur ce qui peut être pertinent. Le choix de mots-clés s'est logiquement dirigé vers les concepts principaux du thème : « remédiation cognitive », « ergothérapie », et « schizophrénie ». La suppression du terme « ergothérapie » a donné accès à des nouveaux textes tout aussi pertinents.

Concernant le choix des textes retenus, il a également fallu définir des critères d'inclusion et d'exclusion afin de raccourcir le temps de triage des textes trouvés lors des recherches.

	Critères	Explications
Inclusion	Moins de 10 ans	Avoir les résultats les plus récents possibles
	Auteurs et études du monde entier	Avoir des résultats à l'international
	Autres professionnels	Ergothérapeutes peu présents dans les recherches sur la remédiation cognitive
Exclusion	Plus de 10 ans	Eviter la non-pertinence des résultats
	Autres pathologies	Eviter de sortir de mon thème

Les résultats des recherches sur les différentes bases de données sont référencés en Annexe 2. Le contenu des huit textes retenus est détaillé dans le tableau en Annexe 3.

1.2.2. Analyse de la revue de littérature :

Les textes retenus dans la revue de littérature ci-dessus peuvent se regrouper en deux sous-thématiques : certains décrivent les spécificités des différents programmes et d'autres les effets de ces programmes.

Franck[9] s'intéresse particulièrement à la remédiation cognitive comme moyen thérapeutique auprès des personnes atteintes de schizophrénie. Deux des textes retenus pour cette revue de littérature sont écrits par Franck. Ils référencent une majorité de programmes existants et dégagent leurs spécificités. L'analyse de ces deux textes permet de catégoriser les différents programmes selon les troubles qu'ils ciblent et leur champ d'intervention.

[9] Nicolas Franck, psychiatre, responsable du Centre référent lyonnais en réhabilitation et en remédiation cognitive, président de l'Association francophone de remédiation cognitive.

Certains programmes comme IPT[10], CET et MCT ont des champs d'intervention larges et interviennent sur tous les domaines cognitifs (19).

D'autres programmes ont un champ d'intervention plus ciblé sur un des domaines cognitifs comme ToMRemed sur la théorie de l'esprit ou le TAR sur la reconnaissance des émotions faciales.

Et enfin d'autres programmes interviennent plus globalement sur les domaines cognitifs et sur les domaines sociaux comme le SCIT ou l'ETIT.

Le second article (20) met en évidence des similitudes de domaines cognitifs travaillés entre des programmes n'ayant pas le même champ d'intervention. Le SCIT, l'ETIT et ToMRemed interviennent tous sur la cognition sociale mais selon une intervention différente ; ciblée ou globale.

Les effets des différents programmes sont évalués dans les études retenues grâce à la revue de littérature. Les résultats décrits dans ces études peuvent être comparés avec les écrits de Franck concernant les domaines cognitifs visés par les différents programmes.

Une étude (21) sur le programme ToMRemed a montré une augmentation de la capacité des patients à attribuer des intentions à autrui ; ce qui rejoint les écrits de Franck concernant le ciblage de ce programme sur le domaine de la cognition sociale.

Une étude (22) sur le programme RECOS a montré qu'en travaillant un seul module des fonctions cognitives, les autres fonctions cognitives s'amélioraient également. Franck a écrit dans son ouvrage que ce programme ciblait la neuro cognition, ce qui est bien validé par l'étude précédente ainsi que par l'ouvrage sur le transfert des acquis (23).

Le programme IPT a également fait l'objet d'une étude (24) qui a démontré ses effets sur une grande partie des fonctions supérieures des patients ; résultats qui vont dans le sens de l'écrit de Franck sur la qualification de ce programme d'une intervention large.

L'ouvrage sur les transferts des acquis (23) qualifie le CRT de programme ciblant la neuro cognition. Il soutient également la pertinence d'une continuité de prise en charge en réhabilitation après la remédiation cognitive pour transférer les apprentissages au quotidien. Cette hypothèse peut être reliée à une étude (25) qui a démontré que les résultats d'un programme de CRT sur les fonctions cognitives étaient toujours présents après cinq ans. Cette étude montre également qu'il est nécessaire de combiner un programme de CRT avec un

[10] La liste des acronymes de tous les programmes est disponible en Annexe 4.

programme de réhabilitation standard afin de voir un maintien des améliorations dans la vie quotidienne des patients.

Le dernier texte de la revue de littérature (26) a cherché à évaluer les effets d'un programme de remédiation cognitive sur les symptômes négatifs de la schizophrénie et non sur les troubles cognitifs et d'intégration sociale. Cette étude a montré l'effet positif d'un programme de remédiation cognitive non référencé sur les symptômes tels que l'anhédonie, l'avolition, l'apathie. Ainsi, la remédiation cognitive vise à améliorer les capacités cognitives des patients, leur intégration sociale, ainsi que leur vécu de leur pathologie et de leurs symptômes.

1.2.3. Problématique pratique :

L'analyse de la littérature permet d'approfondir les connaissances théoriques des différents programmes de remédiation cognitive et leur domaine de compétence. Il reste maintenant à comprendre leur application pratique.

Comment sont-ils utilisés dans la pratique professionnelle ? Les objectifs des différents programmes, visés par les professionnels, sont-ils ceux retrouvés dans les études ? Quelles sont les modalités d'application des différents programmes ? Ces modalités ont-elles des conséquences sur les effets retrouvés sur les patients ? Les professionnels voient-ils des bénéfices non ciblés au début de la prise en charge ? Leur spécificité professionnelle influence-t-elle les effets visibles de la remédiation cognitive ? Quelles sont les prises en charge associées à la remédiation cognitive ? Dans quel parcours de soin s'inscrit-elle pour les patients ? Quelle place occupe l'ergothérapie dans ces programmes ? Comment l'ergothérapeute utilise-t-il ces programmes ? Quel apport l'ergothérapie peut avoir dans ce type de programmes ?

Toutes ces questions amènent à réaliser une enquête exploratoire pour questionner les professionnels sur leur pratique.

1.3. Enquête exploratoire :

Cette enquête exploratoire va questionner les professionnels utilisant la remédiation cognitive auprès de patients présentant une schizophrénie.

Cette enquête a pour objectif d'amener des éléments de réponse à la problématisation pratique issue de l'analyse de la revue de littérature. Elle est réalisée dans le but de savoir quels programmes sont les plus utilisés dans la pratique, sous quelles modalités ces programmes sont mis en place, quels objectifs sont visés selon les programmes utilisés, quels sont les effets

constatables non attendus des programmes de remédiation cognitive et comment les professionnels évaluent ces effets.

1.3.1. Population cible :

Pour ce faire, la population ciblée regroupe des professionnels du domaine médical, médico-social et du social utilisant la remédiation cognitive dans leur prise en soin des patients atteints de schizophrénie.

L'Association Française de Remédiation Cognitive recense les différents centres de France qui utilisent la remédiation cognitive. Cette liste a été la base pour contacter les structures et leur faire part de l'enquête exploratoire initiée dans ce mémoire d'initiation à la recherche. Cette liste de contacts est la population cible de cette enquête exploratoire.

	Critère	Explications
Inclusion	Tous les professionnels	Point de vue global sur la pratique, peu importe la profession
	Patients atteints de schizophrénie	Respect du thème du travail
	Tous les programmes de remédiation cognitive	Etat des lieux sur les programmes utilisés
Exclusion	Autre pathologie que la schizophrénie	Sortie du thème du travail

1.3.2. Outil de recueil de données et d'analyse des résultats :

L'enquête exploratoire de cette recherche prend la forme d'un questionnaire afin de recueillir des informations quantitatives. Ce choix a été fait pour avoir le maximum de données sur la pratique de la remédiation cognitive, toucher le maximum de personnes en supprimant le problème de la localisation géographique et recueillir le maximum d'expériences différentes sur le sujet.

Le questionnaire en tant qu'outil de recueil de données comporte plusieurs biais.

Tout d'abord il comporte un biais méthodologique de sélection ; les personnes qui répondent au questionnaire peuvent ne pas répondre aux critères d'inclusion de la population ciblée. Ceci peut être atténué par une série de questions validant les critères d'inclusion.

Ensuite il comporte un biais méthodologique concernant la pertinence des questions posées. Ce biais peut être atténué avec la matrice de questionnement et la phase de test.

Il comporte également un biais de confirmation d'hypothèses selon la manière dont sont posées les questions ; les questions posées doivent être le plus neutre possible pour ne pas diriger les réponses des personnes interrogées.

Cet outil de recueil de données comporte un biais de désirabilité sociale. Les personnes interrogées peuvent adapter leurs réponses selon leur perception de ce que sont des réponses socialement acceptables. Il est indispensable de rappeler dans la passation du questionnaire qu'aucun jugement de valeur ne sera effectué au regard des réponses. Ceci peut contribuer à atténuer le biais de désirabilité sociale.

La matrice de construction du questionnaire, reliant les questions posées aux objectifs attendus, est visible en Annexe 5. Les questions mises en forme dans le questionnaire utilisé pour l'enquête exploratoire est visible en Annexe 6.

Concernant l'analyse des résultats, je vais utiliser le logiciel Excel car c'est celui qui est attribué par défaut au questionnaire que j'ai utilisé. Cet outil d'analyse de données va me permettre de réaliser des graphiques, des regroupements de données sur les questions à choix multiples. Pour les questions ouvertes, je vais utiliser un logiciel réalisant des nuages de mots pour analyser les mots qui ressortent le plus, les idées les plus développées par les professionnels interrogés.

Avant d'envoyer le questionnaire, il est nécessaire de le tester auprès d'un échantillon de la population cible. Il a donc fallu ajouter une séquence au questionnaire initial concernant la compréhension des questions, l'attractivité du questionnaire, la durée du questionnaire, la pertinence des questions ainsi que leurs modalités. Cette phase de test a soulevé une erreur de choix de type de question : les participants ne pouvaient choisir qu'une seule réponse. Il a donc simplement fallu changer le type de question pour permettre des choix multiples.

1.3.3. Analyse des résultats :

Le questionnaire a eu dix réponses de professionnels, sur une quarantaine sollicitée, utilisant la remédiation cognitive avec des patients atteints de schizophrénie. Les résultats graphiques du questionnaire sont visibles en Annexe 7.

Ces professionnels disent travailler soit en centre de réhabilitation psychosociale, soit en centre hospitalier.

Leur profession est majoritairement l'ergothérapie (5) et la neuropsychologie (3).

Le programme le plus utilisé semble être RECOS, avec 7/10 réponses, mais tous les professionnels disent utiliser d'autres programmes également.

Les prises en charge associées à la remédiation cognitive revenant souvent sont la psychoéducation (4/10) et les activités de groupe (5/10).

Concernant le nombre d'intervenants, la majorité des professionnels disent qu'un seul ou deux intervenants maximums animent le groupe de remédiation cognitive (6/10 pour les deux).

Tous les professionnels interrogés s'accordent pour dire que les groupes sont formés de huit patients maximums, 7/10 disent qu'ils ne sont formés que de six patients maximums.

La durée des séances varie entre les professionnels et les centres, mais elle est d'une heure à une heure et demi majoritairement (5/10 pour les deux durées).

Les groupes de remédiation cognitive ont lieu soit 1 fois par semaine (7/10), soit 2 fois par semaine (8/10), selon les réponses des professionnels interrogés.

Les objectifs visés par la remédiation cognitive tournent autour de l'autonomie et de la compensation des difficultés de la vie quotidienne (6/10), la restauration des fonctions cognitives (7/10) et la vie sociale. Quatre ergothérapeutes sur cinq interrogés déclarent viser des objectifs fonctionnels dans la vie quotidienne.

Le bilan ressortant comme le plus utilisé (7/10) est l'Echelle de Répercussion Fonctionnelle (ERF), les autres sont principalement des bilans neuropsychologiques.

Les effets constatés s'axent autour de l'amélioration des fonctions cognitives (4/10), de la mise en place de stratégies compensatoires pour leur autonomie (5/10) mais également autour de l'état psychologique (8/10) des patients ; l'estime de soi, la confiance, l'alliance thérapeutique[11]. Quatre professionnels du champ de la psychologie sur six déclarent retrouver des effets sur l'estime de soi et le moral de leurs patients.

1.3.4. Discussion des résultats :

Ces résultats ne sont pas représentatifs de la pratique en remédiation cognitive au vu de la taille de l'échantillon évalué. Cependant, un lien pertinent pour la pratique en ergothérapie peut être réalisé, sans pour autant l'affirmer comme valeur exacte.

Il ressort un lien entre la profession de l'intervenant, les objectifs visés et les résultats observés. Cette distinction ne ressortait pas dans la revue de littérature axée sur des objectifs spécifiquement cognitifs. En supplément des objectifs cognitifs, les ergothérapeutes disent viser des objectifs plus fonctionnels de la vie quotidienne tandis que les professionnels du champ de

[11] Alliance thérapeutique = « *pacte de soins basé sur la confiance* », « *alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie* » (27)

la psychologie disent viser des objectifs psychologiques, de l'ordre de la perception de soi. Chaque professionnel oriente son regard vers ce qui est propre à sa profession et à sa formation initiale.

La formulation des questions n'a pas permis de faire de lien entre les différents programmes, les objectifs visés et les effets constatés. Pourtant, il aurait été intéressant de questionner les professionnels afin de savoir si le choix du programme utilisé est dépendant ou non de l'objectif visé, comme l'indique la revue de littérature.

Le questionnaire de l'enquête exploratoire n'a pas pu définir si les objectifs visés en remédiation cognitive relevaient de la cognition froide ou de la cognition sociale.

1.4. Question initiale de recherche :

A la suite de l'analyse des résultats de l'enquête exploratoire, plusieurs questions restent en suspens quant à l'utilisation de la remédiation cognitive par des ergothérapeutes auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

Pourquoi utiliser ce moyen si particulier qu'est la remédiation cognitive pour viser des objectifs fonctionnels ? Est-ce le moyen le plus pertinent dans le cadre de la population ciblée ? Certains programmes possèdent des modules de transférabilité des acquis dans le quotidien. Est-ce que les ergothérapeutes visent également ces objectifs avec des programmes qui ne proposent pas ce type de modules en raison de leur spécificité dans la visée de l'indépendance et de l'autonomie ? Cela améliore-t-il la durabilité des effets des programmes de remédiation cognitive dans leur environnement ? Quel est l'impact de cet environnement dans leur pouvoir d'agir ? Est-ce que le travail dans l'environnement du patient permet d'optimiser le transfert des acquis de la remédiation cognitive ?

Tout ce questionnement amène à une question initiale de recherche :

En quoi être acteur en environnement écologique potentialise le transfert des acquis chez des personnes atteintes de schizophrénie ?

1.5. Cadre théorique :

Le cadre théorique est la partie théorique nécessaire à un dispositif de recherche. Il s'agit de dégager des concepts de la question initiale afin d'aller chercher des ressources théoriques pertinentes dans le but de créer la matrice théorique nécessaire pour la suite de la recherche.

Afin de situer précisément les notions abordées dans le cadre théorique, il est important d'indiquer de quel champ disciplinaire les concepts sont tirés afin d'en avoir un éclairage pertinent pour le sujet de recherche.

Le transfert des acquis est une notion en provenance du champ disciplinaire de la pédagogie. Ce champ est le plus pertinent dans le cadre de cette recherche au vu de la dimension omniprésente d'apprentissage dans la remédiation cognitive.

Dans le champ de la réhabilitation psychosociale, champ dans lequel s'inscrit ce travail de recherche, « être acteur » fait référence à la notion d' « empowerment ». Ceci va donc être le deuxième concept explicité dans ce cadre théorique.

En ergothérapie, l'environnement des patients est défini comme son environnement écologique. Ainsi, le milieu écologique va être le troisième concept abordé dans ce cadre théorique.

1.5.1. Transfert des acquis :

Le transfert des acquis est un concept qui est beaucoup étudié en pédagogie et en psychopédagogie. Il existe donc de nombreux ouvrages sur lesquels baser ce concept.

Frenay[12] a décomposé l'évolution de ce concept en quatre courants distincts (28).
Pendant le courant behavioriste, le transfert se caractérisait par la réinjection de savoirs dans de nouvelles situations similaires à une situation connue. Le transfert ne pouvait s'opérer que lors de la reconnaissance de caractéristiques communes entre la situation nouvelle et la situation connue.
Le courant cognitiviste ajoute une nouvelle notion à la reconnaissance de caractéristiques communes entre deux situations. Il s'agit de la « *reconnaissance des structures de connaissances* » (Frenay, 2011) (28) possédées par la personne. Le transfert s'opère lorsque la personne reconnaît des caractéristiques communes entre les deux situations mais également lorsqu'elle reconnaît quelles connaissances il lui a fallu rechercher en elle pour cette opération. Le cognitivisme amène la notion d'interprétation de l'action, antérieure et nécessaire au

[12] Mariane Frenay, titulaire d'un doctorat en psychopédagogie.

transfert. Cette interprétation se fait par « *l'analyse des composantes de la tâche […] mais aussi sur l'analyse du contexte dans lequel elle s'inscrit* » (Frenay, 2011) (28).

