



## **Institut de formation en ergothérapie de Paris**

Association pour le Développement, l'Enseignement et  
la Recherche en Ergothérapie  
52 rue de Vitruve – 75020 Paris

### **La remédiation cognitive en ergothérapie**

Réentrainement des troubles de la cognition sociale auprès de  
patients souffrants de schizophrénie

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation  
de l'UE 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Vareille Lauréline, Maître de mémoire

SEMETE Manon  
Session juin 2021

## Notes aux lecteurs

*« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »*

## Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement ma maîtresse de mémoire, Madame VAREILLE Lauréline, pour son accompagnement tout au long de l'année, sa disponibilité et sa réactivité dans ses relectures et corrections, ainsi son soutien et ses conseils dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie l'équipe pédagogique ainsi que tous les intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE pour l'accompagnement et les différents enseignements prodigués au cours de ces trois années de formation.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes qui ont contribué à mon enquête et pris le temps de participer à mes entretiens exploratoires. Leur expérience et leur bienveillance m'ont permis de construire ma recherche.

Je remercie également mes amis et camarades de promotion avec qui j'ai passé des journées de visio-conférence pour nous motiver et nous entraider lors de la dernière ligne droite. Je les remercie aussi pour les entraînements réalisés avant les soutenances.

Enfin, je tiens à remercier ma famille, notamment mes parents qui m'ont soutenu et encouragé durant toutes ces années. Je tiens à les remercier aussi pour leurs relectures et conseils dans la formulation de mes écrits.

## Table des matières

I.	Introduction.....	4
II.	Cadre conceptuel.....	6
1.	La schizophrénie .....	6
A)	Présentation de la schizophrénie .....	6
B)	Le diagnostic .....	6
C)	Les symptômes .....	7
D)	La schizophrénie et les troubles cognitifs.....	10
2.	Les troubles cognitifs .....	11
A)	Généralités sur les troubles cognitifs dans la schizophrénie.....	11
B)	Les différents troubles cognitifs .....	11
C)	Les fonctions cognitives déficitaires dans la schizophrénie .....	16
D)	L'impact des troubles de la cognition sociale sur la vie quotidienne.....	16
3.	La psychiatrie et l'ergothérapie.....	18
A)	Les origines de la psychiatrie .....	18
B)	La naissance de l'ergothérapie .....	19
C)	L'ergothérapie en psychiatrie.....	20
D)	Un modèle conceptuel : le modèle cognitivo-comportemental.....	23
4.	La remédiation cognitive, un outil de réhabilitation sociale.....	24
A)	La réhabilitation psychosociale .....	24
B)	La réhabilitation : un processus pertinent pour l'ergothérapeute .....	25
C)	Définition de la remédiation cognitive .....	27
D)	Le déroulé des séances de remédiation cognitive et les différents programmes	29
E)	La remédiation cognitive, un outil au service de l'ergothérapie .....	34
III.	Méthodologie d'enquête .....	36
1.	Choix de l'outil de recherche.....	36

2.	Population visée par l'enquête et faisabilité de l'enquête .....	36
3.	Prise de contact et réalisation du guide d'entretien.....	37
4.	Contexte de réalisation des entretiens .....	38
5.	Préparation de l'analyse.....	38
IV.	Résultats et analyse .....	39
1.	Présentation des ergothérapeutes .....	39
2.	Schizophrénie et ergothérapie.....	41
A)	Population accompagnée.....	41
B)	Troubles cognitifs .....	41
3.	La réhabilitation psychosociale.....	42
A)	Définition de la réhabilitation psychosociale .....	42
B)	Outils de réhabilitation psychosociale utilisés .....	43
4.	La remédiation cognitive .....	45
A)	Définition de la remédiation cognitive .....	45
B)	Le transfert des acquis .....	46
C)	Les fonctions cognitives réentraînées par les programmes de remédiation cognitive 47	
D)	Les programmes de remédiation cognitive sociale utilisés.....	47
5.	La cognition sociale.....	48
A)	Définition de la cognition sociale.....	48
B)	Les différentes fonctions de la cognition sociale .....	49
C)	L'apport du réentraînement de la cognition sociale .....	50
V.	Discussion.....	52
1.	Mise en relation des résultats obtenus avec le cadre conceptuel .....	52
A)	La schizophrénie et la remédiation cognitive.....	52
B)	La réhabilitation psychosociale .....	52
C)	La remédiation cognitive .....	53
D)	La cognition sociale .....	54

E) L'apport du réentraînement des troubles de la cognition sociale .....	54
2. Retour sur l'hypothèse.....	55
3. Les limites.....	55
VI. Conclusion .....	57
<b>Bibliographie</b> .....	<b>58</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>I</b>

## I. Introduction

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les maladies mentales sont placées au troisième rang en termes de prévalence. Elles affectent environ une personne sur cinq dans le monde. De plus « l'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI<sup>ème</sup> siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif) » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2009)

En réalisant des recherches sur les UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée), sujet qui m'a beaucoup questionné tout au long de ma formation, j'ai découvert un processus appelé « réhabilitation psychosociale ». Ce concept prend en compte un ensemble de procédés ayant pour objectif d'aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir et obtenir une qualité de vie satisfaisante. De cette découverte a découlé toute une série de questionnements qui m'ont poussé à faire des recherches plus approfondies.

Lors du stage que j'ai réalisé en santé mentale, en juin 2020, j'ai remarqué que certaines personnes atteintes de schizophrénie présentaient des troubles cognitifs. J'ai pu échanger avec quelques-unes d'entre elles qui en étaient conscientes et pouvaient s'en plaindre : « *J'ai du mal à fixer mon attention* », « *J'ai des pertes de mémoires, il m'arrive d'oublier certaines choses* », « *c'est assez dérangeant au quotidien* ».

Je me suis alors demandée d'où venaient ces troubles ? Est-ce un effet secondaire aux neuroleptiques ? Comment en tant qu'ergothérapeute nous pouvons aider ces personnes ?

En continuant mes recherches sur la réhabilitation psychosociale j'ai découvert qu'il existait différents outils de réhabilitation psychosociale. Parmi ces outils, un permet de réentraîner certaines fonctions cognitives déficitaires : la remédiation cognitive.

Afin d'enrichir mes recherches et d'obtenir certaines réponses, j'ai pu réaliser un entretien exploratoire auprès d'une ergothérapeute travaillant en intra-hospitalier. Cette ergothérapeute est titulaire d'un DU (Diplôme Universitaire) de réhabilitation psychosociale et a été formée au programme de remédiation cognitive : CRT (Cognitive Remediation Therapy).

Cet entretien m'a permis de mieux comprendre et organiser les informations que j'avais recueillies lors de mes recherches. Je me suis rendue compte que l'ergothérapeute a un rôle important au sein de la réhabilitation psychosociale et de la remédiation cognitive comme nous le verrons plus tard dans mon écrit.

À la suite de mes recherches et réflexions, je suis arrivée à formuler ma question de recherche qui est : « **Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il utiliser la remédiation cognitive afin d'améliorer les troubles de la cognition sociale auprès de personnes souffrants de schizophrénie ?** »

Afin de répondre à ma question, j'ai réalisé un recueil de données permettant d'aborder les différents concepts clés du mémoire, puis une enquête. J'ai construit mon cadre conceptuel en fonction des principaux termes présents dans ma question de recherche.

Dans un premier temps je vous présenterai la schizophrénie, puis dans un second temps je vous parlerai des troubles cognitifs que présentent les personnes souffrant de schizophrénie et des difficultés rencontrées au quotidien. À la suite de cela je décrirai l'ergothérapie ainsi que son rôle en psychiatrie. Ensuite nous parlerons de la réhabilitation psychosociale et de tous ses outils thérapeutiques. Enfin, je présenterai la réhabilitation psychosociale et plus particulièrement un de ses outils permettant de réentraîner les fonctions cognitives déficitaires ; la remédiation cognitive, ainsi que le rôle de l'ergothérapeute au sein de ces programmes.

La deuxième partie de mon écrit est consacrée à mon enquête. Dans cette partie je présenterai le choix de mon outil d'enquête. Ensuite je présenterai les résultats obtenus et je les analyserai. Pour finir, je validerai ou invaliderai l'hypothèse émergeant de mon cadre conceptuel, en m'appuyant sur une discussion mettant en lien les différents résultats obtenus dans mon cadre conceptuel et sur le terrain.

## II. Cadre conceptuel

### 1. La schizophrénie

#### A) *Présentation de la schizophrénie*

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique qui affecte entre 0,7% et 1% de la population mondiale. C'est une maladie polymorphe, qui peut donc prendre différentes formes et toucher toutes les cultures, autant les hommes que les femmes (sex ratio 1). (Inserm, 2020). Cette pathologie débute généralement entre 15 et 25 ans et est la 8<sup>ème</sup> cause d'incapacité chez les 15-44 ans. (Belio, 2011, 65)

Le terme de schizophrénie est assez récent et a été proposé par Eugen Bleuler (Zurich, 1911), un psychiatre Suisse qui a intégré ce terme ainsi que celui de l'autisme au vocabulaire psychiatrique. Il s'est appuyé sur le grec « *schizein* » qui signifie diviser, fendre et « *phren* » qui se traduit par cerveau, pensée. (Adès, 2006, 330)

Dans les années 1950, Henri Ey, un psychologue et psychiatre français, définit la schizophrénie comme « une psychose chronique qui altère profondément la personnalité » (Adès, 2006, 331) Cela signifie que cette pathologie peut potentiellement évoluer du fait de sa chronicité et qu'elle a un impact sur le comportement des personnes atteintes de schizophrénie.

Nous pouvons observer trois phases dans la schizophrénie. Tout d'abord il y a une phase prodromique, lors de la survenue de signes avant-coureurs. Ensuite il y a une phase aiguë, lorsque la maladie se déclare et pour finir une phase chronique, une fois que la maladie est présente et qu'il faut apprendre à vivre avec. C'est dans cette dernière phase, lorsque que la personne est stabilisée, que le processus de réhabilitation psychosociale peut être mis en place dans le parcours de soin. (Adès, 2006, 332)

#### B) *Le diagnostic*

Avant de poser un diagnostic psychiatrique il faut s'assurer que les symptômes, tels que les délires, ne viennent pas d'une autre raison. En effet nous pouvons établir un diagnostic différentiel en testant différentes causes :

Les causes iatrogènes	Les causes toxiques	Les causes organiques
La prise de médicaments	La prise de substances (cannabis, cocaïne, ...)	Les troubles neurologiques ou autre (fécalome, maladie de Lyme,...)

Tableau I : Les causes à éliminer avant de poser un diagnostic

Une fois que ces causes sont écartées, le DSM-5, publié en 2013, et la CIM-10 (10<sup>ème</sup> révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), s'accordent sur l'idée que le diagnostic de schizophrénie peut être posé au bout d'un mois si au moins deux symptômes correspondent (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs).

Cependant il ne faut pas confondre le diagnostic de la schizophrénie avec le diagnostic de BDA (Bouffée Délirante Aiguë). En effet, la BDA apparaît brutalement sans symptômes précurseurs de la maladie (apragmatisme, incurie, apathie ou encore trouble du caractère). Les BDA apparaissent souvent à la suite d'un évènement déclenchant. De plus une BDA dure moins longtemps, quelques jours à environ trois mois. Une personne peut présenter une BDA une fois dans sa vie ou bien plusieurs fois et peut évoluer vers un diagnostic de schizophrénie. (Adès, 2006, 327 ; Benradia, 2010, 58)

### C) Les symptômes

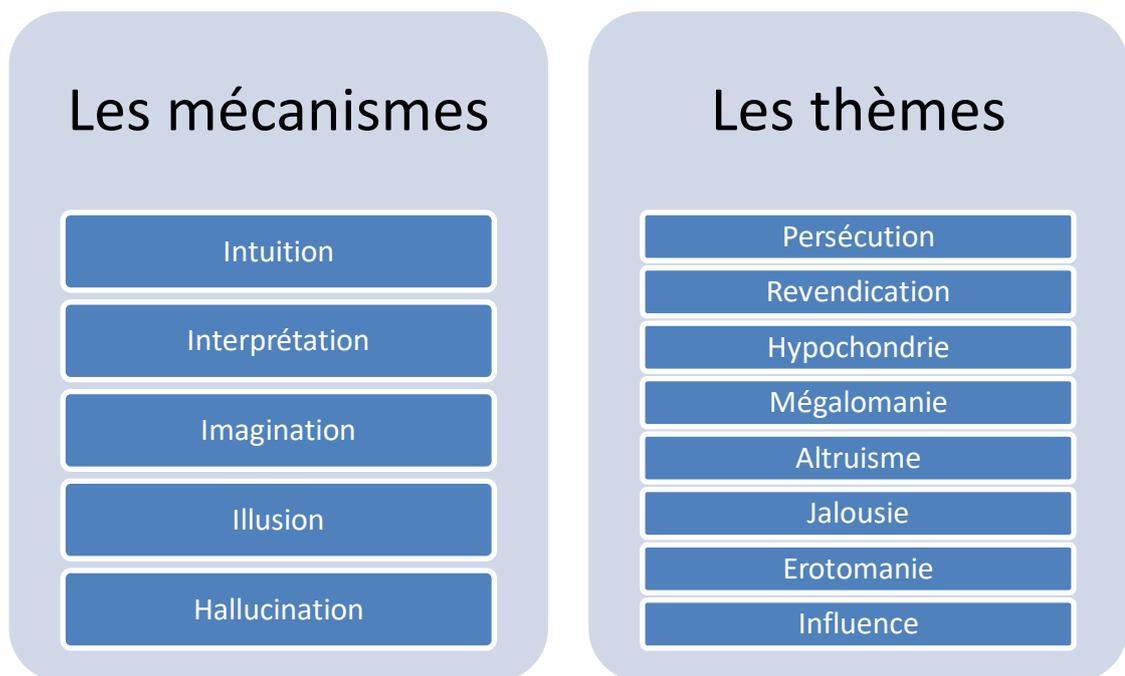
La schizophrénie est caractérisée par différents symptômes variables d'une personne à l'autre. Ces symptômes sont de l'ordre d'hallucinations, de délires, de repli social et de troubles cognitifs. (Adès, 2006, 332)

Les symptômes dans la schizophrénie peuvent être classés en deux principaux groupes. D'un côté il y a les symptômes positifs ou productifs, qui sont une distorsion d'une fonction « normale », et d'un autre côté il y a les symptômes négatifs ou déficitaires, qui sont une perte ou une diminution d'une fonction « normale »

Tout d'abord les symptômes positifs se composent essentiellement de délires. Les délires sont des idées erronées en opposition avec la réalité. Il existe différents mécanismes du délire et différents thèmes.

- Les mécanismes sont les processus à partir desquels l'idée délirante se construit, s'élabore.
- Les thèmes du délire sont quant à eux les objets du discours. Ils peuvent être uniques ou multiples. (Adès, 349)

Il existe différents mécanismes et différents thèmes observables dans la schizophrénie :



*Tableau II : Les mécanismes et thèmes du délire*

De plus les symptômes positifs peuvent être caractérisés par de l'agitation (qui est un trouble du comportement moteur qui peut aller jusqu'à une crise psychomotrice (excitation) avec une perte de contrôle de la pensée et des actes), de la méfiance ou de l'hostilité. (Adès, 2006, 342)

Ensuite il y a les symptômes négatifs. Ces symptômes correspondent à un appauvrissement affectif et émotionnel. Ils se traduisent par :

- Un appauvrissement du langage ;

- Un retrait social ;
- Une réduction de la capacité à éprouver des émotions, soit du fait :
  - d'une apathie, c'est à dire une incapacité à réagir et une absence d'énergie ;
  - d'une anhédonie, c'est à dire une difficulté à ressentir du plaisir, l'impossibilité d'être heureux ;
  - d'un émoussement affectif caractérisé par une diminution des émotions ;
- Une réduction de la capacité à exprimer ce que l'on ressent soit sous forme :
  - d'alogie, qui est une difficulté à communiquer ;
  - d'alexithymie, qui est une impossibilité à définir ses affects ;
- De l'apragmatisme, incapacité à entreprendre des actions ;
- Une désorganisation au niveau de la pensée, de la parole, des émotions et des comportements corporels.

(Franck, 2018, 678).

Les symptômes négatifs peuvent être ensuite divisés en deux catégories : les primaires et les secondaires. Les symptômes négatifs primaires sont « les caractéristiques centrales, intrinsèques de la schizophrénie » c'est à dire des signes déficitaires propres au corps, par exemple les troubles cognitifs. Les symptômes négatifs secondaires sont « transitoires » c'est à dire qu'ils sont de durée relativement courte, par exemple les effets secondaires des psychotiques. (Franck, 2018, 677).

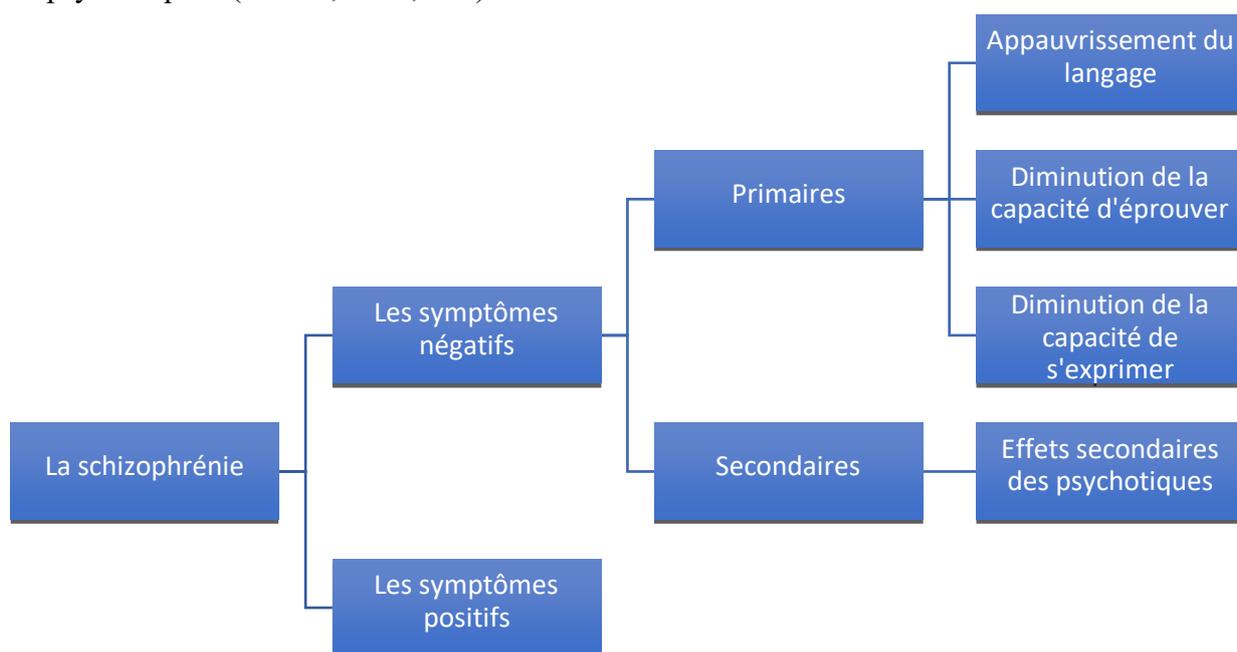


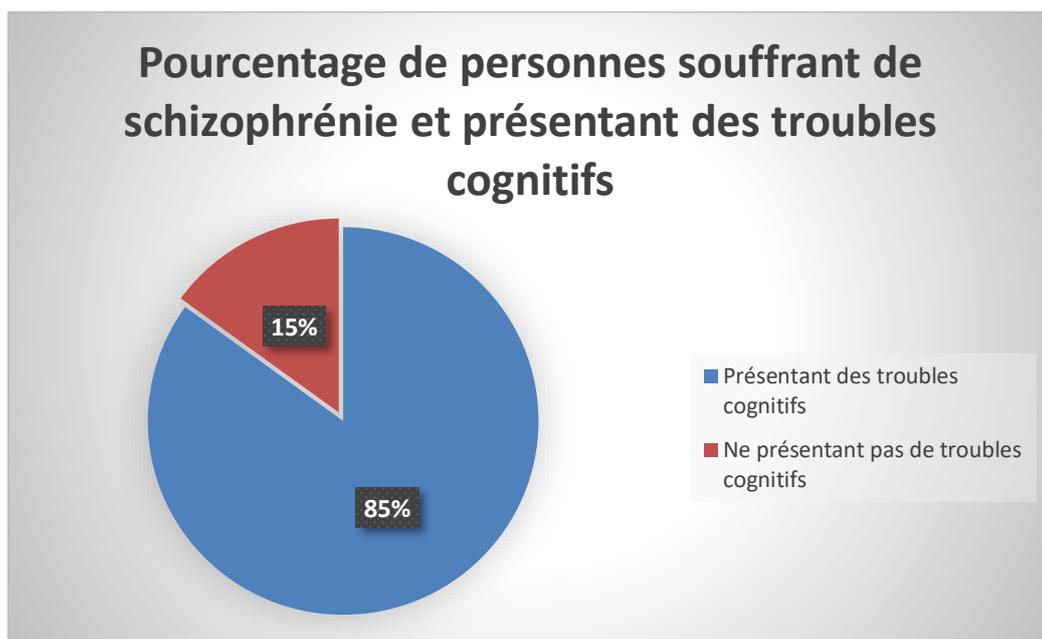
Figure 1 : Les symptômes dans la schizophrénie

Selon N. Andreasen, le plus souvent les personnes observées dans les cliniques ont une forme mixte, c'est à dire qu'elles présentent à la fois des symptômes négatifs et des symptômes positifs. (Adès, 2006, 342)

#### *D) La schizophrénie et les troubles cognitifs*

Un des symptômes négatifs dans la schizophrénie concerne les troubles cognitifs.

