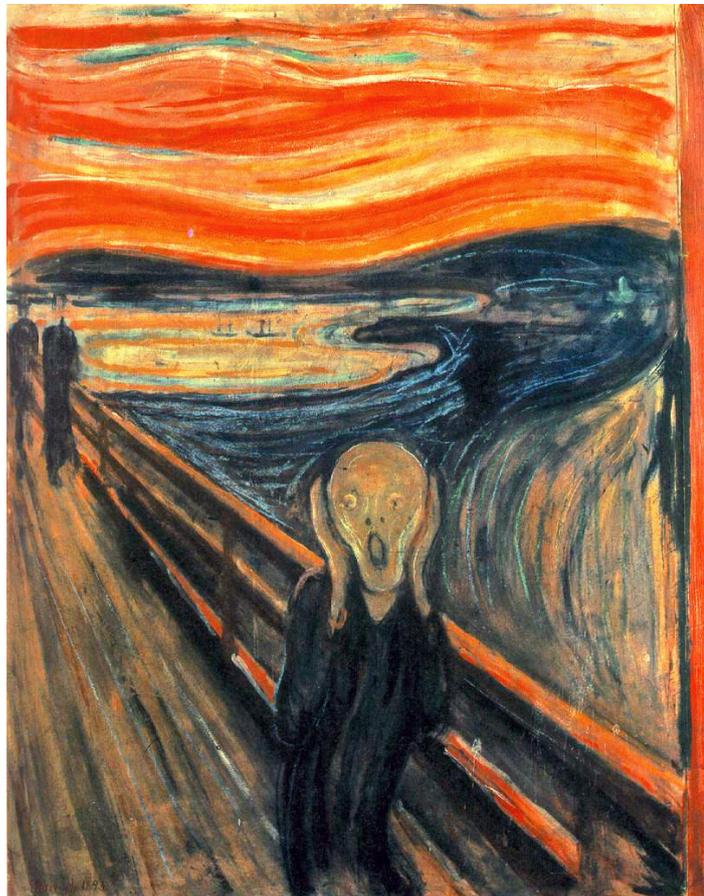


Institut universitaire de formation en ergothérapie de Créteil

Utilisation de l'IPT dans la réhabilitation psychosociale des
personnes atteintes de schizophrénie



Le Cri, Edvard Munch, 1893

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie dans le cadre de la validation de l'UE. 6.5
Sous la direction de Madame Marie-Lise Gonzalez

Tracy THERESINE
Session juin 2018

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* étudiant(e)
en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur
à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le

Signature :

*NOM, Prénom

Note aux lecteurs : Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité à l'IFE de Créteil. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de son auteur et de l'Institut de Formation concerné.

Remerciements

Je souhaite remercier ma maîtresse de mémoire Marie-Lise Gonzalez pour sa disponibilité et son accompagnement. Elle a su m'orienter dans mon écrit, me conseiller et a participé de ce fait, largement à ma formation.

Je remercie mes référents pédagogiques de mémoire Chantal Taillefer et Sébastien Loubassou qui par leurs conseils m'ont permis de me poser des questions pertinentes et développer ma réflexion.

Je remercie aussi Christophe Durand mon référent pédagogique qui a été d'une grande disponibilité et accompagnement pendant mes trois années d'étude à l'IFE. Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFE qui a su nous accompagner individuellement.

Je souhaite remercier les ergothérapeutes, la neuropsychologue et l'infirmière qui ont accepté de me transmettre leur savoir sous forme d'entretien. Ainsi que tous les ergothérapeutes qui ont partagé leurs expériences pendant mes stages.

Je remercie mon entourage familial qui m'a soutenue et supportée pendant ces trois années ainsi que mes ami(e)s pour leur disponibilité, leur écoute et leurs conseils, et tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de cet écrit.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| PARTIE CONCEPTUELLE..... | 3 |
| 1. MODELE CONCEPTUEL..... | 3 |
| 2. LA SCHIZOPHRENIE UNE MALADIE MENTALE MULTISYMPATOMATIQUE | 5 |
| 2.1. DEFINITION DE LA SCHIZOPHRENIE..... | 5 |
| 2.2. CRITERES DIAGNOSTIQUES..... | 5 |
| 2.3. DESCRIPTION CLINIQUE | 6 |
| 2.4. LES TRAITEMENTS..... | 10 |
| 3. LES DEFICITS COGNITIFS | 11 |
| 3.1. LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS | 11 |
| 3.2. LES TROUBLES METACOGNITIFS..... | 16 |
| 3.3. LES TROUBLES DE LA COGNITION SOCIALE..... | 17 |
| 4. LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE | 18 |
| 4.1. HISTORIQUE..... | 18 |
| 4.2. DEFINITION DE LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE | 19 |
| 4.3. DIFFERENTS OUTILS DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE..... | 20 |
| 4.4. DE LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE AU RETABLISSEMENT | 20 |
| 5. ERGOTHERAPIE ET REHABILITATION PSYCHOSOCIALE | 21 |
| 5.1. DEFINITION DE L'ERGOTHERAPIE | 21 |
| 5.2. ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE EN PSYCHIATRIE..... | 22 |
| 5.3. DEMARCHE THERAPEUTIQUE..... | 22 |
| 6. REMEDIATION COGNITIVE : OUTIL DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE | 24 |
| 6.1. GENERALITES SUR LA REMEDIATION COGNITIVE | 24 |
| 6.2. L'IPT COMME OUTIL DE REMEDIATION COGNITIVE EN ERGOTHERAPIE | 27 |
| 7. CONCLUSION..... | 29 |
| PARTIE ANALYTIQUE | 30 |
| 1. METHODOLOGIE D'ENQUETE | 30 |
| 1.1. CONTEXTE EXPERIMENTAL | 30 |
| 2. RESULTATS ET ANALYSE | 36 |
| 2.1. L'INTEGRATION DES PATIENTS DANS LE PROGRAMME IPT..... | 36 |
| 2.2. TRANSFERT DES ACQUIS ET IMPACTS DE L'IPT DANS LA VIE QUOTIDIENNE | 42 |
| 2.3. LES APPORTS DE L'IPT DANS LA PRATIQUE ERGOTHERAPIQUE. | 45 |
| 2.4. LES LIMITES DE L'IPT..... | 49 |
| DISCUSSION | 52 |
| CONCLUSION..... | 56 |
| BIBLIOGRAPHIE | 58 |
| ANNEXES | |

Introduction

Aujourd'hui, la charge des troubles mentaux continue de croître. L'OMS estime qu'une personne sur quatre dans le monde souffre d'un handicap mental, dans lequel on retrouve : la dépression, les troubles de l'humeur, les troubles bipolaires, les psychoses (dont la schizophrénie), les démences, les déficiences intellectuelles et les troubles du développement (dont l'autisme).

En France, les troubles mentaux sont une préoccupation de santé publique. Depuis la loi du 11 février 2005, les troubles mentaux sont différenciés des troubles psychiques. Les troubles psychiques regroupent tous ceux cités plus haut à l'exception des déficiences intellectuelles et troubles du développement.¹ Je m'intéresserai ici au handicap psychique et plus particulièrement à la schizophrénie. Aujourd'hui, 7,4 personnes pour 1000 habitants sont prises en charge pour des troubles psychotiques, la moitié étant de la schizophrénie. Ces troubles peuvent engendrer des expériences stigmatisantes, discriminantes et une mauvaise intégration sociale. Par conséquent, la capacité d'adaptation dans les activités de la vie quotidienne peut être très fortement atteinte.

Plusieurs recommandations de l'Etat ont été promulguées depuis la loi du 11 février 2005 dans l'optique d'une meilleure intégration des personnes ayant des troubles psychiques. Cela se fera par le biais de la promotion de la santé, de la prévention, d'interventions sur le milieu social et médical et d'autres interventions afférentes à la santé. J'ai eu l'occasion lors d'un stage en psychiatrie, d'observer les interventions médicales et sociales, en faveur de la réintégration sociale des personnes atteintes de schizophrénie. J'ai compris l'impact que pouvaient avoir les activités en ergothérapie sur l'attention, la concentration et l'expression de leurs émotions.

Lors de ce stage, je co-animais avec l'ergothérapeute et une infirmière les ateliers dessin et foot. L'un des patients qui y participait, avait un discours laconique, des difficultés de communication et d'expression de ses émotions. Ces ateliers lui permettaient d'atteindre différents objectifs. Notamment de faire émerger l'expression de ses émotions et de développer ses capacités de communication avec autrui, dans un cadre rassurant. Il participait aussi à un programme spécifique appelé IPT (Integrated Psychological

¹ (Ministère des affaires sociale de la santé et des droits des femmes, 2014)

Treatment) dirigé par une infirmière et la neuropsychologue. Il y était intégré dans le but d'améliorer sa communication.

Le programme IPT permet de développer les capacités de communication, de compréhension entre différentes personnes, l'interprétation et l'expression verbale. C'est un programme composite qui inclut de la remédiation cognitive et de l'entraînement aux compétences sociales. Il vise à réduire les conséquences des troubles cognitifs et sociaux. Ces troubles peuvent avoir un impact négatif sur la capacité des personnes à affronter leur quotidien, leurs relations interpersonnelles (Franck N. , Remédiation cognitive , 2017) et à s'insérer professionnellement (Franck N. , Remédiation cognitive en psychiatrie, 2012).

L'objectif de l'entraînement des fonctions cognitives et des habilités sociales est l'insertion sociale. L'insertion sociale fait partie intégrante du métier d'ergothérapeute. Donc le programme composite IPT peut être utilisé par l'ergothérapeute dans le but d'aider l'insertion sociale de l'individu.

Problématique

De quelle manière l'ergothérapeute participe à la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de schizophrénie ?

Hypothèse

L'ergothérapeute facilite l'intégration sociale par le programme IPT.

Partie conceptuelle

1. Modèle conceptuel

Afin de structurer ce mémoire, j'ai choisi d'insérer le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner.

1.1. Hypothèses fondamentales

Selon Gary Kielhofner l'être humain peut se définir selon 3 composantes :

- La volition : Elle concerne le processus par lequel la personne choisit, interprète et expérimente des activités signifiantes et significatives. La volition regroupe trois composantes principales (Kielhofner & al.)² :
 - La conscience que la personne a de ses capacités et de son efficacité dans ses activités.
 - Ses intérêts et ses préférences.
 - La valeur que la personne attribue à certaines choses dans le monde. Ce qui est important pour elle dans le monde.
- L'habituatation : Elle est constituée par les habitudes, c'est ce qui permet d'organiser et de simplifier sa vie quotidienne. Elle permet aussi de percevoir son rôle dans la société. En effet, les rôles fournissent à la fois une identité et permettent de connaître les comportements attendus. Les personnes sont alors capables d'un comportement automatique qui convient aux conditions environnementales³ (Kielhofner & al.).
- La capacité de rendement : Elle correspond aux habilités innées de performance, liées aux systèmes organiques, dont le système cognitif. Une déficience qui restreint la performance peut empêcher ou altérer la participation de la personne dans ses activités.

Si toutes les composantes sont fonctionnelles, alors la personne pourra agir sur son environnement. (Morel-Bracq, 2009)

L'environnement doit être considéré comme dimension sociale et physique. La dimension physique inclut les espaces, lieux, et les objets. La dimension sociale s'intéresse à la fois aux types d'activités auxquelles la personne participe et aux groupes sociaux (Kielhofner & al.)⁴.

L'être constitué de la volition, de l'habituatation et de la capacité de rendement est en constante interaction avec l'environnement qui se traduit par :

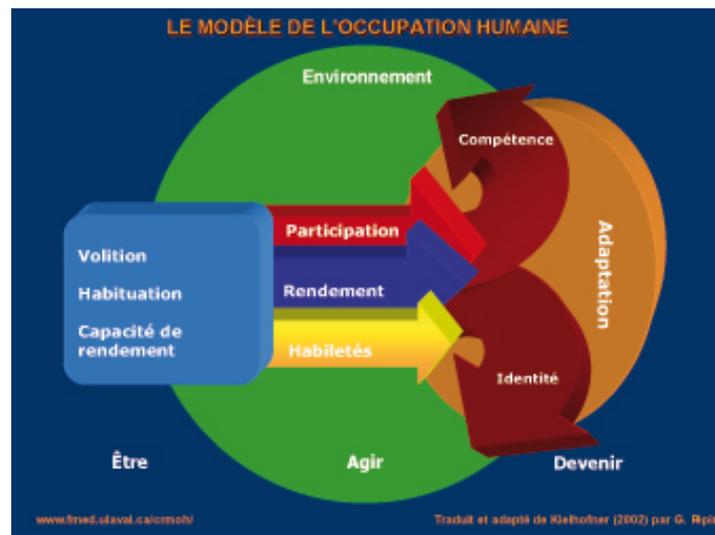
² Traduit de l'anglais

³ Idem

⁴ Idem

- La participation
- Le rendement
- Les habilités qui sont décrites selon trois types : les habilités motrices, les habilités opératoires et les habilités d'interaction et de communication. (Morel-Bracq, 2009)

La personne connaît alors la place qu'elle occupe dans son environnement, dans lequel elle développe ses compétences, son identité, ce qui lui permet de s'adapter et d'être en devenir constant. (Morel-Bracq, 2009)



1.2. Champ téléologique : finalité des interventions

Nous verrons qu'une personne qui souffre de schizophrénie présente des perturbations dans la modalité de « l'être ». Cela a donc des conséquences directes sur son interaction avec l'environnement et donc sur son adaptation sociale. Nous observerons alors comment l'ergothérapeute, en s'appuyant sur ce modèle, peut « accompagner la personne dans son processus de changement du fait des altérations, visant une réorganisation complexe ... en résonance, de la volition, de l'habituation, des capacités de rendement et des conditions environnementales ». (Morel-Bracq, 2009)

1.3. Champ ontologique : Contexte d'utilisation

Ce modèle peut être utilisé dans différents contextes thérapeutiques qui s'intéressent aux activités de la personne. (Morel-Bracq, 2009) L'utilisation du MOH me permettra alors de structurer mon écrit en abordant, dans un premier temps, les troubles schizophréniques en lien avec *l'être*. Ensuite, nous observerons que la réhabilitation psychosociale qui englobe l'interaction entre l'être et l'environnement, nécessite plusieurs outils utilisables par

l'ergothérapeute. La finalité de cette prise en charge est le rétablissement reflété par la restructuration identitaire, le développement des compétences et donc une bonne adaptation.

2. La schizophrénie une maladie mentale multisymptomatique

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui débute chez des sujets jeunes (entre 15-25 ans). Il n'y a pas de prédominance selon le sexe et selon l'appartenance socio-culturelle. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

2.1. Définition de la schizophrénie

Le terme de schizophrénie regroupe un ensemble de psychoses caractérisées par une symptomatologie commune : la dissociation. Celle-ci marque la dislocation de la vie psychique dans plusieurs domaines : intellectuel, le cours de la pensée, l'affectivité et la vie relationnelle. Il n'y a pas une schizophrénie mais des personnes atteintes de schizophrénie qui expriment leurs difficultés sous plusieurs formes (repli autistique, délire, automatismes psychomoteurs ...) avec pour symptomatologie commune la dissociation. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

La schizophrénie est donc un processus psychiatrique qui touche tout l'être humain (la pensée, les fonctions cognitives, la perception du monde, de l'autre, de soi-même). Il apparaît donc un comportement troublé et des affects altérés.