Le courant constructiviste voit le processus de transfert comme un « *mécanisme d'assimilation* » (Frenay, 2011) (28). Le sujet doit pouvoir faire appel à la mémoire et au tri des connaissances pour ne retirer que les connaissances pertinentes à la situation nouvelle.

Frenay parle enfin de l'approche contextuelle de la cognition qui pointe du doigt le contexte social, la « *médiation sociale* » (Frenay, 2011) (28) qui doit être pris en compte dans le transfert des acquis. Cette approche prend le parti de dire qu'il est nécessaire et pertinent de viser un contexte d'apprentissage au plus proche du contexte où le transfert sera réalisé ultérieurement par le sujet. Selon cette approche, un bon transfert dans une situation de remobilisation des connaissances nécessite que cette dernière ait des éléments similaires au contexte d'apprentissage.

Malgré les époques et les courants différents de la pédagogie, la plupart s'accordent pour dire que le transfert entre deux situations nécessite que celles-ci aient des propriétés communes et identifiables par les apprenants. La reconnaissance de ces propriétés communes permet d'accéder aux connaissances pertinentes qui permettent le transfert des acquis préalables.

Comme il existe différents courants, il existe plusieurs définitions du transfert des acquis selon les auteurs. Tous ne mettent pas en avant les mêmes caractéristiques.

Perrenoud[13] définit très succinctement le transfert comme étant « *la capacité pour un sujet de réinvestir ses acquis cognitifs dans de nouvelles situations* » (29). Cette définition rejoint l'approche behavioriste et sa vision du concept.

Frenay et Le Boterf[14] vont plus loin dans la définition et y ajoutent la notion de contexte. Le transfert est décrit par Frenay comme étant un processus de mise en relation et d'adaptation nécessaires à réaliser par le sujet (28). Ce processus demande au sujet des connaissances particulières, des habiletés cognitives et méta cognitives ainsi que des dispositions précises liées au contexte. Frenay insiste sur l'importance de l'interaction entre les systèmes physiques et sociaux qui se joue dans un processus de transfert des acquis.

Rey[15] (29) définit le transfert comme étant une compétence à acquérir. Il est rejoint par Perrenoud qui affirme que le transfert est une compétence à acquérir et non une connaissance. Le Boterf reprend un peu cette notion en parlant de potentiel de compétence et en le définissant

[13] Philippe Perrenoud, titulaire d'un doctorat en sociologie et en anthropologie, professeur ordinaire à l'Université de Genève, co-animateur du Laboratoire de Recherche sur l'Innovation en Formation et en Education.
[14] Guy Le Boterf, directeur de Le Boterf Conseil, titulaire d'un doctorat d'état en lettres et sciences humaines, titulaire d'un doctorat en sociologie, professeur à l'Université de Sherbrooke.
[15] Bernard Rey, professeur à l'Université libre de Bruxelles, directeur du Service des Sciences de l'Education.

comme résidant « *dans une capacité d'inférence susceptible de produire des informations nouvelles à partir de représentations existantes et en fonction d'un contexte particulier* » (29).

En pédagogie, il existe deux grands courants d'apprentissage. Ils se différencient par les modalités d'apprentissage, par les compétences à acquérir et par les domaines d'apprentissage visés. Il est nécessaire de connaître ces deux courants pour comprendre dans lequel le processus de transfert tel qu'il va être décrit ultérieurement se positionne.

Tardif[16] a défini ses deux courants comme : le courant concernant une stratégie générale et le courant concernant une stratégie relative à une connaissance particulière (30).

Le premier courant se base sur l'acquisition de compétences générales, applicables à toute situation et toute discipline. Ce courant a permis l'émergence de programmes sur l'apprentissage tels que la Programmation Neuro Linguistique (PNL). Dans le champ de la pédagogie actuelle, ce courant a perdu de son importance car plusieurs études ont montré qu'il ne permet pas le transfert des connaissances dans des contextes spécifiques. L'hypothèse de base était que des étudiants apprenant des compétences générales pourraient appliquer ces savoirs dans des contextes spécifiques. Mais ces études ont montré que ce transfert n'était majoritairement pas réalisé.

Le deuxième courant s'appuie sur des apprentissages concernant un domaine particulier. Celui-ci a donné naissance à des modèles pédagogiques comme l'enseignement stratégique, la pédagogie par projets, etc. Ce courant se retrouve dans l'enseignement général de l'éducation nationale.

Le processus de transfert tel qu'il est décrit dans la littérature par Tardif, Frenay et Meirieu[17] (30) se base sur le deuxième courant d'apprentissage ; la stratégie relative à une compétence particulière.

Ces trois auteurs définissent le processus comme une série de trois étapes ; la contextualisation d'un apprentissage dans une situation donnée, la recontextualisation de cet apprentissage dans une autre situation similaire puis la décontextualisation de l'apprentissage dans un contexte totalement différent. Tardif précise que pour motiver le sujet et pour rendre l'apprentissage signifiant pour lui, il est nécessaire de contextualiser l'apprentissage dans une situation qui parle au sujet apprenant, qui lui fait écho. Selon Tardif également, la recontextualisation passe par la recherche de nouveaux exemples similaires en justifiant leur pertinence. Il aborde ici la notion

[16] Jacques Tardif, professeur à l'Université de Sherbrooke, spécialiste de la pédagogie universitaire.
[17] Philippe Meirieu, chercheur spécialiste des sciences de l'éducation et de la pédagogie, homme politique français, professeur en sciences de l'éducation à l'Université Lumière-Lyon 2.

d'indicateurs de surface[18] qui caractérisent une situation. La dernière phase du processus de transfert est la décontextualisation ; il s'agit de trouver une situation similaire dans un autre contexte de réalisation. Tardif pointe ici les indicateurs de structure[19] caractérisant une situation. Frenay ajoute à l'explication de ce processus qu'il nécessite des compétences préalables particulières telles que la compréhension et la maîtrise d'une situation ainsi que la sélection et la mobilisation de ressources cognitives.
Meirieu (31) a repris le processus décrit par Tardif en un graphique explicatif (ANNEXE).

Cette approche théorique du transfert des acquis amène d'ores et déjà quelques questions. Comment potentialiser le transfert des acquis lorsque le sujet ne possède pas les capacités cognitives pré-requises ? Le transfert des acquis nécessite-t-il obligatoirement de se réaliser dans un contexte connu du sujet ? La contextualisation du processus de transfert peut-elle être favorisée dans l'environnement du sujet ?

1.5.2. « Empowerment » :

L' « empowerment » est un concept étudié dans de nombreux domaines et champs disciplinaires. Malgré le positionnement de ce travail d'initiation à la recherche dans le domaine de la réhabilitation psychosociale, il est important de retracer l'histoire de ce concept afin d'en comprendre toutes les spécificités. Deutsch[20] en a fait un récapitulatif dans un écrit (32).
Au fil des siècles, le terme a connu des interprétations complètement différentes ; au XVIIème siècle il désignait le processus de « *déléguer un pouvoir* » (Deutsch, 2015) (32), tandis qu'au XIXème siècle il désignait l'action de « *donner du pouvoir* » (Deutsch, 2015) (32). Ainsi, ces deux interprétations amènent des concepts différents. L'une porte le principe et l'image d'une personne délégant un pouvoir, tandis que l'autre montre une personne visant à acquérir elle-même du pouvoir.
L'utilisation du concept d' « empowerment » a également varié selon les décennies. Dans les années 1970 aux Etats-Unis, cette expression a été utilisée par le mouvement des femmes battues. Celui-ci désignait l' « empowerment » comme une démarche personnelle de prise de conscience et de pouvoir. Dans les années 1990, le concept a été repris par des institutions et des organisations concernant leur « *logique de gestion* » (Deutsch, 2015) (32).

[18] Indicateurs de surface = habillage, forme d'une situation.
[19] Indicateurs de structure = fond, caractéristiques invariantes d'une situation.
[20] Claude Deutsch, cofondateur de l'Association d'usagers en santé mentale Advocacy, ancien président de Santé mentale Europe, titulaire d'un doctorat en psychologie et en philosophie.

Ainsi, selon l'interprétation du concept par les auteurs, différentes définitions ont émergé au fil des décennies et des auteurs.

Wallerstein[21] (33) associe l' « empowerment » à une compétence personnelle d'un sujet alimentée par de la motivation à prendre part aux décisions de sa vie. Selon lui, l' « empowerment » nécessite des capacités personnelles du sujet telles que l'estime de soi, la confiance en soi, la prise d'initiative, la volonté de contrôler sa vie et celle d'agir sur son environnement. L'estime de soi est définie par James[22] comme la connaissance de la valeur de soi (34). Cette connaissance est propre, intime et personnelle. Ainsi, chaque sujet s'estime selon ses propres perceptions de sa valeur.

Tones[23] en 1993 (cité par Mackintosh[24] (35)), explique que l' « empowerment » d'une personne passe par de multiples facteurs comme son environnement, ses compétences, sa croyance en ses capacités et ses états affectifs.

En 2010, Ouellet[25] nous donne une définition complète et détaillée de l'appropriation du pouvoir ;

> « L'appropriation du pouvoir place la personne au centre des décisions qui la concernent. Elle est l'inverse du modèle médical paternaliste. […] Elle implique la notion de s'autodéterminer, de faire soi-même ses choix de vie. Pour choisir, la personne doit comprendre. Et pour bien comprendre, elle doit participer à la discussion en regardant elle aussi les alternatives. Choisir, participer, comprendre sont les 3 piliers de l'appropriation du pouvoir. […] La personne est experte de son propre cas. […] l'entraide c'est une forme et un moyen de l'appropriation du pouvoir. […] L'entraide redonne confiance parce qu'elle donne compétence à partir de ce que l'on a retenu pour vaincre les difficultés ou surmonter des échecs. […] C'est une transformation de l'expérience qui nous sort de la position de victime. », (32).

Ouellet place ici l' « empowerment » dans un nouveau paradigme[26] que celui du modèle médical traditionnel. Il place la personne au cœur des décisions qui la concernent.

Ceci se retrouve dans les paroles de Greacen[27] & Jouet[28] en 2012 (cité par Deutsch (32)) ; « *Rétablissement, inclusion sociale, « empowerment » : trois concepts qui forment la base d'un nouveau paradigme, un paradigme qui affirme la place de l'usager de la psychiatrie comme auteur de son projet de soins, de son projet de vie, un service où l'offre de services est conçue pour favoriser son autonomie, son « empowerment »* ».

---

[21] Immanuel Wallerstein, titulaire d'un doctorat en philosophie, professeur de sociologie à l'Université de Binghamton.
[22] William James, psychologue, philosophe, un des fondateurs de la philosophie analytique.
[23] Keith Tones, professeur et auteur.
[24] Nicola Mackintosh, professeur en sciences sociales appliquées en santé à l'Université de Leicester.
[25] Jean Nicolas Ouellet, membre de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale.
[26] « *Les paradigmes fournissent une loi, une théorie, une application et un dispositif expérimental, bref un modèle qui donne naissance à des traditions particulières et cohérentes de recherche scientifique.* » (36)
[27] Tim Greacen, docteur en psychologie, directeur du laboratoire de recherches du GHU Paris Psychiatrie.
[28] Emmanuelle Jouet, docteur en sciences de l'éducation.

Bacqué[29] et Biewener[30] (37) ont défini le concept d' « empowerment » selon différents modèles.

Le modèle radical désigne l' « empowerment » comme une reconnaissance des groupes permettant leur déstigmatisation. C'est en redonnant un pouvoir individuel aux groupes minoritaires qu'une justice s'installe.

Le modèle social-libéral décrit par Bacqué et Biewener parle de « capabilités » des individus. Dans cette vision, l' « empowerment » désigne une égalité de conditions socio-économiques et politiques pour tous, une autonomisation des personnes et un développement plus égalitaire de la société.

Le dernier modèle décrit par Bacqué et Biewener est le néo-libéral qui s'étend sur le domaine de l'économie en prônant l'idée que l' « empowerment » désigne « *l'insertion dans le monde du travail et de la consommation* » (Bacqué et Biewener, 2013) (37).

Cette différence de définition du concept d' « empowerment » en fonction des modèles décrits rejoint l'historique retracé par Deutsch (32).

Le processus d' « empowerment » d'une personne décrit par Deutsch passe par un changement interne et un changement externe.

Le changement externe est défini comme « *l' « empowerment » politique* » par Deutsch qui ajoute la notion d'émancipation au regard de la société. Dans ce changement externe, il intègre la notion de « *conditions environnementales* » nécessaires pour cette émancipation.

Le changement interne est défini comme « *l' « empowerment » psychologique* » par Deutsch qui parle ici d'une autonomisation du sujet par la mobilisation de ses propres ressources. Il entend par là que le sujet voulant entrer dans un processus d' « empowerment » doit au préalable identifier ses forces qui pourraient le conduire à devenir plus autonome.

L'autonomie est décrite par Miller[31] selon quatre angles : « *l'autonomie comme action libre* », « *l'autonomie comme authenticité* », « *l'autonomie comme délibération pratique* » et « *l'autonomie comme réflexion morale* » (38). Ces quatre angles définissent les aptitudes d'une personne autonome ; l'autodétermination d'un sujet, le respect de ses valeurs morales, la prise de décision après la recherche de toutes les éventualités et la réflexion sur ces décisions.

[29] Marie-Hélène Bacqué, sociologue et urbaniste, professeur à l'Université de Nanterre Paris-Ouest.
[30] Carole Biewener, professeur d'économie et d'études du genre à Simmons College.
[31] Bruce L. Miller, professeur de neurologie à l'Université de Californie à San Francisco, directeur du centre de mémoire et de vieillissement.

Ces définitions nous amènent à nous poser des questions sur la notion d' « empowerment » au regard du transfert des acquis décrit plus haut. La volonté d'un sujet à contrôler sa vie peut-elle améliorer ou favoriser la qualité du transfert des acquis ? L' « empowerment » psychologique d'un sujet peut-il augmenter ses capacités de transfert ?

1.5.3. Milieu écologique :

Le milieu écologique en ergothérapie et en sciences de l'occupation[32] désigne l'environnement d'une personne.

Guihard[33] parle d'évaluation écologique dans son écrit (39). Selon lui, « *les évaluations écologiques élargissent les champs d'investigation, certes à la personne, mais aussi à son entourage tout aussi bien humain que matériel* ».

Le terme d'écologie vient des termes grecs « *oikia* » qui signifie « maison » ou « bâtiment pour habiter » et « *oikos* » qui signifie « intérieur de la maison » ou « lieu d'habitation ».

En 1866, Haeckel[34] définit l'écologie comme « *une science qui étudie les rapports entre les organismes et le milieu où ils vivent* » (39).

Ainsi, Guihard parle alors d'évaluation écologique comme une évaluation qui se rapproche au plus près de ce que vit la personne au quotidien. Il parle alors « *d'environnement naturel* » (39) de la personne.

Dans le modèle des systèmes écologiques défini en ergothérapie (40), une personne est vue comme un système ouvert en interaction avec son environnement. Il vise à évaluer et distinguer les interactions entre une personne et ses environnements.

Ce modèle décline l'environnement d'une personne selon plusieurs couches :

- La 1ère serait l'espace de vie intérieure d'une personne, ses pensées, sa cognition, ses caractéristiques personnelles.
- La 2ème serait un espace dédié aux réseaux sociaux, à la vie sociale des personnes.
- La 3ème serait plutôt la société, la culture dans laquelle la personne vit au quotidien.

Les ergothérapeutes cherchent à étudier les interactions entre ces différentes couches d'environnement d'une personne et à étudier les effets de ces interactions car il s'agit de ce qui « *influence le développement et le comportement humain* » (Howe & Briggs[35]) (40).

[32] Science de l'occupation = science fondamentale, née dans les années 1980, dont les résultats visent à améliorer la compréhension et à apprécier la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal (44).
[33] Jean-Philippe Guihard, ergothérapeute, cadre supérieur de santé, directeur d'un centre de soins de suites et de réadaptation spécialisé en addictologie.
[34] Ernst Haeckel, biologiste, philosophe, libre penseur, médecin, professeur en anatomie.
[35] Margot Howe et Anne Briggs, ergothérapeutes, professeurs à l'Université de Boston.

Marie Chantal Morel Bracq[36] les rejoint sur ce point dans son livre (référence modèles) : « *l'environnement est source d'opportunités, de ressources, d'exigences et de contraintes qui peuvent avoir un impact important sur la personne et sur ses activités.* » (Morel Bracq, 2009) (41).

Finalement, l'environnement écologique défini en ergothérapie rejoint l'environnement décrit dans le concept d' « empowerment » ; les conditions environnementales propres au sujet, nécessaires à son émancipation et à sa prise de pouvoir autonome.

Ce dernier concept relié aux deux autres pose d'autres questions.

La connaissance de l'environnement écologique d'un sujet peut-il favoriser le processus d' « empowerment » ? Les interactions entre un sujet et son environnement influencent-elles la capacité de transfert du sujet ? Le contexte nécessaire explicité dans le transfert des acquis peut-il être l'environnement écologique du sujet ?