En effet, 85% des personnes souffrants de schizophrénie présentes des déficits cognitifs qu'ils soient de l'ordre de troubles de l'attention, de la planification des tâches, des capacités mnésiques ou/et des fonctions exécutives. Ces déficits cognitifs sont responsables d'un grand nombre de difficultés rencontrées au quotidien au niveau des activités de la vie quotidienne aussi bien qu'au niveau des relations socio-professionnelles. (Adès, 2006, 343)



*Figure 2 : Diagramme du pourcentage de personnes souffrant de schizophrénie et présentant des troubles cognitifs*

De plus il a été démontré que les personnes souffrant de schizophrénie ont moins d'activités en rapport avec les loisirs, les relations sociales, la famille et le travail que les sujets sans pathologie mentale. (Belio, 2011, 65)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 15 à 20 % des personnes atteintes

de schizophrénie travaillent. Un grand nombre de personnes atteintes de schizophrénie (47%) vivent de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH), les autres peuvent bénéficier d'une pension d'invalidité, du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ou d'une aide financière familiale. (Adès, 2006, 332 ; Franck, 2016, 1)

L'impact des troubles cognitifs apparaissent comme une problématique majeure dans l'accès à des activités et donc au maintien de la qualité de vie d'une personne souffrant de schizophrénie, il convient de s'interroger plus en détail à ces derniers

## 2. Les troubles cognitifs

### A) Généralités sur les troubles cognitifs dans la schizophrénie

Les troubles cognitifs sont longtemps restés au second plan dans la schizophrénie car ils étaient peu connus. Aujourd'hui ils sont considérés comme l'un des problèmes centraux de cette maladie. (Vianin, 2013, 23)

En effet les premières observations sur ces troubles remontent à 1899. Kraepelin, un psychiatre allemand, a pu observer une déficience cognitive chez des personnes présentant une « démence précoce ». Ce terme correspondait à un ensemble de symptômes que Bleuler nommera schizophrénie en 1908.

Selon Kraepelin, il serait possible d'observer un « déclin intellectuel » dès la fin de l'adolescence. Ce dernier serait caractérisé par un trouble au niveau de l'attention, de la motivation, de l'apprentissage et de la résolution de problèmes, mais aussi par des difficultés au niveau du fonctionnement social et de la capacité à vivre en autonomie. (Vianin, 2013, 23)

De nombreuses études ont été réalisées et ont montré que les troubles cognitifs sont présents, dans la plupart des cas, avant le début de la maladie. Les troubles cognitifs sont donc des signes prodromiques à la maladie. (Hernandez, 2016, 256)

### B) Les différents troubles cognitifs

Les troubles cognitifs dans la schizophrénie peuvent être divisés en trois grands types.

➤ Tout d'abord les troubles **neurocognitifs** impactant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives (Vianin, 2013, 25). Il est cependant rare qu'une personne puisse présenter un trouble à la fois attentionnel, mnésique et exécutif bien que les profils cognitifs soient très variables d'une personne à l'autre. (Vianin, 2013, 26)

<b>Troubles neurocognitifs</b>	
<b>La mémoire</b>	Capacité à stocker des informations qui peuvent être utilisées ou restituées ultérieurement. (Annexe 3)
<b>L'attention</b>	Capacité de l'esprit à négliger certains éléments afin de considérer plus spécifiquement d'autres éléments. (Annexe 4)
<b>Les fonctions exécutives</b>	Capacité de s'adapter et de réaliser des activités nouvelles et non routinières. (Annexe 5)

*Tab III : Tableau récapitulatif des troubles de la neurocognition*

➤ D'autre part les troubles **métacognitifs**. La métacognition est « la connaissance qu'un sujet a de son propre fonctionnement cognitif [...], la manière dont il peut en prendre conscience et en rendre compte ». (Vianin, 2013, 39) La métacognition est la connaissance de ses propres capacités cognitives et tout ce qui y touche.

La métacognition peut être répartie en deux concept :

<b>Troubles métacognitifs</b>	
<b>Connaissances métacognitives</b>	Se déroulent en dehors de la tâche cognitive, c'est une surveillance à distance, <i>off-line</i> . Cette réflexion se porte sur tous les facteurs portant sur les personnes, sur les stratégies ou sur les tâches en elle-même
<b>Expérience métacognitive</b>	Ou conscience métacognitive qui a lieu pendant la tâche, <i>on-line</i> . Permet un jugement sur la tâche que l'on réalise ainsi qu'un ajustement de son comportement.

*Tab IV : Tableau récapitulatif des troubles métacognitifs*

➤ Et enfin il y a les troubles de la **cognition sociale**. Le terme « cognition sociale » regroupe tous les processus cognitifs intervenants dans les interactions sociales. (Franck, 2016, 22).

En 2001, Adolphs définit la cognition sociale comme étant « la capacité à construire des représentations mentales sur les relations entre soi et autrui et à utiliser ces représentations avec habileté pour guider les comportements sociaux ». Selon lui la cognition sociale est la capacité d'interpréter le comportement des gens et s'en servir pour réagir de façon appropriée.

Nous savons que dans la schizophrénie les capacités relationnelles et sociales sont altérées. En effet les personnes souffrant de schizophrénie présentent des difficultés à interagir dans le monde social et à s'y adapter. Ces difficultés pourraient en partie être expliquées par un dysfonctionnement des processus de la cognition sociale. (Peyroux, 2014, XVII)

Il en existe plusieurs dimensions dans la cognition sociale :

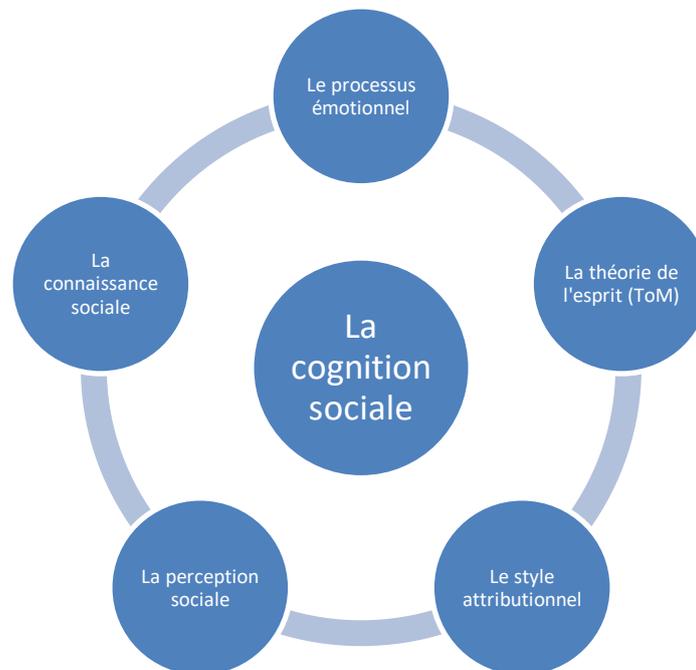


Figure 3 : Les 5 dimensions de la cognition sociale

➤ Le processus émotionnel

Le processus émotionnel est défini comme étant « la capacité à percevoir et utiliser les informations émotionnelles ». (Peyroux, 2016, 70) De nombreuses recherches ont démontré que ces déficits émotionnels impactent tous les processus. De plus les processus élémentaires (la perception et la compréhension des émotions) jusqu'aux processus les plus complexes

(le contrôle et la régulation des émotions) sont impactés. Les troubles du processus émotionnel ne permettent pas de comprendre l'état émotionnel des personnes et d'adapter son comportement en contrepartie.

➤ La théorie de l'esprit (ToM)

La théorie de l'esprit est définie comme étant « la capacité à se représenter les états mentaux des autres et à interférer correctement leur contenu afin de comprendre, prédire et juger le comportement d'autrui ». (Peyroux, 2016, 70) Ce qui signifie que la théorie de l'esprit est la capacité à appréhender les pensées d'une personne. Ce concept présente d'autres appellations telles que : la mentalisation, l'attribution d'états mentaux ou l'empathie cognitive.

Une étude menée par Roncone en 2006 a montré que 15 % des difficultés au niveau du champ social seraient dues à un déficit de la théorie de l'esprit. Ces troubles sont responsables d'environ un quart de difficultés comportementales rencontrées chez les personnes souffrant de schizophrénie.

➤ Le style attributionnel

Le style attributionnel « désigne la manière dont les individus expliquent les causes des événements positifs et négatifs de leur vie ». (Peyroux, 2016, 71)

Il existe trois types d'attribution :

- L'attribution interne, qui correspond à une « erreur » venant d'eux ;
- L'attribution externe, qui correspond à une « erreur » venant d'une autre personne ;
- L'attribution situationnelle, qui correspond à une « erreur » due à l'environnement.

Dans la schizophrénie il existe deux types de biais d'attribution (faire référence à de mêmes explications pour identifier une situation) :

- Le *self-serving bias*, la personne s'attribue des événements positifs (attribution interne) et attribue aux autres (attribution externe) des événements négatifs les concernant ;
- Le *personalizing bias*, la personne rejette la faute sur les autres (attribution

externe) plutôt que sur la situation ou l'environnement (attribution situationnelle).

➤ La perception sociale

La perception sociale est « la capacité des individus à comprendre les rôles sociaux et leurs règles et à identifier les indices sociaux parmi les informations contextuelles et les gestes communicatifs ». (Peyroux, 2016, 72) Soit la capacité de décoder et interpréter des informations que l'on perçoit de la relation interprofessionnelle. La personne doit être en capacité de percevoir les indices verbaux (exemple : la tonalité de la voix) et non verbaux (exemple : la distance entre deux personnes).

➤ La connaissance sociale

La connaissance sociale « constitue le support de la connaissance des rôles, des règles et des buts qui caractérisent des situations sociales et guident les interactions ». (Peyroux, 2016, 72) Cela signifie que la personne ajuste son comportement en fonction d'où et avec qui elle est, qu'elle se comporte de façon appropriée en fonction du contexte social. (Franck, 2016, 23 ; Peyroux, 2016, 72)

La neurocognition	La métacognition	La cognition sociale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attention</li> <li>• La mémoire</li> <li>• Les fonctions exécutives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La connaissance sur sa propre cognition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le processus émotionnel</li> <li>• La ToM</li> <li>• Le style attributionnel</li> <li>• La perception sociale</li> <li>• La connaissance sociale</li> </ul>

Tableau V : Tableau récapitulatif de la cognition dans la schizophrénie

### C) *Les fonctions cognitives déficitaires dans la schizophrénie*

Parmi les troubles cognitifs observés précédemment, certains sont plus impactés dans la schizophrénie.

En effet, les fonctions cognitives déficitaires le plus souvent observées dans la schizophrénie sont principalement au niveau de la neurocognition, notamment l'attention sélective et visuelle, la mémoire verbale et visuelle et les fonctions exécutives mais aussi au niveau des cinq dimensions de la cognition sociale.

Pour aller plus loin, en 2004, le projet américain NIMH-MATRICS (*National Institute of Mental Health – Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*) a été développé dans le but de s'accorder sur les déficits cognitifs observés chez une personne schizophrène. Les résultats de ce projet ont permis d'identifier sept fonctions cognitives déficitaires observables chez les personnes souffrant de schizophrénie :

- La mémoire de travail ;
- L'attention soutenue ;
- L'apprentissage verbal ;
- L'apprentissage visuel ;
- Le raisonnement/ la résolution de problèmes ;
- La vitesse de traitement ;
- La cognition sociale.

Ainsi, la cognition sociale est en effet une fonction cognitive largement évaluée comme déficitaire dans la schizophrénie et son trouble impacte de façon importante la vie quotidienne des patients.

### D) *L'impact des troubles de la cognition sociale sur la vie quotidienne*

Les troubles cognitifs ont des répercussions fonctionnelles majeures dans la vie du patient, et ce principalement au niveau de l'acquisition de compétences dans les activités quotidiennes qui incluent les aspects de réinsertion sociale et professionnelle.

Une fois installés, les troubles cognitifs sont présents de manière constante et varient peu contrairement aux symptômes cliniques qui eux varient en intensité tout au long de la vie du malade.

Depuis les années 1990 des études sont menées sur le lien entre les troubles cognitifs et les symptômes négatifs et positifs. Plusieurs auteurs ont révélé une corrélation entre les symptômes (négatifs et positifs) et les troubles cognitifs. (Franck, 2016, 73)

Les troubles neuro cognitifs peuvent entraîner des difficultés sur différents aspects. Tout d'abord au niveau attentionnel, la personne peut avoir du mal à fixer son attention. Ceci peut entraîner des difficultés à suivre une conversation ou bien perdre le cours de sa pensée.

Ensuite au niveau mnésique, la personne peut présenter des difficultés à enregistrer et restituer certaines informations. Ceci peut se traduire par un oubli d'information.

Et enfin, au niveau des fonctions exécutives, la personne peut présenter des difficultés au niveau de la réalisation des tâches. Ceci peut se traduire par des difficultés à s'organiser, planifier une tâche, traiter plusieurs informations en même temps, etc.

Les troubles de la cognition sociale, quant à eux, entraînent des difficultés au niveau des relations avec autrui. Les personnes peuvent généralement présenter un repli social avec des difficultés au niveau relationnel et professionnel.

En effet, les personnes souffrant des troubles de la cognition sociale peuvent présenter des difficultés à interpréter les émotions. Tout d'abord, elles peuvent présenter des difficultés pour comprendre et contrôler leurs émotions. Cela peut entraîner une hyperthymie ou au contraire une hypothymie (émoussement affectif). Ensuite, elles peuvent aussi présenter des difficultés à interpréter les émotions des autres ainsi que de percevoir les indices permettant de déterminer l'humeur d'un individu.

Il peut aussi exister des difficultés à imaginer les différentes causes d'un évènement et à prendre en compte les différentes possibilités pour cet évènement (venant de soi-même, de l'environnement ou d'autrui).

Une autre difficulté que ces personnes peuvent présenter est une difficulté d'adaptation aux règles sociales en fonction de la situation et des personnes devant lesquelles elles se trouvent.

Tous ces troubles peuvent donc entraîner des altérations au niveau des relations sociales ainsi que des difficultés d'intégration.

Ces différents troubles cognitifs et notamment ceux de l'ordre de la cognition sociale, impactent la vie quotidienne du patient, qui est le sujet de préoccupation de l'ergothérapeute. Il est donc important de bien définir l'action de l'ergothérapeute en psychiatrie.

### 3. La psychiatrie et l'ergothérapie

#### A) Les origines de la psychiatrie

A la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, suite à l'observation faite sur le traitement inhumain accordé aux malades mentaux dans les asiles, Philippe Pinel (1745-1826, médecin) en France, William Tuke (1732-1822, philanthrope et humaniste) en Angleterre et Dorothea Dix (1802-1887, infirmière) aux Etats-Unis font évoluer le statut d'« aliéné » à celui de « malade mental ». Cette nouvelle appellation est accompagnée par des soins plus respectueux et par l'idée d'une possible « curabilité de la folie ». (Franck, 2018, 16)

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840, psychiatre français) et Dorothea Dix, implantent en France et aux Etats-Unis des lieux spécifiquement conçus pour les malades mentaux : les asiles.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, le travail est utilisé comme traitement de réadaptation auprès des résidents. Ce travail leur apportait de nombreux bénéfices ainsi qu'une tranquillité et une tenue morale leur permettant de se concentrer sur autres choses que leurs idées délirantes.

Dans les années 1950, des centres de traitement et de réadaptation sociales (CTRS) ont fait leur apparition en France. Ces centres permettaient des prises en charge ambulatoires par des ergothérapeutes afin de favoriser la réadaptation professionnelle. (Duprez, 2008, 910 ; Franck, 2018, 16 ; Pibarot, 2013, 14)

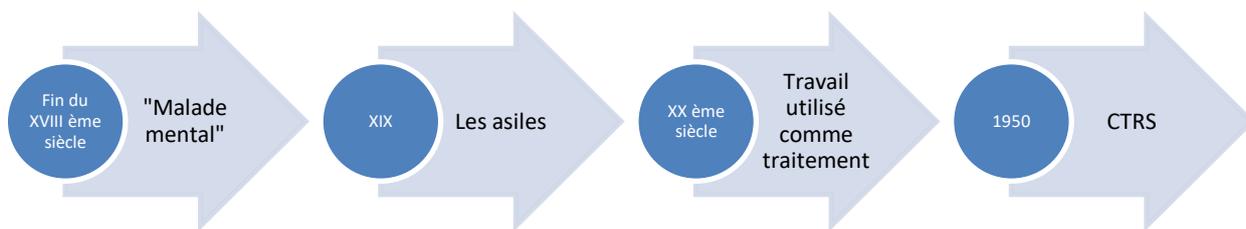


Figure 4 : Frise chronologique des origines de la psychiatrie

## B) La naissance de l'ergothérapie

Les plus anciennes traces retrouvées sur ce qui s'apparente à de l'ergothérapie remonte au II<sup>ème</sup> siècle avant Jésus Christ dans les textes de l'historien grec Galien. D'après ses écrits, des personnes qualifiées « d'aliénés », réalisaient des activités culturelles comme par exemple de la musique, de la peinture et du théâtre. (Pibarot, 2013, 13)

C'est à partir du XX<sup>ème</sup> siècle et à la suite des Guerres mondiales que l'ergothérapie a fait son apparition. Lors de la Première Guerre mondiale (1914-1918), du fait d'un nombre important de blessés physiques et psychiques, la rééducation a commencé à être utilisée en Europe et aux Etats Unis dans le but de « réentraîner à l'effort par le travail ». Lors de la Seconde Guerre mondiale, et à la suite de l'arrivée des centres de travaux forcés, le regard attribué à la notion de travail a changé. Le secrétaire général de l'Académie française, Georges Duhamel, décide alors en 1943 de changer le terme « travail thérapeutique » par « ergothérapie ». En effet si l'on se base sur l'étymologie du mot « ergothérapie » qui vient du grec on obtient « *ergon* » qui signifie activité et « *therapia* » qui signifie soin. L'ergothérapie est donc définie comme étant une thérapie par l'activité.

En 1954, les deux premières écoles d'ergothérapie sont créées en France (à Paris et Nancy) et le Diplôme d'Etat d'ergothérapie fut établi en 1970. Depuis 1954, le nombre d'écoles d'ergothérapie ne cesse d'augmenter atteignant 23 IFE (Instituts de Formation en Ergothérapie) en 2016 et 26 IFE en 2020.

Selon l'arrêté du 5 juillet 2010, l'ergothérapeute est présenté comme étant un professionnel du paramédical agissant sous prescription médicale. (Riou, 2016, 24)

La définition de l'ergothérapie donnée par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en 2019 est que « l'ergothérapeute est un professionnel de santé [...]. Spécialiste du rapport entre l'activité et la santé ». En effet l'étymologie du mot « ergothérapie » signifie que c'est une thérapie par l'activité.

Le champ d'intervention de l'ergothérapeute est assez large. Ce dernier intervient auprès de personnes étant en situation de handicap temporaire ou durable aux origines variées (neurologie, rhumatologie, traumatologie, psychiatrie, etc.). De plus, il peut exercer auprès de population de tout âge, aussi bien en néonatalité qu'en gériatrie. L'ergothérapeute

peut exercer dans un grand nombre de structures telles que des centres hospitaliers, des centres de rééducation, des services d'intervention à domicile, des cabinets indépendants, etc. (ANFE)

L'objectif principal de l'ergothérapeute est l'autonomie de la personne. Le mot « autonomie » vient du grec « autonomia » est constitué de deux termes : « autos » qui signifie soi-même et « nomos » qui signifie loi, règle. Le mot autonomie fait donc référence à la faculté de pouvoir agir par soi-même en se fixant ses propres règles et sa propre loi. Une personne autonome peut donc réaliser les actes de la vie quotidienne seule et dans son environnement. Les objectifs importants de l'ergothérapeute sont le bien-être et la qualité de vie de la personne. (Hernandez, 2016, 368)

L'ergothérapeute est un professionnel de santé ayant une vision holistique sur la personne qu'elle accompagne. Il oriente sa prise en soin en tenant compte de la personne dans son ensemble, ses habitudes, son environnement et ses projets de vie.

Les actions de l'ergothérapeute peuvent être réparties en trois actions principales :

- L'évaluation du patient : sa situation de handicap et ses ressources grâce à des bilans divers et variés ;
- La rédaction du diagnostic ergothérapique qui permet de présenter la personne ainsi que ses difficultés et ressources ;
- L'intervention auprès du patient et de son environnement.

Le patient co-construit son projet de soin avec l'ergothérapeute afin qu'il corresponde à ses attentes et à celles de ses proches.

### *C) L'ergothérapie en psychiatrie*

Un des domaines d'intervention de l'ergothérapeute est la psychiatrie.