2.2. Critères diagnostiques

Plusieurs systèmes critériologiques ont été proposés. Je ne retiendrai que la CIM-10 qui me paraît aborder les principaux symptômes de manière plus succincte que le DMS-V (cf. Annexe I) ce qui en facilite sa compréhension.

La CIM-10 n'exige qu'un mois de symptôme pour poser le diagnostic.

Au moins un des syndromes, symptômes et signes suivants permet de poser le diagnostic :

- Echo de la pensée, pensées imposées ou vol, divulgation de la pensée
- Idées délirantes de contrôle, d'influence ou passivité visible corporellement
- Hallucinations auditives
- Autres types d'idées délirantes persistantes et inadéquates culturellement.

Au moins deux des symptômes et signes suivants :

- Hallucinations persistantes de n'importe quel type.
- Néologisme, Altération du cours de la pensée provoquant un discours incohérent
- Comportement catatonique, négativisme, mutisme, stupeur

- Symptômes négatifs : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif, réponse affectives inadéquates.

2.3. Description clinique

2.3.1. Les modalités de début

Il y a deux modalités d'entrée dans la schizophrénie :

La forme à début brutale : la personne fait une bouffée délirante aiguë (BDA). « *Le sujet paraît à la dérive, désorganisé, divaguant au gré de ses fantaisies imaginaires, désintéressé de la réalité présente* (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006). Le sujet est partagé entre excitation et prostration. Nous notons des idées délirantes, une dispersion accompagnée de paroles incohérentes, et une angoisse intense accompagnée de moments d'exaltation, de dysphorie et d'irritabilité. Ce mécanisme est d'arrivée brutale sans antécédents psychiatriques. Du moins dans les jours précédents sont retrouvés quelques comportements insolites. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

Lorsque la BDA dure plus d'un mois et que nous retenons 6 mois de processus pathologique, cela peut aboutir à un diagnostic de schizophrénie.

La forme à début progressif : On note des troubles de comportement parfois considérés comme originaux. Il y a une rupture avec l'ancien parcours de vie. Nous pouvons remarquer une baisse du rendement intellectuel, une modification du caractère, un repli, des symptômes étranges, une consommation de toxique pour calmer des angoisses. Souvent le syndrome dissociatif est déjà bien installé.

2.3.2. Le tableau clinique

Syndrome dissociatif : Il est représenté par un processus de dislocation, de rupture, d'incohérence, de discordance, pouvant toucher tous les domaines de la vie mentale et relationnelle tels que l'intelligence, l'affectivité et la psychomotricité. Nous observons une faille structurelle de la vie psychique de l'individu. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

La dépersonnalisation : C'est la perte de conscience du Moi psychique. On constate un morcellement dissociatif. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006). L'ipséité, qui signifie « soi-même » et qui fait référence au sens le plus fondamental de la présence de soi en tant qu'être existant, est altérée, soit en raison d'une « hyperréflexivité » (conscience de

soi excessive) qui oriente l'attention focale vers des processus comme faisant partie de soi, soit par un déclin du sens d'exister. Antonin Artaud parle d'« *émaciation de moi-même* ». (Sass, 2103)

Dimension de désorganisation : On retrouve dans cette dimension les troubles de la pensée, de l'affectivité et du comportement. (Guelfi & Rouillon, 2012) Une pensée désorganisée est généralement traduite via le discours de l'individu. La personne peut passer d'un sujet à l'autre sans lien apparent, il y a une perte d'association, un passage du coq-à-l'âne. Les réponses aux questions peuvent être légèrement en relation ou complètement sans relation. Le discours peut être si sévèrement désorganisé qu'il engendre une incompréhensibilité presque totale ressemblant à une aphasie. Une désorganisation de la pensée ou du discours moins sévère peut se produire pendant les périodes prodromales et résiduelles de la schizophrénie.⁵ (Association, 2013). Rarement mais très évocateur, nous pouvons retrouver des néologismes non expliqués dans le discours de la personne. L'expression émotionnelle est frappante car elle n'est pas en adéquation avec la situation. Les différents affects exprimés sont soit inappropriés, soit non motivés ou différents de ce qui est attendu. Nous notons une discordance affective. (Guelfi & Rouillon, 2012). Le comportement semble être vain et ne pas respecter les normes sociales. La personne peut présenter une incurie, une absence de soin dans sa présentation (cheveux, soin corporel...) et des vêtements qui ne sont pas adaptés aux circonstances. Le comportement envers d'autres personnes peut être incongru, agressif, hostile, avec parfois même des conduites de désinhibition. (Guelfi & Rouillon, 2012)

Les troubles psychomoteurs : Les discordances retrouvées dans l'activité psychomotrice sont regroupées sous le nom de catatonie. La catatonie regroupe des symptômes moteurs, comportementaux et affectifs. (A.-L. Pot, 2015) Selon le DSM-V afin de valider un diagnostic de catatonie, nous devons retrouver au moins deux des signes suivants :

- Catalepsie : immobilité motrice
- Une activité motrice excessive, d'apparence stérile
- Mouvements involontaires atypiques tel que le maniérisme, la stéréotypie, les grimaces
- Écholalie ou échopraxie
- Négativisme, mutisme

⁵ Traduit de l'anglais

Le syndrome délirant : Les délires sont des croyances fixées non susceptibles de changer même à la lumière d'évidences contradictoires. Le délire est habituellement la conséquence du syndrome d'automatisme mentale.⁶ D'autres mécanismes tels que les intuitions, les interprétations, les productions imaginaires participent au délire (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006). Leur contenu peut inclure différents thèmes tels que la persécution, la somatisation, le religieux, la toute-puissance. Les délires de persécution sont les plus communs. Les délires de référence (croire que certains gestes, commentaires, signal d'environnement, sont dirigés vers soi-même) sont aussi courants. Les délires de grandeur (quand la personne pense qu'elle ou qu'il a des capacités exceptionnelles, la richesse ou qu'il/elle est célèbre) et d'érotomanie (quand une personne pense à tort qu'une autre personne est amoureuse d'elle) sont aussi observés. Le délire nihiliste inclue la conviction qu'une catastrophe majeure va se produire. Il peut y avoir aussi l'existence de délires somatiques ciblés sur des préoccupations concernant la santé et les fonctions organiques. Les délires sont considérés bizarres s'ils sont non plausibles et incompréhensibles par des pairs de la même culture et qu'ils ne sont pas tirés d'une expérience de vie ordinaire. (Association, 2013). Ils sont désorganisés et sans liens cohérents entre les différents thèmes. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

Les hallucinations : Ce sont des expériences perceptives sans stimulus externe. Elles sont vives et claires, avec toute la force et l'impact de perceptions normales et sans contrôle volontaire. Elles peuvent se produire dans toutes les modalités sensorielles, mais les hallucinations auditives, sont habituellement expérimentées sous forme de voix, familières ou non, qui sont perçues comme distinctes des propres pensées de l'individu. (Association, 2013)

La symptomatologie négative : Elle concerne tous les signes exprimant un appauvrissement psychique. Nous pouvons observer une faible réactivité émotionnelle, appelée aussi émoussement affectif. Le sujet ne recherche pas le contact de l'autre et n'établit aucun lien. On retrouve un fonctionnement cognitif déficitaire et un discours laconique. (Guelfi & Rouillon, 2012).

⁶ Syndrome dans lequel la pensée la pensée est entravée, volée, contrariée, répétée en écho ou parasité par des commentaires. Les actes sont dirigés par des tiers. (T.Lemperière, 2006)

Les troubles des conduites : Les désordres psychiques rencontrés dans la schizophrénie peuvent provoquer des perturbations de conduite majeures. On observe dans certains cas de l'aboulie (manque d'initiative)⁷, un désintérêt, de l'anhédonie (perte de capacité à éprouver du plaisir)⁸, de l'inertie ce qui peut expliquer un effacement scolaire, professionnel et dans certaines activités familiales. Cela peut se poursuivre par de l'apragmatisme engendrant un comportement instable marqué par l'abandon rapide de projets. Chez certains patients, on note la présence de comportements auto ou hétéro-agressifs. On note aussi une symptomatologie dépressive dans certains cas. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

2.3.3. Les formes cliniques

Les formes cliniques sont définies par leur symptomatologie dominante (Guelfi & Rouillon, 2012) :

La schizophrénie paranoïde : L'activité délirante est au premier plan, accompagnée parfois d'hallucinations auditives, cénesthésiques, tactiles, olfactives. Les idées délirantes sont souvent bizarres avec principalement des thèmes de persécution, d'influence, de référence. On observe peu de symptômes négatifs ou de désorganisation. (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

La schizophrénie hébéphrénique ou désorganisée : Symptôme de désorganisation en première ligne.

Le syndrome catatonique : Dans cette catégorie nous retrouvons les symptômes catatoniques qui dominent (cf. les troubles psychomoteurs). (Lemperière & al., Psychiatrie de l'adulte, 2006)

La forme indifférenciée : La forme indifférenciée ne fait référence ni à la schizophrénie paranoïde, ni hébéphrénique, ou catatonique. Les critères de la schizophrénie sont néanmoins présents.

La schizophrénie résiduelle : Il ne persiste que des symptômes résiduels mineurs d'une schizophrénie antérieure.

⁷ Définition de l'association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique.

⁸ Idem

La schizophrénie simple : Elle se caractérise par des symptômes négatifs présents dès le début de la pathologie et entraînant une désinsertion sociale.

2.3.4. Troubles cognitifs

Plus de 85% des patients atteints de schizophrénie présentent des déficits cognitifs. Ils occupent une place centrale dans la maladie.

On remarque un déficit des processus attentionnels, de planification, de capacité mnésique et de langage. « *Kraepelin (1899) a en effet conçu la démence précoce⁹ comme un désordre cognitif dont le début se situerait à la fin de l'adolescence. Un déclin intellectuel était observé selon lui, dans la majorité des cas.* ». (Vianin, La remédiation cognitive dans la schizophrénie, 2013). Les troubles cognitifs altèrent beaucoup les possibilités de récupération fonctionnelle et de réinsertion sociale et professionnelle. Ils peuvent avoir un impact sur tous les processus neurocognitifs mais aussi sur la cognition sociale. (Peyroux E, 2013). Il est important de préciser que les déficits cognitifs rencontrés ne sont pas une conséquence directe des médicaments antipsychotiques, même si nous pouvons observer quelquefois un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information avec les antipsychotiques de première génération. De nombreuses études permettent d'affirmer que les troubles cognitifs ne sont pas une conséquence aux symptômes positifs et négatifs¹⁰ de la schizophrénie. (Vianin, La remédiation cognitive dans la schizophrénie, 2013).

2.4. Les traitements

Nous avons vu que la schizophrénie regroupe un ensemble de symptômes interpersonnels. Il est donc nécessaire d'avoir une vision globale des symptômes. Il n'y a pas une mais des prises en charge. Celles-ci sont complémentaires les unes des autres. Nous comptons donc sur un travail pluridisciplinaire : traitement médicamenteux, entretiens, psychothérapie, sociothérapie, ergothérapie, psychomotricité etc.

Les troubles cognitifs sont souvent présents dans la pathologie et peuvent avoir une influence sur l'intégration sociale des personnes atteintes de schizophrénie.

Les différents processus déficitaires vont être détaillés ci-dessous, pour une meilleure compréhension de leurs conséquences dans la réinsertion sociale. A la suite de cela, on observera comment y remédier en ergothérapie.

⁹ *Kraepelin a nommé « démence précoce » un ensemble de syndromes auquel Bleuler donna le nom de schizophrénie quelque années plus tard.*

¹⁰ Les symptômes positifs sont ceux qui apparaissent chez une personne (délires, hallucinations...) Les symptômes négatifs sont ceux qui disparaissent (baisse de la motivation, perte d'intérêt envers les autres, dépression...) (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012)

3. Les déficits cognitifs

3.1. Les troubles neurocognitifs

Selon les paragraphes ci-dessus, les personnes atteintes de schizophrénie présentent des déficits cognitifs parmi lesquels on retrouve des déficits neurocognitifs spécifiques. Ces déficits sont mis en évidence lors d'études comparatives à une population non atteinte de schizophrénie. « A des fins descriptives, nous avons adopté la convention proposée par Cohen et appliqué dans des études méta-analytiques que le fonctionnement cognitif est dans des limites normales si les résultats de performance sont en dessous de 0,2 déviation standard (DS) de la norme, en légers déficits si les résultats tombent entre 0,2 et 0,5 DS en dessous de la norme, et est sévèrement déficitaire à 0,8 ou plus DS en dessous de la norme. »¹¹ (Abraham Reichenberg, 2010)

La *figure 1* ci-dessous présente les principales fonctions neurocognitives sévèrement atteintes.

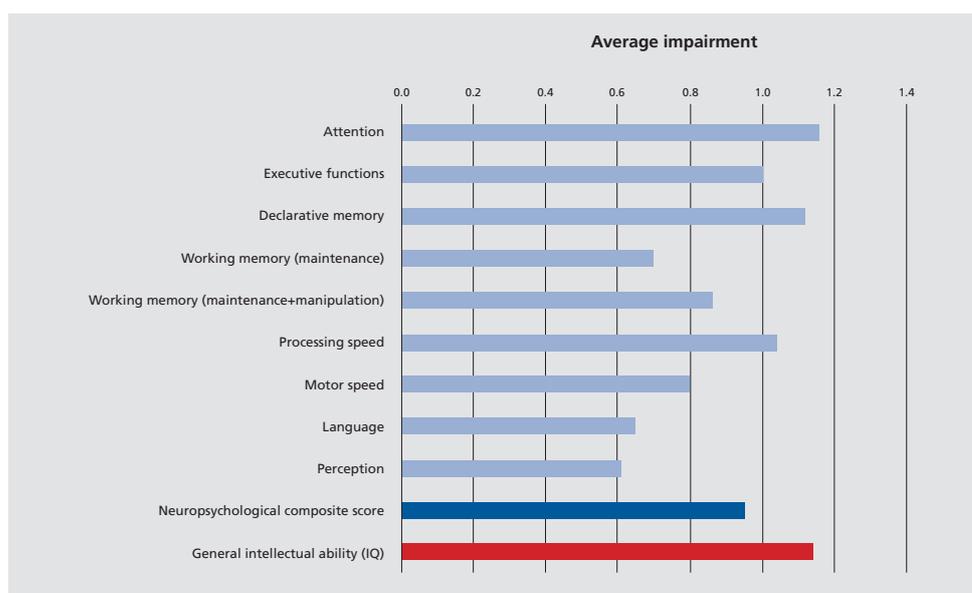


Figure 1. Neuropsychological performance profile of schizophrenia. Summary of results from meta-analytic studies presented in effect-size units (median effect size was calculated from available meta-analyses).

Traduction du tableau (de haut en bas) : Titre : déficit moyen, attention, fonctions exécutives, mémoire déclarative, mémoire de travail (maintien), mémoire de travail (maintien + manipulation), vitesse de traitement, vitesse motrice, langage, perception, score neuropsychologique, capacité intellectuelle générale (QI).

Figure 1. Profil de performance neuropsychologique de personne atteinte de schizophrénie. Résumé des résultats provenant d'études méta-analytiques présentées en digramme (la moyenne des valeurs a été calculée à partir de méta-analyses disponibles).

