



Évaluation en ergothérapie et tests neuropsychologiques : deux approches complémentaires pour initier le parcours de rétablissement des personnes ayant une schizophrénie

Mégane Dumont

► To cite this version:

Mégane Dumont. Évaluation en ergothérapie et tests neuropsychologiques : deux approches complémentaires pour initier le parcours de rétablissement des personnes ayant une schizophrénie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03035802

HAL Id: dumas-03035802

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03035802>

Submitted on 2 Dec 2020

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.



**UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES**
Université Clermont Auvergne



Université Clermont Auvergne
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

Mégane DUMONT

25 mai 2020

Mémoire pour le
Diplôme d'Etat en Ergothérapie

**Évaluation en ergothérapie et tests neuropsychologiques :
deux approches complémentaires pour initier le parcours
de rétablissement des personnes ayant une schizophrénie**

*Sous la direction d'Emilie Dacremont, Psychologue
au Centre Référent Conjoint de Réhabilitation Psychosociale (CRCR)
de Clermont-Ferrand*

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent naturellement à Emilie Dacremont, dont les conseils avisés ont toujours fait progresser ma réflexion, mais qui a surtout su me superviser avec toute la bienveillance que l'on peut espérer d'une directrice de mémoire.

Je remercie bien sûr les ergothérapeutes et les psychologues qui ont accepté de m'accorder de leur temps si précieux afin de participer à mon étude, et sans qui ce travail n'aurait tout simplement pas pu aboutir.

J'aimerais également remercier Céline Dauzat et Stéphanie Fouillat, pour leur accompagnement dans la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IUFE d'Auvergne, qui a réussi à mener notre promotion jusqu'au Diplôme d'Etat malgré des imprévus pour le moins inédits.

Mes remerciements se dirigent aussi vers toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de cet écrit : Jackie Dumont, Maël Poulossier, Paul Susini, Julie Hemmerlin, Lucie Burnier-Framboret et tant d'autres.

Je souhaiterais par ailleurs remercier ma famille, plus particulièrement mes parents pour leur amour encourageant et mon frère qui a partagé mon quotidien durant ces trois années de formation.

Enfin, merci à Florian Sorco pour son soutien indéfectible depuis de nombreuses années déjà et ce, quel que soit le moment, quelles que soient mes humeurs, quel que soit l'enjeu.

Sommaire

Listes des abréviations	3
Introduction	4
1. Contexte	6
1.1. Revue de littérature	6
1.1.1. La schizophrénie	6
1.1.2. La réhabilitation psycho-sociale	8
1.1.3. L'évaluation initiale	12
1.2. Enquête exploratoire	16
1.2.1. Contexte de l'enquête	16
1.2.2. Les pratiques professionnelles	16
1.2.3. Les outils d'évaluation utilisés	16
1.2.4. La collaboration	17
1.3. Question de recherche	18
1.4. Cadre éthique	19
2. Méthodologie	20
2.1. Choix de la méthode	20
2.2. Population	20
2.3. Elaboration de l'outil	21
2.4. Mode d'analyse des données	24
2.5. Limites de la méthode	24
3. Résultats	25
3.1. Analyse longitudinale	25
3.1.1. Binôme A	25
3.1.2. Binôme B	27
3.1.3. Binôme C	30
3.2. Analyse transversale	32
3.2.1. Les difficultés liées à la schizophrénie	33

3.2.2. <i>Le recueil de données initial</i>	34
3.2.3. <i>Le processus d'évaluation</i>	35
3.2.4. <i>La collaboration dans le cadre de l'évaluation</i>	37
3.2.5. <i>La multidisciplinarité et ses bénéfices</i>	38
4. Discussion	39
4.1. Deux approches pour un objectif commun	39
4.1.1. <i>Deux façons d'appréhender les troubles cognitifs</i>	39
4.1.2. <i>Un objectif commun : le rétablissement</i>	40
4.2. Une collaboration interdisciplinaire qui tend vers la transdisciplinarité	41
4.2.1. <i>Une collaboration entre deux niveaux</i>	41
4.2.2. <i>Penser la collaboration</i>	42
4.3. L'évaluation de la Performance occupationnelle	43
4.4. Limites et perspectives	44
4.4.1. <i>La méthode</i>	44
4.4.2. <i>La taille de l'échantillon</i>	44
4.4.3. <i>La population interrogée</i>	45
Conclusion	47
Références bibliographiques	49
Annexes	55
Annexe I. Le modèle PEOP	55
Annexe II. Questionnaire exploratoire	56
Annexe III. Avis éthique	60
Annexe IV. Formulaire d'information et de non-opposition	61
Annexe V. Guide d'entretien pour les ergothérapeutes	62
Annexe VI. Guide d'entretien pour les psychologues	64
Annexe VII. Le parcours professionnel des participants	66
Annexe VIII. Analyse longitudinale complète	67
Annexe IX. Synthèse de l'analyse transversale	75

Listes des abréviations

AERES : échelle d'Auto-Evaluation des RESsources
AFRC : Association Francophone de Remédiation Cognitive
ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APA : American Psychiatric Association
AVQ : Actes de la Vie Quotidienne
CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11ème édition
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CRT : Cognitive Remediation Therapy
DE : Diplôme d'Etat
DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5ème édition
DU : Diplôme Universitaire
EF2E : Évaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie
EHS : Entraînement aux Habiletés Sociales
ELADEB : Échelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins
ERF : Évaluation des Répercussions Fonctionnelles
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FROGS : Groupe d'Observation de la Rémission Fonctionnelle dans la Schizophrénie
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpital De Jour
IPT : Integrated Psychological Therapy
MNS : troubles Mentaux, Neurologiques et liés à l'utilisation de Substances
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RC : Remédiation Cognitive
RPS : Réhabilitation Psycho-Sociale
TEM : Test des Errances Multiples
TCC : Techniques Cognitivo-Comportementales
UE : Unité d'Enseignement
UPSR : Unité Psychiatrique de Soins et de Réadaptation

Introduction

Grâce à la loi du 11 février (« Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », 2005), le handicap psychique a pu être reconnu en tant que tel. Par la suite, en 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé un plan d'action intitulé « Comblar les lacunes en santé mentale » (Mental Health GAP) (OMS, 2008). Dans le cadre de ce programme, différents troubles Mentaux, Neurologiques et liés à l'utilisation de Substances psychoactives (MNS) ont été identifiés comme prioritaires : la dépression, le suicide, l'épilepsie, la démence, les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogue, les troubles mentaux de l'enfant et enfin, celui qui fait l'objet de cet écrit, la schizophrénie.

Les troubles psychiatriques chroniques sont source d'une altération du fonctionnement à l'origine d'un désavantage social conséquent (Goyet et al., 2013). A cela s'ajoutent la stigmatisation, les discriminations et la violation des droits fondamentaux en termes d'emploi, de logement ou encore d'éducation que subissent au quotidien les personnes vivant avec une schizophrénie (OMS, 2018b). Ces difficultés sont majorées par d'importants troubles cognitifs qui sont de plus en plus étudiés. La Remédiation Cognitive est ainsi devenue un outil de réhabilitation incontournable auprès des personnes ayant une schizophrénie ces dernières années.

Dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale, une évaluation pluridisciplinaire en amont permet de définir des préconisations thérapeutiques et un parcours de soins individualisé. L'évaluation des troubles cognitifs est actuellement réalisée en grande partie par les neuropsychologues qui disposent de tests standardisés permettant d'objectiver le déficit cognitif d'un individu. De plus en plus souvent, ce bilan initial est complété par une évaluation en ergothérapie considérée comme plus globale et plus écologique. Ainsi, le but de la présente étude était de saisir la complexité du processus d'évaluation auprès de personnes ayant des troubles cognitifs en lien avec une schizophrénie, et plus particulièrement de comprendre en quoi l'approche de l'ergothérapeute complète celle du neuropsychologue.

Dans un premier temps, un état des lieux des connaissances présentes dans la littérature a été effectué. Ainsi les trois grandes thématiques du sujet ont été investiguées : la schizophrénie, la réhabilitation psycho-sociale, et l'évaluation. L'ensemble de ces éléments théoriques ont ensuite été comparés aux pratiques des professionnels par l'intermédiaire d'une enquête exploratoire, ce qui a permis de faire émerger la question de recherche suivante :

« En quoi l'évaluation en ergothérapie complète-t-elle les tests neuropsychologiques pour évaluer les troubles cognitifs des personnes ayant une schizophrénie ? »

Pour y répondre, une méthode avec analyse qualitative a été privilégiée. Ainsi, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec trois binômes composés d'un ergothérapeute et d'un psychologue exerçant ensemble en réhabilitation psycho-sociale. Ces six entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative longitudinale et transversale. Les résultats obtenus ont ensuite été discutés en regard de la théorie abordée dans la revue de littérature, notamment les différents niveaux de collaboration multidisciplinaire et le modèle « Personne - Environnement - Occupation - Performance » (PEOP) (Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2015).

1. Contexte

1.1. Revue de littérature

1.1.1. La schizophrénie

La schizophrénie est une affection psychotique, c'est-à-dire qu'elle altère le rapport à la réalité de la personne concernée. La onzième édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) la caractérise par des « perturbations dans de multiples modalités mentales ». Ces modalités sont la pensée, la perception, l'expérience de soi, la cognition, la volition, les affects et enfin le comportement (OMS, 2018a). La pathologie peut se déclarer de façon brutale ou progressive et évoluer de façon continue ou épisodique. La rémission peut ensuite être complète ou incomplète avec des symptômes résiduels d'intensité variable.

1.1.1.1. Données épidémiologiques

Environ un pour cent de la population est concerné par cette pathologie qui se déclare le plus souvent entre quinze et vingt-cinq ans (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008). Concernant l'étiologie, il est aujourd'hui admis qu'une prédisposition génétique augmenterait la vulnérabilité à des facteurs de risques psychosociaux et environnementaux. Ces facteurs peuvent être la consommation de substances psychoactives, le milieu urbain, les migrations ou encore les traumatismes psychologiques (Vilain et al., 2013). Par ailleurs, l'espérance de vie des personnes ayant une schizophrénie est inférieure à celle de la population générale (Danel et al., 2011). Cet écart est lié au risque suicidaire, mais aussi aux pathologies métaboliques, cardiovasculaires et pulmonaires dont l'incidence est augmentée avec le développement de la pathologie (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005; Hennekens, Hennekens, Hollar, & Casey, 2005).

1.1.1.2. Symptomatologie

Les symptômes sont très hétérogènes d'une personne à l'autre et peuvent évoluer au cours du temps. Il n'existe pas de signe pathognomonique. En effet, selon

la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), le diagnostic repose sur une association de symptômes combinée à une altération du fonctionnement professionnel et social persistant depuis au moins six mois (American Psychiatric Association, 2013). Classiquement, les auteurs distinguent trois grandes catégories :

- **les symptômes positifs** (ou productifs) : les hallucinations (perceptions sensorielles sans objet) et les idées délirantes (convictions fixes, fausses et inébranlables) ;
- **les symptômes négatifs** (ou déficitaires) : l'émoussement des affects, l'isolement, l'aboulie, l'apathie ou encore l'anhédonie ;
- **les symptômes de désorganisation** (ou perte de l'unité psychique) : l'ambivalence, les illogismes, les barrages, l'absence de relation entre les différentes parties du corps, la catatonie, les stéréotypies.

A ces trois grands types de symptômes peuvent s'ajouter des troubles cognitifs. Ceux-ci concernent particulièrement la mémoire, les fonctions exécutives, la vitesse de traitement et la cognition sociale (Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone, & Seidman, 2010). Ils précèdent généralement l'émergence de la psychose et sont souvent beaucoup plus invalidants (Strassnig et al., 2015). Par ailleurs, il est possible que les personnes ayant une schizophrénie n'aient pas conscience de leurs troubles. Ce phénomène est appelé « défaut d'*insight* » et doit être pris en compte car il peut compliquer, voire entraver, le parcours de soins.

1.1.1.3. Propositions thérapeutiques

Les antipsychotiques sont le socle du traitement pharmacologique. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il faut rechercher la posologie minimale efficace et privilégier la monothérapie sous forme orale (HAS, 2007). Cependant, bien que très efficaces sur les symptômes positifs, les antipsychotiques ont souvent peu d'effets sur les symptômes négatifs, la désorganisation et les troubles cognitifs (Stip, 2006). De ce fait, d'autres approches non médicamenteuses telles que l'électro-convulsivothérapie, la stimulation magnétique transcrânienne répétée et les interventions psycho-sociales sont également recommandées par l'HAS.

1.1.2. La réhabilitation psycho-sociale

1.1.2.1. Principes généraux

Dans le domaine du soin, la vision de la schizophrénie a beaucoup évolué ces dernières années. Auparavant, les personnes ayant une schizophrénie étaient perçues comme dépendantes et amenées à vivre en institution. Dorénavant, c'est le « rétablissement » qui prime, par opposition à la « guérison ». Cela signifie que l'absence totale de symptômes n'est plus recherchée. Il s'agit désormais d'aider les personnes à reprendre peu à peu la responsabilité de leur vie en favorisant l'autodétermination, ce qui renvoie à une autre notion-clé, celle de l'« *empowerment* » (Center for Addiction and Mental Health, 2017; Ryan, Baumann, & Griffiths, 2012).

La réhabilitation psycho-sociale peut être définie comme un « *processus permettant de procurer aux personnes en situation de handicap psychique les moyens de s'insérer au mieux dans leur milieu social, professionnel et/ou culturel en favorisant le développement de leurs compétences propres, leur permettant ainsi de reconquérir la considération d'autrui, de retrouver un rôle social, et par conséquent une estime de soi* » (De Lussac, 2016). Ainsi, l'objectif de la réhabilitation psycho-sociale est d'accompagner les usagers dans leur parcours de rétablissement, tout en favorisant une participation active de leur part, pour qu'ils développent un nouvel équilibre et qu'à terme ils puissent vivre avec le moins d'aides professionnelles possible (Jouet & Greacen, 2012). Deux grands types d'actions sont distingués :

- celles à l'intention de la personne, lui permettant ainsi de se rétablir ;
- celles en direction de la société, afin qu'elle soit plus apte à l'accueillir.

En outre, le retentissement fonctionnel de la schizophrénie étant plurifactoriel, le parcours de soins doit combiner plusieurs propositions thérapeutiques différentes. Celles-ci peuvent prendre plusieurs formes afin de répondre à une multitude d'objectifs :

- la psychothérapie ;
- les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) ;
- l'entretien motivationnel ;
- la pair-aidance ;

- les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ;
- le soutien aux familles et aux proches ;
- la psychoéducation ;
- l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) ;
- l'Entraînement aux Habiletés Sociales (EHS) ;
- la Remédiation Cognitive (RC).

1.1.2.2. La Remédiation Cognitive

Il est désormais admis que l'amélioration des fonctions cognitives est l'un des meilleurs prédicteurs du fonctionnement dans la communauté et de l'insertion professionnelle des personnes ayant une schizophrénie (McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo, & Mueser, 2007; Prouteau & Verdoux, 2011; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011). La Remédiation Cognitive se révèle donc souvent essentielle dans leur parcours de soins. Le psychiatre Nicolas Franck la définit comme une « *approche permettant d'améliorer le fonctionnement cognitif, soit en entraînant les fonctions déficitaires, soit en permettant aux personnes d'acquérir les stratégies leur permettant d'exploiter au mieux leurs fonctions résiduelles* » (Franck, 2017). Cette proposition thérapeutique s'appuie sur le postulat qu'il est possible de réaliser une performance cognitive en mettant en place des stratégies compensatoires. Parmi les programmes de Remédiation Cognitive les plus connus, il existe par exemple :

- l'Integrated Psychological Therapy ou IPT (Brenner, Hodel, Roder, & Corrigan, 1992) ;
- la Cognitive Remediation Therapy ou CRT (Delahunty & Morice, 1993) ;
- le programme RECOS (Vianin, 2007) ;
- le programme RehaCom (Cochet et al., 2006).

Ce type de programmes tend à ce que la personne suivie trouve elle-même ses stratégies et les nomme selon ses propres termes afin qu'elle s'en saisisse et les adopte plus facilement. Il s'agit de favoriser son engagement et de lui redonner le pouvoir d'agir sur sa propre pathologie. Cette démarche a vocation à développer l'*empowerment* (Ryan et al., 2012).

Par ailleurs, il est important de noter que, pour bénéficier de ce type d'interventions, la symptomatologie positive doit être stabilisée par un traitement pharmacologique et la personne doit avoir une conscience suffisante de ses troubles. De plus, l'addiction à des substances psychoactives telles que le cannabis ou l'alcool peut impacter l'efficacité des propositions thérapeutiques. Enfin, pour que l'un de ces programmes soit réellement bénéfique, il est préférable qu'il s'inscrive dans un parcours de soins global au sein d'une équipe multidisciplinaire.

1.1.2.3. Une collaboration multidisciplinaire à plusieurs niveaux

Dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale, il est indispensable de travailler en réseau et de croiser les regards des différents professionnels afin de déterminer les ressources et les limites de la personne (Goyet et al., 2013). La nature de cette collaboration demande néanmoins à être définie. Dans la littérature, les auteurs distinguent trois niveaux de « multidisciplinarité » (Claverie, 2010; Glykos, 1999; Morin, 1994).

Le premier niveau, la **pluridisciplinarité**, fait référence à l'association de plusieurs disciplines avec un objectif commun. Chaque profession n'a alors pas à modifier ses représentations ou ses méthodes. Cette organisation ne demande pas ou peu de communication entre les différents professionnels car les résultats sont obtenus par juxtaposition des résultats individuels. La pluridisciplinarité a l'avantage d'offrir une certaine stabilité, d'être peu chronophage et d'être cognitivement peu coûteuse, mais il ne s'agit pas d'un niveau de collaboration très profond.