Selon une estimation de l'ANFE en 2010, le pourcentage des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie en 2009 était de 14%. Soit à la 3<sup>ème</sup> place derrière la gériatrie et la rééducation et réadaptation de l'adulte en établissement et avec le même pourcentage que la pratique en pédiatrie

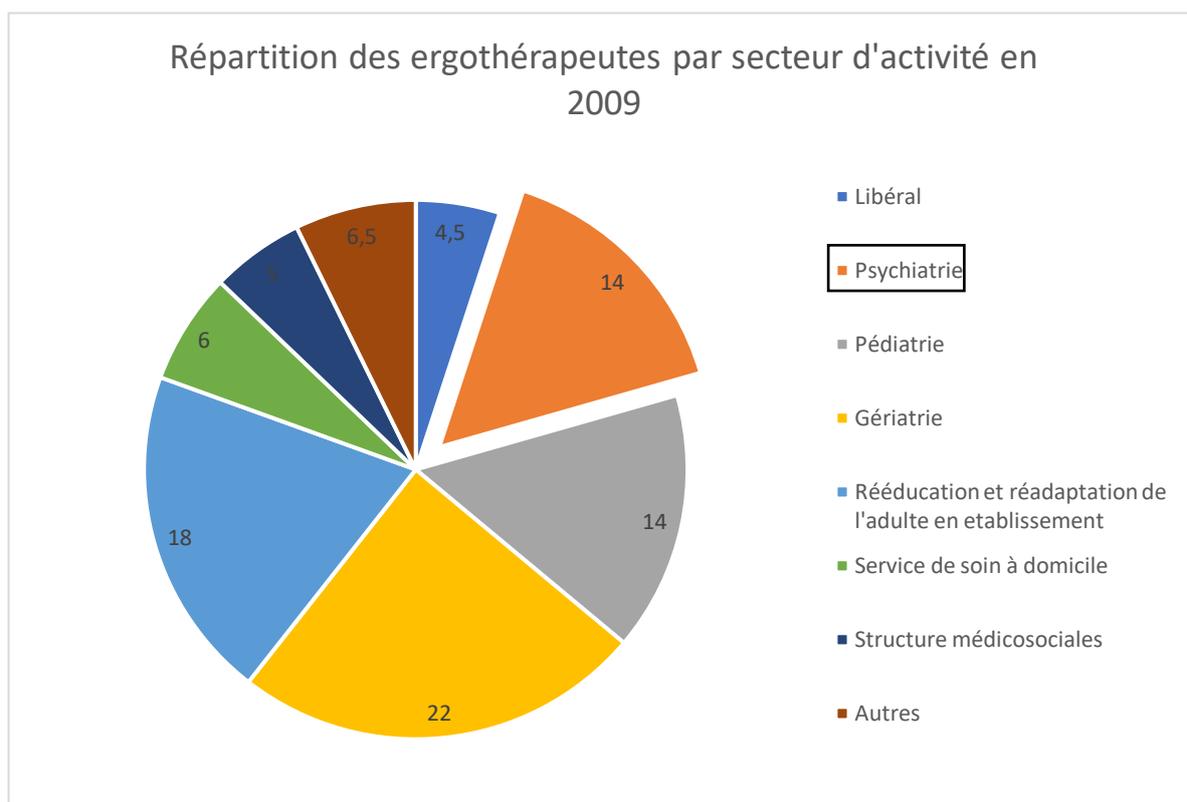


Figure 5 : Diagramme de la répartition des domaines d'exercice des ergothérapeutes en France

Cette faible quantité peut être expliquée par le fait que notre spécificité dans ce domaine, est mal connue, ce qui conduit à ce que certains ateliers dit « ergothérapeutiques » soient réalisés par d'autres professionnels tels que des infirmiers, des aides-soignants ou des animateurs.

Les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale exercent principalement dans des structures sanitaires (dans des services d'hospitalisation, en CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) ou en HDJ (Hôpital De Jour). Ils peuvent plus occasionnellement exercer dans des structures médico-sociales ou en libéral.

Les personnes rencontrées par les ergothérapeutes en santé mentale présentent des pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie, la bouffée délirante aiguë, des troubles de l'humeur (troubles bipolaires, maniaco-dépressifs), la dépression/mélancolie, la paranoïa, les addictions, etc. Les interventions auprès de ces personnes se font en hospitalisation complète ou partielle, en ambulatoire ou à domicile.

L'ergothérapeute en santé mentale exerce au sein et en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire qui peut être composée de médecins, de cadres de santé, d'infirmiers, d'aides-soignantes, de psychologues, neuropsychologues, médiateurs de santé-paire, psychomotriciens, arts thérapeutes, etc.

Sa mission est alors « d'évaluer les retentissements fonctionnels de la maladie sur les investissements professionnels, scolaires, relationnels et de vie quotidienne » (Riou, 2016, 24) c'est à dire évaluer les difficultés que peut rencontrer la personne dans toutes les activités qu'elle investit et qui lui sont signifiantes pour elle.

L'ergothérapeute peut accompagner la personne au niveau des soins, réaliser des activités de réadaptation/réhabilitation, de prévention et de conseil. Il peut aussi intervenir auprès des aidants et des proches de la personne. Cet accompagnement est adapté et propre à chaque patient en fonction de ses besoins et de son projet de vie afin qu'il devienne autonome. (Riou, 2016, 24)

En santé mentale, l'ergothérapeute peut utiliser plusieurs outils pour permettre aux personnes souffrant de schizophrénie de devenir autonomes dans leur vie quotidienne. L'activité a un rôle d'interface entre le thérapeute et l'usager. La réalisation d'une activité est le support de la relation thérapeutique qui a un rôle important dans les soins. C'est cette relation de confiance et cette alliance qui permettent à la personne de s'exprimer et d'aller mieux. Cette expression se fait au travers des supports d'activités thérapeutiques et de création d'objets.

Selon Pibarot et Bagnères, la relation thérapeutique est triangulaire. Elle est composée du thérapeute, du patient et de l'objet. L'objet est ainsi médiateur de la relation thérapeutique.

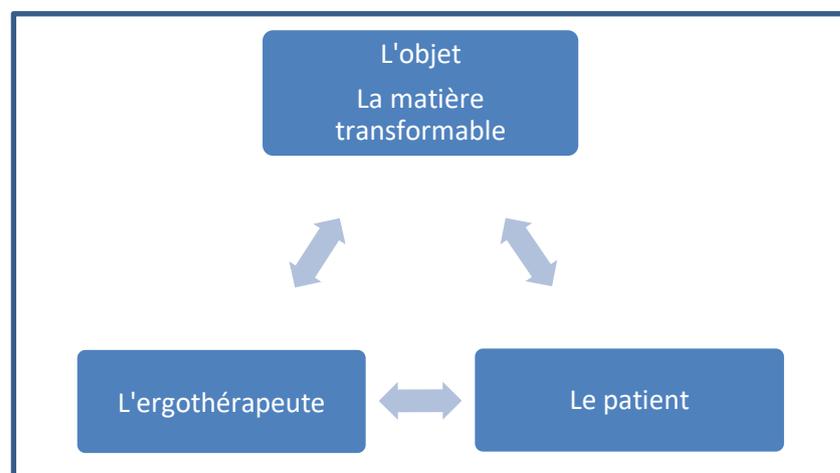


Figure 6 : La triangulation de la relation thérapeutique d'après Christine Bagnères (Bagnères, 2016, 148)

L'ergothérapeute construit son dispositif de soin en tenant compte des trois niveaux d'une personne :

- Le monde interne : correspond à l'expression émotionnelle du patient à travers l'utilisation de médiations et par la verbalisation ;
- L'interface du faire : correspond à la limite entre le monde interne et le monde externe. Elle correspond à l'expérience que développe la personne lors de l'activité au niveau de ses capacités, de ses habiletés et de son autonomie ;
- Le monde externe : correspond aux relations de la personne avec l'extérieur. Il peut être travaillé par la réalisation de mise en situations écologiques.

(Riou, 2016, 27)

#### *D) Un modèle conceptuel : le modèle cognitivo-comportemental*

La pratique de l'ergothérapie est construite suivant des modèles conceptuels qui « guident la démarche de l'ergothérapeute » (Morel-Brack, 201, 2)

Les modèles conceptuels ont pour but de « procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluations cohérents et pour la plupart des résultats de recherches solides garantissant une démarche de qualité » (Morel-Brack, 201, 2) ce qui signifie que les modèles conceptuels permettent de guider la réflexion des thérapeutes et d'organiser leur intervention. Les modèles permettent aussi d'utiliser des outils d'évaluation officiels et certifiés.

Pour la réalisation de mon mémoire j'ai décidé d'utiliser le modèle cognitivo-comportemental qui est utilisé en santé mentale dans un cadre pluriprofessionnel. Le modèle cognitivo-comportemental se base lui-même sur l'utilisation de deux autres modèles : le modèle cognitif et le modèle comportemental. Un des champs d'action utilisé pour ce dernier est la réhabilitation psychosociale et ses outils, la remédiation cognitive étant l'un d'entre eux.

L'objectif de ce modèle est la réinsertion sociale des personnes souffrants d'une maladie psychiatrique chronique comme la schizophrénie.

De plus, le modèle cognitivo-comportemental est également utilisé avec des patients présentant des troubles neuropsychologiques ou lorsque des déficits cognitifs viennent

complexifier une situation clinique ». (Morel-Bracq, 2017, 214)

Ce modèle aborde aussi bien les aspects cognitifs, que comportementaux, ainsi que l'adaptation sociale à travers l'apprentissage. Il correspond donc à l'utilisation de la remédiation cognitive grâce à un apprentissage intensif permettant d'améliorer les fonctions cognitives déficitaire chez une personne. De plus, les programme réduisant la cognition sociale ont le même objectif, c'est-à-dire permettre la réadaptation sociale et l'adaptation sociale.

Ces objectifs ouverts vers la société font échos à ceux de l'ergothérapeute, dont certaines des actions portent sur la sphère cognitive du patient. C'est pourquoi nous allons maintenant parler de la réhabilitation psycho-sociale, et plus particulièrement un de ces outils : la remédiation cognitive, ainsi que la place de l'ergothérapeute dans ce concept. (Morel-Bracq, 2017, 214)

#### 4. La remédiation cognitive, un outil de réhabilitation sociale

##### A) *La réhabilitation psychosociale*

Dans les années 1960, le concept de réhabilitation psychosociale est né à la suite de deux principes. D'un côté le « processus de désinstitutionnalisation » qui incite les hôpitaux à réduire leurs séjours de longue durée pour des personnes diagnostiquées avec un trouble mental, et d'un autre côté le principe de sectorisation psychiatrique permet « d'assurer la prévention, la permanence et la disponibilité des soins ». C'est à dire qu'il permet aux personnes d'accéder aux soins quand cela est nécessaire afin de prévenir et d'éviter les rechutes. (Franck, 2018, 1).

La réhabilitation psychosociale fait son apparition dans les années 1970 avec pour objectif de « réintégrer les patients dans la cité » (Franck, 2018, 2), c'est-à-dire d'inclure les personnes dans la société. Selon le Centre de Formation et Rééducation Professionnel (CFRP), « La réhabilitation, c'est donc, conjointement, un ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse, et plus apte à l'accueillir. » (Duprez, 2008, 908).

La réhabilitation psychosociale est destinée à des personnes (adolescents et adultes) présentant des troubles psychiques tels que des troubles bipolaires, psychotiques, schizophréniques, des dépressions ou des pathologies névrotiques. (Franck, 2018, 20).

L'association mondiale de la réhabilitation psychosociale (*World Association for Psychological Rehabilitation - WAPR*) a été fondée à Vienne en 1986.

En 1996 le CFRP (Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale) propose de réaliser un « Manifeste » de réhabilitation psychosociale. Suite à cela, le WARP et l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) s'associent afin de déterminer les principaux objectifs et axes de la réhabilitation :

- « rééducation des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux ;
- développement des compétences sociales ;
- travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- organisation des actions autour de la place centrale de l'utilisateur ;
- accompagnement des familles et des proches. »

(Duprez, 2018, 908)

De nombreux travaux montrant l'efficacité de la réhabilitation ont été répertoriés entre autres dans la revue de Morin et Franck intitulée « *Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review* ». Il en est ressorti que les différents outils de réhabilitation psychosociale jouaient chacun un rôle dans la réinsertion de la personne dans la société. Il convient alors de déterminer quel est l'outil le plus pertinent à utiliser au vu du diagnostic réalisé ainsi que des troubles et compétences de chaque personne.

### *B) La réhabilitation : un processus pertinent pour l'ergothérapeute*

Le processus d'intervention en réhabilitation psychosociale fait écho à celui existant en ergothérapie :

- Tout d'abord il y a une évaluation initiale qui permet de repérer les situations de handicap ;

- Ensuite il faut déterminer les objectifs à atteindre ;
- Puis il faut choisir quel moyens et outils utiliser pour y parvenir ;
- Il faut ensuite mettre en œuvre l'intervention ;
- Et enfin réaliser des évaluation intermédiaires et/ou finales pour voire l'évolution de la personne.

L'avantage de la réhabilitation psychosocial est qu'il s'agit d'un concept mettant plusieurs outils à la disposition de l'ergothérapeute :

- La thérapie comportementale et cognitive qui regroupe à elle seule un ensemble d'outils pour aider les personnes souffrants de troubles psychiatriques ;
- Le soutien à l'insertion professionnelle et sociale accompagnant la personne dans les démarches ;
- La Psychoéducation ou éducation thérapeutique, ayant pour but de former le patient ou son entourage afin de comprendre la maladie et ses conséquences/impacts ;
- Les groupes de travail permettant un partage d'expérience entre les personnes ;
- La prise en charge des familles accompagnant les proches dans la maladie et de savoir comment soutenir la personne malade ;
- Le travail de la cognition sociale soutenant une amélioration des relations sociales ;
- La remédiation cognitive permettant de réentraîner les fonctions cognitives déficitaires afin que la personne gagne en autonomie et ait une meilleure qualité de vie.

Comme nous l'avons souligné précédemment, les troubles cognitifs sont une problématique majeure dans la clinique de la personne souffrant de schizophrénie et ont un impact majeur sur les difficultés relationnelles et de donc d'insertion sociale. C'est pourquoi nous allons nous intéresser plus spécifiquement à la remédiation cognitive et ses bénéfices sur la cognition sociale.

### C) Définition de la remédiation cognitive

Les troubles cognitifs se révèlent être très invalidants au quotidien et les traitements pharmacologiques présentent peu d'efficacité sur la sphère cognitive. La remédiation cognitive est un des outils de réhabilitation sociale qui s'adresse à des personnes présentant une pathologie psychiatrique avec des troubles cognitifs.

Nicolas Franck, psychiatre précurseur de la remédiation cognitive, responsable du service universitaire au Centre référent lyonnais en réhabilitation et remédiation cognitive, a donné une définition de la remédiation cognitive. Celle-ci est « une approche permettant d'améliorer le fonctionnement cognitif, soit en entraînant les fonctions déficitaires, soit en permettant aux patients d'acquérir des stratégies leur permettant d'exploiter au mieux leurs fonctions résiduelles ». (Hernandez, 2016, 256) La remédiation cognitive a donc pour objectif d'améliorer les fonctions cognitives déficitaires en mettant en place un entraînement intensif et/ou en favorisant l'acquisition de stratégies dans le but de palier les fonctions déficitaires.

Le programme de remédiation cognitive est centré sur la personne et sur sa connaissance de ses difficultés et ressources. Aussi, les personnes bénéficiant de la remédiation cognitive doivent être stabilisées et compliantes aux soins. En effet, il faut que celle-ci soit motivée et impliquée afin que le programme soit bénéfique pour elle.

Des recherches ont montré que la motivation, chez les personnes atteintes de schizophrénie, était un facteur de réussite essentiel à la remédiation cognitive. La personne doit être motivée avant de commencer un programme de remédiation cognitive et le thérapeute se positionne comme soutien et figure d'encouragement pour renforcer cette motivation, qui repose notamment sur le fait que le patient se rend compte de sa progression et ainsi de l'efficacité du programme. Il est important que la personne se rende compte de sa progression et de l'efficacité du programme pour rester motivé. C'est pour permettre cette prise de conscience que des mises en situation au domicile peuvent être réalisées.

L'objectif de la remédiation cognitive est de mettre en place « un entraînement personnalisé ». Nous avons vu dans le chapitre précédent que les troubles cognitifs chez les personnes souffrant de schizophrénie peuvent être d'ordre de la neurocognition (attentionnel, mnésique ou exécutif), de la cognition sociale ou de la métacognition. (Hernandez, 2016, 256) (Franck, 2018, 115)

Les programmes de remédiation peuvent utiliser deux démarches différentes pour

réentraîner ces troubles :

D'un côté la démarche compensatoire vise à développer les fonctions cognitives préservées et à adapter l'environnement de la personne pour pallier les déficits et réduire les situations de handicap.

D'un autre coté la démarche restauratrice permet d'améliorer les performances cognitives déficitaire grâce à la plasticité cérébrale. Cette dernière permet de compenser une lésion neuronale grâce à la formation de nouveaux circuits neuronaux dans d'autres régions du cerveau. (Chevasus-au-Louis, 2012, 36) (Bazin, 2018, 26 ; Vianin, 2016, 73)

Pour bénéficier de la remédiation cognitive dans les centres de remédiation cognitive il faut tout d'abord réaliser certaines étapes :

Un entretien médical	Un bilan neuropsychologique	Un bilan fonctionnel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer le niveau d'autonomie</li> <li>• Utilise différentes échelle (ex: EAS)</li> <li>• Déterminer la motivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer les troubles cognitifs</li> <li>• Déterminer les fonctions préservées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés et ressources dans la vie quotidienne</li> <li>• Utilise différentes échelle (ex: ERF, ELADEB)</li> </ul>

*Tab VI : Les étapes à réaliser avant de bénéficier d'un programme de remédiation cognitive*

À la suite de ces étapes, des objectifs vont pouvoir être définis et coconstruits avec le patient qui sera au centre du parcours de soin, dans une démarche impliquant une psychoéducation.

Une fois que cette psychoéducation a été réalisée, un engagement commun est effectué dans le but d'être dans une démarche d'« empowerment » c'est à dire que le participant soit acteur de son parcours de soin. (Hernandez, 2016, 272).

Pour généraliser les acquis, l'ergothérapeute accompagne les participants à réaliser des tâches à domicile et des mises en situation. Ce travail de transfert des acquis est essentiel pour rendre toute sa pertinence au programme de remédiation cognitive.

Pour maintenir les apprentissages réalisés lors du programme des séances de rappel pouvant s'étendre sur plusieurs mois sur ou plusieurs années sont organisées une fois que ce

dernier est terminé. Elles permettent aux participants de se remémorer les points importants du programme et d'échanger sur leur expérience. (Bazin, 2018, 28)

#### *D) Le déroulé des séances de remédiation cognitive et les différents programmes*

Il existe différents types de programmes de remédiation cognitive qui permettent de travailler soit en groupe soit en individuel.

La remédiation cognitive individualisée peut être intéressante et nécessaire pour certaines personnes. Elle se situe au plus près du besoin du patient. De plus les personnes schizo-phrènes peuvent « souffrir de problèmes relationnels importants, d'une mauvaise estime de soi, ou encore d'un manque de confiance important » (Vianin, 2016, 74). Le travail en individuel peut donc permettre d'établir une bonne relation thérapeutique qui est un facteur important de réussite dans un programme de remédiation cognitive.

Les travaux de groupe présentent des avantages au niveau des compétences sociales et de la cognition sociale. La dynamique de groupe est aussi un moteur pour le groupe et l'investissement du patient.

Certains programmes peuvent être mixtes, c'est à dire allier des séances en individuel et des séances en groupe. Chacune d'entre elles mettent en jeu différents supports : papier-crayon, numérique, photographique, vidéos ou jeux de rôle (Franck, 2018, 40) Certains programmes de remédiation cognitive sont assez longs et peuvent durer plusieurs semaines voire plusieurs mois à raison d'une ou deux séances de 1h, 1h30 par semaine.

La France est le pays comportant le plus grand nombre de programme de remédiation cognitive validés. Cette grande diversité permet de personnaliser le parcours de soin.

Ces programmes visent un ou plusieurs processus cognitifs et peuvent être répartis en trois groupes représentant les trois grandes fonctions cognitives impactées dans la schizophrénie : les troubles neurocognitifs, les troubles de la cognition sociale les troubles métacognitifs.

## a. Programmes de remédiation cognitive entraînant la neurocognition

Il existe différents programmes de remédiation cognitive entraînant la neurocognition :

<b>Programmes</b>	<b>Séances</b>	<b>Temps</b>	<b>Support</b>	<b>Fonctions réentraînées</b>
<b>CRT (<i>Cognitive Remediation Therapy</i>)</b>	Individuel 1 séance / semaine	1h / 14 semaines (3-4 mois)	Papier-crayon, cartes et jetons  Tâches à domicile	Flexibilité mentale, mémoire, planification
<b>RECOS (Remédiation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble associé)</b>	Individuel 2 séances / semaine	1h / 14 semaines (3-4 mois)	Informatique  Tâches à domicile	Ensemble des fonctions neurocognitives
<b>NEAR (<i>Neuropsychological Educational Approach to Remediation</i>)</b>	Groupe de 6 à 8 personnes 2 séances / semaine	1h30 / 15 semaines (4 mois)	Informatique (1 ordinateur par participants)	Motivation intrinsèque et apprentissage
<b>Le jeu Mathurin</b>	Groupe de 6 1 séance / semaine	1h30 / 15 semaines (4 mois)	Réalités virtuelles  Tâches à domicile	Capacité d'autonomie et de planification

*Tab VII : Tableau présentant les programmes réentraînant les fonctions neurocognitives*

## b. Programmes de remédiation cognitive entraînant la métacognition

La métacognition se travaille de façon indirecte dans tous les programmes, que ce soit neurocognitif ou de la cognition sociale. Cependant il existe un programme qui cible plus la métacognition que les autres.

<b>Programmes</b>	<b>Séances</b>	<b>Temps</b>	<b>Support</b>	<b>Fonctions réentraînées</b>
<b>EMC (Entraînement Méta-Cognitif)</b>	Groupe de 3 à 10 2 séances / semaine	1h / 4 semaines	Papier-crayon, Power Point Tâches à domicile	Prendre conscience de ses biais cognitifs et des conséquences avec autrui

Tab VIII : Tableau présentant les programmes réentraînant les fonctions métacognitives

c. Programmes de remédiation cognitive entraînant la cognition sociale

<b>Programmes</b>	<b>Séances</b>	<b>Temps</b>	<b>Support</b>	<b>Fonctions réentraînées</b>
<b><i>IPT (Integrated Psychological Treatment)</i></b>	Groupe de 6 à 8 personnes 2 séances / semaine	1h30 / 12 mois	Papier-crayon, jeux de rôle, diapositives Tâches à domicile	Habiletés sociales, résolution de problèmes, gestion des émotions
<b>SCIT (Social Cognition Integrated Therapy)</b>	Groupe de 8 à 10 personnes 1 séance / semaine	1h 30 / 6 mois	Photos et vidéos	Perception des émotions, ToM, style attributionnel, saut aux conclusions, flexibilité
<b>TOM-REMEDI (Remédiation de la théorie de l'esprit)</b>	Groupe de 6 à 8 personnes 1 séance / semaine	2h / 12 semaines (3 mois)	Extraits vidéos, expériences de vie des participants	ToM, attribution d'attention
<b>RC2S (Remédiation Cognitive dans la</b>	Individuel 3 séances / semaine	1h / 12 semaines (3 mois)	Réalités virtuelles	Capacité d'autonomie et de planification

<b>Cognition Sociale)</b>				
<b>Gaia</b>	Individuel 3 séances / semaine	1h 30/10 semaines (2-3 mois)	Photos, réalité virtuelle Transfert des acquis	Perception des émotions

Tab IX : Tableau présentant les programmes réentraînant les fonctions neurocognitives

Etant donné que nous nous intéressons spécifiquement à ces programmes, il est pertinent d'en parler plus en détail.