1.5.4. Problématisation théorique :

Le transfert des acquis est un processus passant par la contextualisation d'une situation d'apprentissage dans un environnement connu du sujet apprenant. Peut-on associer cette contextualisation au milieu écologique du sujet décrit en ergothérapie ?

L' « empowerment » est le processus visant le développement du pouvoir d'agir d'un sujet passant par sa volonté à vouloir contrôler sa vie, son environnement, les choix qui lui appartiennent ; à devenir plus autonome. Cet « empowerment » peut-il avoir un effet bénéfique sur la capacité du sujet à transférer ses acquis ? L'environnement explicité en réhabilitation psychosociale peut-il rejoindre l'environnement écologique du sujet ?

Comment prendre en compte l'interaction entre le sujet et les différentes couches d'environnement qui l'entourent pour favoriser le transfert des acquis ? Ce transfert des acquis le rendrait-il plus autonome ? Améliorerait-il son « empowerment » ?

1.5.5. Matrice théorique :

La matrice théorique est un tableau récapitulatif des concepts développés précédemment. Elle vise à identifier les variables de chaque concept ainsi que leurs indicateurs visibles et mesurables. Ce tableau est visible en Annexe 8.

[36] Marie Chantal Morel Bracq, ergothérapeute, titulaire d'un master en sciences de l'éducation.

1.6. Question et objet de recherche :

Question de recherche :

Comment l'ergothérapeute peut associer le transfert des acquis de la remédiation cognitive et l' « empowerment » des personnes atteintes de schizophrénie ?

Objet de recherche :

L'étude du rapport que font les ergothérapeutes entre le transfert des acquis de la remédiation cognitive et l' « empowerment » des personnes atteintes de schizophrénie.

2. MATERIEL ET METHODE :

L'objet de recherche énoncé plus haut amène à une méthode de recherche suivant une approche qualitative. Ce type de recherche est pertinent dans le recueil de données de contenu. Il est utilisé pour essayer d'expliquer un phénomène sur lequel il n'y a pas de connaissances théoriques suffisantes (42).

2.1. Choix de la méthode de recherche :

Dans ce travail d'initiation à la recherche, le choix s'est porté sur la méthode clinique. La méthode clinique explore le contenu étudié par l'objet de recherche pour en produire de nouveaux savoirs (42). Elle trouve sa pertinence dans des domaines où la connaissance et le savoir ne sont pas suffisants pour tirer des conclusions avérées sur un phénomène. Vial[37] décrit le but d'une méthode clinique comme un débordement de « l'attendu des critères ». Eymard[38] et Vial s'accordent pour dire que c'est une méthode qui invite à la réflexion du sujet interrogé et du chercheur afin qu'en ressortent des éléments non attendus qui pourraient alimenter le phénomène étudié (43).

Une autre méthode aurait également pu être utilisée : la méthode expérimentale. Cette méthode n'a pas été retenue dans ce travail car il s'agit d'une méthode nécessitant la mise en place d'une procédure applicable à des patients. Son but est de vérifier un postulat émit au préalable. Le temps nécessaire et indispensable à la mise en place d'un dispositif d'une méthode

[37] Michel Vial, titulaire d'une licence et d'une maîtrise de lettres modernes, titulaire d'une licence, d'une maîtrise, d'un DEA et d'une thèse en habilitation à diriger des recherches en sciences de l'éducation, formateur d'enseignants à la MAFPEN,

[38] Chantal Eymard-Simonian, auteur de thèses, directrice de thèses, rapporteur de thèses.

expérimentale est bien trop long et ne rentrait pas en accord avec le temps imparti avant le rendu de ce travail d'initiation à la recherche.

2.2. Choix de la population cible :

Afin d'identifier la population cible de la recherche, il est nécessaire d'en définir les critères d'inclusion et d'exclusion. Ces critères sont élaborés en fonction de la question de recherche établie précédemment.

Critères d'inclusion :

- Les personnes interrogées doivent avoir le diplôme d'état d'ergothérapeute.
- Les personnes interrogées doivent avoir utilisé la remédiation cognitive avec des personnes souffrant de schizophrénie.
- Les personnes interrogées doivent avoir travaillé sur le transfert des acquis de la remédiation cognitive en milieu écologique des patients.
- Les personnes interrogées doivent avoir des notions d' « empowerment » et doivent tenter de le viser dans leur prise en charge.

Critères d'exclusion :

- Les personnes interrogées ne doivent pas être d'une autre profession que l'ergothérapie.

Il est nécessaire d'affiner la recherche de la population cible grâce à un questionnaire triant les candidats potentiels à la recherche.

En voici la matrice de questionnement qui relie chaque question posée à son objectif :

Question	Objectif
Profession ?	Cibler les ergothérapeutes
Patients ?	Cibler la schizophrénie
Remédiation cognitive ?	Cibler la pratique
Mises en situation écologiques ?	Cibler la spécificité
Notions de pouvoir d'agir ?	Cibler l'approche
Accord pour l'entretien ?	Cibler les candidats pour la recherche

Ce questionnaire (visible en Annexe 9) a été envoyé sur des groupes d'un réseau social afin d'avoir une longue portée sans la difficulté de la distance géographique.

2.3. Outil de recueil de données :

Un outil de recueil de données doit être choisi pour mener la recherche. Dans cette partie vont être expliqués les raisons du choix de l'outil de recueil de données, ses biais ainsi que sa mise en forme et ses modalités de passation. Une phase de test va enfin être décrite afin d'améliorer l'outil et le rendre pertinent.

2.3.1. Choix de l'outil de recueil de données :

L'entretien est indiqué comme l'outil de recueil de données le plus pertinent dans le cadre d'une recherche par une méthode clinique (42).

Il permet de recueillir la particularité de chaque sujet, son expérience personnelle et professionnelle. De par sa nature même, l'entretien ouvre la voie vers la spontanéité de la personne interrogée. Il s'agit d'instaurer un cadre contenant qui lui permettra d'exprimer en toute liberté ses ressentis et son point de vue sur des sujets qui peuvent être délicats. La caractéristique d'outil direct de l'entretien permet également de reformuler une question mal comprise par la personne interrogée.

Cependant, l'entretien comporte quelques inconvénients dans sa mise en pratique. La technique requise pour mener au mieux un entretien nécessite un long apprentissage. Il faut, entre autres, connaître les différents moyens de relance auprès des enquêtés et travailler la réactivité du chercheur pour pouvoir rebondir aux réponses de l'interrogé. L'entretien est un outil de recueil de données qui prend du temps à réaliser et à retranscrire. Ceci peut être un inconvénient en fonction du temps restant avant la date limite de rendu du travail de recherche.

Il existe trois types d'entretien : l'entretien dirigé, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif (42). L'entretien réalisé dans cette méthode de recherche est un entretien semi-directif. Ce choix a été réalisé pour alléger la question inaugurale et pour s'assurer que, pendant l'entretien, tous les thèmes de l'objet de recherche seront abordés. L'entretien semi-directif comporte une question inaugurale qui doit lancer le sujet de recherche et des questions de relance qui permettent d'aiguiller l'entretien vers les thèmes que le chercheur souhaite aborder. Ce mode d'entretien permet de laisser l'interrogé aborder les thèmes qu'il souhaite : notamment des sujets non envisagés au préalable par le chercheur.

Au vu de la localisation géographique des enquêtés et du coût nécessaire pour se déplacer, les entretiens se feront par voie téléphonique.

Cette méthode présente des avantages en termes de délai nécessaire pour réaliser l'entretien car il n'y a pas de temps de trajet à prévoir. Elle présente également un avantage financier car il

n'y a pas de frais de transport. La voie téléphonique permet la flexibilité de l'entretien ; elle permet de s'adapter à l'emploi du temps des personnes interrogées.

Cependant cette méthode présente également des inconvénients. La voie téléphonique n'est pas la plus pertinente lorsqu'il s'agit d'instaurer un climat de confiance entre le chercheur et l'enquêté. Elle crée une distance qui peut nuire à la qualité de l'échange. Il y a également une variable que le chercheur ne peut pas contrôler : les perturbations possibles que l'enquêté peut subir dans son environnement.

Les modalités de passation seront les suivantes : le chercheur s'installera dans un endroit calme pour être complètement disponible pour l'entretien, il demandera à l'enquêté de faire de même dans les limites de ce qui lui est possible et tous deux bloqueront à minima une heure pour le déroulement de l'entretien.

Il est nécessaire d'enregistrer l'entretien afin de pouvoir le retranscrire par la suite. Il existe plusieurs logiciels et applications d'enregistrement d'entretien. Le choix a été fait ici d'une application de téléphone qui permet d'enregistrer directement sur le téléphone qui reçoit l'appel. Cet enregistrement ne peut se faire sans l'accord de la personne interrogée. Ainsi, il est indispensable d'informer le professionnel, dès le début de l'entretien, que la conversation est enregistrée et de lui demander son consentement quant à la retranscription de l'entretien. Il est également important de préciser que la retranscription est faite anonymement.

2.3.2. Biais de l'outil de recueil de données :

L'entretien comporte plusieurs biais en tant qu'outil de recueil de données.

Tout d'abord il comporte un biais de sélection. Le temps imparti dans cette initiation à la recherche ne permet pas de réaliser de nombreux entretiens. Ainsi, la population interrogée peut ne pas être représentative de la population cible. Afin d'atténuer ce biais il est intéressant de s'assurer de la validation des personnes interrogées à propos des critères d'inclusion de la population cible.

Il comporte ensuite des biais méthodologiques. Les conditions matérielles et environnementales dans lequel l'entretien va se dérouler peuvent constituer un biais méthodologique. Le chercheur peut être amené à réaliser les entretiens par voie téléphonique et se retrouver à subir des perturbations environnementales potentielles chez la personne interrogée. Le langage utilisé par le chercheur peut également constituer un biais méthodologique. Afin de l'atténuer, il est nécessaire que le chercheur s'imprègne de la théorie et des mot pertinents dans le domaine de sa recherche.

Puis, l'entretien comporte un biais de subjectivité. Il est aisé de suggérer ou d'interpréter lors d'une conversation spontanée. Afin d'atténuer ce biais il est pertinent de réaliser un guide d'entretien et un cadre d'écoute avec objectivité. Ces outils vont servir à faire du lien entre la théorie et le discours des personnes interrogées.

L'entretien comporte également un biais cognitif qui se traduit par une question induisant une certaine réponse préétablie de la part des personnes interrogées. Cette réponse peut être induite par sa confrontation avec une réponse inacceptable socialement parlant.

Enfin, il peut comporter un biais affectif. La recherche est un travail de longue durée dans lequel le chercheur s'est investi. La distanciation avec ce travail est indispensable pour ne pas être « bousculé » lors de l'entretien et avoir des réactions d'ordre émotionnelles qui pourraient perturber le déroulement de l'entretien et la qualité des données récoltées.

2.3.3. Cadre d'écoute :

Le cadre d'écoute est un outil qui va servir de grille d'écoute pour le chercheur afin d'imaginer les « *profils plausibles* » (42) de personnes interrogées. Ainsi, lors de l'entretien, le chercheur visualise très rapidement, en fonction du discours qui lui est tenu, dans quel type de profil la personne interrogée se trouve par rapport à la théorie.

Phases du transfert	**Comportements attendus des patients selon l'ergothérapeute enquêté**	**Composantes de l' « empowerment »**
Contextualisation	Les patients se connaissent et ont confiance en eux. Les patients ont accès à leurs mémoires.	Estime de soi
Recontextualisation	Les patients veulent agir sur leur environnement. Les patients prennent des initiatives. Les patients trouvent des situations pertinentes de leur vécu.	Volonté d'agir
Décontextualisation	Les patients réfléchissent à leurs décisions. Les patients trient les différentes possibilités et choisissent la plus pertinente.	Autonomisation

2.3.4. Guide d'entretien :

Le guide d'entretien constitue la partie stable des différents entretiens de la recherche. Il comporte la contextualisation nécessaire pour que les personnes interrogées comprennent dans quel contexte l'entretien est réalisé, ainsi que la question inaugurale qui ne changera pas entre les différents entretiens. Les questions de relance sont établies en cas de nécessité si les personnes interrogées sortent du sujet de la question inaugurale ou si tous les aspects de l'objet de recherche n'ont pas été abordés.

Contextualisation :

Bonjour, je réalise mon mémoire sur la réhabilitation psychosociale auprès des personnes atteintes de schizophrénie. Je m'intéresse plus particulièrement sur l'utilisation de la remédiation cognitive par l'ergothérapeute dans un processus de transfert des acquis en environnement écologique. Dans ce cadre je m'intéresse à votre vécu et à votre expérience sur le sujet. Consentez-vous à ce que cet entretien soit enregistré et retranscrit à l'écrit ? Cette retranscription sera réalisée anonymement.

Question inaugurale :

Que pensez-vous de l' « empowerment » dans le processus du transfert des acquis ?

Questions de relance :

Comment envisagez-vous l'environnement du patient durant le processus de transfert des acquis ? Comment incluez-vous le quotidien dans le processus de transfert des acquis ? Comment alliez-vous perte d'autonomie et remédiation cognitive ? Que pensez-vous de l' « empowerment » en environnement écologique ? Comment alliez-vous transfert des acquis et environnement écologique des patients ?

2.4. Outil d'analyse des résultats :

L'analyse de contenu des résultats va se faire manuellement selon tout d'abord une analyse descriptive, puis selon une méthode d'analyse textuelle. Cette analyse textuelle passera par l'approche thématique puis par l'approche cognitive (42).

L'analyse descriptive est constituée par la présentation des personnes interrogées dans le cadre de la recherche. Cette présentation expose certaines caractéristiques des professionnels comme le genre, l'année de l'obtention du diplôme, la structure dans laquelle ils travaillent ainsi que le nombre d'années d'expérience qu'ils ont dans le domaine interrogé par la recherche.

La première phase de l'approche thématique, la décontextualisation, permet de dégager des thèmes des différents termes utilisés par l'enquêté, non pas selon leurs caractéristiques linguistiques mais selon leur proximité psychologique. Les thèmes sont amenés par la personne interrogée. Il se peut qu'ils rejoignent les thèmes du cadre conceptuel réalisé précédemment mais cela constituerait un biais de chercher précisément à « faire coller » les propos tenus par l'interrogé dans les thèmes que le chercheur a au préalable établi. Afin de rechercher la singularité de la personne interrogée et de pouvoir accueillir des éléments nouveaux pour le chercheur, il est indispensable de se détacher des termes explicités dans la matrice théorique. Cela ne pourra qu'élargir la vision du chercheur sur le phénomène étudié.

Lorsque tous les thèmes sont définis et étayés d'exemples, la deuxième phase de l'approche thématique commence : la recontextualisation. Elle s'attache à faire fusionner ces différents thèmes grâce aux connaissances établies par la matrice théorique et le cadre d'écoute. Il s'agira de noter les liens établis par la personne interrogée, les analyser et tenter de les expliciter.

Une analyse par approche cognitive sera ensuite réalisée pour cartographier et rendre visibles les différentes interactions existantes entre les thèmes établis. L'approche cognitive prend la forme d'une carte cognitive détaillant les thèmes ressortant du discours, leur importance et les relations qui les relient. Cela permet de faciliter la lecture de l'analyse des données textuelles réalisée par le chercheur.

2.5. Test de l'outil :

Un entretien test est indispensable pour permettre la validation de l'entretien envisagé par le chercheur et son amélioration. Il permet de tester entre autres : la prise de contact avec les personnes interrogées, la durée de l'entretien, la capacité du chercheur à inciter l'interviewer à se livrer, la compréhension des questions, etc. Le résultat de ce test va servir à améliorer les différents paramètres de l'entretien envisagé et ainsi lancer la recherche d'une manière plus pertinente et réfléchie. Les résultats de l'entretien test ne peuvent pas être utilisés dans les résultats de la recherche.

L'entretien test réalisé dans ce but dans le cadre de cette recherche n'a révélé aucun problème de compréhension des termes des questions car le seul terme complexe est explicité au préalable. La personne interrogée pour ce test a déclaré ne s'être sentie ni choquée, ni bousculée, ni agressée par le contenu de l'entretien ni par la manière dont les questions ont été posées.

L'entretien n'a donc reçu aucune modification entre la phase de test et le lancer de la recherche.

3. RESULTATS :

La recherche de candidats pour un entretien n'a pas totalement abouti ; un seul entretien peut être analysé pour les résultats de la recherche. La retranscription complète de ce premier entretien avec Mme J[39] est visible en Annexe 10.

3.1. Analyse descriptive :

L'analyse descriptive va s'attacher à présenter la personne interrogée dans le cadre de la recherche : Mme J.

Mme J est une ergothérapeute diplômée de l'année 2018. Elle travaille depuis six mois dans le pôle de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive au sein d'un hôpital psychiatrique. C'est sa première expérience professionnelle dans le champ de la psychiatrie. Elle est employée à temps partiel dans cette structure, sur une création de poste ; l'ergothérapie n'était pas présente dans la structure avant son arrivée.