L'**interdisciplinarité** s'apparente à la pluridisciplinarité dans le sens où des personnes travaillent ensemble à partir de leurs propres fondements professionnels dans le but de résoudre un problème commun. Cependant, cette collaboration est plus poussée car les différents professionnels ne travaillent plus seulement en parallèle : ils communiquent de façon régulière et disposent d'un langage commun. Ce niveau peut donc s'avérer un peu plus coûteux que le précédent en termes de temps et d'effort cognitif, mais reste relativement stable.

Enfin, pour ce qui est du dernier niveau, la **transdisciplinarité**, aucune frontière n'est établie entre les différentes disciplines. Il s'agit d'une collaboration qui traverse les disciplines et transgresse les barrières professionnelles afin de créer une « méta-

discipline » avec un langage, une logique et des concepts qui lui sont propres. En conséquence, les différents acteurs sont amenés à sortir de leur routine professionnelle et à effectuer un choix de pensée cognitivement coûteux qui peut être chronophage. Contrairement aux deux niveaux précédents, celui-ci est particulièrement instable mais il permet une collaboration plus approfondie. Dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale, cette façon d'envisager la multidisciplinarité peut s'apparenter au « *case management* » (Petitqueux-Glaser, Gozlan, & Acef, 2009). Ce modèle d'intervention consiste à proposer aux usagers une approche globale afin de les accompagner vers le rétablissement. Ainsi, lors d'une nouvelle admission, une équipe pluridisciplinaire est constituée autour de la personne et l'un des professionnels se voit attribuer le rôle de « coordinateur de parcours » (Petitqueux-Glaser, Acef, & Mottaghi, 2010). Ce dernier a pour mission de favoriser la continuité des soins en coordonnant l'ensemble des activités et des services que peut recevoir l'utilisateur.

1.1.2.4. L'ergothérapie et la Performance occupationnelle

Quelle que soit la nature du réseau multidisciplinaire, l'ergothérapeute en fait partie. En effet, les programmes de Remédiation Cognitive ne sont réellement efficaces que si les nouveaux acquis sont transférés dans le quotidien (De Lussac, 2016). L'ergothérapeute a alors un rôle essentiel : celui de placer la personne dans une situation dite écologique, c'est-à-dire la plus adaptée à ses conditions de vie, tout en étant propice au travail des fonctions cognitives déficitaires. Il est nécessaire que la personne expérimente d'abord dans un cadre dont le thérapeute est garant, avant d'envisager un renforcement à domicile ou dans la cité (McGurk et al., 2007).

Par ailleurs, les pratiques en ergothérapie peuvent être conceptualisées par des modèles. L'un d'entre eux, le modèle « Personne - Environnement - Occupation - Performance » (PEOP) (Christiansen et al., 2015), place la Performance occupationnelle comme résultat de l'intervention en ergothérapie. Celle-ci est soutenue par trois éléments :

- l'**Occupation**, qui correspond aux activités, aux tâches et aux rôles qu'une personne souhaite ou doit réaliser ;
- la **Personne**, avec ses capacités et ses contraintes ;
- l'**Environnement**, composé d'éléments facilitateurs et obstacles.

Ainsi, selon cette approche systémique, une adéquation entre la Personne, son Environnement et ses Occupations permet la Performance occupationnelle et, en conséquence, améliore la Participation sociale et le Bien-être (cf. Annexe I).

Par ailleurs, le modèle PEOP étant centré sur la personne, il permet d'intégrer ses objectifs, ses perspectives et ses valeurs dans la résolution de ses problèmes occupationnels. Il est donc particulièrement adapté pour l'accompagnement de personnes souhaitant augmenter leur capacité d'agir dans le but de participer pleinement à la société. Cela rejoint les concepts de rétablissement et d'*empowerment* qui ont été décrits précédemment et qui sont au cœur de la démarche de réhabilitation psycho-sociale.

1.1.3. L'évaluation initiale

Les troubles des personnes ayant une schizophrénie étant très hétérogènes, les programmes de Remédiation Cognitive se doivent d'être personnalisés et adaptés à chaque personne (Goyet et al., 2013). Il est donc indispensable de définir des objectifs et de déterminer quelles peuvent être les ressources de l'utilisateur. Pour cela, une évaluation initiale est réalisée. Elle est constituée de plusieurs bilans réalisés par différents professionnels, notamment les neuropsychologues et les ergothérapeutes.

1.1.3.1. Qu'est-ce qu'une évaluation ?

L'évaluation est une technique que l'on utilise pour saisir l'état d'une situation à un moment donné (CNRTL, 2012). Elle représente souvent le point de départ de toute relation thérapeutique. Elle vise à recueillir des données, à identifier les ressources et les faiblesses d'une personne et à mesurer l'étendue de l'impact qu'une pathologie peut avoir sur sa vie (Maskill & Tempest, 2017). A l'issue de l'évaluation, le professionnel peut définir, en lien avec la personne, des objectifs thérapeutiques et un plan d'intervention. Il s'agit d'un processus complexe qui nécessite que l'évaluateur maîtrise son outil et soit en mesure d'en analyser et interpréter les résultats.

Pour juger de la qualité d'un outil d'évaluation, trois critères sont pris en compte (Béthoux & Calmels, 2012) :

- la validité : c'est-à-dire que des études scientifiques ont été publiées afin de s'assurer que l'outil d'évaluation mesure effectivement ce qu'il prétend mesurer et dans quelles conditions (protocole de passation, population ciblée, professionnel spécifique, etc.) ;
- la fiabilité (ou le niveau d'exactitude de l'outil) : ce qui correspond au fait que le même score est obtenu par deux évaluateurs différents (fiabilité inter-juge) et à plusieurs jours d'intervalle (effet test-retest) pour un même individu ;
- la norme : à savoir la comparaison avec un échantillon représentatif de population dite « saine » considérée comme la norme.

Il est important de noter qu'un outil d'évaluation utilisé dans un contexte ou une population autres que ceux pour lesquels il a été conçu ne peut plus être considéré comme standardisé. Par ailleurs, tous les outils utilisés par les thérapeutes ne sont pas validés scientifiquement : ce sont les bilans « faits maison ». Ceux-ci ont été créés par des professionnels au sein de leur structure afin de répondre à des besoins spécifiques et n'ont fait l'objet d'aucune étude de validation.

1.1.3.2. L'évaluation neuropsychologique

L'évaluation du neuropsychologue (Zillmer, Spiers, & Culbertson, 2007) est précédée par un recueil de données qui consiste à lire le dossier médical et les comptes rendus des autres professionnels, puis à réaliser un entretien d'anamnèse avec la personne. Ce premier rendez-vous vise à reprendre son parcours de vie et les difficultés qu'elle rencontre, ou a pu rencontrer, sur les plans scolaire, professionnel et relationnel. Lors de cet entretien, le professionnel est également attentif aux comportements de la personne, à l'organisation de son discours, de sa pensée et aux éventuels signes d'anxiété. Enfin, un recueil des plaintes cognitives et fonctionnelles est réalisé ainsi qu'une recherche des stratégies compensatoires déjà mises en place. Ce premier entretien va guider le psychologue dans le choix des outils qui vont suivre.

Dans un second temps, un ensemble de tests standardisés, c'est-à-dire dont les conditions de passation sont contrôlées, est proposé à la personne. Cette évaluation repose sur une approche psychométrique et vise à objectiver ses

compétences dans chacune des différentes fonctions cognitives : la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives qui constituent la cognition froide, et la cognition sociale, aussi appelée cognition chaude. Cette étape a pour but de dépister des troubles ou d'établir un diagnostic différentiel, mais vise aussi à mettre en avant les ressources cognitives de chaque personne. Il est alors possible d'individualiser l'intervention en Remédiation Cognitive.

Bien que le recueil des plaintes fonctionnelles mette en avant les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, certains facteurs tels que les interférences, la gestion émotionnelle ou encore le fait de savoir jauger ses ressources, sont plus difficilement évaluables par l'intermédiaire de ces tests papier crayon et informatisés car il s'agit de situations fictives et contrôlées.

1.1.3.3. L'évaluation en ergothérapie

L'évaluation fait partie de l'une des dix compétences de l'ergothérapeute : « *Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique* » (« Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute », 2010). Il s'agit d'être capable d'identifier les problèmes rencontrés par la personne, de les comprendre et de les expliquer pour ensuite les interpréter et les analyser afin d'établir une synthèse.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2019), « *Par le biais d'entrevues, d'évaluations et de mises en situations concrètes, l'ergothérapeute obtient des informations au niveau de vos atouts et de vos faiblesses. Il recueille également des renseignements sur la manière dont vos activités se déroulent et sur le contexte environnemental dans lequel elles s'exercent. Enfin, il s'enquiert de vos rôles sociaux et tâches particulières en ce qui concerne les soins personnels, la vie domestique, l'école, les loisirs, la famille et le travail.* ». Selon cette définition, l'évaluation en ergothérapie prend donc en considération la personne, les facteurs environnementaux qui participent à la production de situations de handicap, mais aussi ses occupations, rejoignant ainsi les trois concepts clés du modèle conceptuel PEOP décrit précédemment. De la sorte, une vision holistique de la personne à un moment précis peut être donnée. Pour cela, l'ergothérapeute a recours à différents moyens :

- le recueil de données, par la lecture du dossier médical et des comptes rendus déjà réalisés par les autres professionnels ;
- l'entretien, qui permet de compléter le recueil de données, d'établir les bases de la relation thérapeutique, mais aussi de recueillir le projet de vie et les attentes de la personne ;
- les bilans, qui peuvent être validés ou faits maison ;
- l'observation, notamment durant l'entretien, les bilans et les mises en situation.

Par ailleurs, selon le modèle PEOP, il est nécessaire pour l'ergothérapeute de choisir des outils permettant d'évaluer la Performance occupationnelle et la Participation sociale, mais aussi de créer un profil occupationnel en recueillant des informations sur les facteurs personnels et environnementaux par le biais de la narration. Pour cela, les ergothérapeutes exerçant en santé mentale disposent de plusieurs outils :

- **l'échelle d'Évaluation des Répercussions Fonctionnelles (ERF)** (Vianin, 2007) qui est un entretien semi-structuré de quarante-cinq questions permettant d'évaluer l'impact des troubles cognitifs sur la vie quotidienne (Vianin, Azzola, & Xavier, 2016) ;
- **les Échelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB)** (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez, & Grasset, 2011) qui abordent vingt domaines de la vie quotidienne que la personne auto-évalue en triant des cartes. Outre la connaissance du profil occupationnel et des préoccupations de la personne, ce type d'outils permet aussi d'instaurer une dynamique de dialogue (Koch, 2016) ;
- **l'échelle d'Auto-Evaluation des Ressources (AERES)** (Bellier-Teichmann & Pomini, 2018), qui est également basée sur un tri de cartes et qui est désormais recommandée car, contrairement aux deux précédentes, elle n'est pas axée sur les difficultés de la personne, mais plutôt sur ses ressources. Elle permet de définir celles qui vont contribuer à son rétablissement, mais aussi celles que l'individu souhaite développer ou renforcer.

1.2. Enquête exploratoire

1.2.1. Contexte de l'enquête

Afin de mettre en lien l'ensemble de ces connaissances théoriques avec les pratiques des professionnels, un questionnaire d'exploration a été élaboré (cf. Annexe II). Il a été diffusé et transmis à des services spécialisés en Remédiation Cognitive sur l'ensemble du territoire Français (AFRC, 2019). Il s'adressait à des ergothérapeutes et des neuropsychologues exerçant auprès de personnes ayant une schizophrénie. Au total, treize ergothérapeutes et treize psychologues ont accepté de répondre à ce questionnaire, soit un total de vingt-six professionnels.

1.2.2. Les pratiques professionnelles

L'ensemble des personnes interrogées situaient leur pratique professionnelle dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale. Néanmoins, il est important de noter que, si tous les psychologues se plaçaient toujours dans ce cadre, la plupart des ergothérapeutes ne s'y retrouvaient que parfois seulement. De la même manière, en termes de proportions, les psychologues semblaient recourir davantage à la Remédiation Cognitive que les ergothérapeutes.

Les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour restaurer, maintenir ou compenser les fonctions cognitives d'une personne ayant une schizophrénie étaient généralement en lien avec les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ). Ils ont souvent recours à la mise en situation et accompagnent la mise en place de stratégies compensatoires. En ce qui concerne les neuropsychologues, ils proposent des programmes complets de Remédiation Cognitive avec des exercices informatiques ou papier crayon.

1.2.3. Les outils d'évaluation utilisés

Tous les professionnels interrogés, à l'exception d'un seul, ont recours à des évaluations dans le cadre de leur pratique. Les neuropsychologues y ont tous systématiquement recours, tandis que c'est le cas pour la moitié des ergothérapeutes

seulement. Plusieurs ergothérapeutes interrogés ont en effet signalé qu'ils ne faisaient pas passer de bilans évaluant la sphère cognitive car ils considéraient que c'était le rôle du neuropsychologue. D'autre part, pour cette population, ils disposent de peu de bilans validés, spécifiques à leur profession. Ils sont donc plus souvent amenés à en adapter ou à en créer, contrairement aux neuropsychologues qui, pour la plupart, utilisent exclusivement des tests standardisés.

Enfin, lorsqu'ils ont été interrogés sur les atouts et les lacunes des outils d'évaluation qu'ils utilisent, les neuropsychologues ont souvent souligné l'aspect validé et normalisé, mais ont soulevé leur manque de fiabilité et de validité écologique. Inversement, les ergothérapeutes mettaient en avant le fait que leurs outils étaient en lien avec la personne, son environnement et ses occupations, mais regrettaient d'avoir peu de bilans validés dans ce domaine.

1.2.4. La collaboration

La majorité des professionnels interrogés a déjà mené des interventions en co-thérapie. Celles-ci peuvent prendre la forme d'entretiens motivationnels, d'animations de groupes, d'accompagnements à domicile mais aussi d'évaluations. Les réponses obtenues montrent également qu'une grande partie des professionnels a déjà réalisé des bilans en binôme : le Test des Errances Multiples (TEM) (Shallice & Burgess, 1991) et l'Évaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie (EF2E) (Poncet et al., 2015) dans la plupart des cas. Ces deux outils correspondent à des mises en situation écologiques. Dans le cadre du TEM, la personne doit réaliser une série de tâches, nécessitant parfois d'entrer en interaction avec des commerçants, dans un quartier non connu, et en respectant plusieurs conditions. L'EF2E consiste à demander à la personne de réaliser un gâteau au chocolat puis une omelette afin d'évaluer son fonctionnement exécutif en activité. Il est cependant important ici de noter que le TEM et l'EF2E ne sont pas des outils validés pour la schizophrénie. En effet, ils ont été initialement conçus pour évaluer des personnes présentant une affection neurologique centrale acquise.

D'un côté comme de l'autre, la collaboration entre professionnels était perçue comme très importante car tous jugent leurs approches complémentaires. Selon eux, le fait d'avoir un langage et des objectifs communs favoriserait cette collaboration. La

bonne connaissance des missions de chacun serait également un atout. En revanche, le manque de temps, les choix institutionnels et l'ignorance du rôle du collègue seraient à l'origine de difficultés à travailler ensemble.

1.3. Question de recherche

La schizophrénie est une pathologie mentale fréquente à l'origine d'une altération de la Performance occupationnelle. Ces difficultés sont liées, en grande partie, aux troubles cognitifs qui accompagnent l'émergence de la psychose. Or, la littérature scientifique démontre que les traitements médicamenteux n'ont pas d'effet sur ce type de troubles. Dès lors, depuis plusieurs années, des interventions psycho-sociales sont désormais recommandées en complément des antipsychotiques. Ces différentes interventions peuvent être regroupées sous le terme de « réhabilitation psycho-sociale ». Elles ont pour finalité de permettre à la personne de se rétablir en augmentant sa capacité d'agir et sa participation sociale. Ainsi, la réhabilitation psycho-sociale propose des actions à l'intention de la personne et des actions en direction de son environnement, ce qui correspond, selon le modèle PEOP, aux deux concepts qui sous-tendent l'occupation. L'ergothérapeute s'inscrit donc naturellement dans cette démarche.

La Remédiation Cognitive est l'une des propositions thérapeutiques de la Réhabilitation Psycho-Sociale. Néanmoins, afin d'être réellement bénéfique, celle-ci doit être individualisée. C'est la raison pour laquelle un bilan de « pré-remédiation » est toujours réalisé en amont. Par ailleurs, la littérature et les pratiques professionnelles actuelles démontrent que le travail en multidisciplinarité est bénéfique pour le parcours de soins de la personne. Ergothérapeutes et psychologues sont des acteurs incontournables lorsqu'il s'agit de restaurer, maintenir ou compenser les fonctions cognitives d'une personne vivant avec une schizophrénie. Pourtant, de nombreux ergothérapeutes ne réalisent pas d'évaluation car, d'une part, ils ne disposent pas de bilans validés dans ce domaine et pour cette population et, d'autre part, ils attribuent ce rôle aux neuropsychologues qui eux disposent de nombreux tests standardisés. Or, ces derniers déplorent le manque de validité écologique des outils qu'ils utilisent.

Ainsi, l'ergothérapeute, en tant qu'« *intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* » (ANFE, 2019), semble avoir une place primordiale dans le processus d'évaluation qui initie toute préconisation de Remédiation Cognitive pour les personnes ayant une schizophrénie dans un contexte de la réhabilitation psycho-sociale. Par conséquent, la question qui émerge à la suite de cet état des lieux des connaissances, est la suivante :

« En quoi l'évaluation en ergothérapie complète-t-elle les tests neuropsychologiques pour évaluer les troubles cognitifs des personnes ayant une schizophrénie ? »

1.4. Cadre éthique

Cette recherche s'instaure dans le cadre de la validation d'une Unité d'Enseignement (UE) pour préparer le Diplôme d'Etat (DE) d'ergothérapeute. Elle a été soumise à un comité d'éthique de l'Université Clermont Auvergne à laquelle l'Institut de Formation est rattaché et a reçu un avis favorable le 7 avril 2020 (cf. Annexe III). D'autre part, ce mémoire d'initiation à la recherche est dirigé par un professionnel de santé disposant de compétences dans le domaine de la réhabilitation psycho-sociale et veillant à son bon déroulement.