- **IPT** (*Integrated Psychological Treatment*) a été développé en Suisse par Brenner en 1998. Il a été traduit en Français par « Thérapie psychologique des schizophrénies ». Ce programme associe trois approches : « remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales et résolution de problèmes et gestion des émotions ».

Le programme se base sur des jeux de rôle, papier crayon et avec des dispositifs et des tâches à réaliser au domicile, et a pour objectif d'améliorer les capacités d'insertion psychosociale et de réinsertion dans la communauté à travers six modules. (Launay, 2018, 591)

- **SCIT** (*Social Cognition Integrated Therapy*) a été développé par Penn 2009.

Il a pour objectif une intervention globale sur les différentes dimensions de la cognition sociale et se découpe en trois parties : comprendre une émotion, comprendre une situation, mettre en pratique, à travers des jeux avec des photos et vidéos. (Combs, 2014, 6 ; Franck, 2014, 4)

- **TOM-REMEDI** (Remédiation de la théorie de l'esprit) a été développé en France par Bazin L'équipe de Versailles en 2008.

Il a pour objectif une intervention ciblée sur la théorie de l'esprit et l'attribution d'attention grâce à des extraits vidéos et des expériences de vie des participants. (Bazin, 2018, 612)

- **RC2S+** (Remédiation Cognitive dans la Cognition Sociale) a été développé en France dans le cadre de la réalisation de la thèse d'Elodie Peyroux (Psychologue et Docteur en neuropsychologie) avec une première version en 2010.

Il a pour objectif une intervention globale sur les différentes dimensions de cognition sociale par l'intermédiaire de la réalité virtuelle. (Franck, 2018, 644)

- **Gaia** a été développé en France par Gaudelus en 2012.

Il a pour objectif une intervention ciblée sur les processus émotionnels et en particulier sur la reconnaissance des émotions faciales. Le programme comporte trois phases : des exercices sur photos pour reconnaître trois émotions, des exercices de réalité virtuelle, un travail de généralisation. (Gaudelus, 2018, 629)

L'objectif de la remédiation cognitive sociale est « d'aider les patients à mieux comprendre les difficultés qu'ils rencontrent et à mettre en place des stratégies pour y remédier afin d'améliorer leur fonctionnement social global » (Bazin, 2018, 612)

Il a été démontré dans plusieurs études que l'action des programmes de remédiation cognitive sur la cognition sociale « semblent avoir un impact important (effets larges) sur les mesures ciblant la reconnaissance des émotions faciales (taille d'effet : 0,84), la perception sociale (1,29), et la théorie d'esprit (0,70). Ils ont aussi un impact modéré à faible sur les différents aspects du style attributionnel entre 0,30 et 0,52 » (Franck, 2018, 644). Cela signifie que la remédiation cognitive améliore les fonctions déficitaires de la cognition sociale et qu'elles ont un impact plus mesurable au niveau de la reconnaissance des émotions faciales, la perception sociale et la théorie de l'esprit. Le réentraînement du style attributionnel apporte une amélioration un peu moins visible.

Certaines études mettent aussi en avant le fait que les programmes de remédiation cognitive sociales permettent de diminuer la symptomatologie dans son ensemble et plus particulièrement au niveau des symptômes négatifs.

### *E) La remédiation cognitive, un outil au service de l'ergothérapie*

Pour participer à un programme de remédiation cognitive il y a des modalités à prendre en compte.

Tout d'abord la personne doit réaliser une évaluation fonctionnelle avec un ergothérapeute. Pour ce faire l'ergothérapeute utilise des outils d'évaluation tels que l'ELADEB qui s'intéresse à l'autonomie et détermine les difficultés que la personne peut rencontrer au quotidien (Amado, 2018, 55), Ou bien l'ERF (Echelle des Répercussions Fonctionnelles) qui permet de mesurer l'impact des troubles cognitifs sur les activités de vie quotidienne. (Riou, 2016, 30) Ensuite l'ergothérapeute aide le participant à définir les objectifs à atteindre au fur et à mesure de l'avancée du programme.

Lors des séances de remédiation cognitive, l'ergothérapeute accompagne le participant à développer ses propres stratégies. Pour ce faire, il verbalise et valorise ce que fait la personne. La valorisation est très importante car elle permet de se rendre compte des progrès réalisés et de soutenir la motivation du patient. Un autre point important est de laisser le patient trouver ses propres stratégies, il ne doit pas être influencé dans ses réponses ou ses agissements. En effet lorsque le participant trouve ses propres stratégies, cela sera plus facile pour lui de les transférer dans son quotidien. (Franck, 2018, 41)

Un autre point important, spécifique à l'ergothérapeute, est le transfert des acquis et des compétences dans les activités de vie quotidienne et au domicile. La définition du transfert de compétences est « la capacité de mettre en œuvre des savoirs ou des savoir-faire, appris dans une situation donnée, dans un contexte nouveau » (Vianin, 2013, 47)

Il existe deux grands groupes de transfert : le transfert horizontal et le transfert vertical.

- Le transfert horizontal se fait lors d'une nouvelle situation pour laquelle on utilise les mêmes compétences que pour une situation initiale. La situation est un peu différente de la situation initiale mais elle ne nécessite pas d'habileté supplémentaire.
- Le transfert vertical, quant à lui, correspond à l'application d'une compétence déjà appris mais qu'il faut utiliser dans un « contexte d'utilisation plus large et plus complexe ».

L'ergothérapeute cherche donc à établir des liens entre ce qui est réalisé lors des séances et ce qui doit être réalisé dans les activités de vie quotidienne et au domicile.

Pour pouvoir proposer la remédiation cognitive comme outil thérapeutique il faut avoir une formation. Chaque programme a sa propre formation. Certaines sont très courtes, d'autres nécessitent quelques jours de pratique. Il existe un DU (Diplôme Universitaire) de remédiation cognitive à l'université de Lyon 1. (Franck, 2018, 41) Tous les professionnels travaillant en psychiatrie peuvent bénéficier de ces formations.

Les professionnels pratiquant la remédiation cognitive sont « généralement des psychologues spécialisés en neuropsychologie, des psychologues cliniciens, des psychiatres, des ergothérapeutes ou des infirmiers. » (Franck, 2018, 41)

Ces professionnels sont fédérés par l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC)

De nos jours la remédiation cognitive est de plus en plus reconnue et disponible dans les structures psychiatriques du fait de la mise en évidence de son efficacité. (Bazin, 2018, 28) En effet il a été prouvé que les personnes ayant bénéficié de la remédiation cognitive présentaient « des effets significatifs et durables sur les troubles cognitifs et leur impact fonctionnel ». (Franck, 2018, 41) Les participants présentaient une amélioration de leurs compétences sociales et de leur autonomie avec une insertion professionnelle ou la mise en place d'un projet social.

Il existe un grand nombre de programmes de remédiation à la disposition des ergothérapeutes. De plus les effets de ces programmes ont été prouvés.

Grâce aux recherches réalisées afin de savoir par quels moyens l'ergothérapeute peut utiliser la remédiation cognitive pour réentraîner les troubles de la cognition sociale auprès de personnes souffrants de schizophrénie, l'hypothèse qui a été formulée est la suivante :

**Les programmes de remédiation cognitive proposés par les ergothérapeutes permettent aux personnes souffrant de schizophrénie d'améliorer leurs compétences relationnelles et se sentir plus à l'aise dans la société.**

Afin de vérifier mon hypothèse j'ai réalisé une enquête. Nous allons désormais voir quels outils de recherche j'ai utilisé ainsi que population interrogée et les modalités de passation.

### III. Méthodologie d'enquête

#### 1. Choix de l'outil de recherche

Compte tenu de mon sujet d'étude, j'ai fait le choix de réaliser une enquête qualitative. En effet je m'intéresse principalement à l'utilisation de programmes de remédiation cognitive par les ergothérapeutes auprès de personnes atteintes de schizophrénie et présentant des troubles de la cognition sociale. Je cherche donc à recueillir leurs expériences professionnelles. Cependant la population d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale reste faible, comme nous avons pu le voir précédemment. Les ergothérapeutes travaillant en psychiatrie n'utilisent pas tous des programmes de remédiation cognitive et s'ils en utilisent ce ne sont pas forcément des programmes réentraînant les troubles de la cognition sociale.

Afin de réaliser mon enquête j'ai décidé d'utiliser un outil favorisant l'expression des ergothérapeutes à savoir un entretien semi-directif, en essayant de poser avant tout des questions ouvertes pour permettre à l'ergothérapeute de laisser libre cours à sa réflexion et de faire part de son expérience et de situations vécues pour illustrer son discours, me permettant de mieux comprendre son propos.

L'entretien est « une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations ». (Tétreault Ph.D., 2014, 215) Il permet d'appréhender la vision de la personne en fonction de ses expériences. L'avantage de l'entretien est de pouvoir poser directement des questions sur un sujet précis et creuser ce sujet si la réponse s'éloigne du sujet.

Cet outil présente certaines limites. Tout d'abord il faut faire attention à ne pas induire une réponse en posant les questions. De plus les résultats obtenus sont non généralisables et il n'est pas possible de faire d'analyses statistiques.

#### 2. Population visée par l'enquête et faisabilité de l'enquête

Pour réaliser mon enquête j'ai décidé de cibler des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie et utilisant des programmes de remédiation cognitive. Cette population correspond à des ergothérapeutes travaillant dans des structures de longs séjours (au moins six mois). En effet les programmes de remédiation cognitive peuvent prendre plusieurs

semaines, voire plusieurs mois. Il est donc plus facile à mettre en place un programme dans des structures où les personnes restent longtemps.

Du fait d'une difficulté initiale à obtenir des réponses, la première donnée qui sort de cette enquête est que d'autres professionnels utilisent la remédiation cognitive. En effet des professionnels tels que des infirmiers, éducateurs ou neuropsychologues peuvent mettre en place ces programmes et les animer.

Cette observation m'a un temps amenée à reconsidérer mes critères d'inclusion. Cela aurait pu contribuer à un biais dans la recherche. Je suis donc revenue sur mes critères d'inclusions initiaux et maintenue ma décision d'interroger des ergothérapeutes utilisant des programmes de remédiation cognitive entraînant les troubles de la cognition sociale.

### 3. Prise de contact et réalisation du guide d'entretien

J'ai commencé à joindre des ergothérapeutes fin février. Pour cela j'ai contacté une ergothérapeute enseignant à l'IFE par mail. Ne correspondant pas à mes recherches elle a transféré mon mail à son carnet d'adresse de professionnels travaillant en psychiatrie (soit vingt-huit ergothérapeutes). N'ayant pas de réponse je les ai relancés par mail au bout de deux semaines.

N'ayant pas de réponses positives, j'ai réussi alors à contacter par téléphone un ergothérapeute n'utilisant pas de programme de remédiation cognitive mais ayant travaillé vingt ans en santé mentale. J'ai aussi eu les coordonnées d'autres professionnels utilisant des programmes de remédiation cognitive (infirmiers, neuropsychologues, éducateurs spécialisés) que je n'ai pas contacté car ils ne correspondaient pas à mes critères d'inclusion.

J'ai ensuite contacté une personne ayant fait un DU (Diplôme Universitaire) de remédiation cognitive en 2019 par téléphone. Cette personne a transmis mon mail à treize personnes. À la suite de ce mail j'ai eu quatre réponses positives. J'ai pu communiquer avec trois d'entre elles par appels téléphoniques et messages.

En parallèle j'ai contacté mon ancienne tutrice de stage qui a répondu à mon enquête et donné le contact téléphonique d'une autre ergothérapeute ayant fait un DU.

Parallèlement, j'ai construit mon guide d'entretien en suivant les parties de mon cadre conceptuel. Il se compose essentiellement de questions ouvertes ou semi-ouvertes, la durée de l'entretien prévue est d'environ 30 à 45 minutes ce qui me semble appropriée car elle permet de recueillir assez d'informations et par la même occasion de ne pas déranger les professionnels dans leur activité professionnelle, en plus de permettre une retranscription de longueur relative et donc une analyse plus précise et de meilleure qualité.

#### 4. Contexte de réalisation des entretiens

J'ai pu interroger sept ergothérapeutes pour mon enquête. Cependant j'en ai retenu quatre pour mon enquête. En effet deux entretiens ne correspondaient pas à mes critères d'inclusions et la troisième ergothérapeute ne met pas encore les programmes en place dans sa structure car elle est actuellement en train de passer le Diplôme Universitaire de remédiation cognitive.

Je pensais prioriser les entretiens en présentiel ce qui n'a pas été possible du fait de la situation sanitaire. J'ai donc réalisé certains entretiens en visio-conférence et d'autres en appel téléphonique. L'inconvénient des échanges téléphoniques est que nous n'avons pas accès au langage non verbal de la personne, notamment ses expressions faciales.

Cependant je pense que de ne pas se voir permet une certaine liberté d'expression de la part des ergothérapeutes ce qui peut permettre d'avoir des informations plus précises et qui correspond réellement à leur pratique.

#### 5. Préparation de l'analyse

Afin d'analyser les entretiens de mon enquête, j'ai commencé tout d'abord par les retranscrire. Pour ce faire j'ai utilisé une retranscription verbale, c'est-à-dire que j'ai retranscrit tout ce qui a été dit lors de l'entretien. Cette retranscription permettra une analyse plus fine et évitera d'écarter des parties de l'entretien qui pourraient s'avérer être importantes. Après avoir retranscrit les entretiens j'ai utilisé un code couleur en fonction des thématiques abordées lors de l'entretien et j'ai surligné les éléments qui me paraissaient importants ainsi que ceux qui revenaient régulièrement. (Van Campenhout, 2011, 199)

Grâce aux résultats obtenus j'ai ensuite réalisés des tableaux par thématiques que j'ai introduit dans mon analyse.

Nous allons donc voir quels sont ces résultats et les analyser.

#### IV. Résultats et analyse

Afin de fluidifier la lecture j'ai décidé de regrouper les parties résultats et analyse.

Après avoir retranscrit les quatre entretiens retenus pour mon enquête, je les ai analysés puis réparti en différentes thématiques.

Par soucis de confidentialité, aucune information permettant d'identifier les ergothérapeutes ou les structures de soins n'est évoquée dans les parties suivantes. De plus les ergothérapeutes seront nommées E1, E2, E3, E4 dans cette même idée d'anonymat.

Chacune des ergothérapeutes interrogées travaillent dans une structure différente. L'enquête a donc été menée dans quatre établissements différents.

##### 1. Présentation des ergothérapeutes

Je vais commencer par présenter les quatre ergothérapeutes ayant répondu à mon entretien.

	<b>Travail en santé mentale depuis</b>	<b>Utilise la remédiation cognitive depuis</b>	<b>Obtention du Diplôme Universitaire</b>
<b>E1</b>	12 ans 2009	12 ans 2009	-
<b>E2</b>	16 ans 2005	12 ans 2009	2021
<b>E3</b>	11 ans 2010	11 ans 2010	6 ans 2015
<b>E4</b>	13 ans 2008	5 ans 2017	6 ans 2015

*Tab X : Tableau de présentation des ergothérapeutes*

Trois ergothérapeutes sur les quatre interrogées travaillent en psychiatrie depuis qu'elles sont diplômées (Ergothérapeutes E2, E3, E4). Elles ont également obtenu un Diplôme Universitaire (DU) de remédiation cognitive. Elles n'ont pas commencé à utiliser des programmes de remédiation cognitive dès leur arrivée dans la structure.

L'ergothérapeute E1 quant à elle a commencé à travailler dans un centre de réinsertion pour personnes cérébrólésées. En parallèle elle a suivi un DU de neuropsychologie spécialisé pour les traumatismes crâniens.

Elle fut ensuite recrutée en 2009 en psychiatrie, grâce au DU, afin de participer à la validation de programmes de remédiation cognitive. *« Embauchée à XXX de part cette formation neuropsychy puisqu'on se lançait dans un programme de recherche qui était la validation du programme RECOS et du programme CRT »*

Elle a participé à la création et évaluation de plusieurs programmes : RECOS, CRT, jeu Mathurin, ToMRemed, Michael's game, RC2S et GAÏA. Elle a aussi participé à la création du DU de Lyon. *« Et puis en plus on a monté le DU de Lyon aussi, [...] certains de mes collègues participent à la formation de Lyon »*

Tous les ergothérapeutes travaillent actuellement dans des structures différentes.

- L'ergothérapeute E1 travaille dans une unité de recherche en intra-hospitalier ;
- L'ergothérapeute E2 travaille depuis cette année seulement en extra-hospitalier mais avant elle travaillait en intra-hospitalier et en extra-hospitalier ;
- L'ergothérapeute E3 travaille en hôpital de jour ;
- L'ergothérapeute E4 travaille depuis février 2021 en mi-temps dans une équipe mobile de suivi post hospitalisation dans un unité de réhabilitation et en mi-temps dans une unité d'évaluation. Avant cela elle a travaillé dans un centre de réhabilitation, dans une unité de réhabilitation et dans une unité gérontopsychiatrie.

L'ensemble des ergothérapeutes travaillent en équipe pluridisciplinaire. Trois ergothérapeutes travaillent au moins avec un autre ergothérapeute (Ergothérapeutes E2, E3, E4). L'ergothérapeute E1 quant à elle est la seule ergothérapeute dans son service.

## 2. Schizophrénie et ergothérapie

### A) Population accompagnée

D'après les résultats l'ensemble des ergothérapeutes interrogées accompagnent des personnes souffrant de schizophrénie dans leurs structures. Voici ci-dessous leur estimation :

<b>Ergothérapeutes</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>
<b>% de personnes souffrants de schizophrénie</b>	95%	70%	90%	Au moins 60%

*Tab XI : Estimation du pourcentage de personnes souffrants de schizophrénie accueillit dans les structures des ergothérapeutes*

En effet dans deux structures les ergothérapeutes accompagnent presque exclusivement des personnes souffrant de schizophrénie. (Ergothérapeutes E1 et E3). Ce pourcentage s'explique d'après l'ergothérapeute E3 du fait que c'est « *la population la plus facilement orientée pour l'hôpital de jour* »

En comparatif les deux autres structures ont un pourcentage de personnes souffrants de schizophrénie supérieur à la moyenne mais moins important. (Ergothérapeutes E2 et E4). En effet l'ergothérapeute E2 dit accompagner plus de 50% de personnes souffrants de schizophrénie et estime ce pourcentage « *peut-être aux alentours de 70 %* ».

### B) Troubles cognitifs

L'ensemble des ergothérapeutes s'accordent pour dire que la plupart des patients souffrants de schizophrénie présentent des troubles cognitifs.

	<b>Neurocognitif</b>	<b>Cognition sociale</b>	<b>Métacognition</b>
<b>E1</b>	X	X	X
<b>E2</b>	X	X	
<b>E3</b>	X	X	
<b>E4</b>	X	X	X

*Tab XII : Troubles cognitifs que présentent les personnes souffrant de schizophrénie*

En effet les résultats de l'enquête montrent que l'ensemble des ergothérapeutes s'accordent sur le fait que les patients présentent à la fois des troubles neurocognitifs et des troubles de la cognition sociale. Selon l'ergothérapeute E1, « *c'est assez fréquent des troubles de la cognition sociale* ».

Deux ergothérapeutes disent cependant observer aussi des troubles métacognitifs en plus des deux autres troubles. (Ergothérapeutes E1 et E4).

De plus la majorité des ergothérapeutes s'accordent sur le fait que les personnes souffrant de schizophrénie peuvent souffrir de plusieurs troubles en même temps. C'est-à-dire aussi bien des troubles métacognitifs, neurocognitifs ou de la cognition sociale. (Ergothérapeutes E1, E2 et E3). L'ergothérapeute E2 affirme que « *bien souvent il y en a plein. Je n'ai jamais vu un patient qui en avait juste un* ».

### 3. La réhabilitation psychosociale

#### A) Définition de la réhabilitation psychosociale

<b>Ergothérapeutes</b>	<b>Définition de la réhabilitation psychosociale</b>
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'insérer dans la société et retrouver un rôle</li> <li>- Changer le regard de la société (moins discriminante)</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensemble d'outils</li> <li>- Objectif final = rétablissement + notion d'empowerment</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité de vie du patient + intégration dans la communauté</li> <li>- Développer ses habiletés, prendre appui sur ses ressources</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réinsérer le patient</li> <li>- Repérer ses limites et ses forces</li> <li>- Objectif = meilleure autonomie</li> </ul>

Tab XIII : Définition de la réhabilitation psychosociale

D'après les résultats, le terme de réhabilitation psychosociale est assez difficile à définir. En effet chaque ergothérapeute en a sa propre définition. Cependant l'objectif commun qui ressort de ces dernières est d'aider le patient à avoir une meilleure qualité de vie et qu'il retrouve son rôle de citoyen dans la société.

Si l'on compare les quatre définitions on peut voir que chaque ergothérapeute y apporte une information supplémentaire qui peut cependant être mise en relation avec les autres.

En effet l'ergothérapeute E1 parle de « *surtout travailler auprès de la société pour qu'elle change de regard et qu'elle soit beaucoup moins discriminante* ». Cette vision rejoint l'idée de l'intégration. En effet changer le regard de la société sur les personnes souffrant de troubles psychiques leur permet de s'insérer plus facilement dans la société.