¹¹ Traduit de l'anglais

3.1.1. Attention

L'attention permet de moduler et augmenter le fonctionnement des autres systèmes cognitifs. Elle interagit avec la mémoire de travail et le système de contrôle exécutif, ce qui rend difficile l'isolement des déficiences liées à l'attention de celles liées aux autres fonctions.¹²

(J.luck & M.Gold, 2008)

Selon William James, l'attention est : « *la prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent possibles. La focalisation, la concentration de la conscience en sont l'essence. Cela implique le retrait de certains objets afin de traiter plus efficacement les autres* ». ¹³ (James, 1890)

Cette définition s'intéresse uniquement à l'attention sélective. En effet, l'attention ne consiste pas en une seule capacité, mais est composée d'un ensemble de composantes complémentaires. Plusieurs auteurs divisent l'attention selon les concepts suivants (Azouvi, 2002) :

- **La préparation ou Alerte** : Elle est définie comme un état d'éveil et de préparation à la réponse.
- **L'intensité** : Elle comprend :
 - L'alerte tonique : Modification lente des ressources mentales lors d'une réceptivité continue des stimulations s'étendant de quelques minutes à plusieurs heures.
 - L'attention soutenue : « *Il s'agit pour le sujet de maintenir un niveau d'efficacité adéquat et stable au cours d'une activité d'une certaine durée sollicitant un contrôle attentionnel continu* » (Seron et Van Der Linden, 2004, p. 98)
 - La vigilance : Etat de préparation dans une situation monotone où le sujet doit détecter un événement de faible apparition. (Azouvi, 2002)
- **La sélectivité** : Elle fait référence à plusieurs composantes :
 - L'attention focalisée : Elle se caractérise par l'orientation de l'attention vers un lieu, un événement ou un objet et aussi par la capacité à sélectionner une information sensorielle. (J.luck & M.Gold, 2008)
 - L'attention divisée : C'est la capacité de partager son attention et de répondre simultanément à différentes demandes. (Azouvi, 2002)
 - L'attention alternée : C'est la capacité de changer de foyer attentionnel. Nous pouvons distinguer trois étapes principales : la sélection d'un stimulus, le maintien

¹² Traduit de l'anglais

¹³ Traduit de l'anglais

du foyer attentionnel puis le changement de foyer vers un autre stimulus. Lorsqu'elle est déficitaire, on observe un mécanisme de persévération. (Azouvi, 2002)

Dans la schizophrénie, on note des déficits majeurs d'attention sélective. (Perlstein et coll., 1998). La perturbation est significative lorsque les tâches demandent un contrôle important. Par exemple dans le test de Stroop (cf. annexe II) qui nécessite un contrôle important, nous observons des performances déficitaires. Les déficits sont moindres lorsqu'il y a moins de contrôle. (Vianin, La remédiation cognitive dans la schizophrénie, 2013)

3.1.2. Mémoire

La mémoire permet de se souvenir et donne donc la possibilité à tout être humain de se reconnaître dans un présent formé à partir de son histoire. L'identité de chaque être humain est la résultante des différents événements depuis sa naissance aussi bien que l'édification d'un savoir-faire et d'un savoir. La mémoire suppose de façon générale la réception d'une information, son encodage et stockage, puis la capacité d'accéder à cette information (Gil, 2014). Cependant, la mémoire n'est pas comme une entité, mais comme plusieurs composantes et sous-systèmes interdépendants et en étroite interaction. Nous pouvons distinguer plusieurs systèmes mnésiques (Elissalde & al., 2011):

- Mémoire à court terme : Elle permet de maintenir des informations sensorielles quelques millisecondes (ms). C'est une mémoire à capacité limitée regroupant l'analyse de l'information sensorielle ainsi que sa reproduction immédiate pendant un temps bref de l'ordre de la minute. Néanmoins, la mémoire à court terme ne peut pas être considérée seulement comme un système de stockage passif. Baddeley a donc introduit la notion suivante (Gil, 2014) :

→ La Mémoire de travail : Elle est considérée comme un système qui permet de stocker mais aussi de manipuler les informations permettant « *l'accomplissement de tâches cognitives comme le raisonnement, la compréhension, la résolution de problèmes grâce au maintien et à la disponibilité temporaires des informations.* » (Gil, 2014)

Beaucoup d'études ont montré des déficits de mémoire de travail chez les personnes atteintes de schizophrénie. Elles suggèrent même que les déficits seraient présents avant même l'apparition de la maladie et que ces déficits auraient un impact direct sur le fonctionnement social et plus spécifiquement sur l'acquisition des habilités sociales. (Aubin & al., 2007) En effet Takahashi et al. (2005) ont mis en évidence que les déficits de mémoire de travail spatial étaient significativement corrélés à des troubles de capacité sociale tels le soin

personnel (s'habiller, se laver), l'utilisation d'équipements en société (utilisation d'argent par exemple). (Aubin & al., 2007)

○ La Mémoire à long terme permet la conservation durable des informations grâce à un système de codage suivi par un stockage et une consolidation. Cette mémoire permet l'apprentissage. (Gil, 2014) Elle peut être divisée en deux types de mémoire principale :

→ La Mémoire implicite dans laquelle on retrouve :

- La Mémoire procédurale qui permet d'acquérir des habilités et un savoir-faire perceptivo-moteur ou cognitif sans nécessité de se référer à une expérience antérieure. (Gil, 2014)

→ La Mémoire déclarative composée de :

- La Mémoire épisodique qui permet à la personne d'encoder et de restituer des informations référencées dans un environnement spatial et temporel. La personne est donc capable de se souvenir d'évènements de son histoire personnelle, familiale ou sociale. C'est une mémoire événementielle. (Gil, 2014)
- La Mémoire sémantique qui fait référence à toutes les connaissances d'un individu sans évoquer de contexte spatio-temporel. Cette mémoire concerne le savoir, la culture, les compétences d'un individu sans faire appel à son histoire personnelle. Cette mémoire contrôle également la signification des mots. (Gil, 2014)

Les déficits mnésiques chez les personnes souffrant de schizophrénie sont bien établis. On retrouve en effet d'importants déficits dans la mémoire de travail donc en ce qui concerne le maintien et la manipulation d'informations. « *Des déficits de la mémoire déclarative sont également retrouvés dans 92 % des études* » (Elissalde & al., 2011). Les troubles de la mémoire déclarative se font ressentir essentiellement lors de la sollicitation de la mémoire épisodique verbale ou non. (Elissalde & al., 2011) Ces déficits auront une incidence sur les relations sociales que peuvent entretenir les personnes atteintes de schizophrénie. Ces troubles se feront également sentir dans les activités de la vie quotidienne telles que retenir une liste de choses à faire, se souvenir d'un lieu, d'un évènement. Tout cela peut être une entrave à l'intégration sociale de l'individu.

3.1.3. Fonctions exécutives

« *Les fonctions exécutives correspondent aux fonctions de haut niveau, opérant dans les situations non-routinières, c'est-à-dire inhabituelles, conflictuelles ou complexes.* »

(Meulemans & al., 2004). Les fonctions exécutives regroupent donc un ensemble de processus qui permettent aux sujets de s'adapter à des situations nouvelles. (Elissalde & al., 2011). Selon le modèle de M. Lezac (1995) elle se définissent par 4 processus :

- **La volition**, le fait de formuler un but, un projet.
- **La planification** impliquant «*la préparation et la représentation d'une séquence d'actions pour atteindre un but.* » (Vianin, La remédiation cognitive dans la schizophrénie, 2013)
- **L'action dirigée** vers ce but, la mise en œuvre du plan sélectionné jusqu'à son accomplissement final.
- **Le Contrôle**, qui a pour rôle prépondérant d'empêcher la production de réponses inadaptées. Cela nécessite de prendre en considération les circonstances actuelles et futures, ainsi que la production et l'évaluation de réponses alternatives, le choix et la mise en œuvre d'actions et de réévaluations spécifiques suite à une réponse environnementale. Les fonctions exécutives sont donc impliquées dans le maintien et le changement des réponses comportementales et cognitives liées aux demandes environnementales¹⁴ (Abraham Reichenberg, 2010). Elles favorisent donc la flexibilité, l'adaptabilité.

Les fonctions exécutives requièrent également des capacités d'inhibition. C'est-à-dire la capacité de supprimer des réponses spontanées, routinières, des représentations ou processus préalablement activés au profit de la réalisation de nouvelles séquences. (Elissalde & al., 2011)

Plusieurs de ces processus sont sévèrement altérés chez les personnes atteintes de schizophrénie. Certains traits cliniques tels que la perte de spontanéité, l'avolition, la rigidité mentale, le manque de jugement social pourront être des conséquences des déficits cognitives.¹⁵ (Abraham Reichenberg, 2010). La personne peut être en difficulté dans ses activités quotidiennes. Une étude de Semkovska et al. (2004) a été menée sur ce point à partir d'une évaluation. Celle-ci consistait en la réalisation d'une recette dans un temps limité avec des ingrédients manquants à acheter en épicerie. « *Les résultats montrent que les déficits exécutifs ont un impact important sur la réalisation des activités quotidiennes et que la préparation du repas est la tâche la plus exigeante pour les patients* ». (Van der Linden, 2008). Cela est également à mettre en lien avec d'éventuels déficits attentionnels. Des

¹⁴ Trad. de l'anglais

¹⁵ Idem

difficultés d'intégration sociale sont également observables. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'inhiber une réponse non-adaptée, de s'adapter à une situation non familière ou encore résoudre des problèmes sociaux.

3.2. Les troubles métacognitifs

La métacognition est « *la connaissance qu'on a de ses propres processus cognitifs, de leurs produits et de tout ce qui y touche. La métacognition se rapporte entre autres choses à la surveillance active, à la régulation et à l'orchestration de ces processus en fonction des objets cognitifs sur lesquels ils portent habituellement pour servir un but ou un objectif concret* » (Le Gall et al., 2009) (Franck N. , Remédiation cognitive , 2017). Nous pouvons donc décomposer la métacognition en plusieurs composantes :

- Les connaissances métacognitives déclaratives (connaissance à propos de fonctions cognitives, processus d'apprentissage, fonctionnement de la mémoire...)
- La métacognition procédurale qui comprend les processus de surveillance métacognitive (évaluation subjective des activités cognitives en jeux. Ex : Ai-je suffisamment appris cette matière pour me rappeler des détails ultérieurement ?)
- Le contrôle métacognitif (La régulation d'une activité cognitive actuelle : sélectionner des matières à réviser en étudiant...)¹⁶ (M.Roebers, 2017)

A travers les fonctions régulatrices de la métacognition nous observons des processus bottom-up¹⁷ de surveillance (monitoring) du fonctionnement cognitif et des processus top-down¹⁸ de contrôle (control). Frith parle d'une altération de la conscience de soi par l'hypothèse d'un déficit du self-monitoring (s'auto-surveiller). Cela peut notamment expliquer les difficultés des patients atteints de schizophrénie à s'approprier leurs propres actions, ce qui peut participer à un délire de référence (impression d'être contrôlé) (Franck N. , Remédiation cognitive , 2017).

Les fonctions exécutives sont intégralement liées à la conscience dans la métacognition. Une perte de conscience mène à une incapacité de détecter des erreurs lors de performance ou d'anticiper des stratégies et problèmes. De plus, les fonctions exécutives interviennent comme système de contrôle dans l'autosurveillance et autoguidage. (Grieve & Gnanasekaran, 2008)

¹⁶ Trad. de l'anglais

¹⁷ trad. anglaise de bottom-up : approche ascendante

¹⁸ trad. anglaise de top-down : approche descendante

La métacognition et les fonctions exécutives sont considérées comme des processus de haut niveau, qui permettent d'intervenir de manière adaptée dans de nouvelles tâches. ¹⁹ (M.Roebers, 2017)

3.3. Les troubles de la cognition sociale

La cognition sociale regroupe l'ensemble des processus cognitifs qui visent l'interaction sociale. Ces processus cognitifs impliquent les « *capacités à percevoir, interpréter et générer des réponses concernant les intentions, les dispositions et les comportements des autres individus.* » (Peyroux & al., 2013) Cela regroupe des capacités d'inhibition des réponses non adaptées, la sélection d'informations pertinentes ainsi qu'une certaine flexibilité mentale. Ces capacités s'appuient sur divers mécanismes cognitifs tel que la mémoire de travail, la mémoire à long terme et le contrôle exécutif. (Speranza, 2009) La cognition sociale joue donc un rôle essentiel dans le fonctionnement social, professionnel et interpersonnel et a une influence directe sur le fonctionnement quotidien. En effet les personnes souffrant de schizophrénie auraient des difficultés à développer et entretenir des relations sociales appropriées. Cela engendre un manque de soutien social et rapporte un moins bon fonctionnement dans le domaine professionnel, ainsi que des relations de moindre qualité avec leur famille et entourage ce qui participe à une moins bonne qualité de vie. (Limam & al., 2012) Notons que dans ce domaine, les trois principaux processus altérés dans la schizophrénie sont : la perception des émotions, la théorie de l'esprit et le style attributionnel. (Peyroux E, 2013) Nous pouvons aussi retrouver des déficits de la connaissance sociale qui implique la connaissance des rôles, règles et objectifs sous-jacents aux interactions sociales.²⁰ (Nare Torosyan, 2017)

« *La perception des émotions décrit la capacité à reconnaître et identifier des émotions* »²¹ (Nare Torosyan, 2017) Cela s'avère nécessaire lors d'interactions sociales. Cependant, certains auteurs ont mis en évidence que la reconnaissance des émotions d'autrui peut être affectée par des difficultés attentionnelles. En effet un visage regroupe beaucoup d'informations et la sélection des informations les plus pertinentes peut s'avérer difficile. Enfin, notons que la communication inclue la perception de ses propres émotions. (Peyroux E, 2013)

¹⁹ Trad. de l'anglais

²⁰ Idem

²¹ Idem

La théorie de l'esprit est définie par David Premack et Guy Woorduff comme « *la capacité à se représenter les états mentaux d'autrui et à utiliser ces représentations pour comprendre, prédire et juger leurs comportements* ». (Peyroux E, 2013) Selon Frith certaines personnes atteintes de schizophrénie ont des difficultés à se représenter les intentions d'autrui, voire même leur propre intention.

Enfin le style attributionnel se réfère à la manière dont l'individu va interpréter les causes d'un évènement. Plus particulièrement, la manière dont il va attribuer des comportements ou évènements à des facteurs personnels ou externes.²² (Nare Torosyan, 2017). C'est un domaine souvent altéré dans la schizophrénie. Les patients peuvent être soumis à une mauvaise interprétation de leur environnement. Ils interprètent de manière inadaptée des états mentaux différents des leurs. De ce fait, ils attribuent des évènements et des comportements à des facteurs personnels ou externes de manière inadaptée. Cela nuit à leur intégration sociale.

4. La réhabilitation psychosociale

Nous venons d'observer qu'une symptomatologie lourde entrave la vie des personnes atteintes de schizophrénie, entraînant des difficultés d'intégration sociale. Un modèle de réhabilitation psychosociale s'est alors développé au cours des dernières années, afin de permettre une meilleure compréhension du processus d'intégration sociale et de développer des outils efficaces pour un meilleur accompagnement de la personne.