Tout au long de ce travail, aucun nom de patient, de professionnel ou de structure ne sera divulgué, dans le but de préserver l'anonymat de tous. Par ailleurs, la rédaction de cet écrit respectera autant que possible des règles d'objectivité, de bienveillance et de non-jugement. Enfin, les personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont signé un formulaire d'information et de non-opposition (cf. Annexe IV). Ce dernier les informait, entre autres, qu'elles étaient libres de participer et donc d'interrompre l'entretien à tout moment.

2. Méthodologie

Afin de répondre à la question de recherche énoncée précédemment, il est nécessaire de sélectionner la méthode qui sera employée, la population ciblée, l'outil utilisé, ainsi que la manière dont les données recueillies seront analysées. L'ensemble de ces choix seront explicités dans cette seconde partie.

2.1. Choix de la méthode

Ce travail ne visait pas à mettre en avant l'aspect quantitatif de la pratique de l'ergothérapeute en réhabilitation psycho-sociale, mais plutôt à comprendre en quoi son approche peut compléter celle du psychologue. Les données recherchées étaient donc d'ordre qualitatif. Plus précisément, la méthode qualitative qui a été utilisée ici est l'entretien individuel. Il s'agit d'une méthode clinique centrée sur la personne et son discours (Tétreault & Guillez, 2014). Celle-ci favorise la libre expression et permet d'avoir accès aux idées et aux représentations de la personne interrogée. Grâce à l'entretien, la réalité a été explorée telle qu'elle est perçue par les différents professionnels. Cela permet d'appréhender les différents aspects d'un phénomène qui était, dans le cas présent, la collaboration entre ergothérapeutes et psychologues dans le cadre de l'évaluation initiale des troubles cognitifs des personnes ayant une schizophrénie. Enfin, parmi les différents types d'entretien possibles, une forme individuelle semi-structurée a été privilégiée ici afin d'obtenir des informations argumentées et détaillées, tout en guidant la personne avec des questions ouvertes.

2.2. Population

Afin de procéder au recueil de ces données qualitatives, deux types de professionnels ont été ciblés : les ergothérapeutes et les psychologues spécialisés en Remédiation Cognitive. En effet, dans le cas présent, n'interroger que des ergothérapeutes sur leur rôle au sein du processus d'évaluation initiale aurait biaisé le recueil de données. Afin de mieux comprendre en quoi leur approche pouvait permettre de compléter celle des psychologues, il convenait de consulter également

ces derniers. Ainsi, en mettant en parallèle les réponses de ces deux catégories de professionnels, la place et le champ de compétences de chacun ont pu être définis de la manière la plus impartiale possible.

D'autre part, dans le but d'avoir un double regard sur le sujet et de gagner en objectivité, il a été décidé d'interroger les professionnels par binôme. Cela signifie que, pour chaque participant ergothérapeute, son collègue psychologue était également interrogé individuellement, et inversement. Cette façon de procéder permettait d'avoir, pour une même situation de collaboration, la vision de chaque partie, et d'ainsi limiter un biais important lié au caractère subjectif des témoignages.

Les critères d'inclusion pour les ergothérapeutes étaient les suivants :

- être titulaire du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute ;
- avoir exercé en réhabilitation psycho-sociale en France durant au moins un an ;
- réaliser régulièrement des évaluations auprès de personnes ayant une schizophrénie. En effet, l'enquête exploratoire avait révélé que certains ergothérapeutes ne réalisaient pas d'évaluation dans ce domaine, alors que c'était précisément l'objet de cette étude. Il n'était donc pas possible de répondre à la question de recherche sans ce type de données.

En ce qui concerne les psychologues, les critères d'inclusion étaient :

- avoir le titre de Psychologue et être spécialisé en Neuropsychologie, ou du moins en Remédiation Cognitive car de nombreux psychologues rapportaient dans l'enquête exploratoire qu'ils pratiquaient la Remédiation Cognitive sans pour autant avoir obtenu un Master en Neuropsychologie ;
- avoir exercé en réhabilitation psycho-sociale en France durant au moins un an ;
- réaliser régulièrement des évaluations des troubles cognitifs auprès de personnes ayant une schizophrénie.

2.3. Elaboration de l'outil

Dans le cadre d'un entretien semi-structuré, le professionnel interrogé est guidé grâce à des questions ouvertes. Par conséquent, cette démarche suppose de créer un outil en amont afin de déterminer les différents thèmes à aborder lors de l'entretien,

et ce, dans un ordre logique et cohérent. L'élaboration de cet outil est primordiale et doit être réfléchie avec précision car il conditionne la qualité des données recueillies.

Ainsi, un guide d'entretien a été élaboré pour les ergothérapeutes (Annexe V) et pour les psychologues (Annexe VI). Afin de tendre vers une certaine neutralité dans le recueil de données et de pouvoir obtenir des résultats comparables, ces deux grilles étaient quasiment identiques. En effet, chaque question a été volontairement formulée de manière à pouvoir convenir aux ergothérapeutes, comme aux psychologues. Aucun vocabulaire spécifique à la profession de chacun n'a donc été employé. La seule différence est que les termes « psychologues » et « ergothérapeutes » ont été intervertis selon le professionnel concerné par la question.

Chaque guide d'entretien était composé d'une question d'amorce et de cinq questions interrogeant cinq thèmes distincts. Pour chaque thème, des questions de relance ont également été rédigées en vue d'une éventuelle incompréhension ou pour réorienter la personne vers des points qui n'auraient pas été abordés en cas de réponse incomplète. Les questions étaient les suivantes.

Question d'amorce : Pourriez-vous décrire votre parcours professionnel ?

Cette première question était une amorce permettant d'interroger le participant sur son expérience professionnelle, afin de mieux connaître la personne et son passé dans le domaine de la Santé Mentale.

Question n°1 : Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?

Ce premier thème permettait d'aborder la thématique de la Performance occupationnelle. Ce concept, emprunté au modèle PEOP, n'était pas employé dans la question car il n'est pas connu des psychologues. A travers cette question, les professionnels étaient interrogés sur les plaintes qu'ils recueillent fréquemment chez les personnes qu'ils suivent, pour comprendre quelles étaient les causes principales de l'altération de la Performance occupationnelle pour cette population.

Question n°2 : Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?

Ici les professionnels étaient interrogés sur la manière dont ils effectuent leur recueil de données initial, afin de déterminer quel type d'informations les intéresse pour définir leur plan d'intervention et savoir s'il s'agit de données concernant la Personne, l'Environnement, ou encore l'Occupation.

Question n°3 : Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?

Cette question se situe au cœur du sujet et visait à mettre en lumière les différences entre les outils d'évaluation de chacun. Grâce aux questions de relance, les différentes modalités d'une évaluation étaient investiguées : le choix de l'outil, le matériel nécessaire, la façon de procéder, les résultats obtenus ou encore les compétences nécessaires pour analyser et interpréter les résultats.

Question n°4 : Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme avec un(e) psychologue / un(e) ergothérapeute, comment ces interventions se déroulent-elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?

Ce thème abordait le sujet de la collaboration lors de l'évaluation initiale grâce à deux possibilités : celle où le professionnel a déjà expérimenté l'évaluation en binôme, et celle où il n'y a jamais eu recours en lui demandant de réfléchir à cette éventualité. Dans les deux cas, les questions de relance conduisaient à interroger le professionnel sur la manière dont il envisagerait une telle collaboration.

Question n°5 : Selon vous, en quoi la collaboration entre le(s) psychologue(s) et l'(es) ergothérapeute(s) peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?

Cette dernière question tendait à la connaissance des idées et des représentations du professionnel concernant l'intérêt de la multidisciplinarité et ses attentes vis-à-vis de son collègue. Les réponses obtenues visaient également à émettre des hypothèses concernant la nature de cette collaboration.

2.4. Mode d'analyse des données

Chaque entretien a été enregistré au format audio puis retranscrit par écrit. Ainsi, chacun d'entre eux a pu faire l'objet d'une analyse longitudinale afin d'extraire les idées principales de chaque participant de manière individuelle. Les réponses de chaque professionnel ont ensuite été confrontées à celles de son collègue afin d'obtenir des résultats binôme par binôme.

Dans un second temps, les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse transversale destinée à confronter les réponses de l'ensemble des professionnels, thématique par thématique, afin d'en réaliser une synthèse. Cette analyse a permis d'extraire des similitudes et des nuances entre les propos des différents participants interrogés.

2.5. Limites de la méthode

La méthodologie utilisée présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'entretien, par définition, permet d'accéder aux représentations d'une personne sur un sujet donné. Les informations recueillies sont donc intrinsèquement subjectives car les professionnels sont amenés à partager leur propre vision et à analyser une pratique qui est la leur. Par ailleurs, les entretiens n'ont pas pu se réaliser en présentiel mais par téléphone, ce qui retire une part non négligeable des données recueillies : la communication non-verbale. Enfin, bien que les questions aient été rédigées avec soin au moment de l'élaboration des guides d'entretien, elles ont parfois pu être reformulées lors des échanges afin de s'adapter à l'interlocuteur et préserver une part de spontanéité.

3. Résultats

3.1. Analyse longitudinale

Lors de cette étude, six professionnels exerçant dans trois établissements différents ont été interrogés. La première question de chaque entretien visait à obtenir des données concernant leur parcours professionnel. Celles-ci sont disponibles en Annexe VII. En outre, dans le cadre de cette première analyse, chaque entretien a été étudié individuellement et les réponses de chaque professionnel ont été mises en parallèle à celles de son collègue. Des tableaux ont ainsi été construits par binôme. Néanmoins, pour plus de lisibilité, ceux-ci ont été ajoutés en Annexe VIII et seule une synthèse sera présentée ci-dessous.

3.1.1. Binôme A

Les professionnelles qui forment le premier binôme exercent dans une Unité Psychiatrique de Soins et de Réadaptation (UPSR) spécialisée en réhabilitation psycho-sociale. La psychologue A est titulaire d'un Master de Neuropsychologie et a sept ans d'expérience en Santé Mentale à son actif. L'ergothérapeute A a été diplômée il y a vingt-deux ans et a toujours exercé dans le domaine. Par ailleurs, elle est titulaire d'un Diplôme Universitaire (DU) de Remédiation Cognitive.

Question n°1 : Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?

Tout d'abord, les deux professionnelles s'accordent à dire que les troubles cognitifs sont à l'origine d'importantes difficultés chez les personnes ayant une schizophrénie. Toutes deux mentionnent notamment des troubles attentionnels et exécutifs. Cependant, selon la neuropsychologue A, les plaintes sont surtout liées aux symptômes psychiques. L'atteinte cognitive ne serait pas spontanément évoquée et doit être explorée par le thérapeute à l'aide d'un questionnaire. Enfin, les deux professionnels évoquent des limitations d'activité, mais de façon différente. En effet, le discours de l'ergothérapeute A est centré sur ces difficultés occupationnelles qu'elle

justifie par l'atteinte cognitive. En revanche, pour la psychologue A, ces répercussions sont évoquées comme une conséquence des troubles.

Question n°2 : Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?

Avant une première rencontre, les deux collègues ont pour point commun de récolter peu d'informations concernant la personne. Elles estiment ainsi éviter d'avoir des *a priori* qui orienteraient leurs questions par la suite. Pour son recueil de données initial, la neuropsychologue A réalise un entretien avec une trame afin de mieux connaître la personne en l'interrogeant sur son parcours et ses ressentis. Pour ce qui est de l'ergothérapeute A, elle lit succinctement le dossier médical ainsi que le compte rendu du bilan neuropsychologique et a recours à l'observation. Elle est attentive notamment au comportement de la personne, à son niveau de compréhension, à sa distractibilité et à ses réactions aux sollicitations.

Question n°3 : Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?

Par la suite, les deux professionnelles évaluent les troubles cognitifs mais n'ont pas recours aux mêmes outils. La psychologue A utilise des tests neuropsychologiques standardisés papier crayon ou informatiques qu'elle sélectionne en fonction du niveau de la personne et des plaintes recueillies lors de l'anamnèse. L'analyse des résultats lui permet d'obtenir le profil cognitif de la personne en prenant en compte les perturbations éventuelles. Cette interprétation requiert des connaissances sur le fonctionnement cognitif normal et pathologique obtenues grâce à une formation en neuropsychologie. L'ergothérapeute A a également recours à du matériel papier crayon pour évaluer rapidement les fonctions cognitives, mais il s'agit d'un bilan « maison ». Il lui arrive parfois aussi d'utiliser l'ELADEB en complément pour avoir le ressenti de la personne concernant ses difficultés. L'analyse et l'interprétation se font ensuite en collaboration avec la neuropsychologue A afin d'orienter la personne vers le groupe de Remédiation Cognitive correspondant à son niveau, mais aussi pour adapter les activités.

Question n°4 : Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme, comment ces interventions se déroulent-elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?

L'ergothérapeute A et la psychologue A n'ont pas recours à l'évaluation en binôme, elles ont chacune leurs propres outils. Néanmoins, un questionnement est en cours car toutes les deux évoquent à plusieurs reprises la volonté de se rapprocher des difficultés quotidiennes de la personne et de faire plus de lien avec ses plaintes afin de l'impliquer davantage. Ainsi, l'idée serait de construire un nouvel outil en collaboration afin d'évaluer cet aspect.

Question n°5 : Selon vous, en quoi la collaboration entre ergothérapeute et psychologue peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?

Les deux membres du binôme A semblent d'accord sur le fait que leur complémentarité naît d'un lien « théorico-pratique ». Les psychologues, en analysant les fonctions cognitives sollicitées, auraient une approche théorique, là où les ergothérapeutes auraient un abord plus concret en utilisant des outils significatifs et signifiants. Par ailleurs, selon la psychologue A, la collaboration permettrait à la personne de faire du lien et d'éviter les doublons, d'où l'importance d'une réflexion à deux et d'une bonne coordination. La connaissance de l'autre et l'intérêt pour le travail de son collègue, en s'appropriant les outils qu'il utilise, seraient également des facteurs favorables.

3.1.2. Binôme B

L'ergothérapeute B et la psychologue B travaillent au sein d'un Hôpital De Jour (HDJ) spécialisé en réhabilitation psycho-sociale. Elles ont respectivement onze et dix ans d'expérience dans le domaine et ont toutes les deux des activités de recherche en parallèle. Par ailleurs, elles ont chacune effectué plusieurs formations complémentaires suite à l'obtention de leur diplôme afin d'enrichir leur pratique professionnelle, notamment concernant les fonctions cognitives.

Question n°1 : Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?

Les membres du binôme B partagent de nombreuses idées en commun. La première est le fait que les symptômes sont hétérogènes d'un individu à l'autre et, d'autre part, que les troubles cognitifs seraient souvent les plus invalidants. Les deux professionnelles mentionnent notamment des plaintes mnésiques et attentionnelles. Selon elles, cette atteinte cognitive aurait un impact sur l'insertion sociale et professionnelle, limiterait les activités significatives pour la personne et altérerait sa qualité de vie. Elles évoquent aussi le fait que tous les symptômes sont liés et que l'origine d'une difficulté n'est pas toujours évidente à établir.

Question n°2 : Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?

Concernant le recueil de données initial, l'ergothérapeute B et la psychologue B récoltent sensiblement le même type d'informations, à savoir le parcours de la personne, son mode de vie, ou encore ses projets. Par ailleurs, les deux collègues s'intéressent à l'atteinte cognitive, mais le recueil ne s'effectue pas de la même façon. La psychologue B prend en compte les plaintes spontanées lors de son entretien semi-directif, mais explore également cet aspect grâce à des questions ciblées ou en le déduisant à partir d'éléments de discours. L'ergothérapeute B, elle, a recours à l'observation lors de ses activités de groupe. En effet, selon elle, en tant que spécialiste en analyse de l'activité, elle identifie ce qui est stimulé et peut ainsi déceler ce qui est de l'ordre du domaine cognitif, psychique ou moteur.

Question n°3 : Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?

Les membres du binôme B ont chacune leurs propres outils d'évaluation. Ceux de la psychologue B sont des tests psychométriques papier crayon validés issus de

différentes batteries d'évaluation. Il en existe pour chacune des fonctions et sous-fonctions cognitives. L'ergothérapeute B a recours à plusieurs types d'outils :

- la mise en situation écologique pour évaluer les fonctions exécutives de manière globale (le TEM) ;
- une échelle d'Observation de la Rémission Fonctionnelle dans la Schizophrénie (l'échelle FROGS) ;
- des tris de cartes pour déterminer les besoins et les ressources de la personne (respectivement l'ELADEB et l'AERES).

Si les outils des deux thérapeutes permettent d'obtenir des résultats quantitatifs, elles s'accordent toutes les deux à dire que l'analyse qualitative est d'autant plus importante. Selon elles, cette étape d'analyse et d'interprétation nécessite une formation spécifique à chaque profession. Un autre point de concordance entre leurs deux discours est la nécessité d'un temps de restitution avec la personne à l'issue du processus d'évaluation.

Question n°4 : Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme, comment ces interventions se déroulent-elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?

Tout comme le binôme A, l'ergothérapeute B et la psychologue B ne réalisent pas régulièrement d'évaluations à deux même si cela a pu leur arriver quelquefois pour le TEM. Les deux professionnelles estiment qu'il n'est pas nécessaire de réaliser une évaluation en binôme, mais plutôt préférable de corréler deux types d'évaluation différentes. Néanmoins, avant d'envisager un programme de Remédiation Cognitive, un temps d'évaluation est systématiquement mis en place afin de déterminer si cette proposition est adaptée ou pas. Dans un premier temps, la psychologue B effectue un bilan neuropsychologique puis, dans un second temps, l'ergothérapeute B réalise un TEM. Ensuite, chacune attache de l'importance à comparer ses résultats à ceux de sa collègue afin de se coordonner. En effet, des différences peuvent être constatées entre un bilan papier crayon au sein d'un bureau et une évaluation en situation hors les murs car l'environnement peut être facilitateur ou obstacle.