De plus cette idée est mise en avant par deux ergothérapeutes. (Ergothérapeutes E1 et E4). En effet le terme « *insérer* » est présent dans leur définition.

« *Aider la personne à s'insérer au mieux dans la société* » (E1). « *On essaie de réinsérer au mieux le patient* » (E4). Cette vision peut être mise en comparaison avec l'idée de qualité de vie évoquée par l'ergothérapeute E3. « *Accompagner le patient à améliorer sa qualité de vie* ». Une insertion sociale entraîne une meilleure qualité de vie et inversement.

L'ergothérapeute E2 évoque la notion de rétablissement et d'empowerment « *l'objectif final pour moi c'est le rétablissement qui entraîne une notion d'empowerment* ». Cependant la notion d'empowerment se rapproche fortement de la notion d'autonomie qui est utilisée par l'ergothérapeute E4. « *Permettre d'avoir une meilleure autonomie possible* ». Les deux ergothérapeutes s'accordent donc sur l'idée d'aider la personne à gagner en autonomie.

#### B) Outils de réhabilitation psychosociale utilisés

	<b>Remédiation cognitive</b>	<b>ETP</b>	<b>Entraînement aux habiletés sociales</b>	<b>Mise en situation théâtre</b>	<b>Groupes de parole/travail</b>
<b>E1</b>	X	X	X	X	X
<b>E2</b>	X	X	X	X	X
<b>E3</b>	X	X	X	X	
<b>E4</b>	X	X	X		

Tab XIV : Outils de réhabilitation psychosociale

En se basant sur les résultats, on peut voir que les ergothérapeutes interrogées ont plusieurs outils de réhabilitation psychosociale à leur portée. Cela peut s'expliquer par la vision et l'idée de soin de l'établissement. En effet d'après l'ergothérapeute E1, « *la philosophie de soin de notre hôpital de jour c'est la réhabilitation psychosociale* ». De plus d'après l'ergothérapeute E2, « *L'hôpital de jour a été restructuré en 2016 et depuis il y a vraiment une volonté d'orienter les soins vers la réhabilitation* ». On peut aussi constater que les structures de ces deux ergothérapeutes mettent à disposition le plus grand nombre d'outils de réhabilitation psychosociale à leur portée.

Cependant nous pouvons observer que les quatre ergothérapeutes interrogées utilisent principalement les trois mêmes outils :

- les programmes de remédiation cognitive ;
- les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) ;
- un entraînement des habiletés sociale.

« *On peut proposer des programmes spécifiques de remédiation cognitive ou un entraînement aux habiletés sociales* », « *on fait de l'ETP aussi* » (E3)

Les autres outils utilisés sont des groupes de mise en situation théâtrale (Ergothérapeutes E1, E2 et E3) et des groupes de parole et de travail (Ergothérapeutes E1 et E2).

Les programmes de remédiation cognitive sont donc un outil mis à disposition des ergothérapeutes dans leurs structures pour mettre en place leurs programmes de soin.

## 4. La remédiation cognitive

## A) Définition de la remédiation cognitive

Ergothérapeutes	Définition de la remédiation cognitive
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entraînement de fonctions déficitaires ;</li> <li>- Idée de réentraîner ;</li> <li>- Plasticité cérébrale.</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entraînement domaines cognitifs</li> <li>- Compensation, stratégies.</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail sur les troubles cognitifs ;</li> <li>- Entraînement ;</li> <li>- Trouver des stratégies, des compensations, s'appuyer sur ses ressources ;</li> <li>- Moins impacter le quotidien.</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils de rééducation ;</li> <li>- Mettre en avant ses forces ;</li> <li>- Être le plus autonome possible ;</li> <li>- Permet d'avoir un transfert des acquis.</li> </ul>

Tab XV : Définition de la remédiation cognitive

La remédiation cognitive est un processus dur à définir. Cependant l'idée commune qui ressort des définitions données par les ergothérapeutes est que la remédiation cognitive est un entraînement ou une compensation des fonctions cognitives déficitaires chez une personne afin qu'elle soit moins impactée dans ses activités de vie quotidienne.

Une idée qui revient est que la remédiation cognitive peut-être divisée en 2 champs d'action. En effet deux ergothérapeutes distinguent une partie comme étant un entraînement cognitif des fonctions déficitaires et une autre partie permettant de trouver des stratégies ou des compensations. (Ergothérapeutes E2 et E3) « *une partie entraînement des différents domaines cognitifs [...] difficulté et de l'autre côté une compensation* » (E2)

« *Essayer de proposer un entraînement qui améliore ses fonctions cognitives et aussi, surtout je dirai, essayer de trouver avec lui des stratégies, des compensations* » (E3)

Cependant certains ergothérapeutes apportent une idée supplémentaire. En effet l'ergothérapeute E1 parle de plasticité cérébrale « *ça s'est basé sur le concept de plasticité cérébrale* ». En effet cette idée n'est pas évoquée par les autres ergothérapeutes.

De plus l'ergothérapeute E4 quant à elle parle de transferts des acquis qui est selon elle l'objectif principal de la remédiation cognitive. « *La remédiation cognitive, sa base c'est le transfert des acquis dans les tâches à domicile sinon ça n'a pas d'impact sinon pourquoi faire de la remédiation cognitive ça ne sert à rien* ». (E4)

Une autre question posée aux ergothérapeutes concerne les outils de remédiation cognitive utilisés au sein de leur structure sachant que tous les ergothérapeutes interrogées utilisent des programmes de remédiation cognitive dans leurs pratiques.

#### B) Le transfert des acquis

	<b>Tâches à domicile</b>	<b>En situation écologique</b>	<b>D'autres groupes / séances</b>
<b>E1</b>	X	X	X
<b>E2</b>	X		
<b>E3</b>	X	X	
<b>E4</b>	X		

Tab XVI : Tableau récapitulatif du transfert des acquis réalisé

Les ergothérapeutes interrogées s'accordent pour dire que le transfert des acquis est essentiel dans les programmes de remédiation cognitive. En effet certains programmes de remédiation cognitive comportent des tâches à domicile à réaliser. Ces tâches à domicile ont pour but de transférer ce qui est appris lors des séances au domicile.

Certaines ergothérapeutes réalisent des transferts en situation écologique en allant dans la cité. (Ergothérapeutes E1 et E3). « *Des transferts en situation écologique, donc on va au maximum dehors ou on fait un maximum de jeux de rôle* » (Ergothérapeute E1).

De plus l'ergothérapeute E1 met en avant le fait de transférer ce qui est vu en remédiation cognitive dans les séances ou les groupes. « *Il est important d'avoir d'autres groupes à côté ça permet le transfert des acquis déjà horizontal* ».

C) *Les fonctions cognitives réentraînées par les programmes de remédiation cognitive*

	<b>Neurocognitifs</b>	<b>Cognition sociale</b>	<b>Métacognition</b>
<b>E1</b>	X	X	X
<b>E2</b>	X	X	
<b>E3</b>		X	X
<b>E4</b>	X	X	

*Tab XVII : Fonctions cognitives réentraînées à l'aide des programmes de remédiation cognitive*

On peut voir dans le tableau ci-dessus que toutes les ergothérapeutes interrogées utilisent plusieurs programmes de remédiation cognitive dont des programmes sur la cognition sociale.

Trois ergothérapeutes utilisent des programmes de remédiation cognitive sur la neurocognition (Ergothérapeutes E1, E2 et E4) et deux ergothérapeutes utilisent des programmes réentraînant la métacognition. (Ergothérapeutes E1 et E3)

Les quatre ergothérapeutes interrogées ont été formées pour utiliser les programmes de remédiation cognitive.

D) *Les programmes de remédiation cognitive sociale utilisés*

	<b>IPT</b>	<b>SCIT</b>	<b>GAIA</b>	<b>TomRemed</b>	<b>RC2S</b>	<b>Michael's game</b>
<b>E1</b>	X		X	X	X	X
<b>E2</b>	X	X				
<b>E3</b>	X	X				
<b>E4</b>	X	X	X	X		

*Tab XVIII : Programmes de remédiation cognitive réentraînant les troubles de la cognition sociale utilisés*

Les ergothérapeutes interrogées utilisent plusieurs programmes de remédiation cognitive allant de deux programmes pour l'ergothérapeute E2 à cinq programmes pour l'ergothérapeute E1.

On peut voir que les quatre ergothérapeutes utilisent le programme IPT. En effet d'après les quatre ergothérapeutes ce programme est complet. Il permet de travailler deux catégories de troubles cognitifs, « *on commence par la neuro cognition et ça va jusqu'à la cognition sociale* » (Ergothérapeute E1). De plus selon l'ergothérapeute E4, « *IPT peut être fait avec des personnes beaucoup plus déficitaires* ». Ce programme est aussi décrit par les ergothérapeutes comme étant facile à mettre en place car il ne nécessite pas un apport de matériel important. Cependant comme il s'étale sur une longue période « *environ 1 an, 1 an et demie* » (Ergothérapeute E1) d'autres programmes peuvent être utilisés.

Ensuite, les ergothérapeutes E2, E3 et E4 utilisent de plus le programme SCIT. D'après l'ergothérapeute E2, ce programme est « *facile à mettre en place dans la structure et balaye l'ensemble des cognitions sociales* ».

Seules les ergothérapeutes E1 et E4 utilisent les programmes TomRemed et GAIA qui sont respectivement sur la théorie de l'esprit et la reconnaissance d'émotions.

Et enfin seul l'ergothérapeute E1 utilise les programmes RC2S et Michael's game qui portent respectivement sur l'ensemble des dimensions de cognition sociale et sur la génération d'hypothèses.

## 5. La cognition sociale

### A) Définition de la cognition sociale

<b>Ergothérapeutes</b>	<b>Définition cognition sociale</b>
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concept composite ;</li> <li>- Cognition chaude ;</li> <li>- S'adapter à n'importe quelle situation.</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognition chaude ;</li> <li>- Être à l'aise dans les rapports avec les gens.</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonctions cognitives : relations à l'autre ;</li> <li>- S'adapter dans l'environnement ;</li> <li>- Être moins impacté dans les relations à l'autre.</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensemble des fonctions qui permettent les interactions sociales</li> </ul>

Tab XIX : définition de la cognition sociale selon les ergothérapeutes

Comme pour la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive, chaque ergothérapeute a sa propre définition de la cognition sociale. Cependant une idée commune de ce qu'est la cognition sociale ressort. C'est un concept composé de différentes fonctions qui jouent un rôle dans les relations sociales.

D'après deux ergothérapeutes interrogées, la cognition sociale a une autre appellation. (Ergothérapeutes E1 et E2) En effet d'après elles, la cognition sociale peut être appelée cognition chaude : « *on appelle ça aussi la cognition chaude* » (Ergothérapeute E1). Elle s'oppose à la cognition froide qui correspond à la neurocognition.

Trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'entraînement des capacités de cognition sociale permet de nombreux bienfaits dans les relations sociales. (Ergothérapeutes E2, E3 et E4) Elle permet de favoriser les relations sociales notamment en étant plus à l'aise dans la société et avec les autres. En effet d'après l'ergothérapeute E3, la cognition sociale va « *permettre d'être moins impactée dans ce qui est la relation à l'autre* ».

De plus d'après les ergothérapeutes E1 et E3, la cognition sociale permet à une personne de s'adapter à l'environnement dans lequel elle est. Cette capacité favorise aussi les relations sociales. En effet l'ergothérapeute E1 explique qu'elle « *permet de s'adapter dans l'environnement en fonction des situations sociales* ».

#### B) Les différentes fonctions de la cognition sociale

	Reconnaissance des émotions	Perceptions sociales	Connaissances sociales	Théorie de l'esprit	Style attributionnel
E1	X	X	X	X	X
E2	X	X	X	X	X
E3	X			X	
E4	X	X	X	X	X

Tab XX : Les cinq domaines de la cognition sociale

L'ensemble des ergothérapeutes interrogées s'accordent pour dire qu'il existe différentes dimensions dans la cognition sociale.

Trois ergothérapeutes ont énoncé les 5 dimensions. (Ergothérapeutes E1, E2 et E4) Cependant l'ergothérapeute E2 n'énonce que 2 fonctions, « *la théorie de l'esprit, la*

*reconnaissance des émotions, etc.* » Le « etc. » laisse entendre qu'elle a conscience qu'il en existe d'autres.

Les ergothérapeutes s'accordent sur l'impact que ces troubles peuvent causer au quotidien sur les relations sociales. L'ergothérapeute E3 n'a pas plus détaillé cette partie mais les ergothérapeutes E1, E2 et E4 se retrouvent sur le fait que les patients peuvent présenter des difficultés pour reconnaître les émotions (leurs propres émotions et celles des autres) « *il n'arrive pas à reconnaître ses émotions* » (Ergothérapeute E4).

### C) *L'apport du réentraînement de la cognition sociale*

Tous les ergothérapeutes s'accordent pour dire que l'entraînement de la cognition grâce aux programmes de remédiation cognitive apporte de nombreux bienfaits aux patients.

<b>Ergothérapeutes</b>	<b>Apport de la remédiation cognitive sociale</b>
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus inséré et plus à l'aise dans la société ;</li> <li>- Mieux comprendre ce qui se passe + se sentir moins persécuté ;</li> <li>- Mieux comprendre ses émotions.</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprendre le contexte / codes / rôles de chacun ;</li> <li>- Être à l'aise dans les rapports avec les autres ;</li> <li>- Percevoir les émotions.</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleures relations sociales + insertion dans la société ;</li> <li>- Mieux comprendre ce qui se passe, percevoir les émotions.</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comblent un déficit,</li> <li>- Diminuer l'isolement social, insertion dans la société ;</li> <li>- Apaiser des incompréhensions + sentiment de persécution.</li> </ul>

*Tab XXI : L'apport de la remédiation cognitive*

Tous les ergothérapeutes se rejoignent sur le fait que le réentraînement de la cognition sociale grâce aux programmes de remédiation cognitive facilite la réinsertion des patients dans la société. En effet, les participants ont une meilleure compréhension de ce qui se passe autour d'eux, des règles sociales et du fonctionnement d'autrui. De plus les patients rapportent être plus à l'aise dans la société. « *Ça permet d'être beaucoup plus inséré et beaucoup plus à l'aise en société* » (E1).

De plus les ergothérapeutes E1, E2 et E3 affirment que le réentraînement de la cognition sociale permet aux patients de mieux comprendre et percevoir leurs émotions et celles des autres. En effet d'après l'ergothérapeute E2, cela permet de « *pouvoir comprendre ce que l'autre pense* »

Enfin, l'amélioration des relations sociales repose aussi, d'après les ergothérapeutes E1 et E4, sur le fait que les patients se sentent moins persécutés par les autres. En effet cela permet de « *diminuer l'isolement social, de diminuer le sentiment de persécution et de rentrer en communication avec autrui* » (Ergothérapeute E4)

<b>Ergothérapeutes</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>
<b>Bilans quantifiés</b>	Avant, après et 6 mois après	Avant	Avant, après	Avant
<b>Bilans / retours d'expérience</b>	Après	Après	Après	Après

*Tab XXII : Les bilans post et pré- programmes*

Tous les ergothérapeutes réalisent un bilan quantifié avant de proposer un programme de remédiation cognitive. En effet ce bilan est primordial afin de déterminer les troubles cognitifs déficitaires et nécessitant un réentraînement. Les bilans utilisés sont l'échelle ERF, Elabed, MCRO, bilan occupationnel, etc.

A la fin d'un programme toutes les ergothérapeutes interrogées réalisent des bilans cependant pas forcément de la même manière, elles disent toutes réaliser des bilans informels. Seulement deux ergothérapeutes réalisent des bilans quantitatifs. (Ergothérapeutes E1 et E3)

Cette analyse nous a permis d'identifier et de traiter les propos des ergothérapeutes interrogées. Nous allons maintenant comparer ces entretiens aux informations recueillies et exposées dans le cadre conceptuel. Cette comparaison va nous permettre de mettre en avant les similitudes et les différences. Ensuite nous exposerons les limites de la recherche.

## V. Discussion

### 1. Mise en relation des résultats obtenus avec le cadre conceptuel

L'analyse des entretiens nous a permis de confirmer que les ergothérapeutes reçoivent principalement des personnes souffrant de schizophrénie dans leur structure et que beaucoup de ces personnes présentent des troubles cognitifs. Il existe différents outils à disposition des ergothérapeutes afin de rééduquer les troubles cognitifs et notamment des programmes de remédiation cognitive. De plus, toutes les ergothérapeutes interrogées utilisent des programmes rééduquant la cognition sociale permettant aux personnes d'avoir une meilleure qualité de vie.

Je vais maintenant reprendre les idées principales de mon enquête et les comparer à mon cadre conceptuel.

#### *A) La schizophrénie et la remédiation cognitive*

La schizophrénie est une maladie particulièrement présente dans les structures de santé mentale. En effet d'après l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) les troubles psychiques font partie des trois premières maladies prédominantes dans le monde. De plus la schizophrénie est l'une des cinq maladies mentales les plus alarmantes au XXI<sup>ème</sup> siècle. Ces données sont en accord avec les patients que suivent les ergothérapeutes. En effet elles observent qu'au minimum plus de la moitié de leurs prises en soins se fait auprès de patients souffrants de schizophrénie.

De plus nous savons que 85% de personnes souffrant de schizophrénie présentent des troubles cognitifs. Cette affirmation est en accord avec les observations des ergothérapeutes. Les différents troubles cognitifs observés sont les troubles neurocognitifs, métacognitifs et de la cognition sociale comme l'avancait mon cadre conceptuel.

#### *B) La réhabilitation psychosociale*

La réhabilitation psychosociale est un outil à disposition des professionnels travaillant en santé mentale. Ce processus est défini selon le CFRP (Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale) comme étant composé de différentes actions dont certaines

sont à destination de la personne souffrant de troubles psychiques, et d'autres à destination de la société pour permettre au patient une meilleure insertion. L'idée de réinsérer la personne dans la cité est bien présente dans le discours des ergothérapeutes cependant aucune des notions de « qualité de vie », « autonomie », « habiletés », « limites et forces » ou même « ergothérapie » n'est présente dans la définition du CFRP ou dans les principaux objectifs et axes déterminés dans l'OMS et le WARP. Néanmoins, je pense que l'idée qui ressort des définitions émises dans la littérature et par les ergothérapeutes est que le projet de soin est centré sur le patient et prend en compte ses difficultés et ses capacités. De plus les outils de réhabilitation psychosociale sont mis à disposition des ergothérapeutes qui les utilisent afin d'accompagner les patients dans leurs parcours de soin.

De plus le concept de réhabilitation psychosocial est composé de différents outils à disposition des ergothérapeutes. Cependant tous les outils qu'ils proposent ne sont pas utilisés par les ergothérapeutes interrogées. Les plus outils les plus utilisés par les quatre professionnelles interviewées sont les programmes d'éducation thérapeutique du patient, l'entraînement aux habiletés sociales et la remédiation cognitive.

### *C) La remédiation cognitive*

La remédiation cognitive est un outil de la réhabilitation psychosociale permettant de réentraîner les fonctions cognitives déficitaires. D'après Hernandez, la remédiation cognitive a pour objectif d'améliorer les fonctions cognitives soit par l'intermédiaire d'un entraînement soit en s'appuyant sur les fonctions préservées et en déterminant des stratégies. Cette idée est en accord avec l'idée des ergothérapeutes interrogées. En effet elles ont évoqué le fait que la remédiation cognitive a deux formes d'action : une action de rééducation (le réentraînement des fonctions déficitaires) et une action de réadaptation (la compensation par l'utilisation de stratégies). Cependant les ergothérapeutes ont utilisé des termes tels que « plasticité cérébrale », « impact sur le quotidien » et « transfert des acquis » qui sont des idées importantes de la remédiation cognitive mais qui ne sont pas présente dans la définition. Le transfert des acquis a une place importante dans la remédiation cognitive. Je n'avais pas perçu avant les entretiens la vraie ampleur de ceux-ci et le rôle réel qu'il jouait dans les programmes. En effet un des objectifs de la remédiation cognitive est d'appliquer dans la vie quotidienne ce que l'on a appris lors des séances. De plus un grand nombre de

programmes sont composés de tâches à domicile afin de transférer ce qu'on a appris dans les séances au domicile.

#### *D) La cognition sociale*

La cognition sociale est une des fonctions déficitaires chez les personnes souffrants de schizophrénie. La cognition sociale est définie comme étant le processus cognitif intervenant dans les relations sociales. Ce concept regroupe cinq dimensions permettant d'interpréter le comportement des gens ainsi que le sien et de s'en servir de façon appropriée. Les ergothérapeutes sont en accord avec la littérature et ont défini la cognition sociale comme étant un concept composé de différentes dimensions qui jouent un rôle dans les relations sociales. De plus tous les ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la cognition sociale est composée de différentes fonctions et je pense que l'ensemble des ergothérapeutes sont conscientes du fait qu'il y a cinq fonctions différentes dans la cognition sociale.

#### *E) L'apport du réentrainement des troubles de la cognition sociale*

Les troubles de la cognition sociale ont un vrai impact sur la vie quotidienne des patients. L'ensemble des ergothérapeutes interrogées se rejoignent sur l'idée que le réentrainement de la cognition sociale a un vrai bénéfice sur les patients. L'apport observé est surtout au niveau de la réinsertion des patients dans la société. En effet cette insertion est soutenue par une meilleure compréhension du monde qui les entoure et du fait que les patients se sentent plus à l'aise dans la société. Cette idée correspond aux informations que j'ai recueillies dans mon cadre conceptuel bien que les études restent plus globales sur l'apport de réentrainement de cette fonction. En effet d'après une étude de Franck, les programmes de remédiation cognitive ont un impact plus ou moins important sur les différentes dimensions de la cognition sociale. De plus Bazin ajoute que ces programmes permettent « d'améliorer le fonctionnement global de la personne ». Les ergothérapeutes ciblent des situations plus précises que les informations évoquées dans mon cadre conceptuel.