4.1.Historique

Jusque dans les années soixante les personnes souffrant de troubles psychiques étaient institutionnalisées dans des établissements psychiatriques. Cela participait à une vision discriminante et stigmatisante de la part du monde extérieur. A partir des années soixante, les services de soins ambulatoires associés à l'émergence des psychotropes, se sont développés au profit des hospitalisations de longue durée. (Limam & al., 2012) Toutefois, les ressources et les moyens d'interventions dans le but de favoriser une véritable intégration dans la communauté sont limités (Barbès-Morin & Lalonde, 2006). « *Les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique font toujours l'objet d'attitudes négatives, de méfiance et d'actes discriminatoires. Cet ensemble d'attitudes constitue une véritable barrière à l'intégration de ces personnes dans la communauté* » (Limam & al., 2012)

Le modèle de réhabilitation psychosociale s'est développé suite à l'émergence du modèle de

²² Traduit de l'anglais

désinstitutionnalisation dans le domaine de la psychiatrie, « *afin de ré-entraîner les compétences perdues des personnes longuement hospitalisées* » (Bonsack & Favrod, 2013). Les professionnels en santé mentale qui appliquent le modèle de réhabilitation psychosociale reconnaissent l'importance d'aider les personnes atteintes d'une souffrance psychique à se réintégrer socialement (Limam & al., 2012). Cette approche a pour objectif une amélioration du fonctionnement social, familial et professionnel. Elle vise aussi une réduction de la symptomatologie clinique, une amélioration de la qualité de vie de la personne ainsi qu'une diminution de la stigmatisation de l'usager des soins psychiatriques. (Limam & al., 2012)

4.2. Définition de la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation est un terme anglo-saxon qui « *fait référence au processus permettant à un individu de retrouver une fonction ou pallier un déficit* ». (Barbès-Morin & Lalonde, 2006).

Le terme psychosocial selon l'American Occupational Therapy Association (2005) est utilisé dans un contexte incluant les aspects psychologiques, cognitifs, sociaux, culturels et spirituels de la personne (Manidi, 2005). La réhabilitation psychosociale est une approche thérapeutique qui encourage les personnes ayant une maladie mentale à développer leurs capacités globales à travers l'apprentissage et un environnement soutenant²³ (Bachrach, 2000). La réhabilitation psychosociale fait donc référence à une réadaptation de l'individu dans son environnement social. Le terme de réadaptation (traduction française de réhabilitation) insistant davantage sur les processus d'apprentissage (Barbès-Morin & Lalonde, 2006) regroupe deux concepts :

- La réadaptation psychiatrique qui consiste à « *redonner au patient les moyens d'agir en tenant compte de ses déficits et de ses capacités* ». (Lalonde, 2007)
- La réadaptation psychosociale qui fait référence à la réinsertion sociale, c'est-à-dire au fait de développer un environnement social où la personne pourra trouver sa place. (Lalonde, 2007). Cela consiste à modifier les perceptions et les comportements qui sont influencés par des préjugés au regard de la maladie mentale. Pour favoriser la réhabilitation psychosociale il faut (Barbès-Morin & Lalonde, 2006):
 - o *Agir sur nous-même comme intervenant, sur nos valeurs et nos attitudes ;*
 - o *Agir sur la personne en la valorisant dans ses réussites (plutôt qu'en soulignant ses défaillances) pour l'amener à croire en elle, à retrouver son pouvoir d'agir ;*
 - o *Agir sur la société en contribuant à diminuer les préjugés, en militant pour l'accès aux mêmes services et opportunités, en dénonçant les politiques sociales*

²³ Traduit de l'anglais

discriminantes, en revendiquant des mesures économiques qui favorisent l'intégration, en accompagnant la personne à prendre la parole.

La réhabilitation psychosociale intègre ces deux concepts et consiste donc en l'amélioration des capacités relationnelles, sociales et professionnelles des patients. Elle utilise pour cela des techniques spécifiques d'apprentissage et de compensation, afin que les patients puissent fonctionner dans leur cadre de vie avec une autonomie maximale et une qualité de vie optimale. (Guelfi & Rouillon, 2012)

Le processus de réhabilitation psychosociale est donc l'association de la réadaptation psychiatrique et psychique, des traitements, des prises en charge pluridisciplinaires et de la volonté du patient. En effet « *la participation active et l'implication des individus dans leur réadaptation constituent la pierre angulaire de la réhabilitation psychiatrique* » (Barbès-Morin & Lalonde, 2006). De plus les processus de réhabilitation psychosociale sont fondés sur l'évaluation des capacités du sujet, ses ressources (notamment environnementales et sociales) qui lui seront indispensables.

4.3. Différents outils de réhabilitation psychosociale

Il existe plusieurs interventions spécifiques qui ont montré leur efficacité lors d'études randomisées (Barbès-Morin & Lalonde, 2006)

| Type d'intervention | Niveau d'évidence |
|--------------------------------------|-------------------|
| Entraînement aux habiletés sociales | B |
| Psychothérapies cognitives | B |
| Suivi intensif dans le milieu (PACT) | A |
| Psychoéducation familiale | A |
| Soutien à l'emploi | A |

Niveau d'évidence : (A) Efficacité très bien démontrée (B) Efficacité assez bien démontrée.

Les interventions doivent être entreprises selon le projet du patient, d'où l'importance des diagnostics de réhabilitation psychosociale. Les interventions doivent être individualisées. Même si le patient participe à un groupe, cela doit être en lien avec son projet personnel.

4.4. De la réhabilitation psychosociale au rétablissement

La réhabilitation psychosociale, au-delà du fait de permettre à la personne de retrouver son autonomie dans un milieu social, vise le rétablissement de la personne. En effet, le processus

de réhabilitation va permettre au patient de passer de la phase aigüe du soin à la réinsertion sociale dans le but de faciliter le rétablissement de la personne (Manidi, 2005).

Comme nous avons pu l'observer dans le modèle de l'occupation humaine (MOH), une personne qui retrouve les fonctionnalités de l'être et qui arrive à s'adapter dans son environnement peut développer ses compétences et retrouver son identité. Or le rétablissement, c'est « *pouvoir être* » et reprendre sa vie en main, on parle d'« *empowerment* » (Lalonde, 2007) en anglais ou de pouvoir d'agir qui correspond à la prise en main de son rétablissement dans un ensemble d'actions telles que la gestion de son traitement, les choix de vies, prendre des responsabilités. (Barbès-Morin & Lalonde, 2006)

5. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale

Nous avons vu dans le MOH que l'objectif de l'ergothérapeute est d'accompagner la personne dans son processus de changement en interaction avec son environnement. L'ergothérapeute aura pour objectif la réadaptation psychiatrique de la personne et sa réadaptation psychosociale dans un contexte environnemental. Nous sommes donc dans un processus de réhabilitation psychosociale.

5.1. Définition de l'ergothérapie

D'après la définition de l'association française des ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapie est une profession occupant le champ du paramédical. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Les ergothérapeutes ont divers champs d'action et participent à la résolution de problèmes qui empêchent d'accomplir certaines activités significatives et significatives pour la personne. Ces difficultés peuvent émaner de lésions physiques, maladies, troubles mentaux, troubles psychiques, déficits cognitifs, facteurs psycho-sociaux et environnementaux.

Selon le MOH la perturbation d'une des trois composantes de la personne (la volition, l'habitation, la capacité de rendement) entraîne des incidences sur les deux autres composantes et donc sur l'intégration sociale et identitaire de la personne. L'ergothérapeute devra alors proposer une thérapie comme processus permettant à la personne de s'engager dans des activités qui lui permettront de gérer ses capacités, sa conscience personnelle et son identité. (Morel-Bracq, 2009)

5.2. Rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie

Le MOH prône donc dans le domaine de la psychiatrie l'accompagnement d'un adulte psychotique dans une réinsertion sociale et professionnelle, cela, afin que sa qualité de vie devienne satisfaisante et que ses projets s'accomplissent dans un environnement facilitateur. La pratique de l'ergothérapeute s'articule parfaitement dans le domaine de la psychiatrie, car « *les ergothérapeutes, comme professionnels de la réadaptation partagent plusieurs principes du modèle de réadaptation psychosociale : l'autodétermination de la personne, l'accent mis sur le potentiel (forces/capacités, droits, aspirations, etc.) plutôt que sur les limites de la personne, l'intervention en contexte de vie réelle, l'individualisation des services offerts, adaptés aux besoins spécifiques des personnes* ». (Manidi, 2005)

Cette démarche de soin en psychiatrie s'articule autour de deux structures majeures : l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier. L'ergothérapeute dans un cadre de travail pluridisciplinaire rencontre le patient, l'observe et entre dans une relation de confiance avec lui.

5.3. Démarche thérapeutique

5.3.1. **Les objectifs**

L'autonomie, l'indépendance, la réadaptation, la réhabilitation, l'insertion, font partie des objectifs émis par la plupart des ergothérapeutes. (Klein, 2014) Nous pouvons intégrer tout cela sous le seul terme de réhabilitation psychosociale. Ces objectifs comprennent également : l'adaptation de la personne à une nouvelle condition, la réappropriation de ses rôles sociaux ainsi que la recherche d'un sens à son histoire de vie. (Manidi, 2005). Pour parvenir à ces objectifs, l'ergothérapeute a le choix entre des interventions thérapeutiques variées.

5.3.2. **Le processus clinique en ergothérapie**

Nous pouvons organiser la pratique de l'ergothérapeute selon trois domaines :

L'entretien

L'ergothérapeute doit pouvoir identifier les besoins et demandes du patient. L'entretien doit aussi permettre à l'ergothérapeute de recueillir des données, faire émerger des questions pour mieux comprendre les difficultés du patient et ainsi mettre en place et gérer la thérapie (d'après le MOH). (Morel-Bracq, 2009). L'ergothérapeute doit agir en collaboration avec le patient dans une relation de confiance. (Manidi, 2005)

L'évaluation

L'évaluation des difficultés et des besoins d'un patient en psychiatrie est nécessaire dans la prise en charge psychosociale, « *l'évaluation des difficultés a pour but d'identifier les obstacles à l'insertion ou la réinsertion psychosociale du patient dans la communauté* » (Valentino Pomini, 2008).

La première évaluation en ergothérapie est l'observation du patient. Cette observation peut se faire de manière formelle ou informelle à l'arrivée du patient, lors des premiers entretiens ou même durant l'accompagnement en activités. En plus de l'observation, il existe d'autres types d'évaluation standardisée que l'ergothérapeute peut utiliser. Parmi ces outils standardisés et validés, on retrouve l'ELADEB : échelle lausannoise d'auto-évaluation des difficultés et des besoins qui « *mesure de façon quantitative les difficultés et les besoins des patients dans dix-huit domaines de vie* » (Valentino Pomini, 2008) souvent utilisée par les ergothérapeutes.

L'intervention clinique

L'ergothérapeute doit pouvoir accompagner le patient « *vers l'acquisition ou la consolidation de compétences psychosociales et d'habilités occupationnelles et instrumentales.* » (Manidi, 2005). Il utilisera des outils qui répondront à la problématique du patient. L'outil qui sera utilisé par l'ergothérapeute peut être une activité qui permet la rencontre du sujet dans un rapport réel matérialisé par le support et son écoute. L'ergothérapeute devra alors proposer aux patients les activités les plus pertinentes (Klein, 2014) tout en lui laissant une marge de décision. L'ergothérapeute, dans un objectif de réhabilitation psychosociale, sera influencé par des interventions « *axées sur l'adaptation à la maladie et l'apprentissage des habilités sociales nécessaire à la vie en société* » (Manidi, 2005). Ces interventions sont diverses, adaptées à la personne et graduées.

L'ergothérapeute peut donc utiliser plusieurs outils tels que des thérapies cognitives classiques qui seront développées plus bas. Il peut aussi utiliser des activités telles que le dessin, la peinture, l'écriture pour exprimer ces émotions, contrôler ces pulsions, ces angoisses. D'autres activités en dehors de l'hôpital comme l'organisation de voyage, de sortie, peuvent être intéressantes dans une optique d'intégration sociale.

Les activités à médiation thérapeutique et les thérapies cognitives peuvent être utilisées en parallèle, en individuel ou en groupe. Le groupe peut être très porteur pour le patient.

Certains patients arrivent à émettre à travers le groupe des relations d'empathie, de sympathie et de solidarité, ce qui permet de se sentir reconnu même à travers la souffrance psychique. Certains trouvent même au moyen du groupe la possibilité de surpasser leurs difficultés. (Klein, 2014)

6. Remédiation cognitive : outil de réhabilitation psychosociale

La remédiation cognitive est une approche thérapeutique qui permet l'entraînement des fonctions cognitives dans un objectif de réhabilitation psychosociale. Il existe plusieurs outils spécifiques de remédiation cognitive utilisables par l'ergothérapeute.

6.1. Généralités sur la remédiation cognitive

La remédiation cognitive est une intervention thérapeutique non-médicamenteuse, dont l'objectif est d'améliorer les processus cognitifs (Franck & Demily, 2015). Elle permet de réduire l'impact des troubles cognitifs par une approche restauratrice ou compensatrice (Péneau & Franck, 2015) :

- L'approche restauratrice a pour objectif de réparer la fonction touchée grâce au phénomène de plasticité cérébrale. Elle visera donc l'entraînement direct et répétitif des fonctions déficitaires.
- L'approche compensatrice vise à s'affranchir de déficits cognitifs spécifiques en développant des compétences alternatives. Cela se fera par le renforcement des capacités cognitives préservées, ainsi que la mise en place de nouvelles stratégies.

Quelle que soit la stratégie mise à l'œuvre, l'objectif final est de permettre au patient de vivre avec ces difficultés et de mieux appréhender les situations auxquelles il devra faire face. (Franck & Demily, 2015) L'amélioration du fonctionnement cognitif n'est alors que la variable intermédiaire, le but même étant la généralisation puis le transfert des acquis en vie quotidienne, d'abord sur les tâches à domicile, puis sur des objectifs individuels. (Péneau & Franck, 2015)

La remédiation cognitive n'est en aucun cas en concurrence avec les psychotropes, la psychothérapie, et d'autres techniques (cognitivistes ou psychodynamiques par exemple) elle tend à compléter leurs effets. « *La remédiation cognitive agit sur des processus sous-tendant le contenu des pensées, alors que les thérapies cognitives (qui s'inscrivent dans les champs des psychothérapies) ont pour objectif de modifier ledit contenu.* » (Franck N. , Remédiation cognitive en psychiatrie, 2012).

La remédiation cognitive ne relève qu'un versant de la réhabilitation psychosociale : la réadaptation psychiatrique. L'autre versant qui est la réadaptation sociale se fera via d'autres actions telles que celles vues plus haut (psychoéducation familiale, soutien à l'emploi...).