Question n°5 : Selon vous, en quoi la collaboration entre ergothérapeute et psychologue peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?

Selon les professionnelles du binôme B, il est riche de pouvoir croiser les regards et les compétences de chacune. En effet, les psychologues iraient plus loin dans la réflexion des processus mentaux sous-jacents, tandis que les ergothérapeutes auraient une vision plus holistique et écologique centrée sur l'activité. Cette complémentarité permettrait d'avoir un questionnement et une réflexion plus approfondis afin de trouver des stratégies efficaces sur lesquelles s'appuyer. Enfin, pour les deux professionnelles, il semble nécessaire de bien distinguer les rôles afin que chacun conserve ses spécificités, tout en favorisant des temps d'échange et de collaboration concrets.

3.1.3. Binôme C

Les deux derniers professionnels font partie de l'équipe de Remédiation Cognitive d'un Centre Médico-Psychologique (CMP). Ils ont chacun trois années d'expérience en Santé Mentale et le Psychologue C est titulaire d'un Master de Neuropsychologie.

Question n°1 : Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?

Tout comme les deux précédents binômes, l'ergothérapeute C et le psychologue C évoquent des troubles cognitifs ayant des répercussions au quotidien. Néanmoins, ceux-ci semblent, plus que leurs pairs, mettre l'accent sur le retentissement social de ces difficultés. Ils évoquent notamment des troubles de la cognition sociale, des difficultés au niveau des relations interpersonnelles et un certain isolement. Au sein du binôme C, le psychologue détaille beaucoup les troubles cognitifs puis, dans un second temps, évoque leurs répercussions fonctionnelles, tandis que le discours de l'ergothérapeute est plus centré sur l'activité.

Question n°2 : Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?

Avant une première rencontre, l'ergothérapeute C et le psychologue C ne récoltent que peu d'informations. La première le justifie par le fait qu'elle préfère que les éléments lui soient amenés par la personne elle-même. Le second explique qu'il choisit de ne consulter le dossier médical qu'après sa propre anamnèse afin de comparer les données. Lors de la première rencontre, les deux professionnels attachent ensuite une importance particulière à créer un climat de confiance en expliquant à la personne la façon dont ils vont travailler.

Question n°3 : Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?

Après avoir effectué son recueil de données, chaque professionnel débute son évaluation. Le neuropsychologue C utilise du matériel papier crayon ou informatique standardisé. Il évalue de manière précise et indépendante chaque fonction et chaque sous-fonction cognitive en ciblant plus particulièrement celles qui font l'objet de plaintes. Son bilan n'en demeure pas moins complet et tend à établir un profil cognitif. L'utilisation de ce type d'outils suppose de savoir normer un test, mais également d'être capable de pondérer les résultats par l'observation clinique. En ce qui concerne l'ergothérapeute C, son principal outil est l'ELADEB. Cette échelle visuelle et structurante vise à faire, avec la personne, un état des lieux de ses besoins en abordant des sujets à la fois globaux et précis, mais aussi à connaître son ressenti concernant sa qualité de vie. Il lui arrive aussi parfois d'avoir recours au TEM afin d'évaluer globalement les fonctions cognitives. Selon elle, la mise en situation est complexe dans le sens où les résultats obtenus nécessitent des compétences en analyse d'activité afin de pouvoir être interprétés.

Question n°4 : Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme, comment ces interventions se déroulent-elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?

Ce troisième et dernier binôme n'a pas non plus systématiquement recours à l'évaluation à deux. Comme pour d'autres, ils ont pu le faire pour le TEM mais cela reste rare car chronophage. Ils semblent néanmoins avoir tous les deux la volonté de travailler en plus étroite collaboration afin de faire le lien entre le « bureau » et les situations de vie réelle, mais plutôt dans le cadre des interventions proposées que sur l'évaluation en elle-même.

Question n°5 : Selon vous, en quoi la collaboration entre ergothérapeute et psychologue peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?

Les deux membres du binôme C s'accordent à dire que la complémentarité de leurs deux professions est une richesse. La mise en commun de leurs approches permettrait de proposer à la personne un accompagnement plus complet et individualisé. En effet, selon l'ergothérapeute C, les stratégies amenées par les ergothérapeutes et les psychologues ne seraient pas les mêmes. Certaines d'entre elles pourraient se révéler plus efficaces ou moins stigmatisantes que d'autres selon le lieu ou le moment. En outre, selon le neuropsychologue C, leurs rôles peuvent parfois se chevaucher, c'est pourquoi il convient de pouvoir les distinguer. Enfin, il évoque également l'importance de l'esprit d'équipe et le fait d'avoir une philosophie commune, celle du rétablissement.

3.2. Analyse transversale

Cette seconde analyse vise à étudier simultanément l'ensemble des entretiens réalisés afin de mettre en exergue les différents points de congruence, mais aussi cibler les spécificités des ergothérapeutes et des psychologues. Pour plus de clarté, une synthèse de cette analyse transversale a été ajoutée en Annexe IX.

3.2.1. Les difficultés liées à la schizophrénie

Tout d'abord, l'ensemble des professionnels interrogés conviennent que les personnes ayant une schizophrénie présentent des troubles cognitifs. Il peut s'agir de difficultés attentionnelles, exécutives, mnésiques, mais également d'une atteinte de la cognition sociale. De manière générale, cette atteinte cognitive aurait un impact sur les activités productives, de soins personnels et de loisirs, mais aussi un fort retentissement social qui se traduit par des difficultés dans les relations interpersonnelles et un certain isolement. L'ergothérapeute B l'illustre de la façon suivante : *« tout ce qui est troubles cognitifs nuit vraiment à la réinsertion sociale et professionnelle et ne permet pas à la personne de faire des choses qui sont signifiantes pour elle »*.

Néanmoins, si tous les participants interrogés mentionnent les troubles cognitifs, il existe une nuance entre le discours des professionnels. En effet, les psychologues donnent de nombreux détails concernant l'atteinte cognitive et évoquent les limitations d'activité comme une conséquence de ces troubles, tandis que les propos des ergothérapeutes sont plus centrés sur l'occupation. Ils abordent les troubles cognitifs en regard des restrictions de participation. A titre d'exemple, voici comment l'ergothérapeute C évoque des troubles attentionnels : *« des difficultés par rapport à pouvoir interagir avec les gens, à rester concentré, à garder le fil de la discussion ou d'un film »*.

Les symptômes positifs et négatifs sont également évoqués par les professionnels, mais en moins grande majorité que les troubles cognitifs qui seraient beaucoup plus invalidants. C'est ce qu'explique notamment l'ergothérapeute B : *« les troubles cognitifs sont beaucoup plus impactant dans la vie de tous les jours que la symptomatologie positive ou négative, sachant qu'en plus, tout est intriqué »*. La fin de cette citation traduit également le fait que l'ensemble des symptômes sont liés, idée qui apparaît dans plusieurs autres discours. En effet, les symptômes positifs, tels que les hallucinations, pourraient majorer les troubles cognitifs, qui eux-mêmes auraient un impact sur le syndrome négatif. Ainsi, dans le cadre d'une pathologie comme la schizophrénie, il semble souvent compliqué d'établir l'origine précise d'une difficulté.

Par ailleurs, selon les professionnels interrogés, les symptômes peuvent être très divers d'une personne à l'autre, d'où la nécessité de réaliser des évaluations. Cette hétérogénéité concerne également le niveau de conscience des troubles, aussi appelé *insight*. Ainsi, plusieurs professionnels expliquent que les troubles cognitifs ne font pas toujours l'objet de plaintes spontanées. Plusieurs méthodes peuvent alors permettre d'explorer cet aspect : le déduire à partir du discours de la personne, avoir recours à l'observation, ou encore poser directement des questions ciblées. C'est le cas par exemple de la psychologue B : « *si je vois que spontanément il n'y a pas forcément de plaintes, je vais essayer d'aller chercher, d'explorer certains domaines en posant des questions ciblées, en se basant sur le quotidien du patient* ».

3.2.2. Le recueil de données initial

Avant une première rencontre, la plupart des professionnels ont pour point commun de ne récolter que peu d'informations sur la personne afin de conserver une certaine neutralité dans leur manière de l'aborder. Ainsi, l'ergothérapeute A précise « *je préfère la rencontrer et être assez vierge d'a priori, parce que ça peut arriver très vite* ». D'autres expliquent que cela leur permet de limiter les biais et de ne pas orienter leurs questions lors du premier entretien. Le plus souvent, les personnes interrogées choisissent de ne consulter le dossier médical qu'après la première rencontre afin de comparer les informations obtenues avec celles de leurs collègues. Cette façon de procéder leur permet d'évaluer les habiletés métacognitives de la personne.

Ensuite, la façon de recueillir les données semble différer entre les professionnels. En effet, les psychologues ont tendance à beaucoup utiliser l'entretien semi-directif avec une trame, tandis que les ergothérapeutes ont plus recours à l'observation et l'analyse en activité. Quelle que soit la méthode, les informations qui intéressent les professionnels sont sensiblement les mêmes. Il s'agit de données concernant le contexte de consultation, le parcours de la personne, son mode de vie et son environnement socio-culturel. En outre, ils relèvent également les plaintes de l'utilisateur, la façon dont il ressent ses difficultés, mais aussi ses éventuelles ressources et son projet de vie.

D'autre part, plusieurs professionnels mentionnent l'importance de créer une alliance thérapeutique avec la personne lors des premières séances. A titre d'exemple, le psychologue C explique qu'il leur dit : *« on va travailler ensemble sur une évaluation, mais derrière le but c'est de faire quelque chose, c'est de vous accompagner vers quelque chose, du coup, vous, qu'est-ce que vous auriez envie de faire ? »*. Il établit ainsi une relation thérapeutique avec la personne fondée sur un partenariat.

3.2.3. Le processus d'évaluation

Si la façon d'évaluer diffère entre les ergothérapeutes et les psychologues, tous rappellent qu'il est absolument nécessaire d'attendre que la pathologie soit stabilisée avant de pouvoir débiter les évaluations. L'ergothérapeute B le justifie de cette façon : *« Le patient n'est pas encore au mieux de ce qu'il peut être au niveau des capacités cognitives et ça ne reflètera pas vraiment... Il peut être très ralenti à cause des médicaments etc. donc on attend une certaine stabilisation, on attend de le connaître, on travaille beaucoup sur l'alliance thérapeutique »*.

Concernant l'évaluation en elle-même, le bilan neuropsychologique est « séquentiel », c'est-à-dire que chaque fonction cognitive est investiguée l'une après l'autre, voire même chaque sous-fonction, avec, par exemple, différents tests d'attention sélective, divisée ou soutenue. En outre, il s'agit d'une évaluation au sein d'un bureau avec du matériel papier crayon ou informatique. Les psychologues utilisent des outils validés standardisés qui leur permettent d'établir le profil cognitif de la personne. Ils semblent également attacher une grande importance aux habiletés métacognitives.

Pour ce qui est de l'évaluation en ergothérapie, elle est plutôt holistique et fait appel à différents types d'outils. D'une part, ils utilisent des bilans « maison » ou adaptés de neurologie comme le TEM. Ce dernier évalue également les fonctions cognitives mais de façon globale et hors les murs. D'autre part, les ergothérapeutes ont recours à des outils comme l'ELADEB et l'AERES qui visent à donner la parole à la personne par l'intermédiaire d'un tri de cartes. L'ergothérapeute B en parle de cette façon : *« c'est un tri que le patient fait lui-même, donc c'est lui qui va mettre en avant les besoins qu'il a, qu'il ressent et ce sur quoi il veut travailler, donc c'est pas du tout une projection de l'équipe soignante sur les besoins du patient »*. Grâce à ce type de

supports visuels, les ergothérapeutes investiguent les besoins et les ressources de la personne, mais cherchent également à connaître sa satisfaction concernant sa propre qualité de vie.

Suite à leurs évaluations, l'ensemble des professionnels interrogés s'accordent à dire qu'il est nécessaire d'analyser et d'interpréter les résultats obtenus. Ainsi l'analyse qualitative serait aussi importante, si ce n'est plus, que les résultats quantitatifs. En effet, dans le cadre d'une pathologie comme la schizophrénie, il est selon eux indispensable de savoir nuancer les résultats en prenant en compte les perturbations éventuelles liées aux symptômes positifs et négatifs, mais aussi à l'environnement. Par ailleurs, tous les participants estiment que cette étape d'analyse et d'interprétation nécessite des compétences particulières obtenues dans le cadre du cursus de formation propre à chaque profession. Pour les psychologues, ces compétences sont d'ordre clinique, mais aussi liées à la passation de bilans et à leurs connaissances des fonctions cognitives. Par exemple, la psychologue A explique : *« on a vraiment une formation qui est très détaillée sur déjà le fonctionnement cognitif normal pour pouvoir ensuite après le confronter au fonctionnement cognitif pathologique »*. En ce qui concerne les ergothérapeutes, la compétence fondamentale semble être l'analyse d'activité comme le précise l'ergothérapeute B : *« c'est ce qu'on vous apprend à l'école d'ergo, c'est d'être... Vous êtes des spécialistes en analyse d'activité donc chaque activité ce que ça stimule d'un point de vue cognitif, psychique ou autre »*.

Pour conclure leur phase d'évaluation, les professionnels attachent également une importance particulière à réaliser une restitution avec la personne concernée, le plus souvent à distance de ces bilans. Ce moment tend à favoriser l'engagement et l'implication de la personne. La psychologue A l'illustre de cette façon : *« on essaie vraiment toujours de raccrocher le bilan à la plainte, au projet, pour que ça leur serve à quelque chose et que ça soit pas juste un bilan dans le dossier quoi »*. Ainsi, ce temps de restitution se situe dans la continuité de l'idée d'un partenariat évoquée précédemment.

3.2.4. La collaboration dans le cadre de l'évaluation

Il est déjà arrivé à certains professionnels de réaliser des évaluations en binôme, le TEM généralement, mais cette pratique reste rare. Certains le justifient par un manque de temps ou d'effectif, et d'autres expliquent qu'ils n'en voient pas l'utilité comme c'est le cas pour l'ergothérapeute B : « *Ce qui est intéressant dans l'évaluation, c'est pas qu'on fasse la même évaluation, c'est qu'on croise nos évaluations qui sont très spécifiques l'une à l'autre, en fait, et c'est là où ça prend vraiment tout son sens parce que on va vraiment aller très très loin dans le questionnement* ». Ces propos illustrent aussi ce que font la plupart des professionnels, à savoir qu'ils collaborent de façon beaucoup plus étroite après que chacun ait réalisé ses propres évaluations.

Par ailleurs, les participants soulignent qu'il n'est pas rare que les performances d'une personne ne soient pas les mêmes dans le cadre d'une évaluation papier crayon ou en milieu écologique. En effet, l'évaluation neuropsychologique se réalise au sein d'un bureau et vise à mesurer isolément chaque sous-fonction de chaque fonction cognitive, en limitant autant que possible les interférences. Ceci implique des conditions de passation standardisées et donc des situations fictives. A l'inverse, l'évaluation écologique, comme son nom l'indique, se déroule hors les murs, au plus proche d'une situation de vie réelle. Celle-ci peut permettre de savoir si l'environnement est facilitateur car la personne met en place des automatismes qui lui permettent de compenser ou, au contraire, s'il fait obstacle du fait de la gestion émotionnelle engendrée par la réalité de la situation et les interactions sociales qui en découlent. Le psychologue C aborde cette notion de la façon suivante : « *on va vraiment faire quelque chose de très complémentaire pour voir le fonctionnement cognitif dans son ensemble et en situation réelle* ».

Ainsi, la corrélation des résultats obtenus lors de ces deux types d'évaluation permet aux professionnels de connaître l'ensemble des capacités et des ressources de la personne afin de trouver des stratégies efficaces à mettre en place. Ces échanges et cette réflexion en binôme les aide également à individualiser l'accompagnement et à déterminer ensemble les propositions thérapeutiques qui peuvent être faites à la personne, notamment la Remédiation Cognitive.

3.2.5. La multidisciplinarité et ses bénéfices

De manière générale, la collaboration entre les professionnels est perçue comme très « *riche* », terme qui est revenu à de nombreuses reprises pour évoquer le sujet. Tous les participants semblent avoir un avis plutôt favorable sur la multidisciplinarité, comme en témoigne l'ergothérapeute C : « *je pense que les deux ont tout à gagner à avoir une collaboration beaucoup plus fine, tant pour le patient, que pour les professionnels aussi* ».

De plus, comme évoqué précédemment, les professionnels s'accordent à dire que leurs approches sont complémentaires. Selon eux, il est bénéfique d'avoir un « *double regard* » sur une situation donnée afin d'avoir un questionnement plus approfondi. Cette complémentarité est évoquée par la psychologue A de la façon suivante : « *je pense qu'il y a vraiment ce côté théorico-pratique [...] allier la théorie à des choses qui sont beaucoup plus pratiques et en lien avec le quotidien quoi... Je pense que c'est là-dessus que le binôme fonctionne* ». En effet, selon les personnes interrogées, les psychologues auraient un abord plus théorique, avec une réflexion plus poussée sur les processus mentaux sous-jacents, là où les ergothérapeutes auraient une vision plus holistique et centrée sur l'activité. C'est pourquoi les premiers attendent souvent des ergothérapeutes qu'ils fassent le lien avec les activités de vie quotidienne, tandis que les seconds ont besoin d'obtenir, de la part des psychologues, des connaissances précises au sujet des fonctions cognitives préservées et déficitaires. Ce partage d'informations tend également à proposer aux usagers l'accompagnement le plus individualisé possible.