## 2. Retour sur l'hypothèse

Tout au long de ce travail de recherche nous avons tenté de répondre à notre question qui est : par quels moyens l'ergothérapeute peut-il utiliser la remédiation cognitive afin de réentraîner les troubles de la cognition sociale auprès de personnes souffrant de schizophrénie ?

D'après l'analyse des données recueillies lors des entretiens, je peux valider partiellement mon hypothèse : les programmes de remédiation cognitive proposés par les ergothérapeutes permettent aux personnes souffrant de schizophrénie d'améliorer leurs compétences relationnelles et se sentir plus à l'aise dans la société.

En effet, comme je l'ai évoqué précédemment, les ergothérapeutes ont à leur disposition différents programmes de remédiation cognitive afin de réentraîner les difficultés de la cognition sociale. Ces programmes permettent aux patients d'être plus à l'aise en société et d'avoir de meilleures relations sociales. Cependant les bienfaits de ces programmes ne s'arrêtent pas là. En effet, le réentraînement de la cognition favorise l'insertion sociale et permet au patient de retrouver leur rôle de citoyen dans la cité.

## 3. Les limites

Mon étude présente toutefois quelques limites.

La première d'entre elles concerne la population interrogée. En effet les entretiens que j'ai utilisé pour mon enquête portent sur des ergothérapeutes ayant fait le même DU (Diplôme Universitaire) de remédiation cognitive. En effet, cela implique que les ergothérapeutes ont reçu la même formation et les mêmes instructions sur l'utilisation des programmes ce qui entraîne une homogénéité quant à la vision et la mise en place de programme. Il aurait pu être intéressant de comparer la pratique d'un ergothérapeute ayant reçu une formation via le DU à celle d'un ergothérapeute ayant reçu une formation spécialisée sur un programme.

De plus le nombre de professionnels interrogés (quatre) ne représente pas la pratique de l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en santé mentale. Cette enquête ne permet donc pas une généralisation.

Une deuxième limite concerne la tenue de l'entretien. En effet le guide d'entretien a été construit avec des questions majoritairement ouvertes. Cependant au plus les entretiens avançaient et plus les questions devenaient semi-ouverte. Cela a pour conséquence de diriger les réponses.

De plus il ne faut pas écarter le biais de désirabilité sociale développé par Tétreault. En effet elle explique qu'« il s'agit d'un biais pouvant altérer les résultats et qui amène la personne à répondre aux questions de façon à se présenter sous son meilleur jour » (Tétreault, 2014, 274). Ce biais a aussi un impact sur les réponses des ergothérapeutes.

Une autre limite peut être observée au niveau de la population. En effet je n'ai interrogé que des ergothérapeutes utilisant des programmes de remédiation cognitive réentraînant la cognition sociale. Cette limite permet donc de ne voir que le point de vue des ergothérapeutes utilisant ces programmes.

La dernière limite concerne l'utilisation du modèle conceptuel. Pour structurer mon mémoire j'ai utilisé le modèle cognitivo-comportemental qui rejoint l'idée de la remédiation cognitive. Ce modèle n'est pas spécifique à l'ergothérapie cependant je n'ai pas trouvé de modèle propre à la pratique de l'ergothérapeute et correspondant à l'utilisation de la remédiation cognitive.

## VI. Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pour but d'explorer par quels moyens l'ergothérapeute peut utiliser la remédiation cognitive afin de réentraîner les troubles de la cognition sociale auprès de personnes souffrants de schizophrénie. Ce travail a permis de répondre à ma question de recherche et de valider partiellement mon hypothèse. En effet, ce mémoire m'a permis de me rendre compte que la majorité des personnes souffrants de schizophrénie présentaient de troubles cognitifs, répartis en trois grandes familles dont ceux de la cognition sociale. Ces troubles cognitifs impactent les personnes dans leur vie quotidienne notamment au niveau des relations sociales et de l'insertion dans la société.

Suite à l'enquête réalisée auprès de quatre ergothérapeutes travaillant en santé mentale, nous avons pu voir que l'ergothérapeute a différents outils à sa disposition. L'un d'entre eux fait partie du concept de réhabilitation psychosociale et a pour objectif de réentraîner spécifiquement les troubles cognitifs. Il s'agit de la remédiation cognitive.

Il existe des programmes de remédiation cognitive que l'ergothérapeute peut proposer afin de réentraîner les troubles de la cognition sociale. De plus une des spécificités de l'ergothérapeute est le transfert des acquis, celui-ci permet de transférer ce que le patient a appris lors des séances dans sa vie quotidienne. Ce réentraînement permet donc aux patients d'améliorer leurs relations sociales, se sentir plus à l'aise en société et ainsi de se réinsérer dans la cité.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a apporté un enrichissement à la fois personnel et professionnel. En effet ce travail de recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances théoriques et pratiques sur ce sujet. De plus il m'a permis d'améliorer mes compétences rédactionnelles qui seront bénéfiques pour ma future pratique professionnelle. Cela m'a permis de développer mes capacités d'organisation et d'autonomie afin de rédiger le cadre théorique ainsi que l'enquête.

L'achèvement de ce travail a ouvert ma réflexion sur l'utilisation d'autres outils de réhabilitation psychosociale afin de réentraîner les troubles de la cognition sociale, notamment les groupes travaillant les habiletés sociales.

« Est-ce que les groupes des habiletés sociales ont le même impact sur la vie quotidienne des patients présentant des troubles de la cognition sociale ? »

## Bibliographie

### Ouvrages et monographies

Adès, J., Féline, A., Hardy, P., Lemperière, T., Rouillon, F., (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : (France) : Elsevier Masson

ANFE Association Nationale Française des Ergothérapeutes, (2016) *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. Document non publié. Paris, France.

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes., (2019). *Remédiation cognitive : Programme SCIT (Social Cognition and Interaction Training)*. Document non publié. Nantes : France.

Chevassus-au-Louis, N., Cogos, A., Denhez, F., Gentils, R., Lemoine, M-L., Marmion, J-F., Mayo, M., Teillac, M., (2012). *Votre cerveau un allié à tout âge : des informations pour comprendre, des conseils pour l'entretenir, des jeux pour le stimuler*. Paris (France) : SAS Que Choisir.

Combs, D., Penn, D., Roberts, D., (2009). *Social Cognition an Interaction Training SCIT: Intervention globale de remédiation des troubles de la cognition sociale*. Manuel du thérapeute. France.

Franck, N., (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Hanus, M., Louis, O., (2015). *Psychiatrie pour l'étudiant*. Paris (France). Maloine.

Hernandez, H., (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. Paris (France) : de boeck supérieur.

Guillez, P., Tétreault, S., (2014). *Méthode, techniques et outils d'intervention : Guide pratique de recherche en réadaptation*. Belgique : boeck solal.

- Klein, F., (2014). *Être ergothérapeute en psychiatrie*. Toulouse (France). Edition érès.
- Morel, S., et al. (2017). *Entraînement des Habiletés Métacognitives pour les patients avec une schizophrénie (EMC)*. Hambourg (Allemagne) : VanHam Campus Press.
- Morel-Bracq, M., (2017). Le cadre de référence cognitivo-comportemental ou modèle cognitivo-comportemental, dans M. Morel-Brac. (dir). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. 2<sup>ème</sup> édition. 213-219. Paris (France) : De Boeck Supérieur.
- Pibarot, I., (2013). *Une ergologie : Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. Bruxelles (Belgique) : de boeck solal.
- Postel, J., Quetel, C., (2010). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris (France)/ Dunod.
- Rouveyran, J-C., (1989). *Mémoires et thèses : L'art et les méthodes*. Paris (France) : Maisonneuve et Larose.
- Van Campenhoudt, L., Quivy, R., (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris (France) : DUNOD.
- Vianin, P., (2013). *La remédiation cognitive dans la schizophrénie : Le programme RECOS*. Belgique : Mardaga
- Vidon, G., (1995). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris (France) : Frisson roche.

Articles publiés dans un périodique (ou revue scientifique) :

- Augier, F., Boudebibah, D., Duboc, C., Dubrulle, A., Franck, N., Goyet, V., Voisinnet, G., (2013). Enjeu et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *SciVerse ScienceDirect*, 78, 3-19.
- Amado, I., (2018). Prérequis aux soins de remédiation cognitive. *Santé mentale*, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, 231, 52-57.

Bazin, N., Bulot, V., (2018). Remédiation cognitive : de quoi parle-t-on?. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 231, 24-29.

Desombre, C., Rigaut, B., (2018). Le jeu Mathurin : pour simuler le quotidien. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 231, 64-67.

Duprez, M., (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84, 907-912.

Franck, N., (2018). Remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 231, 36-41.

Franck, N., (2014). Remédiation dans la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 0 (0), 1-10.

Franck, N., (2010). Quels programmes de remédiation cognitive pour le premier épisode psychotique ?. *L'encéphale*, 3, S68-S65.

Franck, N., Remédiation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie. *ScienceDirect*, 165, 187-190.

#### Chapitres (ou articles) dans un ouvrage collectif :

Bagnères, C., (2016). La relation avec l'objet, dans H. Hernandez., (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. 147-156. Paris, France De Boeck-Solal.

Bazin, N., Roux, P., Passerieux, C., (2018). ToMRemed (remédiation de la théorie de l'esprit), dans N. Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale*, 612-619. Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Belio, C., Davre, E., Destailats, J-M., Koleck, M., Lemarié, K., Mazaux, J-M., Mauvillain, M., Merceron, K., et Prouteau, A., (2011). Restriction de participation, au sens de la CIF, schizophrénie et traumatisme crânien : Grille de mesure des limitations d'activité et de Retranscription de Participation (G-MAP). *Expérience en ergothérapie*, 17-72.

Franck, N., L.Penn, D., (2018). SCIT (social Cognition Integrated Therapy), dans N. Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale*, 605-611. Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Franck, N., Peyroux, E., (2018). RC2S+ (Remédiation Cognitive dans la Cognition Sociale), dans N. Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale*, 644-653. Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Gaudelus, B., (2018). Gaïa : entraînement de la reconnaissance des émotions faciales, dans N. Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale*, 629-643. Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Launay, C., Petitjean, F., Pomini, V., (2018). IPT (integrated psychological therapy), dans N. Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale*, 591-604. Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Peyroux, E., (2016). Cognition sociale dans la schizophrénie : de la théorie à la pratique, dans N. Franck., (dir.), *Outils de la réhabilitation psychosociale : Pratiques en faveur du rétablissement*. 69-97. Issy les Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Vianin, P., (2007). Remédiation cognitive de la schizophrénie. Présentation du programme RECOS. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 165, (3), 200-2005.

Tétreault, S., Blais-Michaud, S., Caire. J-M., (2014). Méthodes de recherche pour explorer ce que l'autre pense, ressent, perçoit, dans S., Tetreault, P., Guillez, (dir), *Guide pratique de recherche en réadaptation*, 211-312. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

#### Thèse de doctorat et mémoire de master :

Peyroux, E., (2014). *Remédiation des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie et les troubles apparentés*. Thèse en vue de l'obtention du Doctorat de Neuropsychologie, Université Lyon 2, France.

Document en version électronique :

ANFE (2015). Démographie et activités des ergothérapeutes au 1er janvier 2015 en France : enquête nationale ANFE-CATEL. Diffusion ANFE

Duprez, M., (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle, *L'information psychiatrique*, 84, 907-912. DOI 10.3917/inpsy.8410.0907

Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation des profession sanitaires et sociales., (2017). *La réhabilitation psychosociale : espoir d'une vie meilleure*. 8-39 / En ligne : [https://www.grieps.fr/actualites-la-rehabilitation-psychosociale-espoir-d-une-vie-meilleure-300\\_\(consulté le 25/05/2020\)](https://www.grieps.fr/actualites-la-rehabilitation-psychosociale-espoir-d-une-vie-meilleure-300_(consulté%20le%2025/05/2020).).

Ministère des Solidarités et de la Santé., (2009). *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. 1-86 /En ligne : [Rapport "Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie" - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#) (consulté le 10 mai 2021).

Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive., (2018). *Les centres de réhabilitation psychosociale*, /En ligne : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-les-centres-de-rehabilitation-psychosociale-> (consulté le 25/05/2020).

Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive., (2018). *Sensibilisation : Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale*, /En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=kQxKsbn9Di4> (consulté le 25/05/2020).

Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français., (2014). *Instituts de Formation en Ergothérapie*. /En ligne : <https://www.sifef.fr/ife-francais/> (consulté le 16 avril 2021).

## **Annexes**

Annexe 1 : Guide d'entretien .....	II
Annexe 2 : Schéma de la réhabilitation psychosociale.....	V
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des différentes mémoires.....	V
Annexe 4 : Tableau récapitulatif de l'attention.....	VI
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des différentes fonctions exécutives.....	VI
Annexe 6 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E1.....	VII

Annexe 1 : Guide d'entretien**Guide d'entretien**

<i>Nom du thérapeute :</i>	<i>Téléphone/mail :</i>
<i>Structure :</i>	<i>Date :</i>

– Question de recherche : « Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il utiliser la réhabilitation psychosociale et plus particulièrement la remédiation cognitive afin de permettre aux personnes atteintes de schizophrénie d'améliorer leurs troubles de la cognition sociale? »

**1. Présentation et contexte de l'entretien**

Étudiante en 3ème année d'ergothérapie au sein de l'institut de formation de l'ADERE (Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie), je réalise mon travail d'initiation à la recherche de fin d'étude.

J'aimerais m'entretenir avec vous afin de vous questionner sur votre pratique d'ergothérapeute en santé mentale. Cet entretien portera sur l'utilisation de la remédiation cognitive auprès de personnes souffrants de schizophrénie.

**2. Consignes**

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien afin de faciliter la retranscription pour l'analyser ?

La confidentialité et le respect de votre anonymat sera préservé.

Cet entretien durera entre 35 et 45 minutes.

**3. Les questions****A) Généralités**

- a) Pouvez-vous vous présenter ?

(Année d'obtention du diplôme, parcours professionnel, structure, depuis combien de temps)

- b) Quelle population accompagnez-vous dans votre structure ?
- c) Quel est le pourcentage de personnes souffrant de schizophrénie ?
- d) Comment accompagnez-vous cette population ? Quel est votre suivi ?

Quels sont les objectifs de travail ?

- e) De quels troubles cognitifs souffrent le plus souvent les patients présentant une schizophrénie au sein de votre structure ?

## B) La réhabilitation psychosociale

- a) Comment définissez-vous la réhabilitation psychosociale ? Quel est son but ?
- b) Quels outils de réhabilitation psychosociale utilisez-vous ?

(Rappel des outils : les groupes de médiation et d'habileté sociale ; l'éducation thérapeutique psycho-éducation ; les mises en situation ; la remédiation cognitive.)

## C) La remédiation cognitive

- a) Comment définissez-vous la remédiation cognitive ?
- b) Quel(s) programme(s) de remédiation cognitive utilisez-vous et quels sont les outils ?
- c) Pouvez-vous présenter ce(s) programme(s), ces spécificités et objectifs ?
- d) Utilisez-vous le programme en entiers ou des parties du programme ?
- e) Avez-vous reçu une formation et si oui laquelle ?
- f) Pourquoi avez-vous décidé de mettre en place ce programme de remédiation cognitive plutôt qu'un autre ?
- g) Avec quelle population l(es) utilisez-vous ? Quels sont les prérequis et les limites d'intégration d'une personne aux programmes de remédiation cognitive ?

OU

Pourquoi avez-vous décidé de mettre en place des programmes de remédiation cognitive sur la cognition sociale ?

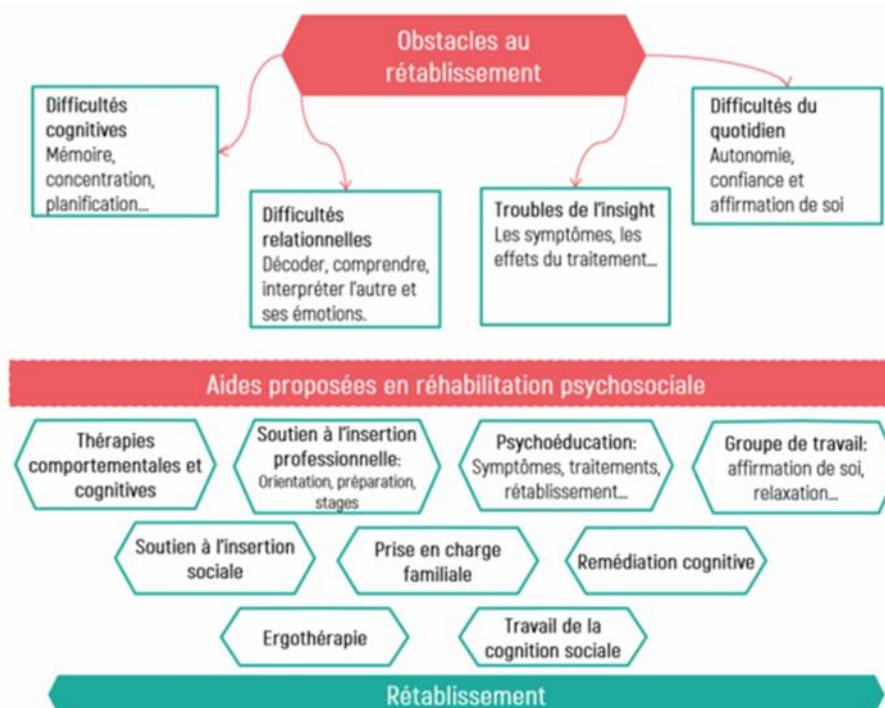
- h) Comment définiriez-vous la cognition sociale ?

- i) A votre avis qu'est-ce que les réentraînements de la cognition sociale pourrait permettre aux personnes schizophrènes de faire en plus ? d'être plus autonome dans leur vie de tous les jours ?
- j) Pourquoi utilisez-vous programme neuro cognition plutôt que cognition sociale ?
- k) Selon vous en quoi les programmes de remédiation cognitive viennent enrichir et répondre à la pratique de l'ergothérapie ?
- l) Par quelles modalités travaillez-vous le transfert des acquis ainsi qu'une mise en situation écologique ?
- m) Avez-vous de retours sur les effets ou non des programmes grâce à des bilans comparatifs, réalisés (avant et après) ? Des retours des patients ? Des retours de son environnement (amical, familial, professionnel) ?
- n) Avez-vous des commentaires à rajouter sur le sujet ?

#### 4. Conclusion et remerciement

Je vous remercie pour votre participation et votre disponibilité.

#### Annexe 2 : Schéma de la réhabilitation psychosociale



Annexe 3 : Tableau récapitulatif des différentes mémoires

Les mémoires	Les fonctions
Mémoire à court terme	Permet l'utilisation immédiate de l'information enregistrée
Mémoire à long terme	Permet de stocker une information sur une durée relativement longue
Mémoire épisodique	Permet de se rappeler des événements vécus dans le passé
Mémoire sémantique	Permet de stocker des connaissances générales
Mémoire procédurale	Permet d'acquérir des automatismes
Mémoire de travail	Permet de retenir des informations nécessaires à la réalisation d'une tâche
Mémoire rétrospective	Permet la récupération des informations du passé
Mémoire prospective	Permet de retenir une action à faire dans un futur plus ou moins proche

Annexe 4 : Tableau récapitulatif de l'attention

<b>Attention</b>	<b>Explications</b>
Attention sélective	Est la capacité à gérer les stimuli et à traiter les stimuli cibles
Attention soutenue	Est la capacité à soutenir une activité sur une longue période
Attention divisée	Est la capacité à réaliser deux tâches en simultanées
Attention alternée	Est la capacité à changer de source d'attention

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des différentes fonctions exécutives

<b>Les fonctions exécutives</b>	<b>Rôles</b>
Organisation	Capacité de préparation pour réaliser une tâche
La planification	Capacité à prévoir les étapes afin d'atteindre un but fixé
La flexibilité mentale	Capacité de s'adapter à un changement
L'inhibition	Capacité à ne pas porter attention à des stimulations non pertinentes et à se contrôler pour ne pas réaliser une réponse automatique
Résolution de problème	Capacité de réflexion mentale pour contourner un problème et atteindre le but fixé

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E1

Moi : Est-ce que vous voulez que je vous dise ma question de recherche avant de commencer ?

E1 : Ouai bien sûr

Moi : Alors c'est par quel moyen l'ergothérapeute peut-il utiliser la réhabilitation psychosociale et plus particulièrement la remédiation cognitive afin de permettre aux personnes atteintes de schizophrénie d'améliorer leurs troubles de la cognition sociale.

E1 : très bien

Moi : Voilà. Hmm... Du coup est-ce que vous êtes prête pour qu'on commence ?

E1 : Oui oui

Moi : Parfait alors déjà est-ce que vous pouvez vous présenter en disant l'année d'obtention du diplôme, le parcours professionnel tout ça ?

E1 : D'accord alors bah je suis XXX donc moi j'ai, j'ai commencé à travailler j'ai été diplômé en 2002 et j'ai commencé à travailler en neuro euh... comment ça s'appelle, à XXX dans un centre de réinsertion pour personnes cérébro lésés euh qui dépendait de l'hôpital de XXX qui accueille des patients souffrants essentiellement d'AVC, de traumatismes crâniens et puis après en 2009 j'ai été embauchée à XXX euh ... en fait entre temps j'ai fait un DU de neuropsychologie et hmm très spécialisé pour le traumatisme crânien

Moi : Hmm hmmm

E1 : Et puis après en fait j'ai été embauchée à XXX de part cette formation neuropsychologie puisqu'on se lançait dans un programme de recherche qui était la validation du programme RECOS et du programme CRT.