3.2. Analyse textuelle :

L'analyse textuelle passe par l'approche thématique dans un premier temps puis par l'approche cognitive dans un second temps. L'approche thématique va servir à organiser les idées survenues pendant l'entretien. L'approche cognitive va servir à présenter les résultats.

3.2.1. Approche thématique :

L'approche thématique, comme définie précédemment, possède deux étapes : la décontextualisation et la recontextualisation.

Décontextualisation :

La décontextualisation se définit par la présentation des idées globales du discours et par la mise en évidence des différents thèmes qui se dégagent dans les propos de la personne interrogée. Cette étape peut amener des biais d'interprétation :

- La catégorisation des propos selon des thèmes globaux touchant à la subjectivité du chercheur
- La nomination des thèmes s'inspirant de l'expérience et de la vision des choses du chercheur

[39] Mme J, ergothérapeute dans le pôle de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive d'un hôpital psychiatrique.

- La dispersion des différents propos dans les différentes catégories provenant des liens que le chercheur établit

Ainsi, l'objectivité de l'analyse des résultats peut être compromise. Afin d'éviter ce biais, il est important d'avoir un regard extérieur qui permettrait d'amener l'objectivité dont le chercheur peut manquer. Dans le cadre de ce travail, un œil externe à la recherche a apporté l'objectivité nécessaire pour réaliser une catégorisation pertinente des propos tenus par la personne interrogée.

Six thèmes, ou idées, se sont démarqués dans le discours de la personne interrogée. La liste de ces thèmes et des exemples discursifs qui s'y relient est visible en Annexe 11.

Le premier thème qui ressort est celui sur l'importance accordée par l'ergothérapeute interrogée sur l' « empowerment ». Des termes forts comme « *primordial* » (l.3) ou « *premier objectif* » (l.9) annoncent le positionnement de l'ergothérapeute quant à cette approche.

De ce premier thème en découle un deuxième : celui de la posture professionnelle de l'ergothérapeute interrogée. Celle-ci parle d'accompagnement (l.13) ; c'est une technique d'aide particulière qui pousse les patients à devenir plus autonomes et indépendants. Dans cette posture professionnelle entrent également en compte les propos tenus sur « *les activités qui sont signifiantes* » (l.30) et sur la « *satisfaction de participation* » (l.58). Ces termes proviennent des sciences de l'occupation et font pointer le regard de l'ergothérapeute vers des objectifs et des caractéristiques bien spécifiques.

Le troisième thème évoqué par la personne interrogée est celui de l' « empowerment », comme décrit dans le cadre théorique précédemment. Des termes phares comme « *engagement* » (l.4) ou « *soit actrice* » (l.5) ressortent dans le discours lorsque la personne est interrogée sur ce sujet. Elle y ajoute des notions comme « *estime d'elle-même* » (l.10) et « *se sent capable de* » (l.11) qui rejoignent le concept étudié et la matrice théorique établie. La personne interrogée a également insisté sur le fait que la volonté d'un patient est indispensable au concept d' « empowerment », elle dit qu'il faut « *que la personne ait cette envie de modifier quelque chose* » (l.64).

Un autre thème émergeant de l'analyse du discours est celui du transfert des acquis, comme celui explicité dans le cadre théorique. La personne interrogée en donne même une définition en parlant du « *lien entre leur quotidien et les stratégies qu'ils acquièrent* » (l.48-49). Elle explique viser ce transfert des acquis par la « *généralisation dans le quotidien* » (l.43-

44), ou par la « *mise en situation* » (l.122), ou bien encore en invitant les patients à « *essayer des choses chez eux* » (l.126-127).

Le thème qui ressort avec la plus grande occurrence[40] est celui de l'environnement. La personne interrogée parle tout d'abord d'une « *vie quotidienne* » (l.12), d'un « *environnement humain* » (l.83) puis d'un environnement « *matériel* » (l.87) et enfin d'un environnement social en parlant du « *retour à l'extérieur, en société* » (l.85).

Dans la vie quotidienne des patients elle englobe les « *ressources* » (l.6), les « *problèmes concrets* » (l.21), les « *difficultés concrètes* » (l.22), le « *retentissement* » de la maladie (l.12) et les « *demandes concrètes* » (l.73).

Dans l'environnement matériel l'ergothérapeute inclue les « *tests de l'errance multiple à domicile* » (l.29), la possibilité d'un « *aménagement spécifique du domicile* » (l.91) ou le fait de « *réorganiser l'environnement* » (l.92). Il y a là cette notion d'habitat qui est fortement présente mais également l'environnement externe en parlant d' « *aller sur l'extérieur* » (l.124).

Elle inclue enfin l'environnement social en soulignant le fait que la schizophrénie est « *caractérisée par un trouble du lien social* » (l.132-133).

Le dernier thème qui se dégage de l'analyse thématique est celui des domaines cognitifs. L'ergothérapeute a, tout au long de l'entretien, cité des fonctions cognitives pouvant être la cible des troubles dans la maladie de la schizophrénie comme la « *planification* » (l.24), la « *gestion du budget* » (l.26), les « *fonctions exécutives* » (l.30) ou encore les *« habiletés sociales* » (l.41).

Recontextualisation :

La deuxième étape de l'analyse thématique de données textuelles concerne la recontextualisation. Elle consiste à mettre en tension les différents thèmes établis dans l'étape précédente, à en définir les liens existants entre eux, à les faire fusionner.

L'ergothérapeute a mis en tension plusieurs thèmes pendant l'entretien en faisant des liens subjectifs qu'elle avait perçus dans sa pratique. Elle en a fait notamment entre les troubles cognitifs et l' « empowerment », entre l'environnement et le transfert des acquis, entre l'environnement et l' « empowerment », entre l' « empowerment » et le transfert des acquis ainsi qu'entre l'environnement et les troubles cognitifs.

[40] Occurrence = événement, circonstance qui se présente fortuitement (45).

Selon l'ergothérapeute, les troubles cognitifs altèrent l' « empowerment » d'un patient : sa capacité à agir, son autonomisation et son estime de lui-même. Elle dit s'attarder sur cet aspect-là : « *je m'intéresse beaucoup à leur satisfaction de participation à la vie quotidienne et au retentissement subjectifs qu'ils ont de la maladie* » (l.58-59). Elle explique par la suite que les troubles cognitifs peuvent laisser la personne dans le déni : « *il y a des grandes difficultés et que même si la personne n'en a pas conscience ou qu'elle ne l'identifie pas comme un problème* » (l.61-62).

L'ergothérapeute explique pendant l'entretien que son intervention dans la structure cible particulièrement « *le transfert des acquis et la généralisation dans le quotidien* » (l.43-44). Elle rejoint ici la deuxième étape du processus du transfert des acquis, explicitée dans le cadre théorique, qui se nomme la recontextualisation. Cette étape consiste à faire du « *lien entre leur quotidien et les stratégies qu'ils acquièrent* » (l.48-49). L'étape n'est pas nommée concrètement par l'ergothérapeute mais les propos tenus rejoignent l'idée de cette deuxième étape du processus. L'ergothérapeute dit se « *baser sur des problèmes concrets qu'ils rencontrent* » (l.21) dans le but que les patients « *puissent faire ce transfert des acquis* » (l.22-23). L'ergothérapeute fait le lien à plusieurs reprises pendant son discours entre le transfert des acquis et l'environnement propre aux patients. Lorsqu'elle parle des mises en situation réalisées dans le cadre de la prise en charge, elle dit se baser sur « *des problèmes concrets de leur vie quotidienne* » (l.118-119) pour imaginer les mises en situation. Elle ne travaille pas uniquement le transfert des acquis dans la structure mais également « *sur l'extérieur* » (l.119) ou bien « *chez eux* » (l.125). Elle amène ici la notion d'environnement écologique décrite dans le cadre théorique plus tôt. L'ergothérapeute dit mettre en place un « *environnement graduel* » (l.120) en partant d'un environnement « *hypo stimulant* » (l.121) et en augmentant petit à petit les stimuli jusqu'à mettre en place des activités dans l'environnement écologique des patients.

Ensuite, l'ergothérapeute fait le lien entre l'environnement des patients et leur « empowerment ». Elle parle ici de deux des différents environnements qu'elle a évoqué lors de l'entretien : l'environnement matériel et l'environnement social.

En ce qui concerne l'environnement social, elle parle de « *stigmatisation* » (l.83) et de « *méconnaissance du grand public* » (l.86). Elle installe ici la notion de « *peur* » (l.86) de la société envers les personnes possédant une schizophrénie, une mise à l'écart de ces personnes provenant de la méconnaissance de la maladie par la société. Elle dit essayer de « *limiter* » (l.85) cette peur et cette stigmatisation en travaillant sur l' « empowerment » des personnes atteintes de schizophrénie.

L'ergothérapeute dit voir beaucoup de patients qui « *s'auto stigmatisent* » (l.81) et qui « *augmentent encore plus leurs difficultés d' « empowerment »* » (l.81-82). Ainsi, elle fait le lien entre la perception des patients qu'ils ont d'eux-mêmes et leur capacité à agir. Elle note une corrélation négative et essaie alors d'amener les patients à « *faire un travail d'estime de soi, d' « empowermen »t, et de limiter un petit peu cette auto stigmatisation* » (l.84-85). Elle lie également cette notion à l'environnement social en hypothétisant un effet positif : elle suppose que « *ça peut faciliter le retour à l'extérieur, en société* » (l.85).

Concernant l'environnement matériel, l'ergothérapeute dit agir sur l'organisation du domicile d'une personne et sur son fonctionnement au quotidien pour qu'elle ait « *cet élan qui lui permette d'aller faire les activités qui sont signifiantes pour elle et qui lui permettent d'être satisfaite pleinement* » (l.105-106). Elle émet l'hypothèse qu'en organisant le domicile des patients et en leur faisant trouver des compensations à leurs difficultés, ils pourront s'engager davantage dans leurs activités signifiantes. Elle explique avoir observé que les patients « *se dévoilent de plus en plus* » (l.123) au fur et à mesure que l'environnement devient de plus en plus concret et proche de leur réalité quotidienne.

Un autre lien réalisé par l'ergothérapeute selon son expérience concerne les effets de l' « empowerment » et des ressources d'une personne sur sa capacité de transfert des acquis.

L'ergothérapeute identifie clairement un renforcement positif du transfert des acquis par l'augmentation de l' « empowerment » chez un patient. Elle explique qu'il faut que « *la personne soit actrice de sa prise en charge et qu'elle prenne conscience qu'elle a des capacités et des ressources et qu'elle peut justement faciliter le transfert des acquis* » (l.5-6). Elle rejoint ici la notion d'estime de soi notée dans le cadre théorique et en fait le lien avec le processus de transfert des acquis. On retrouve également l'importance de la notion d'autonomisation dans le discours de l'ergothérapeute lorsqu'elle explique que « *l'idée c'est vraiment que ce soit elle qui vienne se saisir des informations qui peuvent l'aider et qu'elle les transfère elle-même* » (l.7-8). Elle implante ici le fait que l'autonomisation des patients augmente leur capacité de transfert. Ce lien se retrouve à plusieurs reprises dans le discours de l'ergothérapeute. Elle dit viser à « *renforcer un petit peu cet « empowerment » de la personne en l'accompagnant à ce qu'elle puisse utiliser le mieux possible les stratégies qu'elle aura acquises* » (l.13-14). Enfin, elle parle d'une dernière caractéristique de l' « empowerment » : la motivation. Elle l'intègre en l'ajoutant comme notion essentielle et facilitatrice du transfert des acquis. Elle explique que « *pour faciliter le transfert des acquis il faut que la personne elle ait cette envie de modifier quelque chose* » (l.63-64).

Le dernier lien réalisé par la personne interrogée concerne la répercussion des troubles liés à la maladie des patients sur leur environnement.

L'ergothérapeute dit se concentrer sur l'évaluation de l'atteinte des « *fonctions exécutives et le retentissement dans les activités qui sont signifiantes* » (l.30). Ainsi, elle ne cherche pas seulement à voir les troubles causés par la maladie mais plus concrètement leurs conséquences sur le quotidien des patients. Elle explique que, bien souvent, les patients ont des « *demandes concrètes qui sont en lien avec le quotidien* » (l.73-74) et que c'est de cette manière-là qu'elle relie les troubles aux difficultés du quotidien. Plus concrètement, afin de déceler des « *difficultés de planification ou d'organisation* » (l.24-25) ; elle pose la question : « *comment ça se passe au niveau de la gestion du budget* » (l.25-26). Soit elle part des plaintes des patients pour identifier la nature des troubles, soit elle se sert des troubles existants pour voir leur retentissement sur la vie des patients.

Elle dit agir également sur les relations dans l'environnement social en travaillant sur « *des techniques de communication* » (l.131). L'ergothérapeute cherche donc les difficultés vécues subjectivement par les patients liées à la maladie et chercher à y remédier.

3.2.2. Approche cognitive :

La présentation des résultats va se faire, comme énoncé précédemment, par le biais d'une carte cognitive. Celle-ci est visible en Annexe 12.

Sur la carte sont exposés les thèmes émergeant de l'analyse textuelle de l'entretien, les sous thèmes qui constituent les caractéristiques des idées principales ainsi que les liens établis par la personne interrogée entre les différents thèmes. Les liens sont explicités dans la légende et ont été créés par l'analyse du discours de la personne, notamment par l'analyse des verbes utilisés pour relier deux thèmes généraux.

4. DISCUSSION :

La discussion des résultats permet la remise en question du chercheur concernant la méthode utilisée, l'analyse critique des choix réalisés et des limites de la recherche établie, l'analyse de l'apport de la recherche dans la pratique professionnelle ainsi que l'ouverture sur des perspectives de recherches supplémentaires venant compléter celle-ci.

4.1. Discussion des résultats :

Tout d'abord, les résultats proviennent de l'angle d'approche utilisé par le chercheur. Il dépend de la méthode employée pour analyser le discours. Ensuite, les résultats donnés dans la partie précédente ne peuvent pas être généralisables à la pratique en ergothérapie du fait qu'ils se basent sur l'expérience d'une seule personne.

L'approche choisie concernant l'analyse des résultats a montré sa pertinence mais il existe plusieurs autres approches utilisables en analyse textuelle, comme l'approche linguistique ou l'approche lexicale par exemples. Certaines d'entre-elles auraient probablement été pertinentes dans le cas de l'analyse de cet entretien. Cependant, par manque de temps et de connaissances suffisantes sur les différentes approches existantes, j'ai dû me limiter aux approches que je connaissais suffisamment pour en apprécier la pertinence. Ceci constitue un biais méthodologique qui vient du manque de connaissances des différentes approches d'analyse textuelle.

L'analyse textuelle s'est faite manuellement dans cette initiation à la recherche par manque de connaissances des logiciels existants. Les logiciels permettent une analyse complète et approfondie de chaque occurrence de mots ou de regroupement de termes dans un même thème. Une analyse réalisée avec un logiciel spécialisé aurait pu mettre en évidence des liens non élaborés manuellement. Cette méthode manuelle constitue un biais méthodologique.

Les résultats proviennent du discours d'expériences d'une ergothérapeute tout juste diplômée et qui ne possède pas une longue expérience dans le domaine de la réhabilitation psychosociale auprès de patients atteints de schizophrénie. Ainsi, le retour d'expériences subjectives et redondantes peut difficilement se faire. La courte expérience du professionnel interrogé peut limiter l'émergence de phénomènes inattendus, récurrents et non expliqués par les études.

4.2. Critique du dispositif de recherche :

La méthode utilisée dans cette initiation à la recherche est la méthode clinique. Sa pertinence vis-à-vis du sujet a été démontrée mais sa réalisation n'a pas été menée de manière optimale. Tout d'abord, le temps a été un facteur obstacle à la bonne réalisation de la recherche. Mes connaissances théoriques sur la méthode utilisée étaient limitées.. Et enfin, la population cible était trop petite pour pouvoir avoir assez de candidats à l'entretien afin d'en tirer des résultats pertinents.

Le temps restant à partir du moment où la question et l'objet de recherche ont été établis compromettait la bonne réalisation complète de la recherche. Ce problème de temps souligne quelques difficultés d'organisation concernant l'avancée de la recherche. Avec une période plus longue dédiée à la recherche, celle-ci aurait peut-être été menée à son terme et aurait abouti sur des résultats plus exploitables.

Les savoirs théoriques sur la méthode de recherche sont indispensables pour effectuer une recherche pertinente, complète et pointilleuse. Connaître les moindres détails d'une recherche permet de ne négliger aucune étape, d'utiliser les termes appropriés afin de donner une valeur aux résultats recueillis. Comme dit précédemment, le temps a été un facteur déterminant dans la réalisation de cette recherche. Ainsi, il a fallu assimiler rapidement les principes de la méthode clinique pour pouvoir l'appliquer. Malgré la formation reçue sur cette méthode, la documentation disponible et mon implication dans la compréhension des caractéristiques de cette méthode, certains points ont pu être négligés ou pas assez approfondis. Ceci peut biaiser les résultats obtenus et rendre inutilisables les conclusions établies.