Néanmoins, si l'ensemble des professionnels interrogés soulignent l'importance du partage, de la coordination et de la connaissance de l'autre, ils sont également plusieurs à évoquer la nécessité de réfléchir ensemble aux modalités de cette collaboration afin de bien distinguer les rôles. Cette réflexion à deux tend à ce que chacun puisse trouver sa place tout en gardant ses spécificités. Le psychologue C aborde ce risque de la façon suivante : « *je trouve que c'est deux rôles qui, au-delà de se compléter, peuvent des fois se chevaucher* ». Enfin, ce « chevauchement » n'est pas une surprise dans le sens où, de manière générale, ergothérapeutes et psychologues semblent partager le même objectif, à savoir celui de soutenir et d'accompagner la personne.

4. Discussion

L'interrogation qui faisait l'objet de cette recherche était de savoir en quoi l'évaluation en ergothérapie complétait les tests neuropsychologiques pour évaluer les troubles cognitifs des personnes ayant une schizophrénie. Pour y répondre dans cette dernière partie, les similitudes et les divergences entre les deux approches seront évoquées. En outre, s'il est important de pouvoir distinguer les champs de compétence de chacun, il est également nécessaire d'appréhender les modalités de la collaboration afin que ces deux approches puissent coexister. Enfin, avant d'aborder les limites de cette étude, une attention particulière sera portée sur la spécificité de l'évaluation en ergothérapie afin d'identifier son apport dans le cadre de la réhabilitation psychosociale.

4.1. Deux approches pour un objectif commun

L'analyse des données a mis en évidence que les difficultés rencontrées par les personnes ayant une schizophrénie peuvent être très hétérogènes. Certains professionnels semblent penser que les troubles cognitifs sont souvent peu évoqués de manière spontanée par les usagers, bien que particulièrement invalidants. Par conséquent, il est nécessaire pour les thérapeutes d'aller explorer ce domaine. Ainsi, afin de proposer à la personne des interventions thérapeutiques pertinentes, c'est-à-dire individualisées, l'évaluation représente une étape incontournable lors d'une nouvelle admission. Cette recherche a montré qu'un écart pouvait exister entre les résultats d'une personne aux tests neuropsychologiques et en bilan écologique. Il apparaît donc nécessaire d'identifier l'origine d'une telle différence de performance et de saisir ce qui distingue ces deux méthodes d'évaluation afin de comprendre en quoi elles peuvent se compléter.

4.1.1. Deux façons d'appréhender les troubles cognitifs

Par l'intermédiaire de leur bilan, les neuropsychologues cherchent à obtenir le profil cognitif de la personne. Leur façon d'évaluer est séquencée, c'est-à-dire que toutes les fonctions et sous-fonctions cognitives sont investiguées isolément. Le but

est de supprimer tout ce qui peut interférer avec les résultats obtenus ou les perturber. Cela signifie qu'ils essaient de limiter, entre autres, les biais liés aux conditions environnementales. La situation d'évaluation est donc standardisée, et par conséquent fictive. C'est ce qui représente le principal point de divergence entre les deux approches.

En effet, les ergothérapeutes tendent à se rapprocher, autant que possible, d'une situation de vie réelle. Cependant, ces situations sont par définition difficilement reproductibles, d'où le manque de bilans standardisés et la tendance des ergothérapeutes à adapter certains outils afin qu'ils correspondent au mieux aux habitudes de vie de la personne. Par ailleurs, grâce aux bilans écologiques, il est possible de connaître l'impact de l'environnement sur les performances de la personne. Or, l'environnement humain peut avoir une importance particulière avec des personnes ayant une schizophrénie car, comme cela a pu être évoqué, elles font souvent face à un certain isolement en lien avec des troubles de la cognition sociale. Ces difficultés relationnelles peuvent être mises en exergue par un bilan comme le TEM car il implique des interactions sociales. Quand elles sont source d'angoisse, celles-ci engendrent une importante gestion émotionnelle qui peut expliquer une grande partie des différences de résultats entre une évaluation écologique et un bilan au sein d'un bureau.

4.1.2. Un objectif commun : le rétablissement

L'analyse des résultats a également permis d'identifier de nombreux points communs entre les ergothérapeutes et les psychologues. L'un d'entre eux, qui peut à première vue sembler anodin, est le caractère très sommaire du recueil de données avant une première rencontre. En effet, la plupart des professionnels expliquent qu'ils se renseignent peu, voire pas du tout, sur un usager avant de le rencontrer. Ils espèrent ainsi limiter les biais, mais attendent aussi que les informations leur soient amenées par la personne elle-même. Cette façon de procéder témoigne de leur volonté d'impliquer l'usager et d'avoir son ressenti avec le minimum de filtres possible. En effet, dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale, la personne n'est pas un « patient », mais est plutôt perçue comme un partenaire.

Par ailleurs, contrairement à ce qui aurait pu être attendu, aucune différence notable n'a été mise en évidence dans la nature des données recueillies lors d'un premier entretien. Il s'agit globalement de connaître la personne et son parcours, mais aussi d'identifier ses principales plaintes et son projet de vie. Les professionnels cherchent à savoir comment elle vit avec sa pathologie et ce qui est le plus important pour elle. Leur but premier est effectivement le même : il s'agit d'aider les usagers à avoir une vie satisfaisante en fonction de leurs critères personnels. Cela signifie notamment limiter les intermédiaires et donc recueillir les informations auprès du principal intéressé. Ainsi, ergothérapeutes et psychologues placent la personne au cœur de leur intervention et présentent un intérêt commun : celui de l'accompagner dans son parcours de rétablissement.

4.2. Une collaboration interdisciplinaire qui tend vers la transdisciplinarité

Dans la poursuite de cet objectif partagé, il a pu être constaté au cours de l'étude que le chevauchement des deux professions pouvait être source de questionnements. Il apparaît donc nécessaire d'envisager la façon dont ils collaborent afin que les deux approches puissent coexister.

4.2.1. Une collaboration entre deux niveaux

A première vue, il semble légitime de penser que la collaboration entre les ergothérapeutes et les psychologues dans le cadre de l'évaluation initiale des personnes ayant une schizophrénie est de nature interdisciplinaire. En effet, les critères évoqués dans la première partie de ce mémoire s'appliquent. Chaque professionnel a ses propres fondements et ses propres outils d'évaluation mais ils tentent de résoudre un problème commun, à savoir accompagner progressivement les usagers vers le rétablissement et leur proposer une évaluation en ce sens. Pour cela, ergothérapeutes et psychologues ne travaillent pas seulement en parallèle, ils échangent et communiquent de façon régulière avec un langage commun, ce qui évince le premier niveau de collaboration, la pluridisciplinarité, et confirme plutôt l'hypothèse de l'interdisciplinarité.

Pour ce qui est de la transdisciplinarité, le fait que la réalisation d'évaluations en binôme ne soit pas une pratique courante pourrait laisser à penser dans un premier temps que des barrières subsistent entre les deux professions. Néanmoins, en approfondissant un peu la réflexion, il est possible de mettre en évidence que, lorsqu'il s'agit d'analyser et d'interpréter les résultats pour déterminer les interventions thérapeutiques qui seront proposées à l'usager, tous les professionnels sont pleinement tournés vers le rétablissement avec un langage et des concepts propres à la réhabilitation psycho-sociale. En effet, tous partagent la volonté d'impliquer la personne dans son parcours de rétablissement, et donc de la considérer pleinement comme un partenaire, afin de favoriser son auto-détermination et de contribuer à son *empowerment*. Ainsi, avec notamment le *case management*, il existe une véritable approche du soin spécifique à la réhabilitation psycho-sociale qui diffère des modèles d'intervention pratiqués dans d'autres domaines de la santé. En ce sens, la collaboration entre les ergothérapeutes et les psychologues des établissements qui adoptent la culture du rétablissement tend vers la transdisciplinarité.

4.2.2. Penser la collaboration

Cependant, un tel niveau de collaboration demande un certain effort cognitif afin de sortir de sa propre routine professionnelle et de s'ouvrir à l'autre. Par ailleurs, à plusieurs reprises des participants ont évoqué l'intérêt de favoriser des temps d'échange, mais aussi de connaître le rôle de l'autre professionnel. Dans cet objectif, il peut être pertinent de mettre en place des temps de rencontre afin que chaque professionnel s'approprie les outils et le vocabulaire de ses collègues. A titre d'exemple, un ergothérapeute pourrait assister à un bilan neuropsychologique pour mieux comprendre la façon dont il se déroule, et inversement. Bien que chronophages, ces moments, qui ont déjà été mis en place dans certains centres de réhabilitation psycho-sociale, tendent à favoriser par la suite une collaboration plus étroite.

En outre, cette collaboration présente un risque qui a été évoqué par plusieurs professionnels lorsqu'ils mentionnent la nécessité de conserver leurs spécificités. Il s'agit de la crainte de perdre son identité professionnelle. Ainsi, il semble primordial que les modalités de la collaboration soient réfléchies en équipe, par les principaux intéressés, afin qu'elle soit la plus saine possible et que chacun puisse trouver la place

qui lui revient, mais surtout qui lui convient. En ce qui concerne plus précisément l'ergothérapeute, raccrocher sa pratique à des modèles conceptuels propres à son métier peut être un excellent moyen pour préserver son identité professionnelle. Dans le cadre de cette étude, le modèle PEOP a été considéré comme particulièrement pertinent.

4.3. L'évaluation de la Performance occupationnelle

Selon le modèle PEOP, l'adéquation entre la Personne, l'Environnement et l'Occupation entraîne la Performance occupationnelle et, par conséquent la Participation sociale et le Bien-être. Or, les résultats obtenus suggèrent que les personnes ayant une schizophrénie ne seraient pas pleinement satisfaites de leur qualité de vie, et donc de leur état de bien-être. En effet, les professionnels évoquent des plaintes de leur part. Celles-ci concernent des restrictions de participation sociale notamment pour trouver et maintenir un emploi, mais également pour entretenir des relations sociales, ce qui entraîne souvent un certain isolement. Cette altération de la participation est en lien avec les troubles cognitifs qui impactent la Performance occupationnelle dans de nombreux domaines. A titre d'exemple, un défaut d'attention soutenue peut engendrer une altération de la performance et donc des restrictions de participation dans différents types d'activité :

- les activités de loisirs, par exemple rester concentré devant un film ou pour lire un livre ;
- les activités sociales, comme garder le fil d'une discussion ;
- les activités productives, notamment pour rester attentif durant une journée de travail complète.

Dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale, les ergothérapeutes essaient d'établir le profil occupationnel des personnes ayant une schizophrénie en évaluant les trois composantes qui sous-tendent la Performance occupationnelle. En ce qui concerne la Personne, il s'agit d'identifier ses capacités et ses contraintes. Les ergothérapeutes recueillent ses plaintes par le biais de la narration, mais des outils tels que l'AERES et l'ELADEB peuvent aussi mettre en exergue les ressources et les besoins de l'utilisateur. Par ailleurs, ces outils tendent à identifier les activités, les tâches

et les rôles que la personne souhaite réaliser, ce qui correspond à l'Occupation. Enfin, si l'Environnement est aussi évoqué lors de ces tris de carte, son impact est surtout évalué lors des mises en situation écologiques telles que le TEM. Ce bilan permet, entre autres, de savoir si l'environnement physique et social facilite la Performance occupationnelle ou si, au contraire, il engendre chez la personne une gestion émotionnelle telle qu'il représente une contrainte. Ainsi, l'évaluation de l'ergothérapeute prend en considération les troubles cognitifs, mais les aborde de manière systémique, c'est-à-dire en interaction avec l'ensemble des éléments qui constituent la Personne, ses Occupations et son Environnement.

4.4. Limites et perspectives

4.4.1. La méthode

L'ensemble de ces résultats doivent néanmoins être nuancés car cette étude présente des limites. La première d'entre elles est directement liée à la méthode choisie car la conduite d'entretiens semi-directifs est un exercice complexe. En effet, l'investigateur doit être particulièrement alerte afin de pouvoir rebondir efficacement. Or, il peut parfois être difficile, malgré les relances, d'obtenir les informations souhaitées ou même de penser à approfondir certains points sur le moment. De nombreux questionnements émergent souvent à l'issue des entretiens seulement, lors de la retranscription.

En outre, malgré tous les efforts fournis pour tendre vers un maximum de neutralité et d'objectivité, une part d'interprétation subsiste toujours dans le cadre d'une recherche qualitative. Les lectures, les entretiens et leur analyse sont nécessairement passées au travers du filtre de l'expérience et des connaissances personnelles de l'investigateur de l'étude.

4.4.2. La taille de l'échantillon

Une autre limite est la taille de l'échantillon. Seuls trois ergothérapeutes et trois psychologues ont répondu favorablement pour participer à ce travail de recherche. Cette quantité ne permet pas d'atteindre la saturation des données et, par conséquent,

de généraliser les résultats. Il ne peut donc s'agir que d'un extrait non exhaustif des pratiques professionnelles dans le domaine.

Le recrutement des participants a en effet été fortement restreint car la question de recherche et les critères d'inclusion définis pour y répondre imposaient plusieurs contraintes. D'une part, il fallait trouver des établissements spécialisés en réhabilitation psycho-sociale au sein desquels exerçaient à la fois des psychologues et des ergothérapeutes, ce qui n'est pas systématiquement le cas. D'autre part, l'ergothérapeute de la structure devait réaliser régulièrement des évaluations. Or, comme cela a pu être constaté au moment de l'enquête exploratoire, plusieurs d'entre eux considèrent que ce n'est pas de leur ressort et/ou pensent ne pas disposer des outils nécessaires. Néanmoins, cette étude a permis de mettre en lumière le fait que la participation des ergothérapeutes lors de l'évaluation initiale des personnes ayant une schizophrénie était pertinente. Cette constatation ouvre une piste de réflexion pour repenser la pratique de l'ergothérapie en réhabilitation psycho-sociale.

4.4.3. La population interrogée

Comme évoqué ci-dessus, les résultats ne s'appuient que sur le discours d'un nombre réduit de professionnels. Ces derniers ont leur propre vision des choses et ont été interrogés sur leur pratique personnelle. Là encore, une part de subjectivité entre en jeu, d'autant plus que les participants étaient informés du thème de la recherche lors du recrutement. Il est donc possible d'en déduire que ceux qui ont accepté d'y prendre part avaient d'ores et déjà une vision plutôt favorable de la collaboration. Ainsi, afin de nuancer ces résultats, il serait pertinent à l'avenir d'interroger des personnes pour qui ce n'est pas le cas, en recherchant par exemple des collègues qui éprouvent des difficultés à travailler ensemble. De plus, pour compléter les résultats de cette étude, il pourrait également être envisageable d'interroger des psychologues exerçant dans des structures où il n'y a pas d'ergothérapeute. Cette comparaison permettrait de mieux saisir l'impact de leur présence et de mettre en lumière ses bénéfices réels.

Par ailleurs, cette recherche s'intéressait à la collaboration des ergothérapeutes avec les psychologues, mais ce ne sont pas les seuls à intervenir dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale. Ainsi, de futures études pourraient réaliser un travail similaire avec d'autres types de professionnels, notamment les infirmiers dont le rôle est particulier en Santé Mentale et qui représentent également des acteurs incontournables lors de l'évaluation initiale d'un nouvel usager. Enfin, plus largement, la place de l'ergothérapeute au sein d'une équipe de *case management* pourrait être investiguée de manière plus approfondie.

Conclusion

La schizophrénie est une pathologie complexe qui regroupe divers types de symptômes inter-liés et dont le retentissement fonctionnel et social est important. Néanmoins, il est possible de se rétablir de cette maladie, c'est-à-dire d'atteindre une qualité de vie satisfaisante et ce, malgré la persistance de certains symptômes. Ainsi, selon l'HAS (2007), des interventions d'ordre psycho-social doivent être proposées en ce sens. Pour répondre à cet objectif, de plus en plus d'établissements spécialisés en réhabilitation psycho-sociale sont créés. Dans ces structures, différents professionnels sont amenés à collaborer afin d'accompagner les usagers dans leur parcours de rétablissement. Chaque situation étant unique, ce parcours débute toujours par une évaluation initiale afin de proposer ensuite à la personne les interventions thérapeutiques les plus adaptées.

Les troubles cognitifs sont sans doute les symptômes les plus invalidants de la schizophrénie (McGurk et al., 2007; Prouteau & Verdoux, 2011; Wykes et al., 2011). Or, ils peuvent prendre différentes formes d'une personne à l'autre et il s'avère qu'ils sont souvent peu évoqués spontanément par les usagers. L'exploration de ces troubles par l'évaluation est donc particulièrement importante. Dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale, deux types de professionnels peuvent être amenés à les considérer : les psychologues et les ergothérapeutes. Cette étude a mis en évidence qu'ils ne les abordaient pas de la même façon, révélant ainsi la complémentarité de leurs deux approches. En effet, là où le psychologue s'intéresse à chaque fonction cognitive en essayant de l'isoler de tout autre facteur afin d'établir un profil cognitif, l'ergothérapeute envisage les troubles cognitifs de manière systémique, c'est-à-dire en interaction avec l'ensemble des éléments qui constituent la Personne, ses Occupations et plus particulièrement son Environnement.

Ce dernier élément est effectivement crucial car, s'il représente le principal point de divergence entre les tests neuropsychologiques et le bilan écologique en ergothérapie, il est aussi ce qui fait la richesse de leur corrélation. En effet, les performances d'une personne peuvent parfois différer entre une évaluation au sein d'un bureau et une mise en situation hors les murs. Ainsi, il apparaît nécessaire que les professionnels puissent collaborer et comparer leurs résultats afin de connaître les

difficultés réelles de la personne, mais aussi les ressources sur lesquelles il sera possible de s'appuyer par la suite.