Moi : Oui

E1 : Et donc voilà c'était, c'était pour valider, pour valider ce programme-là ! Et puis euh... et donc après au fur à mesure on... je fais partie du C3RP où on fait beaucoup on est dans beaucoup de programmes de recherche donc y a, y a le programme, y a le programme par exemple là on est en train de valider le programme jeu Mathurin qui est plani rêve

Moi : hmm hmm

E1 : Voilà on est en train de, on a participé aux recherches sur Tom Remed, on a mis en place Michael's game. Là on est en cours de validation du programme RC2S qui est sur la remédiation cognitive de la cognition sociale.

Moi : Oui

E1 : Euh on a participé aussi à la création du programme Gaïa sur les émotions, le programme Modus euh quoi on a beaucoup de chance parce qu'en fait on fait partie un peu de tous les programmes de recherche

Moi : Oui oui mais c'est bien !

E1 : Donc voilà on est formé gratuitement c'est sympa

Moi : Oui ça c'est sympa ! D'accord, hmmm...

E1 : Oui et puis en plus on a monté le DU de Lyon aussi donc, voilà, il y en a certains qui participent certains de mes collègues participent à la formation de Lyon et voilà

Moi : D'accord, sympa. Du coup dans votre, dans votre structure vous accompagnez quel type de population ?

E1 : Alors majoritairement des patients qui souffrent de schizophrénie

Moi : D'accord donc le pourcentage, vous le connaissez à peu près ?

E1 : Ooooh, c'est 95%

Moi : Ah oui

E1 : On doit avoir une personne qui souffre de bipolarité et une autre qui souffre de schizophrénie mais qui en réalité a des traits autistiques quand même qui sont très importants donc on se demande si ce n'est pas une erreur diagnostic, voilà quoi mais majoritairement c'est des personnes qui souffrent de schizophrénie.

Moi : Ok d'accord très bien. Hmmm et comment est-ce que du coup vous accompagnez cette population ? C'est quoi votre suivi ? Vos objectifs ?

E1 : Alors nous, la philosophie du soin de notre hôpital de jour c'est la réhabilitation psychosociale

Moi : Oui

E1 : donc on faisait beaucoup de... Donc on a de la remédiation cognitive, on a énormément d'outils en fait qu'on utilise. Euh, on fait des... on essaye de faire des projets de soins individualisés donc en fonction des problématiques de, des patients sachant qu'en fait aucun patient n'a le même tableau donc on fait d'abord des bilans etc pour savoir ce qu'il en est et on essaye de voir aussi quelles sont ses plaintes et quels sont ses objectifs et en fonction de ça on va mettre en place soit de la remédiation cognitive neurocognitive soit de la la la la remédiation de la cognition sociale soit on va travailler sur, soit on va faire de l'ETP, soit tous les 3 à la fois soit on va faire des groupes tremplins on va travailler autre chose. Euh voilà c'est vraiment très euh, euh, c'est vraiment très personnalisé donc euh... Et on a des groupes aussi comme on est un hôpital de secteur on se doit d'accueillir n'importe quelle population

Moi : hmm hmm

E1 : Donc des groupes aussi qui sont très euh, euh ... comment s'appelle euh... à qui permet de transférer les acquis de et de faire des voilà de travailler sur je dis n'importe quoi par

exemple on va faire écriture mais ça va nous permettre de travailler sur la communication chose qu'on avait déjà fait en remédiation cognitive par exemple

Moi : d'accord

E1 : on va faire une sortie culturelle et après on va pour faire... Bon là les sorties culturelles en ce moment c'est un peu compliqué

Moi : oui

E1 : on va faire une sortie culturelle pour aller dans la, dans la cité pour pour, pour essayer de travailler sur justement les habilités sociales euh etc. Mais voilà on va faire des groupes d'insertion sociale ou on va rencontrer des, des lieux des associations de quartier des choses comme ça

Moi : D'accord. Oui oui y'a beaucoup de de moyens qui sont mis en place

E1 : Exactement !

Moi : c'est bien

E1 : chacun sachant que chaque patient à deux référents qui sont un peu comme des *cases managers* et que on est là pour les accompagner pour aller jusqu'au bout de leur projet.

Moi : d'accord oui. C'est deux référents qui sont ergothérapeutes ?

E1 : Non ! Non non c'est mixte, je suis la seule ergothérapeute donc euh...

Moi : Ah oui d'accord

E1 : donc en fait la plupart du temps c'est infirmier infirmier ou infirmier ergothérapeute.

Moi : D'accord ok. Du coup quels sont, de quels troubles cognitifs pardon souffrent les patients du coup schizophrènes

E1 : Alors c'est très hétérogène dans la population mais la plupart des choses que l'on, qui reviennent quand même y'a beaucoup de problèmes de mémoire de travail, y a beaucoup de demande quand même de quoi, oui de la mémoire de travail en faisant partie en fait c'est plutôt des problèmes dysexécutifs et c'est surtout ça qui impacte vraiment dans la vie quotidienne

Moi : c'est vrai

E1 : c'est vraiment des troubles dysexécutifs et après il y a des problèmes d'attention notamment d'attention sélective on observe aussi des problèmes de mémoire, euh de mémoire épisodique donc c'est vrai aussi ça s'est compliqué parce qu'ils n'arrivent pas à faire appel à leur mémoire épisodique et donc à leur vécu expérientiel pour pouvoir s'adapter à des situations, à des situations qui auraient déjà un peu vécus avant. Ils n'arrivent pas à mettre en place euh à adapter quelque chose. C'est comme si ils étaient face à chaque fois à des situations nouvelles au lieu de chercher dans ce qu'ils auraient pu vivre avant

Moi : oui oui

E1 : Donc euh voilà

Moi : d'accord

E1 : La mémoire et l'attention viuo-spatiale aussi

Moi : oui

E1 : beaucoup se perdent et ils sont désorientés oui

Moi : et est ce que y'a aussi des plaintes au niveau de la cognition sociale ou de la métacognition ?

E1 : ouiiiiii alors c'est très alors au niveau de ce qu'on appelle la cognition chaude oui il y a des, il y a des plaintes euh y a des plaintes, il y a beaucoup de problèmes de théorie de l'esprit

euh voilà, ça c'est vrai qu'ils ont ça, des problèmes de perception sociale. Parfois ils n'arrivent pas à identifier vraiment l'environnement dans lequel ils sont et ce qui fait qu'ils n'arrivent pas à faire appel à leurs connaissances sociales pour adapter leur comportement il a des problèmes surtout de reconnaissance des émotions quand même la base

Moi : Oui

E1 : Déjà reconnaissance de leurs propres émotions et aussi la reconnaissance des émotions voilà alors tout ça souvent est sous-tendu par des troubles neurocognitifs parce que souvent quand on a un problème d'attention sélective on arrive à apercevoir sur le visage de celui qui est en face, euh... les points essentiels qui nous font deviner quelle émotion la personne est en train de vivre

Moi : hmm

E1 : Donc voilà et puis c'est ce qui fait qu'il vont faire des sauts aux conclusions euh voilà ils ont par exemple ils vont voir des personnes qui se chahutent, ils vont pas voir leur sourire sur les visages, ils vont dire que les personnes sont en train de se battre... Euh voilà ça c'est typique des choses que l'on peut percevoir. Il y a aussi des problèmes de de de style d'attribution parce que quand il arrive un événement vous savez c'est soit c'est attribué à vous soit l'environnement soit à l'autre et euh souvent quand il y a des biais du style d'attribution soit on attribue toujours tout à l'autre soi quand on est on a une faible estime de soi c'est toujours notre faute mais la vérité est faite que souvent c'est un ensemble des choses

Moi : Oui

E1 : pour atteindre l'examen bah il si c'est un peu de votre faute vous auriez pu mieux bosser mais ça peut être la faute du prof qui, qui voulait vous saquer

Moi : Hmmm

E1 : ça peut être la faute de non du prof qui voulait vous saquer ou qui lui s'est fait plaquer, il est pas de bonne humeur et voilà et ça peut être la faute de l'environnement avec par

exemple des des marteaux-piqueurs qui qui arrêtent pas de de bosser dans la rue alors vous êtes en train faire votre examen.

Moi : Oui

E1 : Voilà, généralement c'est un mélange de tous ces systèmes d'attribution qui fait une vérité, une réalité quoi, une vérité plus proche de la réalité et donc ça on réapprend aussi aux patients à essayer d'utiliser les systèmes d'attribution.

Moi : D'accord et est-ce que c'est possible que des fois il ait plusieurs troubles euh en même temps ?

E1 : bien sûr souvent ! Ahah, souvent, euh souvent il y a un problème de euh il n'arrive pas à reconnaître ses émotions et il n'arrive pas au niveau de la théorie de l'esprit de... Y a Tom Remed qui est vachement bien euh de Versailles qui travaille là-dessus ou voilà il n'arrive pas à reconnaître la situation et voilà et puis il y a, euh, en plus de ça un problème de style d'attribution oui oui.

Moi : D'accord

E1 : Mais c'est pour ça qu'on fait des bilans parce que on on essaie de cibler au mieux en fonction des patients. Certains ça va être qu'un problème de théorie de l'esprit, certains ça va être... et puis parfois ils n'ont aucun de ces problèmes la hein ! Il ne faut pas non plus faire de généralité.

Moi : Oui c'est vrai

E1 : Mais c'est vrai que c'est assez fréquent des troubles de cognition sociale

Moi : D'accord. Hmm du coup comment est-ce que vous pourriez définir la réhabilitation psycho-sociale ?

E1 : alors pour moi c'est quelque chose en 2 mouvements. La réhabilitation psychosociale c'est redonner déjà des lettres de noblesse à la personne qui qui, que l'on a avec nous c'est

lui redonner un rôle dans la société, redonner une fonction, un rôle mais c'est pas forcément en travaillant hein, c'est pas... Et puis c'est quelque chose de avec 2 processus et ses processus c'est travailler sur la société pour qu'elle soit plus inclusif envers nos patients et déstigmatiser le handicap psychique. Donc nous en tant qu'ergo on a ces 2 rôles à faire aider la personne à s'insérer au mieux dans la société et retrouver un rôle et et et et surtout travailler auprès de la société pour que qu'elle change de regard et qu'elle soit beaucoup moins discriminante envers les personnes qui souffrent de schizophrénie.

Moi : D'accord. Du coup vous avez dit que vous utilisiez des des programmes de remédiation cognitive est ce que vous utilisez d'autres outils de réhabilitation psychosociale ?

E1 : en fait ce que je vous disais au delà de la RC, il y a aussi des outils, euh euh, il y a aussi l'ETP qui est très important euh on travaille beaucoup sur la métacognition alors ça c'est pas de la remédiation cognitive mais ça en fait partie quand même un petit peu mais c'est prendre conscience de ses propres processus de pensée donc il y a des programmes d'entraînement métacognitives qui sont géniaux

Moi : Oui

E1 : Euh on travaille beaucoup sur la déstigmatisation euh on a des groupes de parole ou on travaille sur le rétablissement. Euh on a la chance d'avoir un métier de médiatrice de santé pair ici et à l'hôpital de jour. Euh je ne sais pas si vous savez ce que c'est

Moi : Oui oui

E1 : qui travaille avec nous et et qui utilise un langage qui va être beaucoup plus pertinent pour les patients et qui va être quoi c'est pas plus pertinent mais qui va être différent du nôtre qui est un langage très, euh un langage théorique, empirique alors que elle va utiliser elle des mots de vécu et qui peuvent toucher beaucoup plus le patient

Moi : oui

E1 : Et elle va être porteuse d'espoir et montrer qu'on peut avoir une qualité de vie et e moi c'est ce qui est important pour moi, pour mes patients c'est qu'ils gagnent en qualité de vie

et donc en fait elle va elle travailler œuvrer en en ce sens et on utilise aussi ce que je vous disais un peu des des des choses de développement personnel moi je fais un groupe qui s'appelle comédie groupe

Moi : oui

E1 : ou en fait on travaille sur, c'est de l'improvisation théâtrale mais euh c'est surtout sur euh travailler l'assertivité, travailler la confiance en soi, travailler la prise de parole, la gestion des émotions en fait ça permet de de reprendre dans un groupe un peu plus libre des choses qui auraient pu être travailler en remédiation ou même pour ceux qui ont pas fait de remédiation de s'éprouver à certaines situations et qui euh, pour mieux affronter l'extérieur donc euh pour la voila y'a ça mais il y a on a plein d'autres groupes comme écriture que je vous disais, groupe actualité pour ancrer dans la réalité

Moi : hmmm hmmm

E1 : voilà sachant qu'on est un hôpital de secteur donc parfois on a des patients qui sont ancrés dans la maladie depuis très longtemps et qui qu'on va accompagner sur du long cours alors que pour certains, les petits jeunes, on va essayer d'être un peu une structure tremplin pour justement qu'ils s'insèrent plutôt dans la société dans la ville, dans la cité donc euh, euh, voilà ça va être très différent en fonction des patients que l'on peut avoir c'est ce qui fait qu'on a tout ce panel là

Moi : D'accord

E1 : mais il est important d'avoir d'autres groupes à côté ça permet le transfert des acquis déjà horizontal parce que euh parce que on a besoin de groupes comme ça pour rappeler : mais souvenez-vous ce que vous avez fait en remédiation avec RECOS etc. Quelles stratégies vous aviez utilisées et là déjà ? Et là déjà ils le font dans un autre groupe parallèle et puis après pour vraiment que ça se généralise après à l'extérieur et à d'autres choses.

Moi : Oui ok merci euh et vous avez dit que vous utilisez aussi des programmes pour la métacognition. C'est, c'est quoi comme programme ?

E1 : C'est EMC

Moi : oui

E1 : oui EMC et on utilise aussi des programmes comme PEPS sur les émotions positives pour travailler sur la motivation qui est un peu le nerf de la guerre aussi avec nos patients

Moi : Oui

E1 : ça c'est vachement bien euh qu'est-ce qu'on utilise d'autre après on travaille sur beaucoup sur la flexibilité mentale avec Michael's game puis la génération des alternatives, on utilise Tom Remed, on utilise, on on a créé aussi avec ma collègue neuropsychologue on a créé des outils comme « Teddy rit » pour travailler sur justement l'accès au 2nd degré

Moi : hmm hmm

E1 : Euh voilà quoi, pareil on va faire des médiations dessus mais on s'amuse aussi à créer des outils supplémentaires et là avec ma stagiaire ergo on est en train de créer aussi un outil d'évaluation. Quoi, non pas d'évaluation mais pour travailler sur la cognition sociale.

Moi : d'accord ok

E1 : donc voilà

Moi : Parfait. Du coup maintenant on va passer à la remédiation cognitive. Comment est-ce que vous pourriez définir la remédiation cognitive ?

E1 : alors la remédiation c'est l'entraînement de fonctions qui peuvent être déficitaires ou qui sont, qui ont été, qui ont été impactées par la maladie. Donc on va, ça va être trouver, aider le patient à ce qu'il trouve à réentraîner certaines choses comme la mémoire l'attention la concentration etc. Ça s'est basé sur la sur le concept de plasticité cérébrale

Moi : hmm hmm

E1 : et donc on va réentraîner un maximum des fonctions et quand celles-ci ne vont plus ou on va s'apercevoir qu'il y a soit plateau soit que voilà c'est finalement c'est quelque chose qui est difficilement récupérable on va essayer d'utiliser ce qu'il reste des ressources du patient dans d'autres choses je, je dis n'importe quoi mais imaginez, vous avez une mémoire visuelle qui est déficitaire et bien à ce moment-là on va renforcer plutôt la mémoire avec empan verbal pour que là, on va l'appeler avec entrer verbale pardon. Pour que la personne puisse euh... puisse euh... Comment s'appelle... compenser le déficit de mémoire visuelle donc on va essayer de trouver voilà mais mais ça c'est vraiment un dernier stade et puis à la fin bah ça c'est les ergothérapeutes qui faisons ça mais on peut utiliser aussi des prothèses mnésiques quoi. On va utiliser des, des prothèses cognitives pour pouvoir suppléer une éventuelle déficience qui qui restera installée.

Moi : D'accord

E1 : Mais en tout cas, la, la remédiation c'est dans la première phase on va réentraîner un maximum et ce qui, ce qui est déficitaire et on va aussi euh, on va aussi renforcer ce qui est des ressources pour que la personne puisse mieux fonctionner.

Moi : très bien merci et du coup est ce que vous pourriez, parce que vous avez dit que vous aviez pleins de programmes. Est-ce que vous pourriez un peu plus détailler ces programmes ?

E1 : OH !

Moi : en parlant des spécificités ?

E1 : alors le plus connu c'est RECOS et CRT.

Moi : Alors RECOS c'est papier crayon et ordinateur, c'est Vianin qui a créé ce programme la euh... donc euh RECOS c'est remédiation de la cognition pour la schizophrénie R.E.C.O.S et en fait donc le, le premier c'est... en fait il y a 5 modules euh 6 modules car il y a celui sur le traitement d'informations. Donc il y a mémoire euh, mémoire verbale ça veut rien dire mais mémoire verbale mais ça veut dire mémoire avec entrée verbale,

Moi : hmm hmm

E1 : y'a mémoire et attention visuo-spatiale, il y a mémoire de travail, y a vitesse de traitement d'informations, y a raisonnement et j'en ai oublié un... et attention sélective sachant qu'en fait on va faire des bilans et on va sélectionner en fonction de ça les les 2 fonctions les plus impactés et c'est ainsi qu'on va travailler euh sachant que de toute façon même quand on travaille avec ces, quand on, on fait travailler ces, ces fonctions la évidemment ça sollicite d'autres fonctions qui sont sous-tendues.

Moi : oui

E1 : c'est à dire que quand vous travaillez la, la mémoire la mémoire et bien il y a la mémoire de travail qui est sous-tendue en dessous. C'est sous-tendu. Même chose pour travailler la mémoire bien évidemment ça va être réveillé l'attention sélective, c'est sous-tendu. Ce n'est pas parce qu'on en sélectionne 1 des 2 que l'autre n'est pas travaillé mais il est moins mis en exergue. Donc en fait il y a des, d'abord des séances papier crayon et ces séances papier crayon vont prendre beaucoup plus de temps et vont permettre de de mettre en avant les stratégies utilisées par le patient et etc. Et puis après au fur à mesure ben les exercices se complexifient et donc chaque semaine il y a une séance d'1h à 1h30 papier crayon et une séance d'1h à 1h30 ordinateur et y a une tâche à domicile à réaliser entre les 2 séances papier crayon.

Moi : d'accord ok.

E1 : voilà et donc ça c'est ça. CRT c'est que du papier crayon euh c'est il y a des tâches à domicile aussi. C'est 2 fois par semaine mêmes horaires euh et euh 2 jours jamais raccrocher en fait il faut que ce soit 2 jours avec un jour entre les 2 forcément pour permettre à la personne d'intégrer les différentes, avec le temps d'intégrer ce qui s'est passé. Et euh et là on va travailler d'abord sur la flexibilité mentale ensuite il y aura 2 de de de modules qui vont travailler la mémoire A la mémoire B quoi c'est plus compliqué mais bon mémoire A mémoire B.

Moi : Hmmm

E1 : Et euh et et puis ensuite c'est planification A planification B. Et en fait comme je vous ai dit de toute façon tout est sous-tendu par d'autres fonctions ça c'est que des exercices papier crayon que l'on peut adapter en fonction du du niveau de de la personne pour les complexifier plus ou moins

Moi : d'accord voilà

E1 : y a NEAR, NEAR c'est la même chose mais c'est groupal donc ça va reprendre les exercices RECOS et après il y a ce qu'on appelle des « *Bridging group* » ou chacun va expliquer quelle stratégie il a utilisé pour essayer tel ou tel chose et puis après il y a on travaille beaucoup sur la métacognition ou on va rappeler quelles sont les fonctions et etc. Les différentes fonctions cognitives et on va travailler sur les biais cognitifs et on va échanger quant à leur impact sur notre quotidien donc ça c'est ça NEAR. Euh qu'est-ce qu'il y a d'autre donc ça c'est sur les problèmes de de neuro cognition

Moi : hmm hmm

E1 : ensuite y a Tom Remed donc ça c'est plutôt de la cognition sociale sur la théorie de l'esprit où là c'est une fois par semaine et c'est des vidéos, des extraits de vidéos que l'on regarde et à chaque fois il y a des affirmations qui nous sont proposées on doit dire si c'est probable, peu probable, très probable. Euh voilà et définir à chaque fois pourquoi est-ce qu'on a pensé ça et voilà donc ça c'est... Ensuite il y a Michael's game sur la génération d'hypothèses alternatives là c'est Michael qui est de plus en plus malade. Euh quoi il a de plus en plus de symptômes et Michael rend compte des situations et il va vite émettre une hypothèse qui va avoir une, euh comment s'appelle... une conséquence comportementale et émotionnelle et donc à chaque fois bah on va essayer de voir quelle autre hypothèse que Michael on peut avoir. Par exemple il attend sur la terrasse d'un café. Sa copine ne vient pas il pense qu'il lui est arrivé un accident grave donc évidemment quelle est l'état émotionnel de Michael ? Il est inquiet il a peur et etc. Quelle autre hypothèse on pourrait retrouver, euh comportementalement parlant est-ce que ça va pouvoir provoquer et et puis après c'est bah... nous quelle autre hypothèse on peut trouver émotionnellement ce que ça va provoquer euh comportementalement parlant aussi.

Moi : Oui

E1 : bah genre elle est coincée dans me métro machin. Bidule a posé un lapin et toutes les hypothèses les plus farfelues possibles sont euh... sont, sont possibles parce que le but c'est vraiment des générer pleins d'hypothèses pour travailler sur la flexibilité

Moi : d'accord

E1 : et voilà ça c'est euh... Ensuite il y a EMC dont je vous parlais en traitement métacognitif, ça c'est Emorit et donc là on va travailler sur les biais cognitifs donc là on va dire que quand on souffre de schizophrénie il se peut qu'on ait des problèmes de mémoire, il se peut qu'on ait des problèmes euh, de, de... Euh alors c'était quoi de ... pas théorie de l'esprit attendez... pas la mémoire... Oh il y en a plein, on travail même sur la stigmatisation avec celui-là mémoire, saut aux conclusions. Euh on travaille sur la mémoire, saut aux conclusions sur euh les styles d'attribution. Sur euh quoi, on va travailler sur plusieurs choses.