Le choix de population s'est fait en vue des résultats à l'enquête exploratoire et au cadre théorique établi. Cependant, cette population n'est pas très grande dans la pratique professionnelle. La pertinence des critères d'inclusion et d'exclusion a été établie et explicitée. Cependant, ces critères amoindrissent le nombre de candidats possibles à la recherche. Ainsi, il a été difficile de trouver des ergothérapeutes qui répondaient à l'entièreté des critères établis. Ceci combiné au fait que certains n'ont pas eu accès au questionnaire envoyé et au fait que tous n'ont pas répondu positivement, le taux de réponse est très faible. La petite taille de l'échantillon utilisé pour la recherche ne permet pas de donner une quelconque valeur scientifique aux résultats trouvés et discutés. Le fait de n'avoir le discours que d'une personne ne permet pas de mettre en confrontation les idées, pensées et expériences vécues par plusieurs professionnels pour analyser la récurrence ou l'importance d'un phénomène.

Cette difficulté aurait pu être atténuée par un élargissement de la population cible. Tout d'abord, les ergothérapeutes de la population cible auraient pu ne pas devoir obligatoirement utiliser la remédiation cognitive. On aurait pu seulement viser des ergothérapeutes travaillant le transfert des acquis avec des patients atteints de schizophrénie qui bénéficient ou ont bénéficié de la remédiation cognitive. Ensuite, la population aurait pu être étendue aux professionnels travaillant en collaboration avec les ergothérapeutes. Leur regard sur la pertinence de l'ergothérapie dans ce cadre aurait pu être bénéfique.

La méthode clinique utilisée possède des atouts et des pertinences explicités plus haut. Cependant elle possède également plusieurs limites. Tout d'abord elle se base sur le discours subjectif d'expériences vécues par une personne. Ainsi, des biais d'interprétation, des problèmes de compréhension de termes ou bien des divergences de sens donnés à des mots entrent en compte. Ensuite elle n'émet pas d'hypothèse et ne cherche pas la validation d'explication d'un phénomène. Elle invite simplement les personnes interrogées à la réflexion sur le lien qui peut exister entre deux sujets. Ceci vise à entrevoir les liens qui ressortent le plus souvent, les liens inattendus, ceux qui amènent une vision différente d'un phénomène. Enfin, cette méthode ne suffit donc pas à établir des conclusions scientifiques. Tous les résultats devront être confirmés par une méthode de type expérimentale.

Cette autre méthode de recherche aurait pu être utilisée pour le thème de ce mémoire. C'est une méthode qui vise à analyser des faits réels par expérience, démonstration. Des hypothèses de départ sont élaborées. Puis vient la phase expérimentale dans laquelle deux groupes se confrontent : un ayant bénéficié d'un programme ou d'un évènement, et l'autre non. Cette phase permet ensuite d'analyser les différences de résultats entre les deux groupes et ainsi confirmer ou infirmer les hypothèses de départ. Cette méthode est par exemple très utilisée dans l'univers pharmacologique pour tester, vérifier et prouver l'efficacité ou non d'un médicament avant sa commercialisation.

4.3. Apports pour la pratique professionnelle :

La recherche de professionnels validant les critères d'inclusion de la population cible a montré une faible proportion d'ergothérapeutes dans le champ de la réhabilitation psychosociale.

Bien que la place des ergothérapeutes dans ce domaine soit requise selon la Haute Autorité de Santé, peu de ces professionnels y exercent leur activité. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance de l'ensemble des professionnels, y compris des ergothérapeutes, de la

pertinence de l'ergothérapie en réhabilitation psychosociale chez les personnes atteintes de schizophrénie, et plus généralement de troubles mentaux.

Ce peut être également expliqué par la nécessité de suivre une formation supplémentaire pour pratiquer la remédiation cognitive. L'obligation de continuer la formation après l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie peut rebuter les diplômés.

Ainsi, la pratique de l'ergothérapie en réhabilitation psychosociale, et plus particulièrement auprès de la remédiation cognitive, constitue une réelle perspective. Avec une population d'environ 600 000 personnes atteintes de schizophrénie en France, les ouvertures professionnelles sont conséquentes.

Comme dit dans l'introduction de ce travail d'initiation à la recherche, je porte un grand intérêt à la déstigmatisation des personnes possédant des pathologies psychiatriques, à la réinsertion de ces personnes et à leur autonomisation. Ainsi, cette recherche m'a permis de confirmer la place d'un ergothérapeute dans ce champ-là et la pertinence d'une intervention ergothérapique visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie.

Cependant, l'ergothérapie n'est pas majoritairement présente dans ce champ d'activités et elle est plutôt méconnue des corps médico-social et social. De ce fait, la présence d'un ergothérapeute nécessite une création de poste. J'ai du mal à envisager de démarrer mon expérience professionnelle dans ce contexte : un secteur peu expérimenté en stage et peu documenté lors de mes études théoriques.

La pertinence de la place d'un ergothérapeute auprès de la population visée reste à documenter par des études scientifiques et des tests cliniques.

4.4. Apports personnels :

Ce travail d'initiation à la recherche m'a également apporté personnellement. J'ai pu développer des capacités de travail, des capacités relationnelles et découvrir des capacités personnelles dont je n'avais pas conscience.

Concernant les capacités de travail, j'ai dû tout d'abord faire preuve de rigueur, d'organisation, de pertinence des recherches scientifiques et de tri des informations trouvées.

La rigueur était un objectif visé dès le début de la réalisation. La rigueur de travail est indispensable pour permettre la qualité de l'écrit, le rendu en temps et la pertinence des propos

énoncés. Elle est définie selon plusieurs plans par Patrick Bouvard[41] : le plan intellectuel, le plan affectif et le plan pratique (46). Selon le plan intellectuel de Bouvard, j'ai dû faire preuve de rigueur en essayant d'aller au terme de cette recherche malgré les différents problèmes rencontrés pendant sa réalisation. J'ai également dû faire preuve de rigueur en adoptant une posture objective face au sujet du mémoire afin de pouvoir apprécier les éléments inattendus. Selon le plan pratique, la rigueur est obtenue lorsque l'explicitation des choix réalisés est pertinente et cohérente.

L'organisation de travail a été la pièce bancale de ce travail de recherche. Malgré les différents calendriers prévisionnels ou rétroplannings élaborés tout au long de la réalisation de ce mémoire, je n'ai pas réussi à tenir une cadence nécessaire. J'ai plutôt été motivée par l'avancée du travail en fonction des dates de rendu obligatoire des différentes parties. Cela a engendré de grandes périodes pendant lesquelles l'écrit n'était pas ouvert et d'autres périodes entièrement consacrées à lui.

Les recherches scientifiques prennent une grande place dans ce travail d'initiation à la recherche. La qualité de ces recherches est requise pour pouvoir reposer ce travail sur une base théorique et scientifique viable. Tout au long des trois années de formation il nous a été demandé et appris à réaliser des recherches scientifiques rigoureuses et pertinentes. Ainsi, le travail réalisé dans le cadre de ce mémoire ne fut qu'une application de tous les savoirs appris et expérimentés pendant la formation. Il n'a pas été difficile de mettre en application de manière plus approfondie ce qu'il nous a été transmis et demandé de réaliser depuis l'entrée en école.

Les recherches scientifiques réalisées ont tout naturellement amené à devoir réaliser un tri méthodologique profitable afin de ne pas être débordé par les informations qui peuvent ne pas être pertinentes. Ainsi, ce travail a requis des capacités de tri des informations à plusieurs reprises. Les premiers temps, le tri se faisait difficilement et je mettais du temps à éliminer des sources scientifiques ou des écrits théoriques. Sur la fin de l'écriture du mémoire, je n'avais besoin que de lire quelques lignes d'un résumé de texte pour pouvoir en apprécier la pertinence concernant le sujet de mon mémoire. Sur cette capacité de tri des informations, le travail de mémoire a été personnellement bénéfique.

Sur le plan des capacités relationnelles, ce sont particulièrement les échanges avec les différents acteurs indispensables pour la réalisation de ce travail qui m'ont permis de développer des capacités d'écoute, de mise en confiance ou bien de discours argumentatif.

[41] Patrick Bouvard, titulaire d'un CAPES de philosophie, Maître en Sorbonne, chercheur en philosophie et en organisation de la stratégie.

La coopération a tout d'abord été nécessaire avec mon directeur de mémoire et ma référente professionnelle de mémoire. Les premiers acteurs avec lesquels j'ai dû travailler, communiquer, échanger et écouter sont eux. Mon directeur de mémoire étant un formateur qui me suit depuis mon entrée en école, il a été aisé de débuter la réalisation du mémoire avec lui. Ceci m'a permis d'assurer ma posture vis-à-vis du sujet que j'ai choisi de traiter afin de pouvoir convaincre ma référente professionnelle de mémoire.

Forte de ces deux relations professionnelles bénéfiques sur ma posture, il m'a été simple de devoir contacter des personnes inconnues afin de les convaincre de la pertinence de mon sujet et de les convaincre de participer à la recherche. Cette partie relationnelle avec des professionnels côtoyant l'univers professionnel que j'interrogeais m'a appris à me remettre en question et à entendre des choses qui m'étaient inconnues. Lorsque j'ai dû interroger des professionnels concernant leur expérience professionnelle, il m'a fallu adopter une posture neutre, sans pré supposition de réponse. Cette posture m'a permis de travailler ma capacité d'objectivité et de collection d'informations sans le moindre a priori. C'est un travail qui m'a été difficile ; il est difficile pour moi de ne pas faire de liens entre deux éléments lorsque, personnellement, j'en ai déjà expérimenté.

Ensuite, au début et à la fin de la réalisation de ce travail, j'ai dû expérimenter quelque chose de nouveau : le lâcher-prise. Ce n'est pas une posture qui m'est naturelle, mais la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans un minimum de lâcher-prise. J'ai dû faire face à de nombreux « deuils » pendant la réalisation du mémoire. Tout d'abord la population cible du thème a dû changer en cours de réalisation, puis l'enquête difficilement exploitable a dû rester telle quel et enfin la méthode que je désirais utiliser était infaisable pendant le temps imparti. J'ai donc dû me confronter à des moments où il m'a fallu accepter de ne pouvoir rien faire pour changer ce qui ne me convenait pas et laisser la recherche prendre le chemin le plus pertinent en fonction des éléments en ma possession.

4.5. Perspectives de recherche :

Suite à ce mémoire d'initiation à la recherche, il serait intéressant d'étendre la recherche concernant le sujet choisi. Tout d'abord, comme dit précédemment, elle peut être étendue par extension de la population visée par la méthode de recherche utilisée, ou bien par changement de méthode de recherche.

L'extension de la population ciblée pourrait amener de nouveaux regards sur la question de recherche.

L'inclusion d'ergothérapeutes qui n'utilisent pas la remédiation cognitive mais qui travaillent le transfert des acquis auprès de personnes suivant un programme de remédiation cognitive en parallèle aurait agrandie le nombre de candidats possibles et pas forcément appauvri la qualité des réponses. En effet, le nombre d'ergothérapeute utilisant la remédiation cognitive est très peu élevé. Par contre, il est peut-être pertinent de viser un contexte où la remédiation cognitive n'est pas réalisée par l'ergothérapeute, contrairement à ce qui a été étudié dans ce mémoire.

L'inclusion de professionnels travaillant auprès d'ergothérapeutes peut avoir ses avantages et ses inconvénients. Un des premiers avantages serait l'augmentation de la population visée. Autour d'un seul ergothérapeute, l'équipe soignante peut être nombreuse. Un autre avantage serait de percevoir le regard des autres professionnels sur notre profession, notre activité et notre pertinence dans le domaine. Cependant, il existerait des inconvénients à l'élargissement de cette population. Tout d'abord le point de vue sur un phénomène concret prend de la distance. Dans le cadre de cette recherche, il aurait été difficile de questionner des professionnels sur leur regard de l'ergothérapie concernant un phénomène précis. Puis il aurait ensuite été peut-être compliqué pour certains professionnels de comprendre certains termes utilisés pendant la recherche. Je pense plus particulièrement au milieu écologique ; c'est une notion qui est propre à l'ergothérapie et qui est majoritairement peu connue dans les autres professions médicales, paramédicales et sociales.

Une autre perspective possible et envisageable serait la bascule vers une autre méthode de recherche.

Avec des résultats plus exploitables à cette méthode clinique, on aurait pu confirmer ou non l'occurrence du phénomène expliqué par l'ergothérapeute interrogée : les relations de causalité entre les différents concepts abordés.

Afin de prouver et de quantifier ces différents phénomènes, il est nécessaire de changer de méthode de recherche. La méthode différentielle et la méthode expérimentale sont deux candidates potentiellement pertinentes.

La méthode différentielle, dans ce contexte, consisterait à quantifier un phénomène selon les propos tenus par les personnes enquêtées. En faisant passer un questionnaire à une population cible large et conséquente, il aurait été possible de voir les liens d'occurrence et de co-occurrence existants entre les réponses des enquêtés. Cette méthode tend à prouver ou non une relation entre deux phénomènes. Cependant, cette méthode nécessite de pouvoir cibler une population large, ce qui paraît compromis au vu de la faible proportion d'ergothérapeutes travaillant dans le domaine ciblé par la recherche.

La méthode expérimentale consisterait dans ce contexte à établir un protocole avec deux groupes de patients : un groupe bénéficiant de remédiation cognitive et d'une intervention ergothérapique visant le transfert des acquis et l' « empowerment », et un autre groupe témoin ne bénéficiant seulement que de la remédiation cognitive. Il s'agirait dans cette méthode d'évaluer avec des outils validés la différence de résultats obtenus en fin de protocole entre les deux groupes pour confirmer ou infirmer un effet positif du dispositif établi.

BIBLIOGRAPHIE :

Livres :

1. Amado I, Alexandre C, Prost Z, Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie : des principes à sa mise en œuvre. J Psychol. 13 mars 2014;n° 315(2):16-22.

19. Peyroux É, Gaudelus B, Franck N. Remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie. LÉvolution Psychiatr. janv 2013;78(1):71-95.

20. Martin B, Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie : indications et conditions d'utilisation, Cognitive remediation therapy in schizophrenia : indications and conditions of use, Remediación cognitiva en la esquizofrenia: indicaciones y condiciones de utilización. Inf Psychiatr. 15 mars 2013;me 89(1):57-62.

30. Stratégie pour favoriser le transfert des connaissances. :10.

31. Meirieu P. LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES : :12.

32. Deutsch C. L'empowerment en santé mentale. :16.

41. Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur; 2009. 176 p.

42. Eymard-Simonian C, Thuilier O, Vial M, Eymard-Simonian C. Le travail de fin d'études: s'initier à la recherche en soins infirmiers : UE 3.4 et UE 5.6. 2018.

43. Vial M. La recherche en sciences de l'éducation et la santé. Spirale Rev Rech En Éducation. 2000;25(1):119-41.

Sites internet :

2. Larousse É. Définitions : sociologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sociologie/73173 [consulté le 25 janv 2019].

3. Larousse É. Définitions : psychologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychologie/64844 [consulté le 25 janv 2019].

4. Psychologie du développement : Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. Disponible sur: https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/psychologie-du-developpement/ [consulté le 25 janv 2019].

5. Schizophrénie : les chiffres en France en infographie [Internet]. Disponible sur: http://www.roche.fr/medias/actualites/schizophrenie_les_chiffres_en_france_en_infographie.html [consulté le 3 mai 2019].

6. Santé Mentale - Le coût des maladies psychiatriques [Internet]. Disponible sur: https://www.santementale.fr/actualites/le-cout-des-maladies-psychiatriques.html [consulté le 12 mai 2019].

7. Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute-1.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2017/05/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute-1.pdf

8. lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf [consulté le 3 mai 2019].

10. OMS | Chapitre 3: Résolution des problèmes de santé mentale [Internet]. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index2.html [consulté le 3 janv 2019].

11. WHO_MNH_MND_96.2.pdf [Internet]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60630/WHO_MNH_MND_96.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulté le 3 mai 2019]

13. La pyramide des besoins de Maslow – Psychologue du Travail [Internet]. Disponible sur: http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/la-pyramide-des-besoins-de-maslow/ [consulté le 3 mai 2019].

14. DSM5 [Internet]. Disponible sur: https://www.elsevier-masson.fr/dsm5 [consulté le 3 mai 2019].

15. La remédiation cognitive - La Réponse du Psy [Internet]. lareponsedupsy.info. Disponible sur: http://www.lareponsedupsy.info/RemediationCognitive [consulté le 3 janv 2019].

16. Les fonctions cognitives [Internet]. Association québécoise des neuropsychologues. Disponible sur: https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/ [consulté le 3 janv 2019].

18. Insertion sociale, intégration sociale - Le site du CNLE [Internet]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/insertion-sociale-integration.html [consulté le 3 janv 2019].

23. Rigaut B, Brénugat L, Alexandre C, Willard D, Malangin B, Amado I. Remédiation et transfert des acquis chez les patients avec une faible autonomie. In: Outils de la Réhabilitation en Psychiatrie [Internet]. Elsevier; 2016 p. 51-68. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294745263000036 [consulté le 2 oct 2018].