La remédiation cognitive est principalement utile pour des patients dont l'état clinique est stable avec un traitement médicamenteux à dose minimale efficace. (Franck & Demily, 2015). Il est préférable de traiter uniquement les troubles cognitifs primaires et non ceux secondaires aux symptômes ou aux troubles iatrogènes. (Franck N. , Remédiation cognitive en psychiatrie, 2012)

Afin que les patients bénéficient d'un programme qui leur est adapté, il sera nécessaire de leur faire passer une évaluation multidisciplinaire. Il existe plusieurs programmes de remédiation cognitive validés en France et à l'international. Les programmes peuvent être à visée neurocognitive (entraînement de la mémoire, attention, fonction exécutive, vitesse de traitement, perception), de cognition sociale (perception sociale, théorie de l'esprit, ...) ou encore métacognitive (insight). Voici un tableau récapitulatif des programmes existants ainsi que leur modalité de passation. (Péneau & Franck, 2015)

| Programme | Processus ciblés | Modalité d'intervention | Supports | Indications principales | Durée |
|-----------|--|-------------------------|---|---|---|
| CRT | Neurocognition : fonction exécutive, attentionnelle et mnésique | Individuelle | Exercices papier-crayon | Patients avec des dysfonctions exécutives marquées | 3 séances/ semaine pendant 14 semaines |
| RECOS | Neurocognition : entraînement spécifique selon l'évaluation | Individuelle | Exercices papiers-crayon, exercices informatisés | Patients avec des déficits bien caractérisés | Trois séances par semaine pendant 14 semaines |
| RehaCom | Neurocognition : attention/ concentration, mémoire topologique, fonctions exécutives | Individuelle | Exercices informatisés | Patients autonomes. Rôle restreint du thérapeute | Deux séances par semaine pendant 7 semaines |
| Gaïa | Cognition sociale : processus émotionnels (émotion faciale) | Individuelle | Psychoéducation, support photo et informatisé, jeux de rôle, etc. | Patients avec des déficits de perception émotionnelle | Deux séances par semaine pendant 10 semaines |

| | | | | | |
|----------|--|--------------|--|---|--|
| TomRemed | Cognition sociale : théorie de l'esprit, traitement des données contextuelles | Groupale | Support vidéos, psychoéducation, échanges en groupe, etc. | Patients ayant des troubles de la théorie de l'esprit | Douze séances hebdomadaires |
| RC2S | Cognition sociale : théorie de l'esprit, perceptions et connaissances sociales, style attributionnel | Individuelle | Psychoéducation, support papier et informatisé (logiciel de simulation) | Patients avec des difficultés importantes d'interactions sociales | Une séance hebdomadaire pendant 14 semaines |
| SCIT | Cognition sociale et métacognition : processus émotionnels, théorie de l'esprit, sauts aux conclusions, style attributionnel | Groupale | Psychoéducation, support photos, vidéos, ludiques, psychoéducation, échanges en groupe, etc. | Patients avec des symptômes positifs persistants | Une séance hebdomadaire pendant six mois |
| MCT | Métacognition : style attributionnel, saut en conclusion, biais vis-à-vis des preuves infirmantes, conscience accrue par rapport aux faux souvenirs, théorie de l'esprit | Groupale | Diapositives avec textes, images et photos (programme téléchargeable) | Patient présentant des symptômes positifs persistants | Une session hebdomadaire pendant huit semaines |
| IPT | Cognition sociale et neurocognition résolution de problèmes | Groupale | Exercices papiers, photos, diapositives, jeux de rôle, échanges en groupe et psychoéducation | Patients présentant des difficultés globales, sévères et chroniques | Variable. Six mois en moyenne |

6.2. L'IPT comme outil de Remédiation cognitive en ergothérapie

J'ai choisi de m'intéresser au programme IPT. Ce programme associe de la remédiation cognitive avec de l'entraînement aux compétences sociales, la gestion des émotions et la résolution de problèmes interpersonnels. Cela le rend utilisable par des patients de profils très hétérogènes. Les supports d'utilisation relativement souples donnent la possibilité à l'ergothérapeute d'introduire des objets/situations de la vie quotidienne afin de faciliter le transfert des acquis.

6.2.1. Généralités

L'IPT est un programme thérapeutique groupal de remédiation cognitive et d'entraînement aux compétences sociales. Ce programme a été créé avec cinq modules de base ; un sixième module a été ajouté dans la version française (cf. les modules en Annexe III) (Peyroux E, 2013). L'objectif de cet outil est de réduire les divers dysfonctionnements cognitifs et sociaux par le réentraînement et la compensation des fonctions déficitaires (Adriano Zanello, 2004).

Le programme IPT s'articule selon deux pôles. Le premier aborde la remédiation cognitive, centrée sur les fonctions neurocognitives et les cognitions sociales. Les fonctions cognitives sont nécessaires au fonctionnement social. Des troubles attentionnels, mnésiques ou de théorie de l'esprit peuvent entraîner des compétences sociales déficitaires.

Le second pôle est centré sur l'entraînement des compétences sociales. Il permet d'entraîner le patient, via des jeux de rôle et d'autres outils, à avoir un comportement adapté dans des situations de la vie quotidienne (cf. module 4 Annexe III). Il est complété par l'apprentissage de la gestion de ses émotions (module 5) et l'entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels (module 6) (Pomini & Roder, Programme intégratif IPT).

Certaines fonctions cognitives (notamment mémoire et attention) seront de nouveau sollicitées à travers des exercices plus complexes dans des modules spécifiques aux compétences sociales.

Tous les modules ont une structure commune, selon laquelle on distingue une triple hiérarchie. La première hiérarchie concerne « *la gradation des difficultés et de la complexité cognitive des tâches effectuées...la deuxième hiérarchie concerne la charge émotionnelle du matériel travaillé...la troisième hiérarchie concerne l'implication des patients dans les relations interpersonnelles au sein du groupe* » (Pomini, 2009).

6.2.2. Intérêts et Limite du programme

Grâce à sa structure sous forme de module, l'IPT est un programme souple. Les thérapeutes peuvent enrichir le matériel thérapeutique. Ils disposent ainsi de possibilités importantes, leur permettant d'exprimer leur créativité pour ajuster chaque module aux besoins du patient (Pomini, 2009). Les ergothérapeutes ayant une expérience avec les patients atteints de schizophrénie, peuvent s'approprier facilement le programme. En effet, dans plusieurs modules, les thérapeutes sont encouragés à apporter des nouveautés significatives pour les patients. Ils doivent mettre les patients dans des situations problématiques de la vie quotidienne dans le but d'y remédier. L'ergothérapeute s'appuie sur les besoins du patient de façon à ce qu'il puisse reproduire les compétences acquises dans son environnement quotidien et se réinsérer socialement. L'IPT doit s'insérer dans « *un processus individualisé et plus large de réadaptation* » (Manidi, 2005).

Cependant, c'est un programme groupal, il peut donc être difficile de satisfaire les besoins de tous les patients, d'où la nécessité d'un groupe homogène. De plus, c'est un programme qui s'étale sur une longue période (3 à 12 mois) sans la possibilité d'inclure de nouveaux membres.

Enfin, toutes les fonctions neurocognitives ne sont pas entraînées. Celles entraînées, le sont dans un objectif d'acquisition de compétences sociales. Cependant, une personne peut avoir suivie un programme de remédiation cognitive au préalable, dans l'objectif de développer des fonctions cognitives spécifiques, puis utiliser l'IPT.

7. Conclusion

Cette première partie m'a permis de soulever de manière théorique les différentes difficultés que peuvent rencontrer les personnes atteintes de schizophrénie. Plusieurs de leurs déficits ont directement un impact sur leur qualité de vie. Notons qu'il y a différents types de schizophrénie, et que d'un patient à l'autre les troubles peuvent différer. Cependant, dans la plupart des cas, les patients ont des déficits cognitifs aussi bien dans le domaine de la neurocognition que dans la cognition sociale ou la métacognition. Ces déficits cognitifs ont un rôle important dans la structuration de l'être et dans son interaction avec l'environnement. Ces personnes ont des difficultés de réadaptation sociale.

La réhabilitation psychosociale des patients atteints de schizophrénie a une place importante dans la prise en charge pluridisciplinaire. Toutes les interventions doivent avoir pour finalité le rétablissement. Le patient doit pouvoir être autonome et s'autogérer.

L'ergothérapeute a un rôle important à jouer dans la réhabilitation psychosociale du patient et donc dans son rétablissement. En effet, il doit pouvoir aider le patient à s'accomplir aussi bien personnellement que socialement. L'ergothérapeute doit s'appuyer sur ce qu'il comprend du patient et sur le projet de celui-ci. Plusieurs ateliers peuvent être organisés avec différents sous-objectifs dans le but d'atteindre l'objectif global qui sera le rétablissement. Pour les patients dont les troubles cognitifs dominant et engendrent des difficultés d'intégration, l'ergothérapeute peut utiliser des programmes de remédiation cognitive.

Il existe plusieurs types de programmes. Selon les programmes, des fonctions seront plus ou moins travaillées. L'ergothérapeute peut s'approprier ces programmes pour aider le patient. Il peut notamment utiliser le programme IPT. Selon la littérature, l'IPT est un complément optimal pour la pratique de l'ergothérapeute. En effet, il regroupe neurocognition et cognition sociale ainsi que d'autres modules de compétences sociales. Les fonctions cognitives sont indispensables pour développer des interactions socialement adaptées. L'IPT peut donc être un outil intéressant dans le cadre de la réhabilitation psychosociale. L'ergothérapeute, à travers l'utilisation de l'IPT, accompagne la personne et l'aide à transférer ses acquis en s'appuyant sur des activités et des difficultés rencontrées quotidiennement. Cela appartient à chaque professionnel d'adapter sa pratique aux patients.

Partie Analytique

1. Méthodologie d'enquête

À travers ce mémoire, je m'intéresse à la réhabilitation psychosociale de personnes atteintes de schizophrénie. Ma problématique est la suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute participe à la réhabilitation psychosociale des sujets atteints de schizophrénie ?

À partir de mes lectures, expériences de stage et recherches, j'ai pu émettre l'hypothèse suivante : L'ergothérapeute facilite l'intégration sociale par le programme IPT.

(Integrated Psychological Treatment).

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai fait une enquête en m'aidant de plusieurs outils d'investigation.

Les objectifs de mon enquête étaient les suivants :

- Juger de l'évolution des habilités cognitives et sociales par l'utilisation de l'IPT.
- Apprécier le transfert des acquis à partir du programme IPT.
- Évaluer l'impact de l'outil dans la pratique ergothérapique.

Ces objectifs visent à évaluer l'évolution de la personne atteinte de schizophrénie et ses compétences après l'utilisation du programme. La finalité est que la personne puisse s'intégrer socialement à l'aide de ses nouveaux acquis.

Afin d'atteindre mes objectifs, j'ai choisi de cibler un certain type de population.

1.1. Contexte expérimental

Population

Deux types de population me semblaient essentiels pour une meilleure appréciation de mes objectifs et vérification de mon hypothèse :

- Les patients atteints de schizophrénie

Je souhaitais interroger des patients afin de comprendre en quoi l'utilisation de l'IPT a un impact sur leur qualité de vie. Cela n'a finalement pas pu être réalisé à cause de mon manque de temps et de moyens. Afin d'avoir un échantillon représentatif, il aurait été nécessaire d'avoir plus d'une vingtaine de réponses, voire une trentaine. Or, il est difficile de sélectionner autant de patients ayant suivi et fini le programme récemment.

Néanmoins, l'écrit qui suit explique l'idée de départ :

Dans un premier temps, je souhaitais travailler avec une population jeune. Les patients atteints de schizophrénie auraient été des hommes et femmes âgés entre 18 et 30 ans. J'ai choisi cette tranche d'âge, car la schizophrénie est une pathologie qui débute entre 15 et 25 ans (T.Lemperière, 2006). Il aurait été difficile d'être en contact avec une population mineure. J'ai donc choisi d'intégrer les patients à partir de 18 ans. Au vu du nombre limité de patients ayant suivi un programme IPT entre 18 et 25 ans, j'ai décidé d'élargir ma population à 30 ans (inclus). Après divers entretiens avec des ergothérapeutes, j'ai réalisé qu'il n'était pas nécessaire de se limiter à cette tranche d'âge, car l'IPT est généralement utilisé pour des personnes âgées entre 18 et 50 ans. Le fait de ne pas être en début de maladie n'est pas un critère qui empêche d'être éligible au programme. Ma population aurait donc intégré des personnes atteintes de schizophrénie âgées entre 18 et 50 ans.

J'aurais souhaité que les patients aient suivi le programme du début à la fin, depuis moins de 6 mois. Un laps de temps trop long après la fin du programme IPT peut influencer les réponses aux évaluations de l'enquête. Certains patients reprendront une activité, d'autres non, les patients n'en tireront donc pas les mêmes bénéfices passé un certain temps. Les évaluations sont en général faites à 6 mois post programme.

Les patients devraient être suivis dans une structure hospitalière psychiatrique à savoir : hôpital de jour, CATTP, intra-hospitalier ou Centre médico psychiatrique (CMP). En effet, il aurait été plus simple de contacter des patients encore en suivi hospitalier. Le suivi thérapeutique est complémentaire au programme.

Mon échantillon aurait été représentatif de cette population, l'idée étant que mon échantillon doit « produire des résultats « extrapolables » à la population d'intérêt ». (Gerville-Réache & Couaillier). J'aurais voulu utiliser la méthode d'échantillonnage empirique des quotas. Elle consiste « à construire un échantillon qui ressemble à la population sur la base d'informations statistiques relatives à cette population. Par exemple, si l'on a la connaissance de la répartition de variables fixes, on vise à respecter ces quotas de répartition sur le terrain » (Lugen). Or, je n'ai pas trouvé de document relatif à la répartition statistique des personnes souffrant de schizophrénie ayant pratiqué l'IPT. Donc j'aurais enquêté sur les patients répondant aux critères de la population sans prendre en compte la répartition statistique. Cela devient alors un échantillonnage de convenance. Mon échantillon aurait été de structure simple, car il aurait respecté un cadrage précis en matière de variable (âge, sexe, temps).

○ Les soignants utilisant le programme IPT

Mon enquête s'est appuyée uniquement sur l'expérience d'ergothérapeutes qui utilisent l'IPT dans une structure hospitalière psychiatrique. Je souhaitais comprendre l'impact que peut avoir cet outil dans leur pratique professionnelle. Notamment dans un contexte de réhabilitation psychosociale. Ces professionnels ont suivi la formation nécessaire à la pratique de cet outil. Ils ont utilisé plusieurs fois ce programme. J'ai pu interroger quatre ergothérapeutes travaillant dans des structures différentes. Afin de préserver l'anonymat des professionnels interviewés, je leur ai attribué une lettre.

- Ergothérapeute A, travaille dans un hôpital de jour parisien. Elle a été formée au programme en 2008-2009. Elle a utilisé l'outil plusieurs fois. Elle donne aujourd'hui des formations sur le programme IPT.
- Ergothérapeute B, travaille dans une structure de réhabilitation psychosociale à Tourcoing. Elle a été formée à l'utilisation de l'IPT lors de son DU en remédiation cognitive puis une deuxième fois lors d'une formation avec Pomini. Elle utilise l'IPT depuis 2005.
- Ergothérapeute C, travaille dans un centre de jour psychiatrique à Rouen. Elle a été formée par ses collègues au programme IPT en 2011, lors de son arrivée sur le centre. Elle utilise ce programme depuis 2012.
- Ergothérapeute D, travaille dans un centre de jour psychiatrique à Rouen. Elle a été formée par ses collègues au programme IPT en 2015. Elle a utilisé deux fois ce programme. Aujourd'hui, elle ne l'utilise plus, car des groupes sont déjà formés avec d'autres professionnels, dont une ergothérapeute.

Dans un premier temps, je souhaitais effectuer trois entretiens avec des ergothérapeutes afin de mieux percevoir la manière dont ils utilisent l'IPT.

Interroger un nombre impair d'ergothérapeutes me permettait dans un cas de contradiction de m'appuyer sur une majorité. De plus, il me semblait que trois entretiens avec des ergothérapeutes seraient suffisants pour mon analyse. Il est, en effet, conseillé dans nos cours de méthodologie d'utiliser entre 3 et 5 entretiens.