Moi : hmmm

E1 : et euh et sinon et ça se passe en 2 modules en fait il y a un premier de 3 mois et 6 mois après il y a un rappel avec d'autres exercices qui reviennent un petit peu sur l'exercice qu'on a fait 6 mois après

Moi : d'accord

E1 : et voilà ensuite y a IPT c'est un programme intégratif en fait on fait au départ on commence par la neuro cognition et ça va jusqu'à la cognition sociale et et ou on passe par la neuro-cognition c'est 6 modules ça dure un an à un an et demi

Moi : oui ok c'est long

E1 : euh voilà et c'est une fois, c'est 2 fois par semaine. Ça il est génial... euh mais très intensif donc y'a différenciation cognitive c'est le premier ensuite y'a... différenciation cognitive donc c'est le premier module c'est vraiment comme de la remédiation cognitive, ensuite y a perception sociale, communication, compétences sociales, donc ça c'est des jeux

de rôle en fait et le 5e c'est gestion des émotions, et 6e c'est résolution de problèmes interpersonnels. Voilà ça c'est IPT

Moi : hmmm

E1 : et puis ensuite sur la cognition sociale... où là c'est papier crayon et ordinateur et c'est nous qui les fabriquons et on va travailler sur les 5 domaines aussi de la cognition sociale que je vous avais évoqué à savoir la reconnaissance des émotions mais on fait ça après avoir fait le la batterie de CLACOS qui est la batterie de la cognition sociale euh voilà et donc ça nous permet de savoir s'il souffre plus de problèmes de théorie de l'esprit, reconnaissance des émotions faciales etc

Moi : oui d'accord

E1 : et puis en fonction de ça c'est nous qui élaborons tout seul. On a pleins d'outils à notre, à notre dispo et on est bon... ça c'est vraiment très ergo d'ailleurs parce que c'est nous-mêmes qui construisons la papier crayon et après il y a le module ordinateur avec un avatar qui rencontre des situations et, et il y a plusieurs possibilités de réponses c'est un peu comme vous savez les euh les livres dont on est le héros

Moi : Oui

E1 : et en fonction de ça bah voilà ça nous, ça provoque telle ou telle situation donc on peut s'éprouver à être plus ou moins assertif, soit être agressif, inhiber ou assertif voilà et puis donc ça c'est RC2S. Gaia, ça va plus être sur la reconnaissance des émotions faciales donc ça c'est un programme ordinateur aussi

Moi : hmm hmm

E1 : Euh voilà et puis qu'est-ce que je vous ai... dit qu'est-ce qu'il y a d'autre... après y'a SCIT mais que je maîtrise pas moi

Moi : oui

E1 : c'est sur la cognition sociale mais je maîtrise pas

Moi : d'accord

E1 : euh... Voila

Moi : C'est pas mal !

E1 : J'espère que ça vous a aidé

Moi : Oui oui ! Et mais du coup pour tous ces programmes du coup vous avez reçu une formation ?

E1 : ouais

Moi : d'accord

E1 : ouais en fait on a on a participé à leur élaboration...

Moi : Oui

E1 : Nan on, a on a validé, ils ont été élaborés et nous on a participé à leur validation donc on a été formé pour pouvoir les valider quoi

Moi : hmmm d'accord ok. Et du coup quand vous utilisez un programme vous l'utilisez en entier ou ça vous arrive d'utiliser que des parties de programme ?

E1 : on peut utiliser des parties de programme, ça m'est déjà arrivé de mixer les programmes RECOS, mais c'est pas, c'est pas vraiment jouer à ça mais c'est vrai que ça m'est déjà arrivé de le faire pour un patient un peu atypique.

Moi : D'accord

E1 : Euh après souvent quand ils sont construits d'une certaine façon qui fait que c'est bien quand même de les faire en entier même CRT par exemple on pourrait dire que la première partie si quelqu'un fait de la remédiation cognitive peut venir des communications d'en haut module 3 mais en fait il y a des exercices qui sont faits dans le module un et module qui sont la base d'exercice du module 3 et 4 donc ce sera un peu dénaturé le programme en fait

Moi : d'accord oui

E1 : après moi j'ai adapté aussi des programmes qui ont été donnés, créés pour des personnes qui souffrent de traumatismes crâniens pour les faire à mes patients, c'est aussi pas mal.

Moi : d'accord et du coup pourquoi vous avez décidé de d'utiliser enfin de mettre en place des programmes de remédiation cognitive ?

E1 : Parce que ça marche ahah

Moi : oui ahah

E1 : ahah parce que ça marche et que ça permet à certains patients qui ont du mal à parler de leurs troubles psychiques pur et dur de de parler de parler de troubles cognitifs parfois ça permet, c'est plus facile de dire qu'on a un problème de mémoire que dire qu'on souffre d'une schizophrénie.

Moi : oui c'est sur

E1 : Donc en fait ça permet une accroche et une alliance assez intéressante parfois pour certains patients qui sont pas encore prêts faire l'ETP et euh et voilà et puis surtout ça, ça fonctionne très bien on a beaucoup moins de, moi j'ai beaucoup moins de rechutes

Moi : hmmm et du coup c'est quoi les prérequis, si on peut dire, des personnes pour participer à des programmes de remédiation cognitive ?

E1 : aucun prérequis !

Moi : Aucun ?

E1 : N'importe qui peut participer à la remédiation cognitive. Alors y'en a qui dirait un de prérequis c'est qu'il faut quand même que la personne, j'exagère ! Faut que la personne soit stabilisée

Moi : oui

E1 : dans le sens où il faut pas qu'elle ait, soit c'est un délire qu'elle présente et qui est là depuis longtemps et la personne a l'habitude de travailler avec dans quel cas ça fonctionne avec ça et on roule avec. Soit c'est une un premier épisode psychotique et etc. et la personne n'est pas encore stabilisée auquel cas non ce serait ce serait ridicule de le faire

Moi : hmm

E1 : même chose quand il y a un changement de traitement mais tant que la personne s'habitue à son traitement. Pour ça si, si c'est ça que vous entendez par prérequis c'est important quand même

Moi : Oui d'accord

E1 : d'accord ? Mais sinon il faut pas que la personne rentre dans tel ou tel case, ça peut être n'importe quel niveau, ça peut être n'importe quel voilà. Sachant que c'est au thérapeute de s'adapter.

Moi : Oui aussi oui. Pourquoi vous avez décidé du coup du mettre en place des des programmes de remédiation cognitive sur la cognition sociale ?

E1 : bah parce que en fait avant qu'il existe ces programmes là nous on s'est aperçu avec IPT qui est un vieux programme, déjà on s'est aperçut avec les jeux de rôles et tout qu'il y avait des choses compliquées et on le voit au quotidien avec nos patients qui ont un émoussement souvent affectif ou qui n'éprouvent pas de colère ou autre alors que c'est faux, ils éprouvent de la colère et en fait on s'aperçoit qu'avec les émotions, la gestion des émotions c'est quand même le nerf de la guerre il y avait vraiment un manque. Et puis tout ce qui est théorie de

l'esprit et etc. c'est que c'est quand même c'est un impact au niveau au niveau en tout cas de la réinsertion sociale qui est énorme énorme

Moi : hmmm

E1 : donc nous déjà on faisait bien avant les programmes, on avait déjà élaboré des petits programmes mais fait maison donc euh c'est vraiment euh moi je sais que RC2S je vois vraiment des changements avec des patients qui n'osaient même pas prendre la parole qui là au bout de 3 mois mais même avec le patient qui souffre de traits autistiques euh... c'était un changement puis même eux s'en rendent compte, ils sont complètement métamorphosés

Moi : hmmm

E1 : voilà pour lui c'est différent parce qu'il a fallu tout écrire comme dans une page blanche il pouvait pas faire appel à un vécu expérientiel intérieur puisque quand on souffre d'autisme en fait il n'a jamais ça jamais pu mettre de mots dessus sur ce qu'il avait sur la provocation quand il... les autres pouvaient faire des références sur des choses qu'ils avaient vécu avant l'apparition de la maladie. Lui non, c'est neuro développemental.

E1 : d'accord et du coup comment est-ce que vous pouvez définir la cognition sociale alors c'est un programme composite comme je vous disais qui est non, c'est un concept composite qui est qui... on appelle ça aussi la cognition chaude

Moi : oui

E1 : qui permet de de pouvoir euh s'adapter à n'importe quelle situation euh... à n'importe quelle situation. Et donc elle est composée de la reconnaissance des émotions des autres et chez soi euh comme je vous disais de la perception sociale de comprendre dans quel environnement on se situe et aussi des connaissances sociales comment est-ce que je me comporte et dans quelle situation et tout, ça c'est très éducationnel mais voilà.

Moi : hmmm

E1 : c'est des choses qui sont importantes. De la théorie de l'esprit comprendre les intentions des autres euh la théorie de l'esprit qui peut être, comprendre les intentions des des autres donc ça c'est la théorie d'esprit ce qu'on appelle cognitive mais ça peut être aussi la théorie de l'esprit qu'on peut dire affective et qui elle est l'empathie en fait, pouvoir comprendre les émotions et être empathique avec la personne. Il y a ce que je vous ai dit tout à l'heure les styles d'attribution qui en font partie aussi et qu'est-ce qui a... je crois que c'est tout on a vu. Ça fait 5 à peu près c'est ça ?

Moi : oui

E1 : Donc voilà ça se sont les 5 choses qui définissent la cognition sociale. Ce concept un petit peu bas et euh la cognition sociale nous permet vraiment d'entrer en communication avec les autres de façon adaptée et de pouvoir s'insérer dans la cité. Enfin selon moi hein

Moi : oui oui oui c'est ça en général. Et qu'est-ce que ça pourrait permettre aux personnes... en fait le réentraînement de la cognition sociale ça permet quoi aux personnes dans leur vie de tous les jours ? ça leur apporte quoi ?

E1 : ça permet d'être beaucoup plus insérer et beaucoup plus à l'aise en société. Euh ça leur permet de comprendre mieux ce qui se déroule autour d'eux et de moins se sentir persécuté parce que voilà parfois quand on rentre par exemple dans une rame de métro des gens rient que nous on va sur la conclusion en disant que c'est à cause de nous alors qui si on travaillait sur la théorie on pourrait se dire que bah c'est ou en tout cas en travaillant, en s'appuyant sur la flexibilité mentale entrée sur la théorie de l'esprit en disant bah qu'il y en a peut-être un des 2 qui a raconté une blague c'est pour ça qu'ils rigolent etc. Voilà ça change quand même la donne

Moi : Oui

E1 : donc c'est vrai que pour les personnes qui sont persécutées voilà ça fait vraiment ça bouste l'estime de soi, énormément euh parce qu'ils se rendent compte qu'en fait ils sont capables et puis de mieux comprendre ses émotions ça permet de désamorcer beaucoup de situations problématiques et euh et voilà et puis c'est très TCC mais aussi de changer de pensées défaitistes que l'on peut avoir et euh voilà travailler là-dessus

Mou : d'accord et euh si on repart sur du coup les programmes de remédiation en général en quoi ça vient enrichir et répondre du coup à la pratique de l'ergothérapeute

E1 : bah c'est un peu le nerf de la guerre des ergothérapeutes essayer de réinsérer la personne dans la société et qu'elle gagne en qualité de vie et lui redonner les moyens d'agir sur sa vie donc je pense que c'est un outil qui est essentiel pour les ergothérapeutes

Moi : hmmm

E1 : est ce que j'ai répondu un peu ?

Moi : oui par exemple en quoi, si on développe un petit peu plus, en quoi ça apporte quelque chose en plus fin quelle est la différence entre l'apport que par exemple un infirmier peut apporter et nous en tant qu'ergothérapeute ?

E1 : Ah oui alors bah nous le truc c'est qu'on est quand même des experts en analyse d'activité donc en fait-on, on sait ce que sous-tend chaque activité quoi on est censé savoir ce que sous-tend chaque activité d'un point de vue physique d'un point de vue neuropsychologique d'un point de vue psychique et et donc en fait le euh ce que je vous disais c'est qu'il y a des programmes on doit nous même, nous-mêmes ont créé... en fait RC2S on doit nous même créer la partie papier-crayon, les ergothérapeutes sont très à l'aise la dedans et même dans les dans les tâches à domicile. Les tâches à domicile on est, euh..., en fait mes collègues viennent me voir parce qu'ils savent pas faire les tâches à domicile

Moi : Oui

E1 : donc c'est moi qui ai fait toute une liste de tâches à domicile en fonction de ce qu'on travaille

Moi : d'accord, Hmmm oui

E1 : ne serait-ce que pour les stratégies par exemple pour la reconnaissance des émotions faciales quelles stratégies vous allez utilisé euh, l'exploration de gauche à droite de bas en

haut etc. Comment est-ce qu'on pourrait simplifier un visage au maximum et trouver les traits qui sont les plus pertinents et savoir quelle émotion tout ça c'est, pour nous c'est évident en fait parce que c'est quelque chose, ça fait partie d'une pratique notre façon de d'exercice mais qui n'est pas donnée moi j'ai la chance parce que j'ai mes infirmières qui sont formées

Moi : hmmm

E1 : mais mais c'est pas le cas partout y en certains qui sont en très grande difficulté

Moi : Bah oui

E1 : et puis c'est pas faire pour faire c'est à dire que derrière on met du sens on va aller chercher des infos

Moi : ouais

E1 : Et puis on va beaucoup travailler avec le quotidien surtout pour permettre justement le transfert des acquis au quotidien

Moi : oui du coup comment vous faites pour faire le transfert des acquis ?

E1 : par des transferts en situation écologique en fait, donc on va au maximum dehors ou on fait un maximum de jeux de rôle de choses ou des choses comme ça.

Moi : d'accord

E1 : Par des vidéos voilà

Moi : et ça vous arrive d'aller des fois au domicile des .... (patients)

E1 : Ah bah oui oui alors après pour tout ce qui est cognition sociale et tout on peut faire des jeux de rôle à domicile ça peut être plus simple ça peut être intéressant parce que la personne est dans son environnement et on sait que quand on apprend dans un certain environnement la mémoire fait que en fait on retient je vous dis n'importe quoi mais je vous dis une liste de

mots alors que vous êtes sous l'eau en train de faire la plongée et une liste de mots à l'extérieur sur terre et bien si vous l'avez appris sous l'eau et bien vous arriverez à me redonner plus d'éléments quand vous serez sous l'eau pour me la redire que si vous êtes à l'extérieur donc imaginez là si on entraîne quelqu'un au niveau mnésique chez elle et bien peut être qu'elle va retenir plus d'informations quand elle sera chez elle de ce qu'elle a appris chez elle que si elle apprend ici

Moi : hmm hmm

E1 : et puis puis nous après ça c'est, c'est une idée mais au-delà de ça, euh ... moi par exemple tout ce qui est mes patients qu'ont un syndrome des troubles dysexécutifs comme je vous disais et souvent bah à la maison ça permet de voir comment il va planifier les choses etc. comment organiser le domicile pour que ce soit plus simple qu'il soit plus rapide je vais faire beaucoup de de cuisine à la maison de chose comme ça

Moi : d'accord oui

E1 : quoi je vais essayer je vais essayer parce que la cuisine j'ai pas encore fais à la maison c'est très compliqué en tout cas j'essaye de faire plus de domicile

Moi : d'accord et ça c'est pour tous les les programmes de remédiation ?

E1 : Alors les programmes de remédiation ça ils se font non malheureusement à l'hôpital mais je vous dis que ça peut être pensé vraiment ça peut être fait. En Suisse ils le font au domicile

Moi : d'accord

E1 : c'est notamment fait au domicile ouais

Moi : Oui d'accord

E1 : après moi j'ai des collègues ergo en libéral qui travaillent avec des enfants qui font de la remédiation cognitive au domicile de l'enfant mais ça n'a rien à voir ce n'est pas en psychiatrie mais c'est pas notre cas

Moi : oui je suis en stage en libéral et c'est vrai que c'est pensé aussi d'en faire auprès des enfants.... Hmmmm. Très bien et du coup est ce que vous avez des effets, enfin vous avez des retours sur les effets euh qu'il y a...

E1 : oui après les retours sont toujours très, très bénéfiques on a des... ouais on a des retours aussi bien qualitatifs par exemple moi j'ai un patient la qui revient d'un mariage et on avait travaillé avec RC2S justement il avait un ami et il ne savait pas comment dire qu'il souffrait de schizophrénie mais sans trop le dire fin machin machin.

Moi : Oui

E1 : Donc on s'est exercé ensemble et puis il l'a appliqué après au mariage et ça s'est super bien passé auprès de son copain d'enfance.

Moi : oui

E1 : Donc ça c'est de façon quantitative euh nous on fait des bilans de toute façon avant après à 6 mois parce qu'on est dans des programmes de recherche donc on voit très bien qui y a une évolution très importante

Moi : d'accord donc vous faites systématiquement des des bilans comparatifs ?

E1 : Oui avant, après et 6 mois après

E1 : d'accord OK

E1 : mais avant c'est essentiel quoi qu'il arrive. Bon après c'est pour l'étude mais avant c'est essentiel pour cibler justement quels sont les... cibler quels sont les besoins de la personne et puis y a surtout des auto-évaluations la personne met en exergue elle quelles sont ces quelles sont ses attentes quels sont ses besoins et et ses plaintes et c'est là-dessus qu'on va se

fixer pour déterminer quel programme c'est surtout ces plaintes qui vont nous permettre de voir sur qu'on va travailler

Moi : d'accord et tout à l'heure je vous avez dit que vous aviez eu des retours de de famille est ce que c'est ça arrive souvent ?

E1 : oui oui ça c'est génial

Moi : Oui

E1 : souvent non mais on en a. Ça c'est top. Parce que parfois on a des patients qui sont très isolés donc vous voyez pas de famille mais quand il y a des familles on a des retours.

Moi : ça c'est cool oui ! Et au niveau professionnel aussi ça les aide ?

E1 : oui bien sûr bah la par exemple j'ai un patient la qui commence un ESAT, j'en ai un autre-là qui fait un centre de pré-orientation là juste après euh j'en ai qui ont fait qui ne qui ont fait le deuil du travail en disant que c'est pas ça. Qu'ils ont compris qu'en fin de compte, mais la remédiation leur a permis de relire d'être plus attentif pour pouvoir regarder un film jusqu'au bout voilà donc c'est plus qualitatif

Moi : d'accord bah c'est bon j'ai posé toutes les questions je sais pas si vous avez des choses à rajouter peut être qu'on a pas évoqué

E1 : non mais vous vous avez déjà vu un programme de cognition sociale ou pas ?

Moi : alors j'ai déjà suivi Michael'game

E1 : Ouai

Moi : mais sinon j'ai j'ai pas eu l'occasion parce que enfaite moi j'ai fait mon stage du coup c'était en juin dernier fin ça devait être mai juin mais c'était juin dernier

E1 : aaaaah

Moi : et à cause du covid euh bah les programmes avaient été arrêtés du coup j'ai pas eu la chance de pouvoir en suivre malheureusement

E1 : Ah bah oui et c'était ou c'était dans quel euh...

Moi : c'était les hôpitaux Saint-Maurice

E1 : d'accord oui à Saint-Maurice ouais .... Bon c'est chouette c'est chouette ouais c'est pas chouette mais moi par exemple Sarah ma stagiaire cette année elle avait pas pu venir l'année dernière

Moi : Ah oui

E1 : mais on l'a ramené cette année. Bon courage en tout cas

Moi : Bah merci beaucoup merci d'avoir répondu et d'avoir été disponible c'est très gentil

E1 : Bah je vous en prie et n'hésitez pas si vous aviez d'autres questions

Moi : d'accord bah merci beaucoup

E1 : Ah oui et pour valider le consentement je le fais à l'oral ça suffit ?

Moi : oui oui ça suffit. Merci beaucoup en revoir.

## Résumé

**Mots clés :** Schizophrénie / Ergothérapie / Remédiation cognitive / Cognition sociale

Environ 85% des personnes souffrant de schizophrénie présentent des troubles cognitifs. L'un d'entre eux concerne les troubles de la cognition sociale, impactant les relations sociales. L'objectif de cette étude est de déterminer par quels moyens l'ergothérapeute peut utiliser la remédiation cognitive, afin de réentraîner les troubles de la cognition sociale, auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Quatre entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale et accompagnant des personnes souffrant de schizophrénie. Les résultats montrent l'apport des programmes de remédiation cognitive auprès de patients présentant des troubles de la cognition sociale. En effet, l'ergothérapeute propose, en parallèle de ces programmes, un transfert des acquis permettant aux patients de transférer ses apprentissages dans son quotidien. Ces programmes permettent aux patients de se réinsérer dans la société. L'utilisation de la remédiation cognitive sociale, proposée par les ergothérapeutes, a un impact positif permettant aux patients d'améliorer leurs relations sociales.

## Abstract

**Key words :** Schizophrenia / Occupational therapy / Cognitive remediation / Social cognition

About 85% of people with schizophrenia suffer from cognitive disorders. One of these disorders affects social cognition, having an impact on social relationships. The objective of this study is to determine how the occupational therapist can use cognitive remediation therapy to work on social cognition disorders with people suffering from schizophrenia. To this end, four semi-guided interviews were conducted with occupational therapists working in mental health structures and accompanying people with schizophrenia. The results of this study show the benefits of cognitive remediation programs on patients with social cognition disorders. As a matter of fact, the occupational therapist offers a transfer of knowledge allowing patients to put their learning into practice into their daily lives. This allows the patients to reinstate in society. The use of social cognitive remediation therapy offered by occupational therapists has a positive impact allowing patients to improve their social relationships.

SEMETE Manon

Sous la direction de Madame VAREILLE Lauréline