26. Ventura J, Subotnik KL, Gretchen-Doorly D, Casaus L, Boucher M, Medalia A, et al. Cognitive remediation can improve negative symptoms and social functioning in first-episode schizophrenia: A randomized controlled trial. Schizophr Res [Internet]. 9 nov 2017; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092099641730614X [consulté le 20 sept 2018]

27. Les trois niveaux du jugement médical | Revue Esprit [Internet]. Esprit Presse. Disponible sur: https://esprit.presse.fr/article/ricoeur-paul/les-trois-niveaux-du-jugement-medical-10677 [consulté le 6 mai 2019].

28. Frenay M, Bédard D. Chapitre 8. Le transfert des apprentissages. In: Apprendre et faire apprendre [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2011. p. 125-37. (Apprendre). Disponible sur: https://www.cairn.info/apprendre-et-faire-apprendre--9782130583912-p-125.htm

29. Perrenoud - Vers des pratiques pédagogiques favorisant le transfert des acquis [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1997/1997_04.html

33. THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf [Internet]. Disponible sur: https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf [consulté le 18 avr 2019].

34. James W. The principles of psychology [Internet]. New York : H. Holt; 1890 711 p. Disponible sur: http://archive.org/details/principlesofpsyc1890jame [consulté le 2 mai 2019].

35. Mackintosh N. Self-empowerment in health promotion: a realistic target? Br J Nurs [Internet]. 26 août 2014; Disponible sur: https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.1995.4.21.1273 [consulté le 27 avr 2019]

36. La structure des révolutions scientifiques - Thomas S. Kuhn [Internet]. Scribd. Disponible sur: https://fr.scribd.com/doc/95038838/La-structure-des-revolutions-scientifiques-Thomas-S-Kuhn [consulté le 6 mai 2019].

37. Biewener M-HB et C. L'*empowerment*, une pratique émancipatrice ? [Internet]. La Découverte; 2015 Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-empowerment-une-pratique-emancipatrice--9782707186348.htm [consulté le 27 avr 2019].

44. Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie [Internet]. Disponible sur: https://www.rfre.org/index.php/RFRE [consulté le 13 mai 2019].

45. OCCURRENCE : Définition de OCCURRENCE [Internet]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/definition/occurrence [consulté le 13 mai 2019].

46. bouvardp@orange.fr. Vous avez dit rigueur professionnelle ? [Internet]. RH Info. 2017 Disponible sur: https://www.rhinfo.com/thematiques/organisation-du-travail/delegation-autonomie-responsabilite/vous-avez-dit-rigueur [consulté le 13 mai 2019].

Articles :

9. Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. Inf Psychiatr. 2008;Volume 84(10):907-12.

12. McQuistion HL, Goisman RM, Tennison CR. Psychosocial Rehabilitation: Issues and Answers for Psychiatry. Community Ment Health J. 1 déc 2000;36(6):605-16.

17. Adolphs null. Social cognition and the human brain. Trends Cogn Sci. déc 1999;3(12):469-79.

21. Bazin N, Brunet-Gouet E, Passerieux C. Caractéristiques cliniques et évolutives des patients atteints de schizophrénie pris en charge avec le module de remédiation cognitive ToMRemed. Étude multicentrique en soins courants portant sur 110 patients. J Thérapie Comport Cogn. mars 2017;27(1):8-15.

22. Deppen P, Sarrasin Bruchez P, Dukes R, Pellanda V, Vianin P. Programme de remédiation cognitive pour patients présentant une schizophrénie ou un trouble associé (Recos) : résultats préliminaires. L'Encéphale. sept 2011;37(4):314-21.

24. Obeid S, Kazour G, Kazour F. Effet du programme intégratif de thérapies psychologiques sur les performances cognitives et les habiletés sociales de patients atteints de schizophrénie. J Thérapie Comport Cogn. sept 2012;22(3):86-91.

25. Buonocore M, Spangaro M, Bechi M, Baraldi MA, Cocchi F, Guglielmino C, et al. Integrated cognitive remediation and standard rehabilitation therapy in patients of schizophrenia: persistence after 5years. Schizophr Res. 1 févr 2018;192:335-9.

38. Miller BL. Autonomy & the Refusal of Lifesaving Treatment. Hastings Cent Rep. 1981;11(4):22-8.

39. Guihard J-P. Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ? :15.

40. Howe MC, Briggs AK. Ecological Systems Model for Occupational Therapy. Am J Occup Ther. 1 mai 1982;36(5):322-7.

ANNEXE 1 :

Critères pour le diagnostic de schizophrénie :

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

1. Idées délirantes.

2. Hallucinations.

3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).

4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

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

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère 1 présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

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

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

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

ANNEXE 2 :

Tableau récapitulatif des recherches sur les bases de données :

Bases de données	Mots-clés	Texte	Résumé	Titre	Retenus
CAIRN	Remédiation cognitive ET Schizophrénie	138	12	3	1
	Remédiation cognitive ET Schizophrénie ET Ergothérapie	21	0	0	0
PubMed	Cognitive remediation OR Rehabilitation AND Schizophrenia	586	553	202	2
ScienceDirect	Schizophrénie ET Remédiation cognitive ET Ergothérapie	40	0	0	2
	Schizophrénie ET Remédiation cognitive	445	76	76	3

ANNEXE 3 : Détail du contenu des textes de la revue de littérature :

Source	Thème	Méthode	Population	Approche théorique	Champ disciplinaire	Résultats	Question non abordée
CAIRN	Indications des différents programmes de remédiation cognitive	Article de revue	Programmes de remédiation cognitive	Informations / Indications	Sociologie Sciences humaines	Neuro cognition → CRT (patients en difficulté) / RECOS Cognition sociale → SCIT / ETIT / RC2S / ToMRemed / Mickael's Game Méta cognition → MCT Plusieurs → IPT Intérêts → application concrète / peu intrusif / outils accessible Limites → déficits neurocognitifs = 30% variance / ne peut être seule dans la PEC	Différences entre les programmes visant les mêmes objectifs Effets démontrés

Source	Thème	Méthode	Population	Approche théorique	Champ disciplinaire	Résultats	Question non abordée
PubMed	Effets de la remédiation cognitive sur les symptômes négatifs de la schizophrénie	Etude longitudinale	80 patients ayant déjà eu un premier épisode psychotique	Effets non recherchés de la remédiation cognitive	Psychiatrie Psychologie du développement	Pas de différence entre le traitement médicamenteux oral et les injections SANS (symptômes positifs) → baisse émoussement affectif global + alogie avec la remédiation cognitive SANS (symptômes négatifs) → baisse avolition + apathie + anhédonie BPRS → baisse émoussement affectif / pas de différences pour le retard moteur et le repli émotionnel	Programme de remédiation cognitive utilisé

Source	Thème	Méthode	Population	Approche théorique	Champ disciplinaire	Résultats	Question non abordée
PubMed	Persistance des effets de la remédiation cognitive comblée à une thérapie de réhabilitation standard après 5 ans	Etude longitudinale	60 patients diagnostiqués schizophrènes selon le DSM-IV	Durabilité des effets si combinaison d'un programme de remédiation cognitive et un programme de réhabilitation standard	Psychiatrie Psychologie du développement	Cognition → maintien des résultats à long terme peu importe la durée du programme standard après la remédiation cognitive AVQ → requiert une continuation plus longue du programme standard pour que les effets soient meilleurs et durables Coordination → déclin considérable après 5 ans, peu importe la durée du programme standard	Evaluation des effets du traitement initial

Source	Thème	Méthode	Population	Approche théorique	Champ disciplinaire	Résultats	Question non abordée
Science Direct	Effets constatés en France du programme ToMRemed	Etude observationnelle, ouverte, multicentrique	110 patients diagnostiqués schizophrènes selon la CIM-10 Score à la V-LIS supérieur ou égal à 14	Efficacité du programme ToMRemed	Psychiatrie Psychologie du développement	Amélioration de la capacité à attribuer des intentions à autrui Non automatisation de leurs apprentissages en situation réelle Effets constatables peu importe le score initial à la V-LIS et au PANSS	Groupe témoin Durabilité des effets
Science Direct	Effets du programme RECOS	Etude de faisabilité	28 patients diagnostiqués par le DSM-IV « schizophrénie, trouble schizo-affectif, personnalité schizotypique »	Nécessité d'une prise en charge différenciée des troubles	Psychiatrie Psychologie du développement	Raisonnement → augmentation des résultats + mémoire épisodique verbale + rapidité de traitement Progrès concernant les performances globales Amélioration des fonctions cognitives	Groupe témoin Durabilité des effets Autres effets que sur les fonctions cognitives

Source	Thème	Méthode	Population	Approche théorique	Champ disciplinaire	Résultats	Question non abordée
Science Direct	Effet du programme IPT sur les performances cognitives et les habiletés sociales	Etude comparative	48 patients diagnostiqués schizophrènes selon le DSM-IV séparés en deux groupes	Modèle de l'organisation hiérarchique du comportement	Psychiatrie Psychologie du développement	BCRS → amélioration concentration + mémoire faits récents + orientation + mémoire passée + autonomie MRSS → pas de résultat car modules non suivis au moment de l'évaluation Globalement → augmentation des liens et des interactions + moindre agressivité verbale	Effets dans la vie quotidienne + habiletés sociales Durabilité des effets

Source	Thème	Méthode	Population	Approche théorique	Champ disciplinaire	Résultats	Question non abordée
Science Direct	La cognition sociale et les différents programmes de remédiation cognitive	Article de revue	/	Informations / Indications	Psychiatrie Psychologie de développement	Cognition sociale = un des domaines cognitifs altérés Processus altérés = perception des émotions + théorie de l'esprit + style attributionnel + perception sociale + connaissances sociales Programmes = interventions larges → IPT + CET + MCT / ciblées → ToMRemed (théorie de l'esprit) + TAR et METT (émotions faciales) / globales → SCIT + ETIT + SCET	Liste non exhaustive des programmes

Source	Thème	Méthode	Population	Approche théorique	Champ disciplinaire	Résultats	Question non abordée
Science Direct	Transfert des acquis de la remédiation cognitive visant à l'autonomie	Article de revue	/	Informations / Indications	Psychiatrie Psychologie du développement	Autonomie = objectif remédiation cognitive Ergothérapeute = bilan initial + transfert au quotidien + réhab CRT = difficultés dans la sphère neurocognitive → Transfert au quotidien par technique de résolution de problèmes RECOS = fonctions cognitives déficitaires ciblées → désorganisation NEAR = isolement social + difficultés neurocognitives	Liste non exhaustive des programmes Effets de ces programmes sur l'autonomie

ANNEXE 4 :

Liste de la majorité des programmes de remédiation cognitive :

- CET = Cognitive Enhancement Therapy
- CRT = Cognitive Remediation Therapy
- ETIT = Emotion and ToM Imitation Training
- INT = Integrated Neurocognitive Therapy
- IPT = Integrated Psychological Therapy
- MCT = Meta-Cognitive Training
- METT = Micro Expression Training Tool
- Mickael's Game
- RECOS = Remédiation Cognitive pour la Schizophrénie
- SCET = Social Cognition Enhancement Training
- SCIT = Social Cognition and Interaction Training
- TAR = Training of Affect Recognition
- ToMRemed = Theory of Mind Remediation

ANNEXE 5 :

Matrice de réalisation du questionnaire :

Question	Objectif visé
Institution ?	Impact de l'institution sur la prise en charge en remédiation cognitive
Profession ?	Professionnels les plus investis dans la remédiation cognitive
Programme ?	Programme le plus utilisé / combinée avec autre question pour savoir quel programme vise quel objectif
Autres PEC ?	Prises en charge pertinentes / globalité de la prise en charge
Intervenants ?	Impact sur effets trouvés et objectifs visés
Patients ?	Impact sur effets trouvés et objectifs visés
Durée séance ?	Lien avec programme et impact sur effets
Fréquence ?	Lien avec programme et impact sur effets
Objectifs ?	Lien avec programme utilisé et effets
Echelles ?	Spécificité ou non pour la remédiation cognitive
Effets ?	Différence entre théorie visée et pratique observée / dégagement nouveaux objectifs
Références théoriques ?	Atout pour cadre théorique / pousser la réflexion plus loin

ANNEXE 6 :

Questionnaire de l'enquête exploratoire :

- Dans quel type d'institution exercez-vous ? (*Réponse courte*)
- Quelle est votre profession ?
  - Psychologue
  - Neuropsychologue
  - Psychiatre
  - Médecin
  - Infirmier
  - Ergothérapeute
  - Autres :
- Quel programme de remédiation cognitive utilisez-vous ?
  - Cognitive Enhancement Therapy (CET)
  - Emotion and ToM Imitation Training (ETIT)
  - Integrated Neurocognitive Therapy (INT)
  - Integrated Psychological Therapy (IPT)
  - Meta-Cognitive Training (MCT)
  - Theory of Mind Remediation (ToMRemed)
  - Micro Expression Training Tool (METT)
  - Mickael's Game
  - RECOS
  - Social Cognition Enhancement Training (SCET)
  - Social Cognition and Interaction Training (SCIT)
  - Training of Affect Recognition (TAR)
  - Autres :
- La remédiation cognitive est-elle associée à d'autres prises en charge dans votre institution ? Si oui, lesquelles ? (*Réponse longue*)
- Combien d'intervenants animent les séances ?
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - Autres :
- Combien de patients forment le groupe de remédiation cognitive en moyenne ? (*Réponse courte*)
- Combien de temps durent chaque séance de remédiation cognitive ?
  - 30min
  - 1h
  - 1h30
  - 2h
  - Autres :
- Quelle est la fréquence moyenne des séances proposées par semaine pour chaque patient ?
  - 1 fois par mois

    - 1 fois toutes les 3 semaines
    - 1 fois toutes les 2 semaines
    - 1 fois par semaine
    - 2 fois par semaine
    - 3 fois par semaine
    - 4 fois par semaine
    - 5 fois par semaine
    - Autres :
- Quels sont les principaux objectifs que vous visez en remédiation cognitive ? (*Réponse longue*)
- Quelles échelles ou moyens utilisez-vous pour évaluer les effets de la remédiation cognitive ? (*Réponse longue*)
- Quels effets constatez-vous sur les patients grâce à la remédiation cognitive ? (*Réponse longue*)
- Avez-vous des références théoriques (auteurs, lectures, études) à me conseiller pour aller plus loin ? (*Réponse longue*)

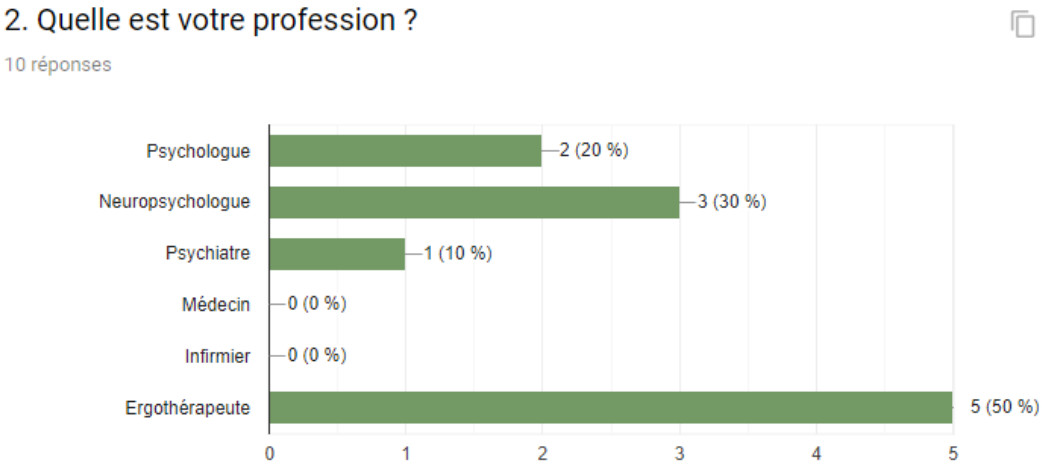
ANNEXE 7 :

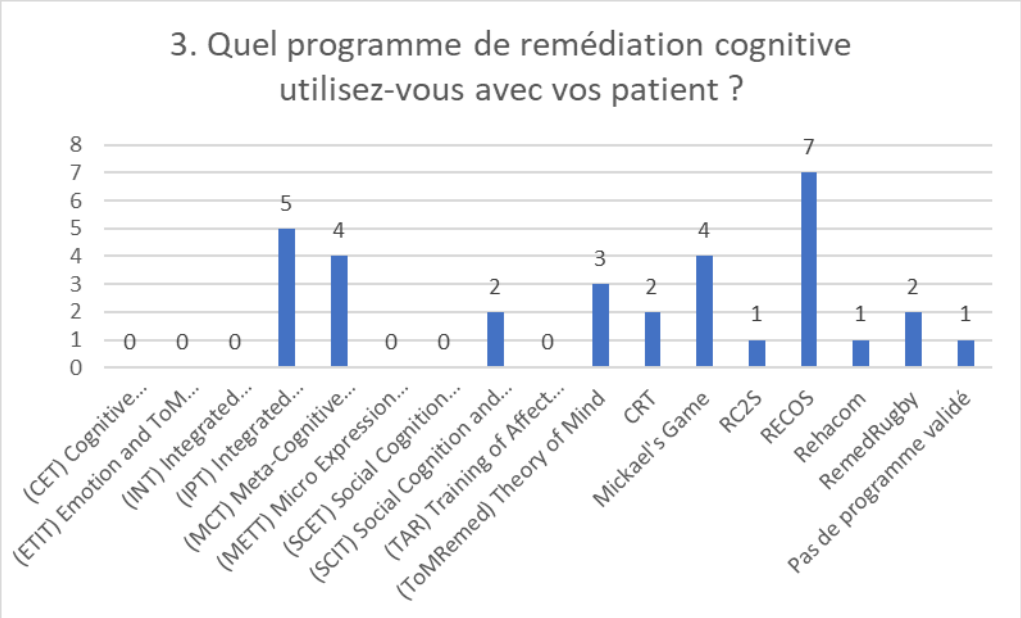
Résultats de l'enquête exploratoire :

1. Dans quel type d'institution travaillez-vous ?

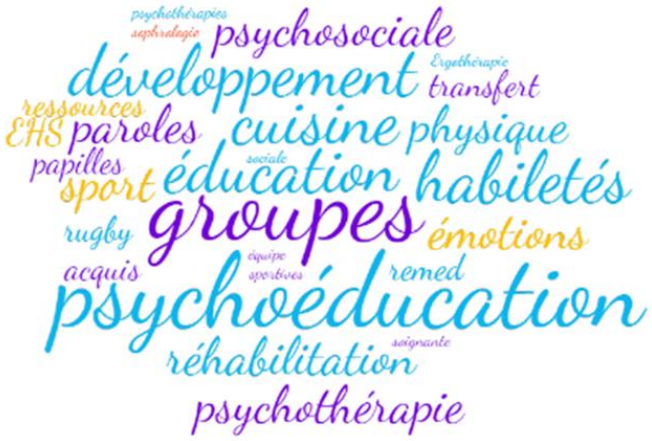


Six enquêtés sur dix disent travailler en centre hospitalier ; le reste dit travailler en centre de réhabilitation psychosociale. C'est pourquoi les deux mots qui ressortent le plus dans ce nuage de mot sont : « réhabilitation » et « hospitalier ».