Cette recherche a également mis en évidence que, plus le niveau de collaboration est profond, plus il est instable. En réhabilitation psycho-sociale, et d'autant plus dans le cadre du *case management*, tous les professionnels partagent le même objectif et les mêmes valeurs. Il peut donc parfois s'avérer compliqué pour un thérapeute de trouver sa place. C'est le cas, par exemple, de certains ergothérapeutes qui ne réalisent pas d'évaluation dans ce domaine car ils estiment que ce n'est pas leur rôle. Pour autant, cette étude démontre que leur contribution est pertinente. Dans une telle situation, des modèles conceptuels comme le PEOP (Christiansen et al., 2015) peuvent permettre aux ergothérapeutes d'affirmer leur identité professionnelle en conservant ce qui fait leur spécificité, à savoir de centrer leur pratique, et donc leur évaluation, sur l'Occupation.

En outre, si certains outils d'évaluation ont été évoqués dans le cadre de la présente recherche, il en existe d'autres qui peuvent s'appliquer au secteur de la Santé Mentale. L'un d'entre eux, qui a récemment fait l'objet d'un travail de traduction conséquent en français, est l'« Assessment of Motor and Process Skills » (AMPS), ou Évaluation des Habiletés Motrices et Opératoires (Fisher, 1993). Cet outil tend à évaluer les habiletés d'une personne par l'intermédiaire de l'activité et a déjà été validé pour une grande variété de populations, dont les personnes ayant une schizophrénie (Haslam, Pépin, Bourbonnais, & Grignon, 2010). Il ne fait pas encore totalement partie des usages courants en France car son utilisation nécessite une formation mais tend à se développer. Par la suite, il pourrait être intéressant d'investiguer l'intérêt de cet outil en réhabilitation psycho-sociale.

Par ailleurs, dans la continuité de cette réflexion, il pourrait être envisagé, quand cela est possible, que les ergothérapeutes se rendent à domicile pour réaliser leur évaluation initiale. Cette façon de procéder permettrait ensuite aux différents professionnels d'avoir une meilleure représentation de l'environnement de l'utilisateur qui, pour rappel, est un élément non négligeable dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale. Par la suite, la prise en considération de l'environnement dans le parcours de rétablissement viserait à favoriser le transfert des acquis, mais également à proposer à la personne des stratégies de compensation plus adaptées à ses habitudes de vie.

Références bibliographiques

- AFRC. (2019). Notre réseau. Consulté 15 juillet 2019, à l'adresse Association Francophone de Remédiation Cognitive website: <https://remediation-cognitive.org/-notre-reseau->
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, United States: American Psychiatric Publishing.
- ANFE. (2019). L'ergothérapie : Définition. Consulté 3 juin 2019, à l'adresse ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes website: <https://www.anfe.fr/definition>
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. (2010). Consulté 5 septembre 2019, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=20160916>
- Bellier-Teichmann, T., & Pomini, V. (2018). L'évaluation des ressources en réhabilitation psychosociale. In *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (Elsevier Masson, p. 289-299). Issy-les-Moulineaux, France.
- Béthoux, F., & Calmels, P. (2012). *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation* (2^e éd.). Paris, France: Frisons-Roche.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT) : Basic assumptions, current status and future directions. *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry*, 201-209.
- Center for Addiction and Mental Health. (2017). La schizophrénie. Consulté 26 avril 2019, à l'adresse Center for Addiction and Mental Health website:

<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-schizophrenie>

- Christiansen, C., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2015). *Occupational therapy: Performance, Participation, and Well-being* (4^e éd.). Thorofare, NJ: Slack.
- Claverie, B. (2010). Pluri-, inter-, transdisciplinarité : Ou le réel décomposé en réseaux de savoir. *Projectics / Proyectica / Projectique*, n° 4(1), 5-27.
- CNRTL. (2012). Définition de Évaluation. Consulté 5 septembre 2019, à l'adresse Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales website: <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9valuation>
- Cochet, A., Saoud, M., Gabriele, S., Broallier, V., El, C. A., Daléry, J., & D'Amato, T. (2006). Impact of a new cognitive remediation strategy on interpersonal problem solving skills and social autonomy in schizophrenia. *L'Encephale*, 32(2 Pt 1), 189-195.
- Danel, T., Deconstanza, P., Deprince, J., Elouahi, F., Ethuin, C., Haddouche, A., ... Plancke, L. (2011). La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : Implication du dispositif de soins psychiatriques. *L'information psychiatrique*, Volume 87(3), 215-222.
- De Lussac, A. (2016). Remédiation cognitive, réhabilitation et schizophrénie. In *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (p. 255-278). Paris, France: De Boeck Supérieur.
- Delahunty, A., & Morice, R. (1993). *A training programme for the remediation of cognitive deficits in schizophrenia*. Albury, Australia: Department of Health.
- Fisher, A. G. (1993). The Assessment of IADL Motor Skills : An Application of Many-Faceted Rasch Analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(4), 319-329.

- Franck, N. (2017). *La remédiation cognitive* (2^e éd.). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Glykos, A. (1999). Approche communicationnelle du Dialogue Artiste/Scientifique, Note de synthèse pour l'Habilitation à diriger des recherches. *Paris: Université Diderot Paris, 7.*
- Goyet, V., Duboc, C., Voisin, G., Dubrulle, A., Boudebibah, D., Augier, F., & Franck, N. (2013). Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique, 78*(1), 3-19.
- HAS. (2007). Guide Affection de Longue Durée, Schizophrénie. Consulté 24 avril 2019, à l'adresse Haute Autorité de Santé website: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
- Haslam, J., Pépin, G., Bourbonnais, R., & Grignon, S. (2010). Processes of task performance as measured by the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS): A predictor of work-related outcomes for adults with schizophrenia? *Work, 37*(1), 53-64.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry, 187*(1), 9-20.
- Hennekens, C. H., Hennekens, A. R., Hollar, D., & Casey, D. E. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal, 150*(6), 1115-1121.
- Jouet, E., & Greacen, T. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Toulouse, France: Eres.

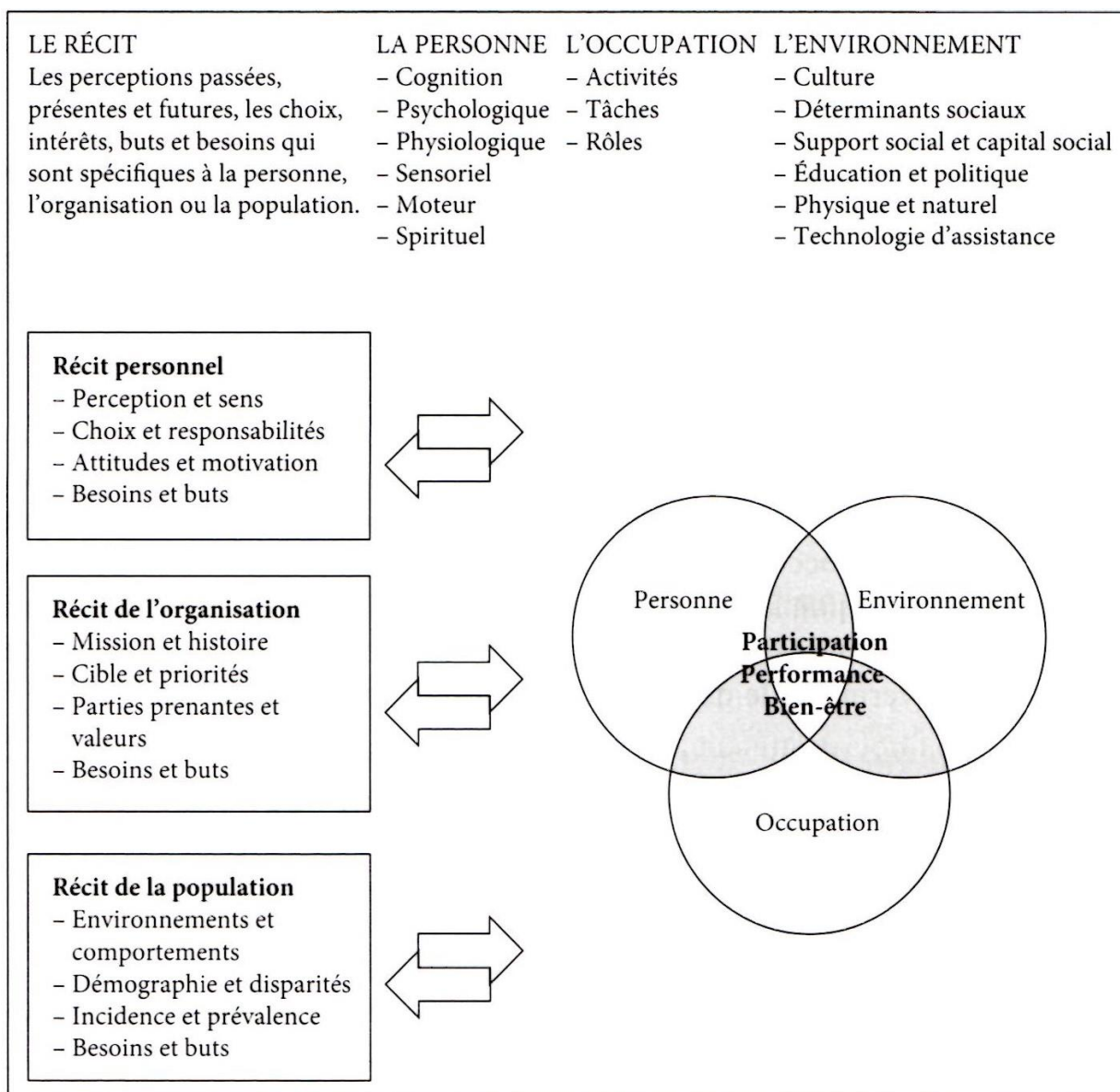
- Koch, B. (2016). Apport d'une démarche évaluative en santé mentale. In *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (De Boeck Supérieur, p. 111-124). Paris, France.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (2005). Consulté 26 avril 2019, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>
- Maskill, L., & Tempest, S. (2017). Assessment and Measuring Change. In *Neuropsychology for Occupational Therapists : Cognition in Occupational Performance* (John Wiley & Sons, p. 17-31). Oxford, England.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia : A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76.
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzler, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802.
- Mesholam-Gately, R. I., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V., & Seidman, L. J. (2010). Neurocognition in first-episode schizophrenia : A meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 117(2), 327.
- Morin, E. (1994). Sur l'interdisciplinarité. *Bulletin interactif du Centre international de recherches et études transdisciplinaires*, 2(2).
- OMS. (2008). *Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé.

- OMS. (2018a). *CIM-11 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes)* (11^e éd.). Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2018b). Principaux repères sur la schizophrénie. Consulté 24 avril 2019, à l'adresse Organisation Mondiale de la Santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Petitqueux-Glaser, C., Acef, S., & Mottaghi, M. (2010). Case management : Quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? *Vie sociale*, 1(1), 109-128.
- Petitqueux-Glaser, C., Gozlan, G., & Acef, S. (2009). Pratique soignante : Le case management, accompagnement du patient et continuité des soins. *Soins Psychiatrie*, (265), 18-21.
- Pomini, V., Reymond, C., Golay, P., Fernandez, S., & Grasset, F. (2011). *ELADEB - Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins*. Prilly, Suisse: Unité de réhabilitation.
- Poncet, F., Swaine, B., Taillefer, C., Lamoureux, J., Pradat-Diehl, P., & Chevignard, M. (2015). Reliability of the Cooking Task in adults with acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(2), 298-317.
- Prouteau, A., & Verdoux, H. (2011). Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. In *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (p. 135-159). Paris, France: Dunod.
- Ryan, P., Baumann, A. E., & Griffiths, C. (2012). L'empowerment. In *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. (p. 251-266). Toulouse, France: Eres.

- Shallice, T., & Burgess, P. W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114(2), 727-741.
- Stip, E. (2006). Cognition, schizophrénie et effet des antipsychotiques : Le point de vue d'un laboratoire de recherche clinique. *L'Encéphale*, 32(3, Part 1), 341-350.
- Strassnig, M. T., Raykov, T., O'Gorman, C., Bowie, C. R., Sabbag, S., Durand, D., ... Harvey, P. D. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia : The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*, 165(1), 76-82.
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1^{re} éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Vianin, P. (2007). Remédiation cognitive de la schizophrénie. Présentation du programme RECOS. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 200-205.
- Vianin, P., Azzola, A., & Xavier, R. (2016). Évaluation et remédiation cognitive des troubles fonctionnels. In *Outils de la Réhabilitation en Psychiatrie* (1^{re} éd., p. 19-49). Paris, France: Elsevier Masson.
- Vilain, J., Galliot, A.-M., Durand-Roger, J., Leboyer, M., Llorca, P.-M., Schürhoff, F., & Szöke, A. (2013). Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie. *L'Encéphale*, 39(1), 19-28.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia : Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485.
- Zillmer, E., Spiers, M., & Culbertson, W. (2007). Neuropsychological Assessment and Diagnosis. In *Principles of neuropsychology* (2^e éd., p. 62-90). Nelson Education.

Annexes

Annexe I. Le modèle PEOP



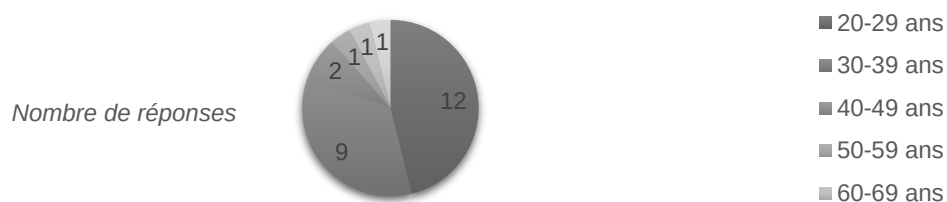
Annexe II. Questionnaire exploratoire

PARTIE 1 : VOTRE CADRE DE TRAVAIL

► Êtes-vous : *(un seul choix)*



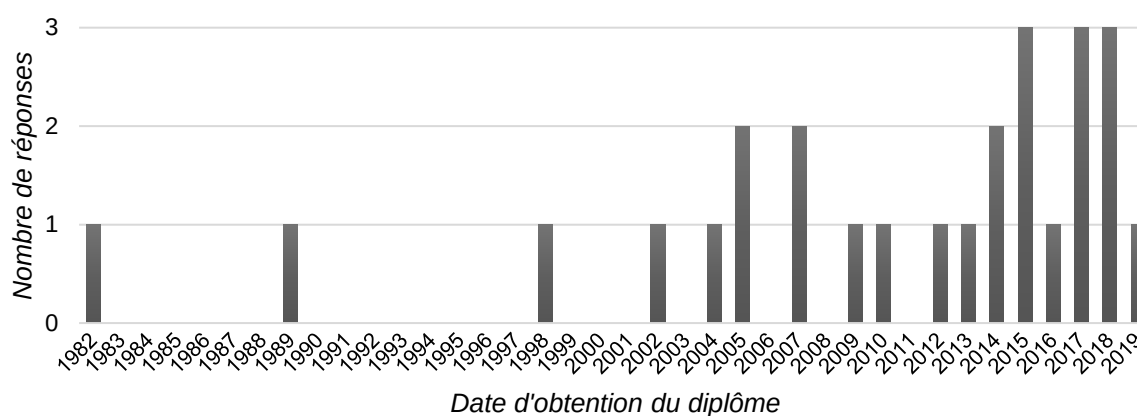
► Quelle est votre tranche d'âge ? *(un seul choix)*



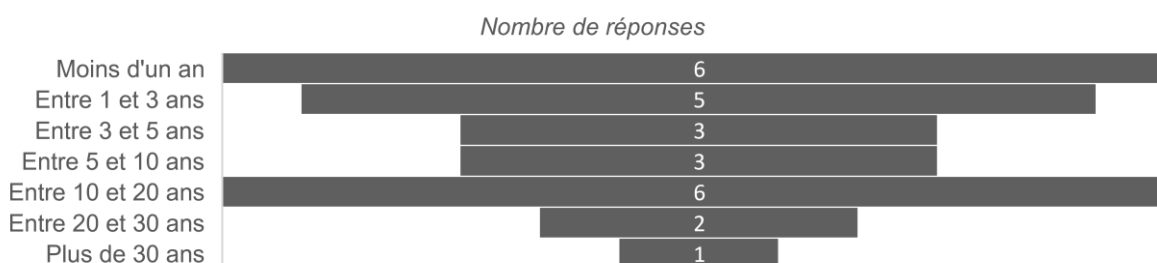
► Êtes-vous : *(un seul choix)*

- Ergothérapeute *(13 réponses)*
- Neuropsychologue *(13 réponses)*

► En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? *(un seul choix)*



► Durant combien d'années avez-vous exercé dans le domaine de la Santé Mentale ? *(un seul choix)*



► Dans quel type de structure exercez-vous ? (ouvert)

- Hôpital (9 réponses)
- Centre de Réhabilitation (12 réponses)
- CMP/CATTP (3 réponses)
- SAMSAH (2 réponses)

► Quel type de population votre structure accueille-t-elle ? (plusieurs choix possibles)

- Enfants
- Adolescents (5 réponses)
- Adultes (26 réponses)
- Personnes âgées (2 réponses)

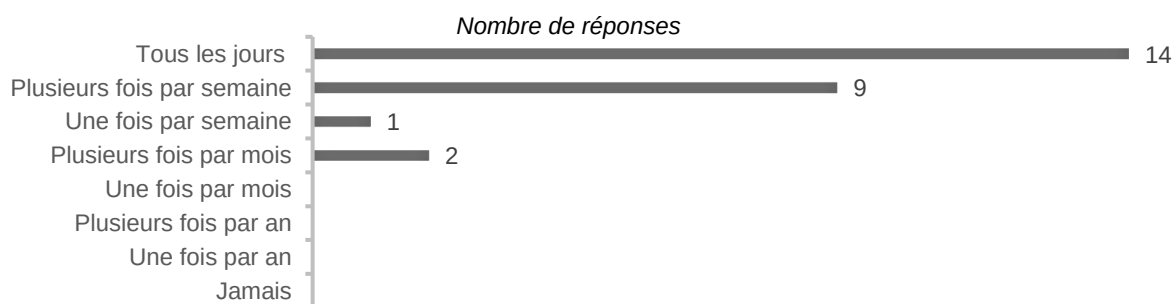
► De quel type d'accueil s'agit-il ? (plusieurs choix possibles)