Ces trois entretiens ont été complétés par deux autres entretiens avec d'autres professionnels. Un entretien avec une neuropsychologue, l'autre avec une infirmière, afin d'apprécier la complémentarité des professions et la spécificité de l'ergothérapeute à travers l'utilisation d'un même outil. Je n'utiliserai pas les entretiens de l'infirmière et de la neuropsychologue pour l'analyse. Cela pour ne pas m'écarter du sujet principal qui est l'utilisation de l'IPT par l'ergothérapeute. Ces entretiens seront cependant utiles pendant ma démarche réflexive en ouverture.

J'ai décidé ultérieurement, d'intégrer un quatrième entretien. Celui-ci apportait des informations complémentaires et ne troublait en rien les entretiens précédents.

Enfin, j'ai priorisé l'entretien à défaut du questionnaire, car « en temps limité, avec des moyens réduits, pour un mémoire par exemple, il vaut souvent mieux approfondir des méthodes plus exploratoires (observations ou entretiens) que viser une exploitation statistique avec trop peu de questionnaires » (Combessie, 2007).

Procédure

Afin d'entrer en contact avec des ergothérapeutes qui utilisent le programme IPT, j'ai cherché dans un premier les centres de réhabilitation psychosociale parisiens. J'ai eu un entretien en face-à-face avec une ergothérapeute qui travaille dans l'un de ces centres. Je lui ai demandé si elle était en contact avec d'autres ergothérapeutes qui utilisent cet outil. À partir de cet entretien, j'ai pu avoir le contact d'une ergothérapeute qui travaille à Tourcoing. Ensuite, j'ai élargi mes recherches à la province. J'ai trouvé la plupart des centres de réhabilitation psychosociale sur le site de l'association francophone de remédiation cognitive (AFRC). J'ai vu sur le site de l'AFRC que des ergothérapeutes travaillant à Rouen utilisaient ce programme. Je les ai donc contactés par téléphone. Elles ont accepté de me rencontrer pour un entretien face-à-face. J'ai pu avoir deux entretiens avec deux ergothérapeutes du centre. Je souhaitais dans un premier temps avoir trois entretiens, mais j'ai trouvé par la suite intéressant de garder le dernier afin d'avoir un maximum d'informations.

Outils d'investigation

J'ai choisi de m'appuyer sur un outil d'investigation afin d'évaluer qualitativement les populations ciblées et de valider ou infirmer mon hypothèse.

L'entretien est le seul outil que j'ai mis en place. Il existe deux types d'entretien, les entretiens non-directifs et les semi-directifs (ou entretiens guidés). J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif auprès de quatre ergothérapeutes, une neuropsychologue et une infirmière. Je me suis aidée d'un guide d'entretien comme outil d'aide-mémoire (cf. Annexe III). Il est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien. J'ai commencé par présenter mon thème de mémoire, ma problématique, mon hypothèse puis, au fil des réponses, je rebondissais selon mon guide d'entretien. L'entretien semi-directif m'a permis de comprendre la méthodologie employée lors de l'utilisation de l'outil. Notamment, les avantages, inconvénients, limites que les ergothérapeutes peuvent rencontrer, et en quoi cela les aide à intervenir dans une optique de réhabilitation psychosociale.

Mon entretien s'est construit progressivement. Les questions sont restées à peu près les mêmes, mais, suite à mon premier entretien avec la neuropsychologue, j'ai noté que plusieurs ajustements s'imposaient à moi. Premièrement, il y avait beaucoup de questions, voire même des questions redondantes. Ensuite, celles-ci n'étaient pas catégorisées ce qui rendait difficile mon analyse. Ma maître de mémoire m'a alors aiguillée. J'ai donc modifié l'ordre des questions et regroupé des questions redondantes. Mon guide d'entretien en ressortait plus structuré, mais toujours dense. J'ai tout de même fait passer mes entretiens suivants avec ce nouveau guide. Toutefois, il m'est arrivé de ne pas poser des questions auxquelles l'interlocuteur avait répondu pendant ses explications. Chaque élément me faisait rebondir sur de nouvelles questions. Il a été important pour moi de me concentrer sur la trame afin de ne pas trop sortir du cadre.

J'ai 15 questions guides. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits avec l'accord de l'interlocuteur afin d'en faciliter l'analyse.

Dans le cas où les patients auraient été mis à contribution dans mon enquête, j'aurais choisi d'utiliser *le questionnaire*, afin de percevoir l'impact de l'IPT à grande échelle dans la vie quotidienne des patients. En effet « L'intérêt principal de l'enquête par questionnaire est de rassembler une grande quantité d'informations, aussi bien factuelles que subjectives, auprès d'un nombre important d'individus » (Parizot, 2012). Mon enquête viserait donc à analyser la répercussion de l'utilisation de l'IPT dans le quotidien des patients. « On peut distinguer deux grands types d'enquête, selon que le questionnaire est administré par un enquêteur ou que l'enquêté le remplit lui-même (on parle alors de questionnaire auto-administré) »

(Parizot, 2012). J'aurais choisi le questionnaire auto-administré. En ce qui concerne la construction de mon questionnaire, je n'ai pas trouvé de questionnaire validé ou non pour évaluer l'impact de l'IPT dans la réhabilitation psychosociale de personnes atteintes de schizophrénie.

Nous avons vu dans la partie conceptuelle que l'IPT est un programme composite qui associe des modules de remédiation cognitive à d'autres modules sur les compétences sociales, gestion des émotions et résolution de problèmes. Mon questionnaire viserait donc dans un premier temps à évaluer la répercussion fonctionnelle des troubles cognitifs après l'utilisation de l'IPT. « Il existe un outil psychométrique développé par Pascal Vianin, destiné à l'origine au programme de remédiation cognitive RECOS, permettant d'explorer les activités du quotidien possiblement impactées par l'atteinte neurocognitive : l'échelle d'Évaluation des Répercussions Fonctionnelles (ERF). » (Elie Péneau, 2015) Je pourrai donc utiliser ce questionnaire et l'adapter à une évaluation à posteriori dans le cadre de l'utilisation de l'IPT.

« Par ailleurs, notons qu'un outil spécialement conçu pour évaluer les conséquences fonctionnelles des troubles de la cognition sociale a été plus récemment développé par Elodie Peyroux et Baptiste Gaudelus : l'échelle de Répercussion Fonctionnelle des troubles de la Cognition sociale (ERF-CS). » (Elie Péneau, 2015). J'aurais pu éventuellement adapter ce questionnaire dans le cadre de l'IPT.

Mon questionnaire se serait alors appuyé sur les deux questionnaires existants suivants :

- L'échelle d'évaluation des répercussions fonctionnelles (ERF)
- L'échelle de répercussion Fonctionnelle des troubles de la cognition sociale (ERF-CS)

En premier lieu, je souhaitais même faire passer deux fois le même questionnaire. Une première fois avant le début du programme IPT, la seconde fois à la fin du programme, afin d'observer l'impact d'une manière plus objective. Le programme étant sur une trop longue durée (6 mois), ceci n'aurait pas été possible. Un unique questionnaire aurait donc été réalisé dans lequel apparaîtraient des questions mettant en exergue une éventuelle évolution. Les questions formulées auraient pris la forme suivante :

« Après avoir participé au programme IPT avez-vous observé une amélioration dans... ? »

Et des réponses du type :

1. Je n'avais pas de difficultés dans ce domaine
2. Absence d'amélioration

3. Légère amélioration
4. Bonne amélioration
5. Très bonne amélioration
6. Je n'ai plus de difficultés dans ce domaine

Autre

Dans l'idéal, le questionnaire doit durer moins de 30 min donc ne pas excéder 30 questions.

2. Résultats et Analyse

Afin d'exposer les résultats obtenus lors de mes entretiens avec les ergothérapeutes, je m'appuierai sur les réponses les plus pertinentes. Elles me permettront d'atteindre mes objectifs et de valider ou infirmer mon hypothèse. Les réponses seront regroupées par thème dans un tableau récapitulatif. Les résultats bruts seront suivis dans la dernière phase de mon analyse.

2.1. L'intégration des patients dans le programme IPT

| 2.1.1. L'évaluation | |
|---------------------|--|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussion en équipe de l'intégration du patient dans le programme IPT. |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient est évalué par le médecin avec la PANSS et la STICCS. Il est aussi évalué par un bilan neuropsychologique. L'ergothérapeute utilise lors de l'évaluation : un bilan d'autonomie (l'ELADEB), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, l'évaluation sur l'insight de Burchwood et l'échelle de Beck. « <i>Cela aboutit à une synthèse d'équipe et on oriente le patient.</i> ». « <i>Le fait de faire un bilan spécifique permet de bien orienter le patient, pour juger de ses compétences et de ses incapacités</i> ». |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussion en équipe. |
| Ergo D | <p>C'est souvent en réunion de synthèse qu'un professionnel recommande des patients. Une fois que le patient a été accepté, celui-ci « <i>passé un bilan neuropsychologique et un bilan ergo. Il est admis dans un groupe IPT suite aux bilans ... On fait passer une échelle qui est en cours de validation à Caen qui s'appelle l'échelle d'autonomie psychosociale et l'échelle de qualité de vie la S-QOL.</i> »</p> |

Selon les structures, il existe différents bilans cliniques pour orienter le patient vers le programme qui lui correspond au mieux. Les ergothérapeutes B et D insistent de manière détaillée sur l'importance des bilans. L'ergothérapeute C qui pourtant travaille dans la même structure que l'ergothérapeute B n'a pas détaillé cette notion d'évaluation. Elle a plutôt mis en valeur la discussion en équipe tout comme l'ergothérapeute A. Notons que d'une manière générale les quatre ergothérapeutes insistent sur le fait que la décision d'une intégration dans un programme se fait en équipe.

2.1.2. Le choix du programme IPT

| | |
|---------------|---|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« L'IPT, c'est pour des patients qui ont un peu plus de temps. Ils ont besoin de se poser parce que parallèlement ils vont aussi faire un travail sur l'acceptation de la maladie. Ça sera pour une personne qui sera globalement un petit peu impactée par tout, avec, c'est vrai, plus de troubles de cognition sociale mais moi je dirais par tout. »</i> ▪ <i>« Si la personne n'a pas de problème de cognition sociale pourquoi lui faire tout IPT. En générale on va choisir plutôt RECOS ou CRT, qui sont plus court ... s'il a un projet qui va arriver, reprise d'école, de cours, d'activité professionnelle on va plutôt choisir RECOS ou CRT. »</i> ▪ <i>« Celui vraiment qui n'aurait que des problèmes de cognition sociale, je le mettrais par exemple plus à RC2S, mais ça après on en parle beaucoup en équipe, ensuite on propose au patient. Il y a des patients pour qui 1 an ça va être trop long, ils ne vont pas pouvoir tenir, ils n'en sont pas là. »</i> |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« Le programme IPT contenait au départ pour certains patients des erreurs de casting. C'est à dire qu'on sélectionnait des patients parce qu'on n'avait que ce programme. Ensuite on réalise qu'ils n'avaient pas de troubles cognitifs mais des troubles de la cognition sociale ou un problème de la théorie de l'esprit. Et là tu te dis : il perd son temps. Aujourd'hui il y a 12 programmes alors pas que de remédiation cognitive, aussi d'entraînement aux habilités sociales donc dans de l'éducation thérapeutique. »</i> ▪ <i>Prenons l'exemple de « TomRemed qui est sur de la théorie de l'esprit. Il y a de la théorie de l'esprit avec l'IPT, mais maintenant tu as un</i> |

| | |
|---------------|---|
| | <p><i>programme spécifique pourquoi t'embêter à faire de l'IPT et faire traîner des patients dans un programme alors que tu as un programme beaucoup plus ciblé »</i></p> |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« Généralement l'IPT arrive après plein d'autres choses qui ont été faites, donc dans le plan de prise en charge ce n'est pas une indication initiale, c'est vraiment à moyen terme ou à long terme ou sur une fin de prise en charge. »</i> ▪ <i>« L'IPT se réfléchit bien en amont, si on veut vraiment qu'il y ait un résultat il faut effectivement être vigilant et voir si la personne est prête à commencer l'IPT. Après on a d'autres programmes qui durent moins longtemps mais qui ne travaillent pas du tout les mêmes choses, donc souvent ce sont des gens qui ont pu faire TomRemed, parfois en parallèle qui peuvent faire de la remédiation cognitive en indication avec la neuropsychologue »</i> ▪ <i>« Tous nos programmes sont complémentaires donc la question n'est pas pourquoi celui-là plutôt qu'un autre, puisqu'il y a un patient qui va avoir fait toute la panoplie des programmes dans sa prise en charge. Chaque programme a un temps dans la prise en charge et doit être fait à un certain temps. Après effectivement il y a des personnes qui ne vont pas avoir besoin de l'IPT parce qu'ils n'ont pas besoin de retravailler tout ce qu'on travaille en détail dans l'IPT...mais on ne met pas plus IPT qu'un autre programme, parfois c'est en parallèle »</i> |
| Ergo D | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« Généralement on souhaite faire IPT pour des patients qui ont pour objectifs de renforcer leurs fonctions cognitives et leurs capacités sociales dans le cadre de leur projet. Bien évidemment quand les deux sont à travailler autant faire IPT parce que c'est un programme qui est validé, qui est cadré, qui est progressif et qui a ces deux objectifs là. »</i> ▪ <i>« Si par exemple on a un patient qui a de très bonnes compétences sociales mais qui est à l'hôpital de jour pour faire de la remédiation cognitive on ne va pas le mettre en IPT parce qu'il a de très bonnes compétences sociales...C'est vraiment pour ceux qui ont les deux objectifs, de renforcement de compétences sociales et de renforcement cognitif. »</i> |

Selon les résultats, on peut considérer que le choix du programme est corrélé à la situation du patient dans son programme de soin, ainsi que sur la spécificité de ses troubles. Les ergothérapeutes A et D considèrent que les patients qui sont intégrés dans le programme IPT doivent présenter des troubles dans la sphère cognitive et sociale. L'ergothérapeute A prend aussi en considération la durée du programme. Elle priorisera, tout comme l'ergothérapeute B des programmes plus spécifiques si le patient n'a pas de trouble dans l'une de ces deux sphères. L'ergothérapeute B insiste davantage sur ce point-là. Elle considère qu'il faut prioriser le choix du programme selon la spécificité des troubles. L'ergothérapeute C comme l'ergothérapeute A, porte une attention particulière à la durée du programme, mais elle insiste davantage sur le choix du programme dans une vision globale du soin. Pour elle, l'IPT va arriver dans la prise en charge mais à un moment clé du soin, en complémentarité avec ce qui aura déjà été fait.