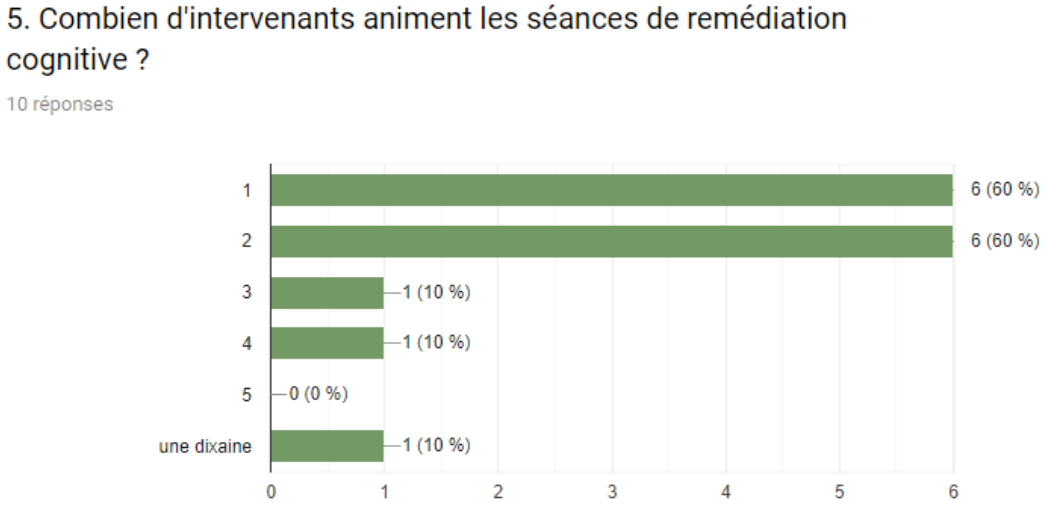




4. La remédiation cognitive est-elle associée à d'autres prises en charge dans votre institution ? Si oui, lesquelles ?

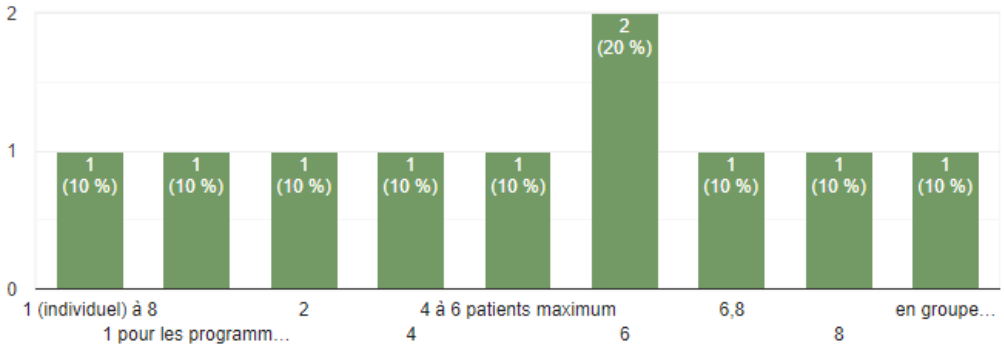


Le mot qui ressort le plus des enquêtés, cinq enquêtés sur dix l'affirment, est « groupe ». Le travail collectif semble prendre une part importante de la prise en charge des différents enquêtés. La psychoéducation revient dans cinq réponses sur dix. Les autres mots de ce nuage ne sont pas représentatifs du fait qu'ils n'apparaissent que dans le discours d'un enquêté.



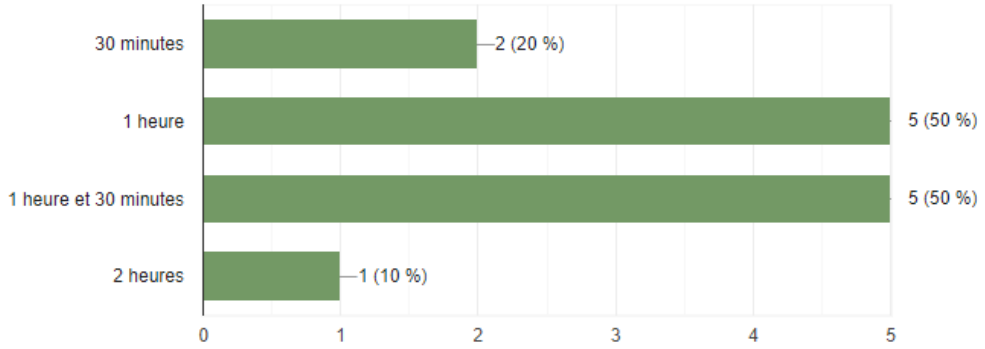
6. Combien de patients forment le groupe de remédiation cognitive en moyenne ?

10 réponses



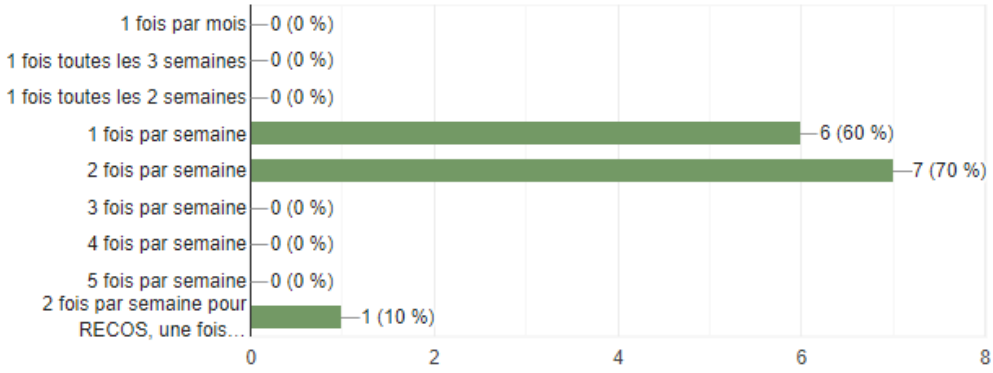
7. Combien de temps dure chaque séance de remédiation cognitive ?

10 réponses



8. Quelle est la fréquence moyenne des séances pour chaque patient ?

10 réponses



9. Quels sont les principaux objectifs que vous visez en remédiation cognitive ?



La notion qui ressort le plus du discours des enquêtés est celle « d'autonomie dans la vie quotidienne » avec une occurrence de six sur dix enquêtés. Des termes comme « métacognition » ou « flexibilité cognitive » peuvent être rassemblés en « fonctions cognitives ». Cela amène alors une occurrence de ce terme de sept sur dix enquêtés.

10. Quelles échelles ou moyens utilisez-vous pour évaluer les effets de la remédiation cognitive ?



Le bilan qui ressort comme étant le plus indiqué est l'ERF avec une occurrence de six sur dix enquêtés. Tous les enquêtés ne parlent seulement que de bilans neuropsychologiques. Malgré les différentes professions des enquêtés, les bilans utilisés ne varient pas.

11. Quels effets constatez-vous sur les patients grâce à la remédiation cognitive ?



Des termes comme « estime de soi » et « réassurance » peuvent être regroupés par un terme global concernant « l'état psychologique ». Ce regroupement fait, l'occurrence de ce terme est de huit sur dix enquêtés. La mise en place de stratégies visant l'autonomie revient dans le discours de cinq enquêtés sur dix.

12. Avez-vous des références théoriques (auteurs, lectures, études) à me conseiller pour aller plus loin ?



Nicolas Franck apparaît dans les réponses des enquêtés comme une source phare de la remédiation cognitive auprès des personnes atteintes de schizophrénie. Son nom revient avec une occurrence de cinq sur huit réponses.

ANNEXE 8 :

Matrice théorique :

Concept	Variables	Indicateurs
Transférabilité	Contextualisation	Mémoire / Reconnaissance
		Mobilisation des ressources cognitives
	Recontextualisation	Dégagement des indicateurs de surface
	Décontextualisation	Dégagement des indicateurs de structure
« Empowerment »	Volonté d'agir	Prise d'initiative
	Estime de soi	Connaissance de sa valeur
	Autonomisation	Autodétermination
		Respect des valeurs morales
		Tri des éventualités
		Réflexion sur les décisions prises
Environnement écologique	Humain	Famille
		Personnes ressources
		Cercle d'amis
		Entourage professionnel
	Matériel	Mobilier
		Immobilier

ANNEXE 9 :

Questionnaire de tri des candidats à la recherche :

- Etes-vous ergothérapeute ?
  - Oui
  - Non
- Avez-vous ou avez-vous eu à intervenir auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?
  - Oui
  - Non
- Utilisez-vous ou avez-vous utilisé la remédiation cognitive auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?
  - Oui
  - Non
- Travaillez-vous ou avez-vous travaillé les mises en situation écologique pour appliquer les apprentissages de la remédiation cognitive ?
  - Oui
  - Non
- Visez-vous ou avez-vous visé l' « empowerment » (pouvoir d'agir) des patients pendant vos séances ?
  - Oui
  - Non
- Etes-vous d'accord pour que je vous contacte afin de passer un entretien dans le cadre de la recherche du mémoire ? Si oui, merci de noter vos coordonnées. (*Réponse longue*)

ANNEXE 10 :

Retranscription de l'entretien n°1 :

Mme E : Que pensez-vous de l' « empowerment », ou pouvoir d'agir selon comment vous le nommez, dans le processus de transfert des acquis de la remédiation cognitive ?

Mme J : Je pense que c'est primordial la vision d' « empowerment » en réhabilitation psychosociale et notamment en remédiation cognitive, la notion d'espoir, d'engagement pour que la personne soit actrice de sa prise en charge et qu'elle prenne conscience qu'elle a des capacités et des ressources et qu'elle peut justement faciliter le transfert des acquis. Qu'elle se saisisse de tout ce qu'on peut lui proposer, parce que l'idée c'est vraiment que ce soit elle qui vienne se saisir des informations qui peuvent l'aider et qu'elle les transfère elle-même. Par exemple, dès que je fais un bilan ergothérapique, je pense que c'est un des premiers objectifs que je note quand je vois que la personne a une faible estime d'elle-même. Dans mon bilan je reprends beaucoup cette notion de « est-ce qu'elle se sent capable de ? Est-ce qu'elle fait ? Ou est-ce qu'il y a un retentissement sur la vie quotidienne ? ». Bien souvent c'est un de mes objectifs de renforcer un petit peu cet « empowerment » de la personne en l'accompagnant afin qu'elle puisse utiliser le mieux possible les stratégies qu'elle aura acquise dans son cursus de rétablissement. C'est important que la personne soit motivée pour le processus de rétablissement.

Mme E : Vous parlez de la vie quotidienne, comment l'incluez-vous dans le processus de transfert des acquis ?

Mme J : En ergothérapie j'essaie vraiment de me baser sur leur satisfaction dans chaque activité de vie quotidienne, la satisfaction qu'ils ont de leur participation dans chaque activité de vie quotidienne et j'essaie de me baser sur des problèmes concrets qu'ils rencontrent ou des difficultés concrètes qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne pour qu'ils puissent faire ce transfert des acquis. Par exemple ils font des programmes validés de remédiation cognitive, des programmes informatisés, et moi j'essaie de faire le lien : s'il y a des difficultés de planification ou d'organisation dans le quotidien, je regarde, j'essaie de demander comment ça se passe au niveau de la gestion du budget, au niveau de la gestion du temps etc et justement d'essayer de faire le lien entre les stratégies qu'ils ont acquises et leur quotidien, les difficultés concrètes.

Les liens sont pour l'instant assez théoriques mais j'essaie de mettre en place beaucoup d'évaluations pratiques comme le test de l'errance multiple à domicile pour évaluer les fonctions exécutives et le retentissement dans les activités qui sont signifiantes pour eux puisque pour beaucoup d'entre eux il y a un retentissement sur l'activité cuisine ou faire les courses ou gérer le budget.

Mme E : Comment alliez-vous remédiation cognitive et perte d'autonomie dont vous venez de parler ?

Mme J : Pour poser un peu plus de décors, dans la structure où je suis on propose des programmes de remédiation cognitive qui sont informatisés et validés comme les programmes de cognition froide (RECOS, CRT, etc.) et des programmes de cognition sociale (RC2S, ToMRemed, SCIT, GAIA). On travaille beaucoup en pluriprofessionnalité, on est beaucoup en lien, et moi je me base beaucoup sur l'avancée par rapport aux bilans neuropsychologiques qui sont effectués pour effectuer mes prises en charge. Après je participe à des programmes d'éducation thérapeutique, là je participe au programme d'entrainement aux habiletés sociales donc où c'est une manière aussi de favoriser le transfert des acquis, pour moi c'est un peu entre les deux. Moi je suis vraiment ciblée sur le transfert des acquis et la généralisation dans le quotidien. J'interviens sur demande médicale ou sur demande pluridisciplinaire dans le sens où il y a eu une avancée dans les résultats des bilans mais au final il y a quand même des difficultés dans le quotidien : la personne a toujours des plaintes et ils jugent que mon intervention est pertinente donc c'est à ce moment là où je fais une évaluation plus poussée en ergothérapie et où je mets en place une prise en charge pour faire vraiment plus de lien entre leur quotidien et les stratégies qu'ils acquièrent. Après, bien souvent c'est les neuropsychologues, quand ils font leur bilan de fin de prise en charge ou quand ce sont des prises en charge psychologiques où il y a des informations qui ressortent où il y a des difficultés dans le quotidien. Pour l'instant c'était comme ça, j'étais sur une création de poste donc l'ergothérapie n'était pas encore très bien intégrée : il a fallu que je vienne en cours de route sur des prises en charge. Maintenant, j'interviens dès le début de la prise en charge dans le sens où la personne quand elle arrive on fait un entretien avec elle et je suis présente à cet entretien et je fais passer systématiquement un bilan ergothérapique pour voir le retentissement dans la vie quotidienne et à ce moment-là déjà je peux voir s'il y a un retentissement qui est important ou pas ou s'il y a juste une baisse. Dans mon entretien je m'intéresse beaucoup à leur satisfaction de participation à la vie quotidienne et au retentissement subjectif qu'ils ont de la maladie. Donc c'est en fonction de

leur demande en fait que j'interviens. Ça peut m'arriver de faire des prises en charge parce qu'effectivement il y a des grandes difficultés même si la personne elle n'en a pas conscience ou qu'elle ne l'identifie pas comme un problème. Ça m'arrive de commencer des prises en charge sachant que c'est beaucoup plus difficile puisque pour faciliter le transfert des acquis il faut que la personne ait cette envie de modifier quelque chose. Je ne suis pas encore formée à l'entretien motivationnel ou pour qu'il y ait ce discours changement pour que la personne elle se saisisse des outils qu'on puisse lui donner, que ce soit de l'ETP, de l'ergothérapie, ou des autres choses. Quand c'est des problèmes concrets, soit la personne elle ne veut pas changer et là je pourrais faire tout ce que je veux c'est très compliqué, je ne peux pas les forcer à faire quelque chose donc je peux commencer une amorce de réflexion par rapport à ça et voir si ça prend ou si ça ne prend pas. Après bien souvent c'est quand même des demandes spécifiques. Il y a des personnes qui vont vraiment faire des demandes spécifiques par rapport à la gestion du budget sans forcément se rendre compte que c'est parce qu'il y a des difficultés de planification, etc. Mais voilà souvent quand ils viennent il y a des demandes concrètes qui sont en lien avec le quotidien par exemple regarder un film en entier à la maison qui reflètent des difficultés cognitives mais qui ont un retentissement certain sur leur quotidien. Et du coup qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour faciliter tout ça.