- Hospitalisation complète en long séjour (4 réponses)
- Hospitalisation complète en court séjour (2 réponses)
- Hospitalisation à temps partiel (5 réponses)
- Accueil de jour (13 réponses)
- Consultation (8 réponses)
- Domicile (1 réponse)

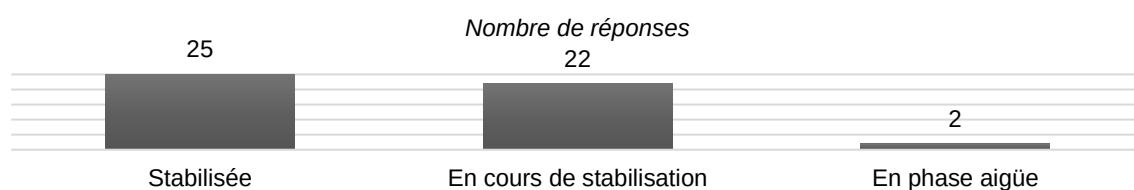
► De quelles pathologies sont atteintes les personnes accueillies dans votre structure ? (ouvert)

- Schizophrénie (26 réponses)
- Bipolarité (14 réponses)
- Trouble de la personnalité (9 réponses)
- Dépression (7 réponses)
- Trouble anxieux (5 réponses)
- TED/TSA/Syndrome d'Asperger (4 réponses)
- Addiction (2 réponses)
- TDAH (2 réponses)

► A quelle fréquence rencontrez-vous des personnes souffrant de schizophrénie dans le cadre de votre profession ? (un seul choix)



► Lorsque vous recevez en séance des personnes souffrant de schizophrénie, leur pathologie est : (plusieurs choix possibles)

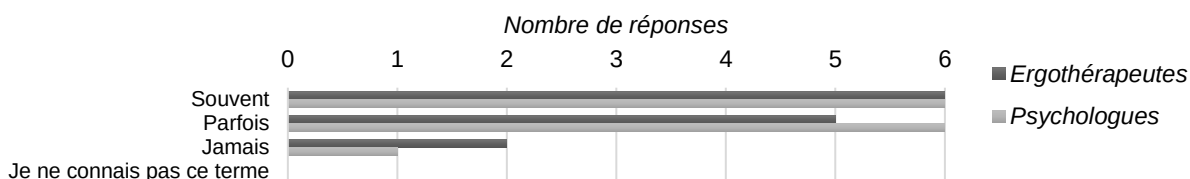


PARTIE 2 : VOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE AUPRES DE PERSONNES AYANT UNE SCHIZOPHRENIE

- Situez-vous votre pratique dans le cadre de la Réhabilitation Psycho-Sociale ? *(un seul choix)*

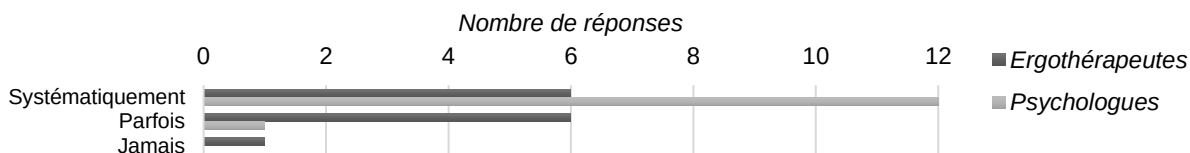


- Pratiquez-vous la Remédiation Cognitive ? *(un seul choix)*



- Quels sont les moyens que vous utilisez lorsque vous souhaitez restaurer, maintenir ou compenser les fonctions cognitives d'une personne souffrant de schizophrénie ? *(ouvert)*

- Avez-vous recours à des évaluations dans le cadre de votre pratique ? *(un seul choix)*



- Quels bilans **validés** utilisez-vous pour évaluer les troubles cognitifs des personnes souffrant de schizophrénie auprès desquelles vous intervenez ? *(ouvert)*

- Quels bilans **non validés** utilisez-vous pour évaluer les troubles cognitifs des personnes souffrant de schizophrénie auprès desquelles vous intervenez ? *(ouvert)*

- Utilisez-vous des bilans « **faits maison** » pour évaluer les troubles cognitifs des personnes souffrant de schizophrénie auprès desquelles vous intervenez ? Si oui, décrivez-les brièvement ? *(ouvert)*

- Selon vous, quels sont les atouts des outils d'évaluation que vous utilisez actuellement ? *(ouvert)*

- Selon vous, quels sont les lacunes des outils d'évaluation que vous utilisez actuellement ? *(ouvert)*

PARTIE 3 : LA COLLABORATION ENTRE ERGOTHERAPEUTES ET NEUROPSYCHOLOGUES

- ▶ Combien d'ergothérapeutes (ETP) exercent dans votre structure ? *(ouvert)*
 - 0 (4 réponses)
 - 0.2 (1 réponse)
 - 0.6 (1 réponse)
 - 1 (12 réponses)
 - 2 (6 réponses)
 - 3 (2 réponses)
 - 5 (1 réponses)

- ▶ Selon vous, quel est le rôle du/des ergothérapeute(s) au sein de la structure ? *(ouvert)*

- ▶ Combien de neuropsychologues (ETP) exercent dans votre structure ? *(ouvert)*
 - 0 (1 réponse)
 - 1 (8 réponses)
 - 2 (8 réponses)
 - 3 (4 réponses)
 - 3,1 (1 réponse)
 - 4 (1 réponse)
 - 5 (1 réponse)
 - 8 (1 réponse)
 - 9 (1 réponse)
 - 10 (1 réponse)

- ▶ Selon vous, quel est le rôle du/des neuropsychologue(s) au sein de la structure ? *(ouvert)*

- ▶ Comment envisagez-vous la collaboration entre ergothérapeute et neuropsychologue dans le cadre de la prise en charge de personnes souffrant de schizophrénie ? *(ouvert)*

- ▶ Vous arrive-t-il de réaliser des interventions en co-thérapie (ergothérapeute/neuropsychologue) auprès de personnes souffrant de schizophrénie ? Si oui, sous quelle forme ? *(ouvert)*

- ▶ Vous arrive-t-il de réaliser des évaluations en binôme ergothérapeute/neuropsychologue auprès de personnes souffrant de schizophrénie ? Si oui, sous quelle forme et avec quels outils ? *(ouvert)*

- ▶ Selon vous, quels sont les facteurs qui favorisent la collaboration entre les ergothérapeutes et les neuropsychologues ? *(ouvert)*

- ▶ Selon vous, quels sont les facteurs qui limitent la collaboration entre les ergothérapeutes et les neuropsychologues ? *(ouvert)*

Annexe III. Avis éthique



Clermont-Ferrand, le 07 avril 2020

Mme Céline DAUZAT
Institut Universitaire de Formation en
Ergothérapie (IUFÉ)
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2020-15

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« En quoi l'évaluation en ergothérapie complète les tests neuropsychologiques pour évaluer la répercussion des troubles cognitifs sur le quotidien des personnes ayant des troubles de la schizophrénie ? »

Vous nous avez précisé que ce travail a pour objectifs de 1) définir les critères de pertinence d'une évaluation en ergothérapie auprès de personnes ayant des troubles cognitifs en lien avec une schizophrénie ; 2) définir les facteurs favorisant et limitant la collaboration entre ergothérapeutes et neuropsychologues en Remédiation Cognitive et 3) proposer une évaluation plus complète afin que les personnes ayant des troubles cognitifs en lien avec une schizophrénie bénéficient d'un parcours de soin plus adapté.

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpd@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

La Présidente du Comité d'Éthique de la
Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Anne Fogli'.

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

Annexe IV. Formulaire d'information et de non-opposition

L'EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS EN ERGOTHERAPIE POUR LES PERSONNES AYANT UNE SCHIZOPHRENIE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

- **Promoteur :** Université Clermont Auvergne
49 Boulevard François Mitterrand
CS 60032
63 001 Clermont-Ferrand
- **Investigateur principal :** Céline DAUZAT
celine.dauzat@uca.fr
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne
61 route de Châteaugay, 63118 CEBAZAT

L'objectif de l'étude est de comprendre en quoi l'évaluation en ergothérapie complète les tests neuropsychologiques pour évaluer la répercussion des troubles cognitifs sur le quotidien des personnes ayant des troubles de la schizophrénie.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant répond à un entretien semi-directif de 45 minutes enregistré au format audio. Celui-ci sera retranscrit par écrit. S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées sont pseudonymisées.

Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude (celine.dauzat@uca.fr) ou le délégué à la protection des données. L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 10 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude auprès de l'investigateur principal (celine.dauzat@uca.fr).

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer ce document.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI NON

Date :/...../.....

Signature du participant :
(Précédée de la mention « Lu et compris »)

Paraphe de l'investigateur :

Annexe V. Guide d'entretien pour les ergothérapeutes

Question d'amorce :	
Le parcours professionnel	Pourriez-vous décrire votre parcours professionnel ?
<i>Questions de relance</i>	- En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? - Avez-vous suivi des formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ? - Depuis combien de temps exercez-vous en Santé Mentale ? - Dans quel(s) type(s) de structure exercez-vous et/ou avez-vous exercé ?
Thème n°1 :	
Les troubles cognitifs et leur impact sur la performance occupationnelle	Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?
<i>Questions de relance</i>	- Quelles sont les plaintes les plus récurrentes ? - Quels sont les troubles cognitifs que vous observez le plus souvent chez les personnes ayant une schizophrénie ? - Quelles répercussions fonctionnelles peuvent-ils avoir ?
Thème n°2 :	
Le recueil de données initial	Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?
<i>Questions de relance</i>	- Quelles informations récoltez-vous lorsque vous lisez son dossier ? - Quelles questions lui posez-vous lors du premier entretien ? - Quels éléments relevez-vous lorsque vous l'observez ?
Thème n°3 :	
Les outils d'évaluation utilisés	Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?
<i>Questions de relance</i>	- Quel est le matériel nécessaire ? - Comment se déroule l'évaluation ? - Que mesurent les outils que vous utilisez ? - Quels types de résultats obtenez-vous ? - Comment procédez-vous pour analyser et interpréter les résultats obtenus ?

Thème n°4 : L'évaluation en binôme	Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme avec un(e) psychologue, comment ces interventions se déroulent elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?
<i>Questions de relance</i>	Si oui : - De quel type d'évaluation s'agit-il ? - Comment organisez-vous ces interventions ? - Quel est le rôle de chacun(e) ? - Qu'apporte la présence du psychologue ? Si non : - Quels types d'évaluation pourraient être menés en binôme avec un(e) psychologue selon vous ? - Pour quelles raisons ces interventions ne sont-elles jamais réalisées en binôme ? - Selon vous, que pourrait apporter la présence d'un(e) psychologue lors d'une évaluation ?
Thème n°5 : La multidisciplinarité	Selon vous, en quoi la collaboration entre l'(es) ergothérapeute(s) et le(s) psychologue(s) peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?
<i>Questions de relance</i>	- Selon vous, en quoi l'évaluation neuropsychologique peut-elle compléter la vôtre ? - Quelles sont vos attentes par rapport à l'évaluation neuropsychologique ? - Quels sont les freins et les leviers à cette collaboration ? - Quels peuvent être les bénéfices pour le parcours de soins de la personne ?

Annexe VI. Guide d'entretien pour les psychologues

Question d'amorce :	
Le parcours professionnel	Pourriez-vous décrire votre parcours professionnel ?
<i>Questions de relance</i>	- En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? - Avez-vous suivi des formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ? - Depuis combien de temps exercez-vous en Santé Mentale ? - Dans quel(s) type(s) de structure exercez-vous et/ou avez-vous exercé ?
Thème n°1 :	
Les troubles cognitifs et leur impact sur la performance occupationnelle	Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?
<i>Questions de relance</i>	- Quelles sont les plaintes les plus récurrentes ? - Quels sont les troubles cognitifs que vous observez le plus souvent chez les personnes ayant une schizophrénie ? - Quelles répercussions fonctionnelles peuvent-ils avoir ?
Thème n°2 :	
Le recueil de données initial	Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?
<i>Questions de relance</i>	- Quelles informations récoltez-vous lorsque vous lisez son dossier ? - Quelles questions lui posez-vous lors du premier entretien ? - Quels éléments relevez-vous lorsque vous l'observez ?
Thème n°3 :	
Les outils d'évaluation utilisés	Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?
<i>Questions de relance</i>	- Quel est le matériel nécessaire ? - Comment se déroule l'évaluation ? - Que mesurent les outils que vous utilisez ? - Quels types de résultats obtenez-vous ? - Comment procédez-vous pour analyser et interpréter les résultats obtenus ?

Thème n°4 : L'évaluation en binôme	Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme avec un(e) ergothérapeute, comment ces interventions se déroulent-elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?
<i>Questions de relance</i>	Si oui : - De quel type d'évaluation s'agit-il ? - Comment organisez-vous ces interventions ? - Quel est le rôle de chacun(e) ? - Qu'apporte la présence de l'ergothérapeute ? Si non : - Quels types d'évaluation pourraient être menés en binôme avec un(e) ergothérapeute selon vous ? - Pour quelles raisons ces interventions ne sont-elles jamais réalisées en binôme ? - Selon vous, que pourrait apporter la présence d'un(e) ergothérapeute lors d'une évaluation ?
Thème n°5 : La multidisciplinarité	Selon vous, en quoi la collaboration entre le(s) psychologue(s) et l'(es) ergothérapeute(s) peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?
<i>Questions de relance</i>	- Selon vous, en quoi l'évaluation en ergothérapie peut-elle compléter la vôtre ? - Quelles sont vos attentes par rapport à l'évaluation en ergothérapie ? - Quels sont les freins et les leviers à cette collaboration ? - Quels peuvent être les bénéfices pour le parcours de soins de la personne ?

Annexe VII. Le parcours professionnel des participants

Binôme		Formation	Expérience	Structure
A	<i>Ergothérapeute A</i>	DE d'Ergothérapeute en 1998 + DU Remédiation Cognitive	22 ans en Santé Mentale	Unité Psychiatrique de Soins et de Réadaptation (UPSR)
	<i>Psychologue A</i>	Master de Neuropsychologie en 2009	7 ans en Santé Mentale + 4 ans en Neurologie et en Gériatrie	
B	<i>Ergothérapeute B</i>	DE d'Ergothérapeute en 2002 + Plusieurs formations : Réhabilitation Psycho-Sociale, Remédiation Cognitive, TomRemed, Michael's Game, toxicomanie, alcoolisme, bilans psychiatriques, jeu et métaphores, etc.	11 ans en Santé Mentale (+ Recherche en Remédiation Cognitive) + 7 ans en Neurologie	Hôpital De Jour (HDJ)
	<i>Psychologue B</i>	Master de Psychologie Clinique en 2006 + Plusieurs DU : Techniques productives, Evaluation des fonctions cognitives, Techniques Cognitivo- Comportementales	10 ans en Santé Mentale (+ Recherche en Remédiation Cognitive) + 2 ans en Recherche + 1 an en Neurologie	
C	<i>Ergothérapeute C</i>	DE d'Ergothérapeute en 2013 + Formation CO-OP	3 ans en Santé Mentale + 4 ans en Rééducation et Réadaptation	Centre Médico- Psychologique (CMP)
	<i>Psychologue C</i>	Master de Neuropsychologie en 2017	3 ans en Santé Mentale	

Annexe VIII. Analyse longitudinale complète

BINÔME A

Question 1 : Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?	
Ergothérapeute A	Psychologue A
Interactions sociales (compréhension et attention)	Principales difficultés : attention et fonctions exécutives (impactent d'autres domaines)
Concentration	Plaintes psychiques surtout, peu de plaintes cognitives spontanées (exploré avec un questionnaire) : ralentissement, mémoire
Entretien du logement, soins personnels, déplacements	Répercussions : autonomie, scolarité, vie professionnelle, entretien du logement, tâches administratives, perte de repères
Fonctions exécutives (situations nouvelles, flexibilité mentale)	
Anxiété	
Loisirs : lecture, regarder la télé, films (attention et idées délirantes)	

Question 2 : Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?	
Ergothérapeute A	Psychologue A
Lecture brève du dossier (éviter d'être biaisé)	Échange en équipe
Lecture du bilan neuropsychologique	Entretien avec une trame : connaissance de la personne et de son parcours, antécédents, ressenti, conscience des troubles (plusieurs séances pour l'alliance thérapeutique)
Observation : comportement, attention, distractibilité, compréhension, réactions aux sollicitations	Lecture du dossier après (éviter d'être biaisé) pour compléter/comparer : données médicales, antécédents

Question 3 : Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?

Ergothérapeute A	Psychologue A
Evaluation cognitive rapide (bilan maison papier crayon) Domaines évalués : connaissances générales, orientation temporelle, mémoire, calculs, abstraction, fonctions exécutives... Résultats analysés item par item Parfois ELADEB (ressenti des difficultés et incapacités) Analyse et interprétation avec la neuropsychologue, orientation vers différents groupes de Remédiation Cognitive selon le niveau de difficultés, adaptation des activités Réflexion en cours : se détacher du standardisé et se rapprocher au maximum du quotidien, intéresser et impliquer la personne	Tests neuropsychologiques standardisés (papier crayon et informatique) choisis en fonction de l'anamnèse et du niveau de la personne Evaluation après stabilisation avec un traitement médicamenteux Domaines évalués : mémoire, fonctions exécutives, attention, cognition sociale, fonctions instrumentales, langage, pas les praxies (l'ergothérapeute le fait) Résultat : profil cognitif (capacités et incapacités) Compte rendu à la personne, lien avec ses plaintes pour faire sens Analyse et interprétation : formation en neuropsychologie, connaissances sur le fonctionnement cognitif normal et pathologique, prise en compte des perturbations éventuelles

Question 4 : Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme, comment ces interventions se déroulent elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?