2.1.3. Profil du patient

| | |
|--------|---|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« L'IPT, c'est génial pour des patients qui souffrent de schizophrénie, aussi bien pour des jeunes patients que pour des patients qui sont institutionnalisés depuis longtemps »</i> ▪ Les patients sont <i>« globalement un petit peu impactés par tout, mais avec plus de troubles de cognition sociale, mais moi, je dirais par tout. »</i> |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les patients sont intégrés <i>« vers 19 ans, c'est là où le diagnostic est posé et les plus âgés ont dans les 50 ans. Quand ils sont trop âgés ou quand ils sont trop jeunes ils n'accrochent pas, parce que soit le diagnostic est trop tôt et ils n'ont pas encore cette maturité de se soigner, soit on a des gens qui vont dévier dans une démence donc ça ne fonctionne pas bien non plus »</i> ▪ Le patient qui entre en réhabilitation doit être stable avec une plainte cognitive objectivée. ▪ Les personnes ont un déficit <i>« soit cognitif et sociale, soit là mon groupe n'a que des problèmes sociaux et pas cognitifs, mais on a fait quand même les trois premiers modules pour créer un peu une dynamique de groupe »</i> |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les patients sont schizophrènes. C'est <i>« vraiment une population adulte de 18 ans à la cinquantaine, souvent ce sont de jeunes adultes »</i> |

| | |
|---------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>Les personnes qui font l'IPT auront toujours en amont de l'IPT des difficultés mais c'est très différent de certaines personnes aux autres</i> ». Il y en a qui seront intégrées à cause de « <i>leur symptomatologie qui est résiduelle</i> » |
| Ergo D | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les patients sont schizophrènes et âgés entre 18 et 50 ans et ils sont déficitaires au niveau cognitif et compétences sociales. ▪ « <i>Quand ils font IPT ils sont plutôt dans un moyen ou un long terme, donc ils ont appris à vivre de façon autonome avec leurs symptômes, leur maladie et leur traitement.</i> » |

Selon les quatre ergothérapeutes, les patients qui utilisent l'IPT sont tous atteints de schizophrénie. Elles expliquent que l'IPT est un programme spécifique pour les patients atteints de schizophrénie. La tranche d'âge des patients intégrés dans l'IPT est sensiblement le même 18/19ans-50ans. L'ergothérapeute A ne mentionne pas d'âge mais parle de population jeune et de patients institutionnalisés depuis longtemps, ce qui fait penser à cette tranche d'âge. Selon elle, les patients sont impactés dans leur fonctionnement cognitif et social. L'ergothérapeute B intègre comme l'ergothérapeute A des patients impactés « *un peu partout* », mais elle travaille aussi avec certains groupes de patients qui n'ont des troubles que dans l'une des deux sphères. Elle insiste aussi sur la stabilité du patient. L'ergothérapeute D a la même vision que l'ergothérapeute A, sur le profil du patient, c'est-à-dire des patients avec des dysfonctionnements cognitifs et sociaux. Elle ajoute aussi que les patients connaissent leur pathologie, car comme l'explique l'ergothérapeute C, c'est une prise en charge à moyen/long terme et selon l'ergothérapeute B les patients ont une plainte objectivée et sont stabilisés. L'ergothérapeute C, contrairement aux trois autres ergothérapeutes, n'insiste pas sur les troubles du fonctionnement social ou cognitif. Elle ne fait pas de généralité, le profil du patient, selon elle, est à associé à son parcours de soin.

2.1.4. Projet du patient

| | |
|---------------|--|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les patients doivent avoir « <i>un projet de vie, en tout cas quelque chose qu'ils veulent faire..., c'est en fonction d'eux, leurs desideratas, ce qu'ils ont envie de faire, en fonction de leur programme de soin, leur projet de vie</i> » |
|---------------|--|

| | |
|--------|---|
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le projet sera ciblé « surtout autour de l'autonomie. C'est vraiment une tare, ils sont vraiment embêtés dans leur vie de tous les jours. Ils n'ont plus d'amis, ils ne sortent plus, il y a vraiment un gros souci à ce niveau-là et c'est vrai qu'on le ressent très bien chez les patients...J'ai envie de dire 50-50 : 50 c'est au niveau autonomie, la petite copine, les copains, l'appartement seul etc. leur petite vie tranquille, et les autres se rendent compte qu'ils doivent être redevables à la société, il faut faire quelque chose si ce n'est qu'un travail ou tout ce qui est au niveau bénévolat, ils doivent être redevables à la société et on cherche ce qui correspond au mieux à leur besoin. » |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Le projet peut être juste de vie, vivre chez eux tout seul et ne rien faire d'autre. Cela va de la reprise de formation à aller faire du yoga une fois par semaine le lundi, à vivre en autonomie dans son appartement. Le projet c'est différent de chacun. » ▪ « Le projet ne vient que d'eux, il ne vient surtout pas de nous, nous on n'intervient pas dans le projet, c'est le but de la réhabilitation qui est centré sur le projet du patient. Le soignant ne doit surtout pas dérapier sur le pouvoir de décision du patient donc chaque projet est vraiment propre, nous on est juste là pour étayer, pour encourager et pour accompagner si besoin » |
| Ergo D | <p>« Donc notre objectif va être de pouvoir favoriser la participation de la personne à ce projet, projet de vie ou professionnel. Parce que l'IPT ce n'est pas que du professionnel, c'est aussi du projet de vie. Ça peut être participer à des associations ou participer à des activités à l'extérieur. »</p> |

Les quatre ergothérapeutes mettent le projet du patient au centre de l'accompagnement. D'après les quatre ergothérapeutes le projet peut être aussi bien professionnel, que personnel. Elles insistent toutes les quatre sur la diversité des projets. L'ergothérapeute A insiste davantage sur le désir du patient. L'ergothérapeute B tend à présenter les projets du patient plutôt en deux grands thèmes : l'autonomie et la reprise d'une activité professionnelle. Les ergothérapeutes C et D expriment également cette idée de projet personnel et professionnel.

2.2. Transfert des acquis et impacts de l'IPT dans la vie quotidienne

2.2.1. Transfert des acquis

| | |
|---------------|---|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none">▪ « <i>On fait des sorties d'intégration</i> » pour mettre en application ce qui a été travaillé « <i>par exemple si tu travailles sur le module communication tu pourras par exemple faire un café philo, pour débattre autour d'un thème avec d'autres personnes.</i> »▪ Dans le module de résolution de problèmes interpersonnels « <i>c'est important que les patients nous ramènent leurs problématiques personnelles avec une résolution, nous on leur apprend la technique de résolution de problèmes, ils essaient de trouver ensemble les hypothèses possibles avec les avantages et les inconvénients pour chaque hypothèse avec la résolution de problèmes ... Quand ils reviennent et qu'il y a eu un échec on essaie de voir pourquoi, comment réajuster, quelles autres hypothèses ils pourraient utiliser et qui seraient plus rentables à la clé... on va essayer de trouver d'autres solutions, ça peut aller jusqu'à l'hygiène de vie</i> ». « <i>Ce qui est intéressant c'est de voir en fonction d'eux, c'est eux qui vont trouver leur truc</i> »▪ « <i>Dans compétences sociales qui est le quatrième module, c'est vrai qu'il y a beaucoup de jeux de rôle, le but c'est qu'ils arrivent à les mettre en application. C'est intéressant parce qu'ils l'ont vécu de façon artificielle avec nous, le jour où ça leur arrive, ils peuvent s'en souvenir.</i> » Parfois il y a des mises en scène des problématiques de chacun.▪ Pour la gestion des émotions « <i>on essaie de voir ensemble comment la gérer, on utilise souvent le tableau de Beck modifié</i> », en s'appuyant sur des expériences émotionnelles vécues en situation réelle. |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none">▪ Pour le transfert des acquis « <i>On se sert de sorties dans les musées</i> ». Dans le cadre d'une sortie intégrative, les patients ont été skier mais avant ils ont fait « <i>des recherches sur le ski et demandé des accords pour aller skier</i> », « <i>donc voilà transfert des acquis, remédiation cognitive, entraînement aux habilités sociales.</i> » |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none">▪ « <i>L'IPT a été mis en place avec des sorties intégratives à chaque fin de module pour travailler sur ce qu'on a travaillé au module</i> » |

Module perception sociale « on essaie d'aller dans un endroit et leur donner un plan de vue et analyser ce plan de vue-là. »

Module de communication « on essaie de les faire sortir et de les faire rencontrer un professionnel pour qu'ils puissent poser des questions adaptées et pertinentes. Là, il y avait un pompier par exemple, donc il fallait qu'ils se préparent. On travaille énormément de choses sur la communication. »

Module 4, les compétences sociales « généralement on les emmène dans le centre-ville et on leur donne des missions diverses de compétences sociales, il faut qu'ils s'adressent à des gens dans la rue, à des commerçants, il faut qu'ils gèrent une commande tout seul »

Module 5 gestion des émotions « on va voir un film, on essaie d'aller voir un film, ce sont les soignants qui choisissent. Cela est très intéressant au niveau de l'analyse des émotions »

Module 6 module de résolution de problèmes « on fait le transfert des acquis dans le sens où c'est le patient qui ramène sa situation problématique »

« À la fin, il y a une grande sortie pour clôturer l'IPT, ce sont les patients qui l'organisent. C'est une sortie plaisir mais c'est eux qui doivent tout organiser, au niveau de la gestion du budget, de l'organisation, de l'endroit où l'on va etc. »

Ergo D

- « À chaque fin de module dans ITP il y a des sorties où ils doivent mettre en application les compétences...pour le module gestion des émotions ça peut être sortie au cinéma, des choses comme ça qu'on reprend ensuite avec des axes d'amélioration. Il y a aussi tout ce qui est jeux de rôle, il y en a beaucoup dans les compétences sociales, module 4. »
- « Il y a une grande sortie à la fin de la mise en application de tout ce qu'on a vu »

Les ergothérapeutes abordent le domaine du transfert des acquis de manière plus ou moins détaillée. De manière globale, pour les quatre ergothérapeutes, cela passe souvent par des sorties intégratives et des jeux de rôles. Les ergothérapeutes A et C ont mis en avant toutes les activités qu'elles utilisent pour permettre le transfert des acquis après chaque module. En effet, selon elles il y a la possibilité de permettre un transfert des acquis après chaque module. Elles s'y prennent de la même manière pour permettre le transfert des acquis au module résolution de problèmes. Elles s'appuient sur les situations problématiques de

leurs patients. L'ergothérapeute B, comme l'ergothérapeute D, insiste davantage sur les sorties intégratives. L'ergothérapeute B prend pour modèle l'IPT pour transférer des acquis au sein d'autres groupes.

2.2.2. Impact de l'IPT dans la vie quotidienne

| | |
|--------|--|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'IPT est un très bon moyen pour faciliter la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de schizophrénie <i>« j'ai un patient qui s'est métamorphosé après l'IPT. C'était un patient très chronique, c'était impressionnant. »</i> |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il y a des améliorations visibles, <i>« flagrantes »</i> et <i>« même pour des gens d'un certain âge... on a réussi à les mettre en appartement tout seul »</i> Il y a un <i>« impact sur les fonctions exécutives...l'estime de soi, l'autonomie, la qualité de vie. »</i> ▪ Les améliorations se maintiennent dans le temps, <i>« En 2015 il y a eu des études qui ont été faites à J-6 mois et là en 2016-17 il y a eu des études qui ont été faites à Madrid à J 1 an... Ça se maintient encore »</i> |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« À la fin de l'IPT ils sont plus à l'aise en public...Ça leur ramène une confiance en eux qui va leur permettre d'avoir un peu plus d'aisance avec les autres dans leur ici ou dans leur vie extérieure. Ça ne peut pas tout balayer, ça ne guérit pas mais ça va leur mettre cette confiance en eux »</i> |
| Ergo D | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« J'ai fait deux groupes et il y en a un que j'ai dû arrêter parce que ce n'était plus possible à la fin du module 3. Avec l'autre groupe, j'ai été jusqu'au bout mais c'était très compliqué, c'était vraiment des faibles niveaux cognitifs...Il n'y a pas eu d'amélioration. Je pense qu'on a vu trop bas et que la réhabilitation psychosociale pour ces personnes-là n'était pas pertinente. »</i> ▪ Cependant, de manière générale, il y a une amélioration dans leur <i>« autonomie psychosociale »</i>. <i>« La confiance en soi se retrouve aussi améliorée, les émotions se retrouvent améliorées, globalement les</i> |

fonctions cognitives se retrouve améliorées, c'est surtout l'autonomie psychosociale qui est la capacité à pouvoir interagir avec la société qui se retrouve améliorée. »

Les quatre ergothérapeutes soulignent de façon générale l'effet positif de l'IPT sur les patients. Selon elles, cela permet de redonner de l'autonomie aux patients et de leur redonner confiance en eux. Les termes d'autonomie et de confiance sont d'ailleurs cités trois fois dans ces paragraphes. Ce programme aurait un effet véritable sur la qualité de vie du patient. Cependant l'ergothérapeute C nuance ses propos en expliquant que l'IPT ne guérit pas tout. L'ergothérapeute D émet une réserve pour les patients qui ont un niveau cognitif trop faible, contrairement à l'ergothérapeute B, qui expliquera dans la partie limite de l'IPT que ce programme est utilisable pour des patients de faible niveau cognitif.

2.3. Les apports de l'IPT dans la pratique ergothérapeutique.

2.3.1. Caractéristique de l'ergothérapeute dans l'utilisation du programme IPT

| | |
|---------------|--|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none">▪ « <i>L'IPT est très flexible</i> », il permet de faire des transferts des acquis « <i>et c'est pour ça que c'est très ergo. Le transfert des acquis finalement, il n'y a que nous qui sachions ce que ça fait travailler, on sait que telle activité fait travailler ça ... On est des experts en analyse d'activité et donc finalement c'est toi qui saura au mieux comment faire, quelles activités, alors je le fais souvent avec une infirmière et c'est elle qui va me demander : tu penses qu'on va faire quoi pour qu'on reprenne ça ? ... C'est typiquement ergo... c'est toi qui va aider à trouver les stratégies et c'est toi qui va voir comment maximiser le transfert au quotidien, dans les autres groupes en faisant d'autres groupes si tu as d'autres groupes avec eux, en faisant toujours des liens</i> » <i>« souvenez-vous IPT résolution de problèmes interpersonnels »</i> |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none">▪ « <i>Dans tous les programmes plus spécifiques neuropsychologiques il y a que nous au niveau du transfert des acquis qui pourront adapter les tâches à domicile par rapport aux patients</i> »▪ « <i>Je pense toujours au modèle hiérarchique de Brenner, cette pyramide qu'il a fait où à la base tu as de la neurocognition, cognition sociale,</i> |

| | |
|---------------|--|
| | <p><i>entraînement aux habilités sociales et thérapeutiques jusqu'à atteindre l'autonomie : nous on est vraiment là, c'est notre boulot »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Aujourd'hui toutes les activités que je fais, je vais au marché de ma ville, je fais de l'informatique, je fais un atelier manuel ou je fais un atelier cuisine, je vais l'adapter à la mode réhabilitation pour pouvoir aussi dans des ateliers comme ça évaluer ou repérer les gens qui peuvent bénéficier de ces programmes-là. » (Sous-entendu des programmes comme IPT ou de remédiation cognitive)</i> |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« On est habitué ici à une approche médicale de réhabilitation psychosociale, les infirmiers qui arrivent ici et qui ne sont pas du tout formés se retrouvent dans cette approche et cette vision aussi, donc du coup même dans le transfert des acquis, je vois ma collègue (infirmière) qui fait l'IPT, est dans la même dynamique que moi dans la même approche que moi »</i> ▪ <i>« La complémentarité se fait sur des choses beaucoup plus fines que ça... par rapport à notre formation ...on va avoir l'impression que l'on n'aide pas les patients à faire alors que les infirmiers dans leur formation ils aident les patients à faire mais nous on n'aide pas à faire pour autonomiser les personnes »</i> |
| Ergo D | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>« Ici on a toujours fait valoir notre place (d'ergothérapeute) dans l'IPT, pour les mises en situation...Le transfert des acquis c'est le premier point c'est celui qu'on met souvent en avant. »</i> ▪ <i>« On est formé à la remédiation cognitive de par toute notre formation sur les fonctions cognitives à l'école, tout le concept de réhabilitation, rééducation donc on peut mettre ça aussi en avant pour faire valoir notre place d'encadrant sur l'IPT »</i> |

Hormis l'ergothérapeute C, les trois autres ergothérapeutes considèrent que ce qui les caractérise dans ce programme est leurs compétences dans les transferts des acquis. C'est d'ailleurs un terme que l'on retrouve dans chacun des paragraphes (4 fois). Ils peuvent donc mettre leurs compétences à profit dans ce programme. L'Ergothérapeute C, considère que la caractéristique de l'ergothérapeute au sein du programme se révèle plutôt dans la manière d'approcher les patients. Selon elle, l'ergothérapeute a une approche influencée par sa formation initiale. L'ergothérapeute D aborde également cette approche où la formation initiale d'ergothérapie conditionne ensuite la prise en charge du patient.