Mme E : Alors vous parlez de vie quotidienne des patients, des objectifs concrets. Quel rapprochement pouvez-vous faire entre l' « empowerment » et l'environnement d'un patient ?

Mme J : Tout dépend la symptomatologie de la personne et le degré d'auto stigmatisation de la personne, je trouve que ça joue beaucoup. C'est ce que je rencontre beaucoup, des patients qui s'auto stigmatisent beaucoup et qui augmentent encore plus leurs difficultés d' « empowerment ». Je pense qu'il y a un lien entre les deux et du coup l'environnement, je parle d'environnement humain, de stigmatisation et d'auto stigmatisation de la personne. Je pense que faire un travail d'estime de soi, d' « empowerment » et de limiter un petit peu cette auto stigmatisation ça peut faciliter le retour à l'extérieur, en société. Et puis peut-être aussi limiter la méconnaissance du grand public parce que ça fait peur la schizophrénie. Après au niveau matériel je pense que c'est hyper important enfin surtout en tant qu'ergothérapeute de normaliser l'environnement c'est-à-dire d'adapter vraiment aux capacités de la personne l'environnement matériel, de mettre en place tout ce qu'on peut pour lui faciliter la vie dans son quotidien, des aides techniques, des aides humaines s'il faut, un aménagement spécifique du domicile ou autre. Par exemple pour des personnes qui adorent faire la cuisine mais qui ont

beaucoup de difficultés, c'est le fait de réorganiser l'environnement de la cuisine, les placards, ou peut-être acheter quelques aides techniques qui sont peut-être toutes bêtes mais comme par exemple des verres doseurs écrits en français. Donc prendre en compte leurs difficultés cognitives et leurs difficultés qui sont liées aussi à tout ce qu'entraîne la schizophrénie. Parce qu'il n'y a pas que les difficultés cognitives dans le quotidien, d'essayer d'adapter un petit peu tout ce qui est le domicile, tous les symptômes résiduels qu'ils soient cognitifs ou pas. Je pense beaucoup aux symptômes négatifs peut être encore cet apragmatisme, cette apathie, tous les « a » privatifs. Peut-être trouver des stratégies pour faciliter la prise des médicaments à la maison. Voilà je pense qu'il y a tout un tas de choses qui peuvent leur faciliter la vie à domicile pour que ça se passe le mieux possible. Parce qu'une personne qui va avoir du mal à prendre ses médicaments, non pas parce qu'elle n'a pas envie de les prendre mais parce que c'est difficile le matin de se lever pour aller jusqu'à la cuisine pour prendre ses médicaments peut-être qu'on peut mettre quelque chose en place dans la chambre pour que ce soit plus facile pour elle et qu'elle ait cet élan qui lui permette d'aller faire les activités qui sont signifiantes pour elle et qui lui permettent d'être satisfaite pleinement.

Mme E : J'ai entendu que vous avez parlé des différents programmes que vous utilisez dans le centre. Comment alliez-vous les apprentissages des programmes sur la cognition sociale et le transfert des acquis ?

Mme J : Déjà comme je suis sur le programme d'ETP (éducation thérapeutique du patient) d'entraînement aux habiletés sociales, bien souvent ça nous arrive de faire des « erreurs de casting » comme je les appelle, c'est peut-être de proposer à des patients trop tôt de venir à ce groupe alors qu'on se rend compte à ce moment-là qu'il y a peut-être plus de difficultés de cognition sociale que ce que l'on pensait. On peut les rediriger vers ces programmes-là. Le fait d'avoir participé à ces programmes-là avant, je trouve ça très important s'il y a des difficultés qu'ils y aient accès avant pour que nous dans le groupe d'entrainement aux habiletés sociales on puisse en plus de la théorie faire beaucoup de mises en situation, partir de leurs difficultés au quotidien. On part souvent sur des choses concrètes, des problèmes concrets de leur vie quotidienne, on y réfléchit ensemble, on se met en situation, on va sur l'extérieur, pour moi c'est vraiment la mise en pratique. La mise en pratique dans un environnement graduel. Dans un premier temps c'est un groupe fermé, on est dans un environnement un peu hypo stimulant. Ensuite on commence à faire des petits groupes et des mises en situation, des jeux ensembles. Les personnes se dévoilent de plus en plus. Ensuite il y a de plus en plus de bruit dans la salle,

on commence à aller sur l'extérieur et à la fin c'est vraiment une sortie sur l'extérieur, on les incite vraiment à essayer des choses chez eux puisque c'est comme un hôpital de jour et les personnes habitent dans leur domicile la plupart du temps. On les incite vraiment à essayer des choses chez eux et puis si ça ne marche pas on reprend ensemble et on voit comment on peut résoudre les problèmes. On fait beaucoup aussi de résolution de problèmes ; utiliser les émotions qu'ils ont travaillé en cognition sociale donc on utilise la reconnaissance des émotions, comment on peut gérer notre propre émotion donc la gestion des émotions, comment s'affirmer soi-même, des techniques de communication pour faciliter leurs relations, vu que la schizophrénie c'est quand même un gros trouble du lien social, c'est quand même caractérisé par un trouble du lien social. Donc des techniques de communication et des résolutions de problèmes, voilà il y a tel problème, qu'est-ce que je peux mettre en place ? Les avantages, les inconvénients et comment je peux réfléchir à ça en mise en situation.

ANNEXE 11 :

Tableau des thèmes de l'entretien 1 et des exemples discursifs :

Thèmes / Sujets	**Exemples discursifs**
Importance de l' « empowerment »	l.3 : « c'est primordial la vision d' « empowerment » » l.9-10 : « c'est un des premiers objectifs que je note » l.11 : « je reprends beaucoup » l.12-13 : « c'est un de mes objectifs de renforcer un petit peu cet « empowerment » » l.15 : « c'est important que la personne soit motivée »
Posture de l'ergothérapeute	l.13 : « en l'accompagnant » l.30 : « le retentissement dans les activités qui sont signifiantes pour eux » l.38 : « pluriprofessionnalité » l.39 : « je me base beaucoup sur l'avancée par rapport aux bilans neuropsychologiques » l.44 : « demande médicale ou demande pluridisciplinaire » l.54 : « j'interviens dès le début de la prise en charge » l.58 : « je m'intéresse beaucoup à leur satisfaction de participation » l.59-60 : « en fonction de leur demande » l.69 : « je peux commencer une amorce de réflexion » l.105-106 : « faire les activités qui sont signifiantes pour elle »
Empowerment	l.4 : « la notion d'espoir, d'engagement » l.5 : « que la personne soit actrice de sa prise en charge et qu'elle prenne conscience » l.6-7 : « qu'elle se saisisse » l.10 : « estime d'elle-même » l.11 : « se sent capable de »

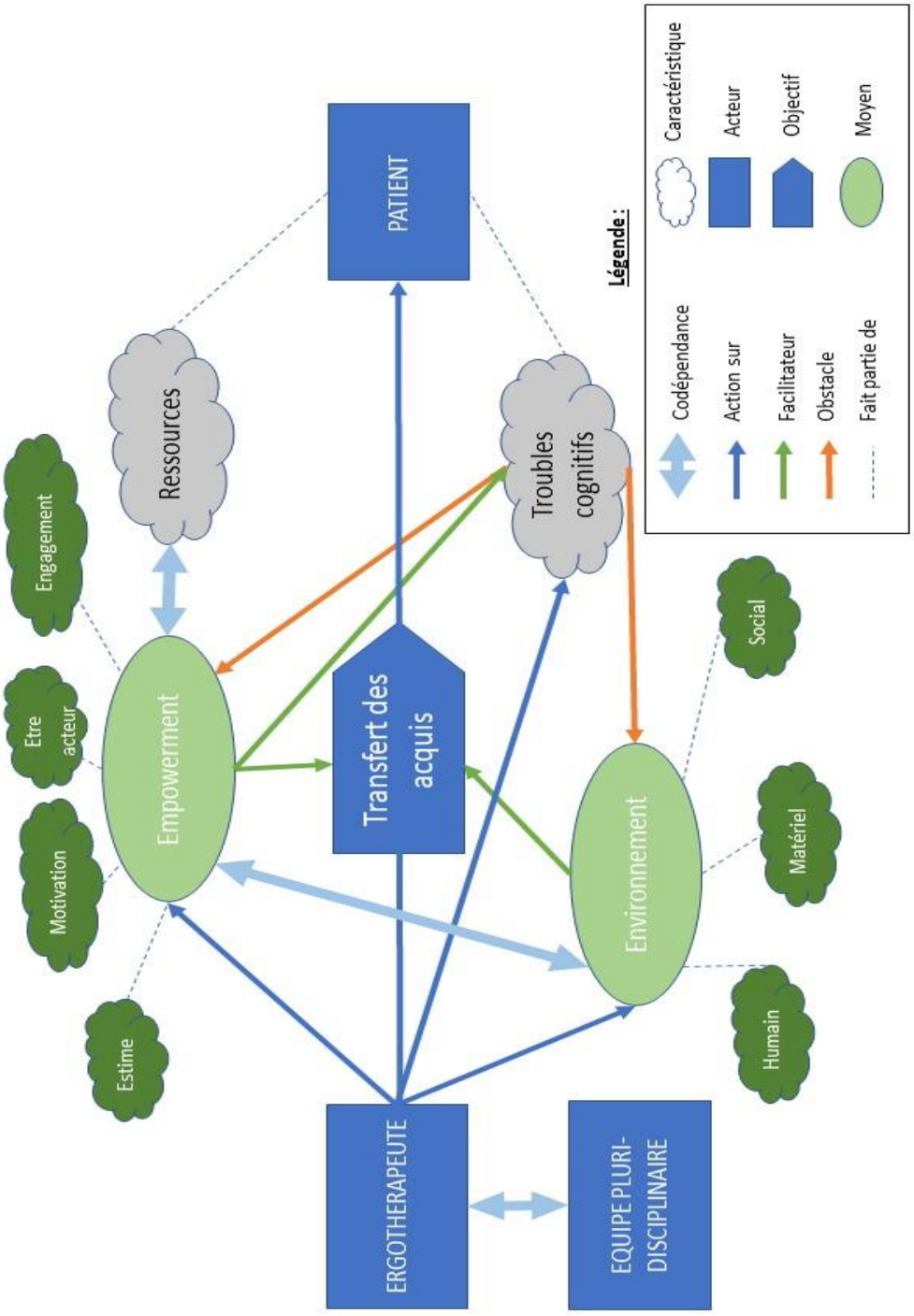
	l.15 : « que la personne soit motivée » l.46 : « plaintes » l.64 : « que la personne ait cette envie de modifier quelque chose »
Transfert des acquis	l.6 : « capacités et ressources » l.8 : « qu'elle les transfère elle-même » l.14-15 : « qu'elle puisse utiliser le mieux possible les stratégies qu'elle aura acquise dans son cursus de rétablissement » l.24 : « faire le lien » l.27 : « le lien entre les stratégies qu'ils ont acquises et leur quotidien » l.29 : « évaluations pratiques » l.43-44 : « généralisation dans le quotidien » l.48-49 : « lien entre leur quotidien et les stratégies qu'ils acquièrent » l.73-74 : « demandes concrètes qui sont en lien avec le quotidien » l.119 : « on se met en situation » l.125 : « essayer des choses chez eux »
Environnement	l.6 : « ressources » l.12 : « retentissement sur la vie quotidienne » l.21 : « problèmes concrets » l.22 : « difficultés concrètes qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne » l.25 : « dans le quotidien » l.29 : « test […] à domicile » l.30 : « retentissement dans les activités qui sont signifiantes pour eux » l.43-44 : « généralisation dans le quotidien » l.45-46 : « difficultés dans le quotidien » l.56 : « retentissement dans la vie quotidienne » l.73-74 : « demandes concrètes qui sont en lien avec le quotidien » l.83 : « environnement humain »

	l.85 : « le retour à l'extérieur, en société » l.86-87 : « au niveau matériel » l.88-89 : « normaliser l'environnement c'est-à-dire d'adapter vraiment aux capacités de la personne l'environnement matériel » l.90-91 : « des aides techniques, des aides humaines s'il faut, un aménagement spécifique du domicile » l.92 : « réorganiser l'environnement » l.117-118 : « faire beaucoup de mises en situation, partir de leurs difficultés au quotidien » l.120 : « la mise en pratique dans un environnement graduel » l.124 : « aller sur l'extérieur » l.125, l.127 : « chez eux » l.126 : « dans leur domicile » l.132 : « lien social »
Facilitateurs du transfert	l.5-6 : « qu'elle a des capacités et des ressources et qu'elle peut justement faciliter le transfert des acquis » l.8 : « des informations qui peuvent l'aider et qu'elle transfère elle-même » l.21-22-23 : « j'essaie de me baser sur des problèmes concrets qu'ils rencontrent ou des difficultés concrètes qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne pour qu'ils puissent faire ce transfert des acquis » l.41-42 : « je participe au programme d'entraînement aux habiletés sociales donc c'est une manière aussi de favoriser le transfert des acquis » l.63-64 : « pour faciliter le transfert des acquis il faut que la personne elle ait cette envie de modifier quelque chose » l.115-116 : « très important s'il y a des difficultés qu'ils y aient accès avant » l.117-118 : « partir de leurs difficultés au quotidien » l.119-120 : « pour moi c'est vraiment la mise en pratique »

Freins à l'empowerment	l.10 : « faible estime d'elle-même » l.79-80 : « le degré d'auto stigmatisation de la personne » l.80-81-82 : « c'est ce que je rencontre beaucoup, des patients qui s'auto stigmatisent beaucoup et qui augmentent encore plus leurs difficultés d'empowerment » l.83 : « stigmatisation et d'auto stigmatisation » l.86 : « la méconnaissance du grand public parce que ça fait peur la schizophrénie » l.97 : « tous les symptômes résiduels » l.98 : « symptômes négatifs » l.98-99 : « tous les 'a' privatifs »
Domaines cognitifs	l.24 : « planification » l.25 : « organisation » l.26 : « gestion du budget » l.26 : « gestion du temps » l.30 : « fonctions exécutives » l.37 : « cognition froide » l.37 : « cognition sociale » l.41 : « habiletés sociales » l.71-72 : « gestion du budget » l.73 : « planification » l.75, l.94-95, l.96 : « difficultés cognitives »

ANNEXE 12 :

Carte cognitive :



RESUME / ABSTRACT :

Environ 1% de la population française souffre de schizophrénie. Les symptômes liés à leur pathologie les marginalisent. Dans le processus de la réhabilitation sociale, l'ergothérapeute pourra notamment s'appuyer sur la remédiation cognitive. Les ergothérapeutes répondant à une enquête préliminaire ont fait ressortir les notions d' « empowerment » et de transfert des acquis. Ce mémoire tente à déterminer comment l'ergothérapeute peut associer le transfert des acquis de la remédiation cognitive à l' « empowerment » des personnes atteintes de schizophrénie.
La méthode utilisée pour tenter de répondre à cette question est la méthode clinique par entretien semi-directif.
La population ciblée s'est avérée très limitée, rendant les résultats peu exploitables. Néanmoins, la personne interrogée a noté des liens de causalité entre le pouvoir d'agir, l'environnement du patient et le transfert des acquis.
Afin d'approfondir la question, il conviendrait d'élargir la population cible et d'étendre la recherche vers une méthode expérimentale.

About 1% of the French population suffers from schizophrenia. Symptoms related to their pathology marginalize them. In the process of social rehabilitation, occupational therapists can rely on cognitive remediation. Occupational therapists responding to a preliminary inquiry highlighted the concepts of empowerment and transfer of learning.
This thesis attempts to determine how the occupational therapist can associate the transfer of cognitive remediation with the empowerment of people with schizophrenia.
The method used to attempt to answer this question is the semi-directive clinical method.
The target population was very limited, making the results unworkable. Nevertheless, the interviewee noted causal links between the empowerment, the patient's environment and the transfer of learning.
In order to deepen the issue, the target population should be expanded and research extended to an experimental method.

MOTS-CLES / KEYWORDS :

« *réhabilitation psychosociale* » - « *ergothérapie* » - « *schizophrénie* » - « *empowerment* » - « *transfert des acquis* »

« *rehabilitation* » - « *occupational therapy* » - « *schizophrenia* » - « *empowerment* » - « *transfer of learning* »