Ergothérapeute A	Psychologue A
Évaluation en binôme parfois envisagée Déjà fait dans le cadre de TomRemed (LIS) : pas de répartition des rôles (formation commune), pas de différence dans l'organisation ni dans l'animation Chacune ses outils d'évaluation Avant : beaucoup de papier crayon, puis questionnement sur les difficultés quotidiennes, construction d'outils à deux	En rééducation, réalisait des évaluations en binôme en extérieur Ici, présentation de son bilan à l'ergothérapeute puis échange pour déterminer les activités (ex : groupes de Remédiation Cognitive) Pas de binôme pour l'évaluation en elle-même Bilan cognitif déjà très complet, plutôt évaluer un autre aspect : quotidien et attentes de la personne

Question 5 : Selon vous, en quoi la collaboration entre ergothérapeute et psychologue peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?

Ergothérapeute A	Psychologue A
Regards différents Psychologue : abord « théorique », analyse des fonctions cognitives sollicitées Ergothérapeute : abord « concret », outils significatifs et signifiants Attentes vis à vis de la psychologue : évaluation précise des fonctions cognitives Leviers et freins : connaissance de l'autre, intérêt pour l'autre, difficultés personnelles ou d'enjeux	Complémentarité, lien « théorico-pratique » : allier la théorie à des choses pratiques (en lien avec le quotidien), rebondir sur ce que sa collègue a fait Pour le patient : éviter les doublons, raccrocher l'évaluation à quelque chose de concret, Attentes vis à vis de l'ergothérapeute : autonomie et vie quotidienne Leviers et freins : importance d'une réflexion à deux, coordination, partage, connaissance de l'autre et appropriation des outils qu'il utilise

BINÔME B

Question 1 : Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?

Ergothérapeute B	Psychologue B
Troubles cognitifs plus invalidants que les symptômes positifs et négatifs (mais l'un majeure les deux autres et inversement) Hétérogénéité des symptômes Impact des troubles cognitifs sur la réinsertion sociale et professionnelle, limitation des activités significatives Plaintes : mémoire de travail, mémoire épisodique, attention (sélective, alerte tonique et phasique, visuo-spatial)	Troubles cognitifs : les plus invalidants, mais présence de symptômes négatifs aussi Hétérogénéité des symptômes et de la conscience des troubles Altération de la qualité de vie, l'autonomie et l'insertion sociale et professionnelle Plaintes : mémoire, attention (lecture), orientation temporelle et spatiale (en ville), exécutif (changements liés aux grèves), démarches administratives, se lever le matin (défaut d'organisation ou lié au traitement ?)

Question 2 : Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?

Ergothérapeute B

Lecture du dossier : parcours de vie, environnement socioculturel et familial, origine, antécédents familiaux, parcours scolaire, délires, évaluation neuropsychologique (sauf avant un TEM)

Recherche de ce qui est signifiant, souhaits de la personne, projet de vie

Observation globale en activité de groupes (en fonction de ce qui est stimulé car spécialiste en analyse d'activité)

Psychologue B

Questionnaire semi-directif : informations générales, parcours scolaire et professionnel, aspects psychiques, médicaux et cliniques, interactions sociales, hygiène de vie, loisirs, journée type, autonomie, mode de vie, mesures de protection, RQTH, domaine cognitif (plaintes spontanées et exploration avec questions ciblées), projet

Comparaison au dossier médical (métacognition)

Observation lors du discours : troubles exécutifs, plaintes spontanées et déductions

Question 3 : Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?

Ergothérapeute B

Avant d'évaluer : stabilisation et alliance thérapeutique

TEM : fonctions exécutives évaluées de manière globale (interférence des symptômes positifs)

FROGS : gestion du budget, affectif, cognition sociale, observance

ELADEB : besoins (sans projection)

AERES : ressources, estime de soi

Résultats quantitatifs pour l'évolution, mais qualitatifs plus importants

Analyse et interprétation : nécessité d'une formation, corrélation avec la psychologue, questionnement sur l'origine des difficultés, comparaison avec le papier crayon (environnement facilitateur ?), nécessité de Remédiation Cognitive ?

Restitution avec la personne

Psychologue B

Tests psychométriques validés papier crayon issus de différentes batteries : mémoire, attention, fonctions exécutives, vitesse de traitement

Résultats quantitatifs comparés aux normes (étalonnage standard, écart-types, scores Z, moyennes) mais aussi analyse qualitative (stratégies mises en place)

Analyse et interprétation : formation à certains outils (analyse de tâches, passation, manuels, références, comparaisons), fonctionnement neuropsychologique et différentes fonctions cognitives, expérience, connaissances psychiatriques, comparaison avec l'évaluation écologique, nécessité de Remédiation Cognitive ?

Restitution à distance avec la personne et compte rendu écrit

Question 4 : Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme, comment ces interventions se déroulent elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?

Ergothérapeute B	Psychologue B
TEM déjà réalisé en binôme : une qui observe plus, une avec la personne (souvent elle car elle est formée), mais les deux observent et échangent ensuite Croiser les regards, riche car permet plus de questionnements car regards différents : Neuropsychologues : plus loin dans la réflexion Ergothérapeutes : vision holistique, recherche des causes, écologique, impact de l'environnement Binôme compliqué car manque de temps	Pas d'évaluation en binôme mais systématiquement avant la Remédiation Cognitive : bilan neuropsychologique puis TEM Après l'évaluation : coordination et échanges, points communs et différences, richesse du double regard (car différences possibles entre papier crayon et écologique) Ergothérapeutes : regard en situation, mise en place de stratégies, proche d'activités de vie quotidienne Neuropsychologues : « évaluation labo », en bureau, processus cognitifs, stratégies, anxiété/stress (épreuves chronométrées)

Question 5 : Selon vous, en quoi la collaboration entre ergothérapeute et psychologue peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?

Ergothérapeute B	Psychologue B
Faire la même évaluation : réducteur, chronophage, coûteux... Plutôt corréler deux évaluations spécifiques à chaque profession Collaboration riche, vision holistique de la personne, corréler ce qui est identique et les stratégies mises en place, croiser les regards pour avoir un descriptif plus précis et aller plus loin dans la réflexion et le questionnement : environnement facilitateur (car automatismes) ? Ou l'inverse (car gestion émotionnelle) ? Ergothérapeutes : qualité de vie, plaisir, émotions, social, en extérieur, écologique, transfert des acquis, activités significatives Neuropsychologues : neurocognition, en intérieur Freins et leviers : garder ses spécificités et différencier les rôles	Vision plus globale et plus complète : s'enrichir, voir des discordances, guider dans la thérapie, trouver des stratégies efficaces, savoir ce sur quoi s'appuyer Un plus d'avoir deux types d'évaluation : chacun a ses compétences et n'est pas attentif aux mêmes choses Ergothérapeutes : lien cognitif - vie quotidienne Neuropsychologues : aspect clinique, décortiquer les stratégies, métacognition, conceptualisation pour le transfert des stratégies, versant psychologique (cheminement) Freins et leviers : arriver à s'entendre, rôles distincts, favoriser des temps d'échange et de collaboration concrets (systématiser la procédure), ne pas se reconnaître (spécificités non choisies ou assumées)

BINÔME C

Question 1 : Selon vous, quelles sont les principales difficultés des personnes ayant une schizophrénie ?

Ergothérapeute C	Psychologue C
Cognition sociale en grande partie mais aussi cognition froide et symptômes négatifs Troubles cognitifs pas toujours identifiés Difficultés au quotidien : concentration, insertion professionnelle, interactions interpersonnelles, compréhension des intentions, transports en commun, persécution, prise d'initiatives, entretien du domicile, loisirs, alimentation, organisation, fréquentation des lieux publics	Plaintes cognitives : cognition sociale, mémoire, attention soutenue, fonctions exécutives, métacognition... Profils très hétérogènes Répercussions : isolement, compréhension (des intentions notamment), vie professionnelle (suivre des consignes, faire répéter plusieurs fois), objectifs les plus récurrents : retrouver des amis, avoir des conversations

Question 2 : Comment effectuez-vous le recueil de données lorsque vous rencontrez pour la première fois une personne ayant une schizophrénie ?

Ergothérapeute C	Psychologue C
Lecture des transmissions de l'infirmier qui réalise l'anamnèse : informations générales, diagnostic, plaintes, orientation de prise en charge, localisation, lieu de vie, numéros à joindre... Peu d'information car elle préfère que cela vienne de la personne Premier contact : alliance thérapeutique, rassurer, expliquer la prise en charge et le rôle de l'ergo, recueil des plaintes, difficultés et besoin d'aide supplémentaires	Peu d'informations (plutôt après la rencontre pour comparer) Premier contact : plaintes, projets, histoire de la personne, motif de consultation, cercle social, traitement, symptômes, parcours scolaire et professionnel, loisirs, plaintes cognitives spontanées puis ciblées avec des exemples, idée d'un travail en partenariat, but de l'intervention

Question 3 : Pourriez-vous décrire les outils d'évaluation que vous utilisez avec une personne ayant une schizophrénie avant qu'elle ne débute un programme de Remédiation Cognitive ?

Ergothérapeute C	Psychologue C
ELADEB : support visuel, accessible et structurant, aborder des sujets globaux et précis pour faire un état des lieux des besoins (éléments amenés par la personne) TEM (non systématique) : en extérieur pour se rapprocher d'une situation quotidienne écologique, questionnaire post-test (cheminement, stratégies, feedback) Domaines évalués : fonctions exécutives, compétences et ressources, gestion de situations nouvelles, contexte social et comportement adopté Analyse et interprétation : vision holistique de la personne, mise en situation complexe par sa globalité, analyse d'activité, lien avec les fonctions exécutives, synthèse des évaluations, besoins et priorités, satisfaction de la qualité de vie	Tests standardisés papier crayon et informatique, adaptés au niveau de la personne, bilan complet mais ciblé (plaintes) Réalisables seulement si la maladie est stabilisée Domaines évalués : mémoire, cognition sociale, organisation, planification, résolution de problème, attention et fonctions exécutives Résultat : profil cognitif assez complet pour aiguiller la prise en charge en tenant compte des objectifs de la personne Analyse et interprétation : comment normer un test, situer la personne, pondérer par l'observation clinique, situer les performances de la personne en dehors des chiffres, faire des préconisations

Question 4 : Si vous avez déjà réalisé des évaluations en binôme, comment ces interventions se déroulent elles ? Si non, quelle forme pourraient-elles prendre ?

Ergothérapeute C	Psychologue C
TEM déjà réalisé en binôme mais peu d'effectif donc pas le temps imparti Idée future : travail plus en commun (plutôt sur les prises en charges) Ergothérapeutes : lien avec la vie quotidienne, analyse d'une mise en situation et d'une activité Neuropsychologues : analyse et mise en exergue des différentes fonctions cognitives, séquencé	TEM déjà réalisé en binôme : un qui accompagne la personne et un qui observe d'un peu plus loin et prend des notes, les rôles peuvent changer Neuropsychologues : essaient de plus s'intéresser aux répercussions quotidiennes (comment l'évaluer, le travailler) Ergothérapeutes : vision basée sur le retour à l'autonomie plus ancrée, plus formés Importance de faire le lien entre l'évaluation bureau et en situation réelle

Question 5 : Selon vous, en quoi la collaboration entre ergothérapeute et psychologue peut-elle être bénéfique pour la personne dans le cadre de son évaluation initiale ?

Ergothérapeute C	Psychologue C
Richesse de la complémentarité Neuropsychologues : stratégies cérébrales Ergothérapeutes : moyens (ex : agenda, comment le personnaliser, se l'approprier) Pour le patient : connaître ses capacités et ressources, tirer profit des deux car certaines stratégies plus efficaces et/ou moins stigmatisantes sur certains lieux ou à d'autres moments Attentes vis à vis du psychologue : fonctions cognitives déficitaires et préservées pour pouvoir s'appuyer dessus au quotidien Freins et leviers : ouverture d'esprit, accessibilité, bonne entente	Deux visions qui se complètent et se chevauchent parfois Deux formations différentes qui permettent d'apporter un regard clinique complet (mise en commun, plus d'informations, accompagnement plus individualisé) Mieux soutenir et accompagner la personne dans son rétablissement avec les connaissances indissociables des fonctions cognitives et de l'adaptation du quotidien Attentes vis à vis de l'ergothérapeute : échanges, faire des bilans en commun Freins et leviers : distinction des rôles, vision et philosophie communes (le rétablissement), esprit d'équipe

Annexe IX. Synthèse de l'analyse transversale

Thème n°1 : Les difficultés liées à la schizophrénie	
Présence de troubles cognitifs particulièrement invalidants	
Retentissement occupationnel et social des troubles cognitifs	
Intrication des différents symptômes et hétérogénéité des tableaux	
Parfois peu de plaintes cognitives spontanées	
Spécificités des ergothérapeutes	Spécificités des psychologues
Discours centré sur l'occupation	Troubles cognitifs très détaillés
Troubles cognitifs évoqués en regard des restrictions de participation	Limitations d'activité évoquées comme une conséquence des troubles cognitifs

Thème n°2 : Le recueil de données initial	
Peu d'informations recueillies avant la première rencontre	
Données : contexte, parcours, mode de vie, environnement socio-culturel	
Volonté d'avoir le ressenti de la personne et d'identifier ses plaintes	
Importance de l'alliance thérapeutique	
Spécificités des ergothérapeutes	Spécificités des psychologues
Narration et observation en activité	Entretien semi-directif

Thème n°3 : Le processus d'évaluation	
Attendre la stabilisation des symptômes	
Importance de l'analyse qualitative et de la prise en compte des autres symptômes	
Formation nécessaire pour savoir analyser et interpréter les résultats	
Nécessité d'un temps de restitution avec la personne à l'issue de l'évaluation	
Spécificités des ergothérapeutes	Spécificités des psychologues
Evaluation globale et écologique hors les murs (TEM)	Evaluation séquencée, fonction par fonction, au sein d'un bureau
Tris de cartes (ELADEB, AERES) : besoins et ressources	Matériel papier crayon ou informatique
Satisfaction concernant la qualité de vie	Profil cognitif
Compétences en analyse d'activité	Connaissance du fonctionnement cognitif normal et pathologique

Thème n°4 : La collaboration dans le cadre de l'évaluation

Rareté de l'évaluation en binôme (ponctuellement le TEM)

Manque de temps et/ou d'effectif

Questionnement sur l'intérêt d'évaluer en binôme

Volonté de garder chaque évaluation distincte car possibles différences de performance entre l'évaluation papier crayon et écologique

Collaboration plus étroite après l'évaluation de chaque professionnel afin de déterminer les propositions thérapeutiques et individualiser l'accompagnement

Spécificités des ergothérapeutes

Spécificités des psychologues

Situation écologique

Situation standardisée

Effets de l'environnement et de la gestion émotionnelle

Limitation des interférences et des perturbations

Thème n°5 : La multidisciplinarité et ses bénéfices

Richesse de la collaboration

Complémentarité des deux approches et intérêt du double regard

Facteurs favorisant : partage, coordination, connaissance de l'autre profession

Nécessité d'une réflexion concernant la façon de collaborer et la place de chacun

Objectif : proposer un accompagnement individualisé vers le rétablissement

Spécificités des ergothérapeutes

Spécificités des psychologues

Aspect « pratique »

Aspect « théorique »

Vision holistique et centrée sur l'activité

Réflexion sur les processus mentaux sous-jacents

Lien avec les activités de vie quotidienne

Fonctions cognitives préservées et/ou déficitaires

Abstract

Objective. Studies show that cognitive disorders are more disabling than other symptoms in schizophrenia. The aim of this research was to understand how occupational therapy assessment could complete neuropsychological tests in order to evaluate the impact of cognitive impairment on daily life activities.

Method. Six semi-structured interviews were carried out with three occupational therapists and three psychologists working in the psycho-social rehabilitation field. These interviews were qualitatively analysed in a longitudinal and transversal way.

Results. The present study revealed that a gap between an individual's performance in neuropsychological tests and in occupational therapy assessment could exist due to the effects of environmental or emotional factors.

Discussion. By evaluating occupational performance, occupational therapists grasp cognitive disorders in a systemic way. Thus, the correlation of both assessments may lead to a more comprehensive view of an individual's situation.

Keywords : Schizophrenia - Psycho-social rehabilitation - Cognitive impairment - Occupational performance - Occupational therapy assessment.

Résumé

Objectif. Les études montrent que les troubles cognitifs sont plus invalidants que les autres symptômes de la schizophrénie. Le but de cette recherche était de comprendre en quoi l'évaluation en ergothérapie peut compléter les tests neuropsychologiques pour évaluer l'impact des troubles cognitifs sur les activités de vie quotidienne.

Méthode. Six entretiens semi-directifs ont été réalisés avec trois ergothérapeutes et trois psychologues exerçant dans le champ de la réhabilitation psycho-sociale. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative longitudinale et transversale.

Résultats. Cette étude a révélé qu'un écart entre la performance d'une personne aux tests neuropsychologiques et l'évaluation en ergothérapie pouvait exister du fait de l'intervention de facteurs environnementaux ou émotionnels.

Discussion. En évaluant la performance occupationnelle, les ergothérapeutes appréhendent les troubles cognitifs de façon systémique. Ainsi, la corrélation des deux évaluations permettrait d'avoir un regard plus complet sur la situation d'une personne.

Mots-clés : Schizophrénie - Réhabilitation psycho-sociale - Troubles cognitifs - Performance occupationnelle - Évaluation en ergothérapie.