L'ergothérapeute B tire un bénéfice de ce programme et des programmes de réhabilitation en général. En effet, cela l'aide à structurer ses autres prises en charges.

2.3.2. Apport de l'IPT dans le diagnostic

| | |
|--------|--|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none"> « Parfois ils (les patients) connaissent le diagnostic mais ils ne veulent pas parler encore des symptômes, pour eux c'est trop compliqué et de commencer par la remédiation cognitive, de dire qu'on a des troubles de la mémoire, de l'attention, c'est moins stigmatisant que de dire qu'on souffre d'hallucination auditive ou visuelle. Donc, parfois, on commence par ça et après le patient va commencer à s'ouvrir sur autre chose et tu vas t'apercevoir que de façon sous-jacente il y a d'autres choses » |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none"> « L'IPT peut servir pour certains d'évaluation. Le fait d'avoir fait l'IPT pour un peu débroussailler nos patients et bien on s'est rendu compte que ça les aide, ça leur fait du bien, ils progressent et derrière on voit d'autres problématiques et ça nous a permis à plusieurs reprises d'axer un autre soin soit en plus soit en moins par rapport à la problématique du patient. » |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> L'IPT peut permettre de parler de la pathologie avec plus de facilité. « On peut parler de la maladie au fur et à mesure des modules ...Moi je sais que j'aime bien faire un lien avec la pathologie...Par exemple dans (le module) perception sociale, j'explique que parfois avec la maladie on peut mal interpréter les émotions, on peut se retrouver à ne plus ressentir les choses. » |
| Ergo D | <p>Il y a une évaluation aussi au milieu de l'IPT. « Comme c'est de l'auto-évaluation parfois l'échelle est pire mais on leur souligne que l'échelle est peut-être moins bonne que la première parce qu'ils sont plus conscients de leurs difficultés et identifient mieux au quotidien leurs difficultés et ça c'est une bonne chose. »</p> |

Les ergothérapeutes A et C considèrent que l'IPT peut être favorable pour permettre au patient d'être davantage dans l'acceptation de sa pathologie. Utiliser ce type de programme permet selon elles d'aborder le diagnostic et les symptômes avec plus de facilité. L'ergothérapeute A, ajoute en plus la possibilité de découvrir d'autres symptômes. Cela est

en accord avec le discours de l'ergothérapeute B qui considère que l'IPT permet de ré-axer le programme de soins. Par contre, l'ergothérapeute C n'insiste pas sur ce point.

L'ergothérapeute C explique dans la partie intégration des patients (profil des patients) que la prise en charge en IPT est à moyen et long/terme donc que le patient a pu « débroussailler » certains symptômes à travers d'autres médiations. Ce même terme « débroussailler » est repris par l'ergothérapeute B mais cette fois dans le sens où l'IPT va permettre cela. L'ergothérapeute D (dans la partie profil des patients) considère que les patients par l'éducation thérapeutique ont appris à vivre avec leurs symptômes. Or malgré cela l'ergothérapeute D révèle ici que les patients peuvent prendre conscience de leurs troubles avec l'IPT. Donc, malgré ce qui a été fait avant, il y aurait toujours des symptômes résiduels non dévoilés (ici le déficit métacognitif est mis en lumière).

2.3.3. IPT et médiation thérapeutique

| | |
|---------------|--|
| Ergo A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>Il faut vraiment le faire le programme IPT dans un hôpital de jour où tu as d'autres activités parce que c'est grâce aux autres activités que tu permets un transfert des acquis horizontal.</i> » ▪ « <i>Si tu veux que ça fonctionne, si tu veux qu'il y ait un transfert des acquis, il faut déjà transférer dans d'autres groupes au sein de l'hôpital de jour puis après pour que ce soit vraiment communiqué dans la vie de tous les jours.</i> » |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>Le patient va pouvoir profiter de plusieurs outils complémentaires, qui vont faire qu'il va progresser trois fois plus... (par exemple) il peut faire IPT et aller dans un CATTP, donc il a d'autres activités de soins à médiations</i> » ▪ « <i>Le parcours réhabilitation, peut être en plus d'un parcours classique de soins à médiations</i> » |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>On ne fait pas IPT tout seul... il y a toujours une prise en charge parallèle à l'IPT pour la plupart des patients...par exemple on a un patient qui fait de l'IPT mais il fait de la mosaïque, bibliothèque, un programme de sortie, il fait de l'équi-thérapie.</i> » « <i>Si les patients ont fait le groupe Compétence ils vont retravailler les compétences en IPT mais il ne faut pas prendre cela pour de la redite, c'est de la complémentarité</i> » ▪ <i>Donc effectivement IPT a un impact, mais par rapport à ce qui est travaillé en complémentarité.</i> |

Ergo D ■ L'impact de l'IPT est à associer à d'autres pratiques complémentaires.

Selon les quatre ergothérapeutes, le programme IPT est toujours associé à d'autres types de médiations. Elles prônent toutes les quatre l'importance d'associer l'IPT à d'autres activités. L'ergothérapeute A met en avant le fait que cela permet de transférer des acquis d'IPT. L'ergothérapeute B insiste sur le fait que la complémentarité des médiations permet au patient de progresser beaucoup plus vite. L'ergothérapeute C affirme que l'IPT est en lien avec les médiations ou que des médiations thérapeutiques ont été faites avant.

2.4. Les limites de L'IPT

| | |
|---------------|---|
| Ergo A | ■ Pas de limites ou inconvénients exprimés par cette ergothérapeute. |
| Ergo B | <ul style="list-style-type: none">■ <i>« Je pense que ce programme (IPT) a des limites et le fait qu'aujourd'hui il y a beaucoup plus de programmes spécifiques au trouble de schizophrénie, au niveau de leur problématique et de leur pathologie je pense que c'est ça qui fait qu'ils ne l'utilisent plus à Lausanne depuis un moment »</i>■ <i>« Ça ne soigne pas tout le monde. C'est révolutionnaire, on a bien notre rôle, par contre effectivement il y a quand même des contraintes »</i> par rapport à l'âge d'entrée par exemple. De plus, l'IPT est efficace pour de très faible niveau cognitif mais les <i>« déficients intellectuels ne rentrent pas dans le programme »</i>. Ensuite <i>« c'est un programme long, et les patients me demandent quand est-ce qu'on finit, alors que dans d'autres programmes il y a un nombre de séance défini »</i>. |
| Ergo C | <ul style="list-style-type: none">■ <i>« Le fait qu'ils doivent venir pendant aussi longtemps, deux fois par semaine, peut paraître très contraignant. Mais ils sont vraiment très assidus. S'ils ne sont pas là ils doivent prévenir, ils doivent appeler, il y en a qui savent que le groupe les attend et moi je trouve que c'est quelque chose de positif qu'ils soient si assidus sur une durée comme celle-là, alors que c'est contraignant »</i>■ Cependant, <i>« Je pense que c'est nous qui projetons cela, parce que vraiment si on demande aux patients, ils vont prendre cela comme toute autre médiation qui va durer 1 an, 1 an et demi. »</i> <i>« Ça paraît très long mais il y a une dynamique au sein de ces mois-là. Ce n'est pas quelque chose de linéaire, c'est un programme qui a le même nom mais les modules sont différents les uns des autres donc du coup ça paraît long comme ça sur le papier mais</i> |

quand ils y sont, ils savent que quand un module se finit on repart sur un autre donc du coup c'est moins lassant pour eux aussi, donc ça se fait très bien, 18 mois.

- *« Après ce n'est pas miraculeux, il faut se dire que des fois ça leur fait du bien sur le moment et puis après, derrière, ça peut ne pas se maintenir mais au moins ça aura eu un bénéfice. Tu sais après s'il n'y a pas de reprise de formation, d'activité extérieure s'il n'y a pas un GEM derrière, des fois il y a rien faut pas se dire que ça aura servi à rien parce qu'à défaut de servir à rien après ça aura servi sur le moment ça aura eu un effet positif au moment du programme. »*

Ergo D

- *L'IPT n'est pas pertinent pour des trop faibles niveaux cognitifs. Pour ces faibles niveaux, il faut s'arrêter au module 3 selon des études qui ont été faites au Québec « Je pense qu'on a vu trop bas et que la réhabilitation psychosociale pour ces personnes-là n'était pas pertinente. »*
- *« Ça prend du temps parce que deux fois par semaine une heure et demie c'est long. »*
- *« On ne parle plus de projet de vie à la fin, c'est dommage qu'il n'y ait pas d'accompagnement par la suite...Il faudrait revoir dans le programme s'il a été validé avec des séances de relance ou pas mais c'est un inconvénient s'il n'y en pas dans le programme. Les séances de soutien seraient pertinentes pour pouvoir accompagner ensuite le patient dans sa participation dans la société, puisque c'est un programme de réhabilitation. »*

Différents inconvénients dans l'utilisation du programme sont soulignés par les ergothérapeutes B, C, D. Les ergothérapeutes B et D, mettent en avant la durée longue du programme. Contrairement à l'ergothérapeute C qui trouve que la durée n'est pas une limite, car cela développe l'assiduité du patient. Elle considère que la durée du programme correspond à la durée de la prise en charge du patient dans d'autres médiations. Elle situe la limite du programme dans le fait que s'il n'y a pas de reprise d'activité les bénéfices du programme disparaissent. L'ergothérapeute D va dans ce sens en expliquant qu'il manque un accompagnement des patients à la fin du programme, type groupe de soutien. Néanmoins l'ergothérapeute C ne considère pas cela comme un inconvénient car pour elle le bénéfice aura été au moins sur le moment pour le patient.

Ensuite l'ergothérapeute D pense que l'IPT n'est pas utilisable pour des patients de trop faible niveau cognitif. A l'inverse, l'ergothérapeute B, souligne l'efficacité de l'IPT pour des patients qui ont un faible niveau cognitif, mais pas pour des patients « *déficients intellectuels* ». Elle affirme aussi que l'IPT n'est pas utilisable pour des personnes trop jeunes dont le diagnostic est trop récent ou des personnes âgées qui régressent vers une démence. Enfin, selon elle, les nouveaux programmes sont beaucoup plus spécifiques ce qui fait que l'IPT tend à être moins utilisé.

Discussion

Selon les ergothérapeutes interrogées, les personnes atteintes de schizophrénie sont intégrées dans l'IPT suite à des troubles cognitifs et à un déficit dans les compétences sociales. Cela est cohérent avec la littérature qui souligne que l'utilisation de l'IPT « *chez les personnes souffrant de schizophrénie ... apparaît surtout utile chez les personnes présentant une pathologie psychotique sévère, avec des problèmes importants de communication et d'interaction (liée à des troubles cognitifs, des symptômes négatifs, voire positifs)* » (Elie Péneau, 2015). Les ergothérapeutes interrogées sont d'accord sur le fait que les patients intégrés dans le programme doivent être évalués en amont. Elles ont pour la plupart, une batterie de bilan à faire passer et discutent longuement en équipe de l'orientation du patient. « *En clinique (contrairement à la recherche), on ne préconise pas le recours à une évaluation standardisée, étant données les spécificités individuelles, mais le bilan comporte fréquemment une évaluation clinique, du fonctionnement et neurocognitive... Une évaluation pluridisciplinaire doit permettre de dégager une problématique spécifique pour chaque sujet et chaque situation afin de poser une indication thérapeutique pouvant aider la personne à atteindre ses objectifs, qu'ils soient du ressort du soin ou socioprofessionnels : il s'agit d'aider le sujet à construire un projet dans l'optique de son rétablissement* » (Elie Péneau, 2015). Suite à ces évaluations les patients peuvent être intégrés dans le programme qui est le plus adapté. D'ailleurs, certaines ergothérapeutes interrogées insistent sur le fait que les patients doivent être intégrés dans un programme selon la spécificité de leur trouble. Dans la partie conceptuelle, on observe qu'il existe des programmes spécifiques selon les troubles cognitifs et les difficultés rencontrées dans les interactions sociales. D'autres ergothérapeutes, ajoutent qu'il est également important de prendre en considération la durée du programme.

Pomini considère qu'« *une indication approfondie est recommandée pour orienter les patients et définir avec eux si le suivi du programme en entier se justifie ou s'il convient plutôt d'envisager une entrée directement dans la seconde partie* ». Selon lui, cela peut « *s'avérer crucial pour la sélection des contenus à travailler dans les modules.* » Il recommande donc d'orienter le patient dans la partie la plus adéquate du programme. Cela vient à l'encontre des quatre ergothérapeutes interrogées. Toutes les quatre considèrent que le programme doit être fait en entier. Cela se justifie par le fait que le programme est en « *escalier* », il doit donc être mis en place de manière progressive. De plus, même si les

patients n'ont pas de troubles cognitifs, il faut faire les premiers modules afin de créer une dynamique de groupe.

Ensuite selon les ergothérapeutes, les patients ont des niveaux cognitifs homogènes, ce qui permet de réaliser le programme de façon à ce que tous les patients puissent le suivre. Cela est affirmé par la citation suivante : « *L'IPT est un programme groupal, groupe constitué en général de patients relativement homogènes en termes de profil cognitif et de compétences sociales* » (Elie Péneau, 2015).

Toutefois l'une des ergothérapeutes considère que pour les patients qui ont un trop faible niveau cognitif, l'IPT n'est pas adapté. Selon une étude dont elle aurait pris connaissance en provenance du Québec, il faudrait arrêter l'IPT au module 3, dans le cas de faible niveau cognitif. Or Nicolas Franck explique que « *L'utilisation de l'IPT est compatible avec un état régressif relativement avancé* ». Une autre ergothérapeute considère que c'est un outil efficace pour les personnes qui ont un faible niveau cognitif mais non efficace pour les « *déficients intellectuels* ». On retrouve donc, une certaine dichotomie parmi les ergothérapeutes interrogées et au sein de la littérature quant à la sélection des modules de l'IPT. Selon Nicolas Franck et les propos des autres ergothérapeutes interrogées, je pense que l'IPT peut être très efficace aussi bien pour des faibles niveaux cognitifs, que pour des niveaux plus élevés. La différence se fera au niveau de la durée de prise en soin.

Concernant le profil du patient, on retrouve peu de tranche d'âge dans la littérature mais les quatre ergothérapeutes sont en accord sur ce domaine. Ils doivent être âgés entre 18 et 50 ans, avoir un diagnostic posé et être stabilisés. Nous retrouvons cette dernière condition dans la littérature qui précise que « *La remédiation cognitive doit être utilisée chez des patients dont l'état clinique est stable et dont le traitement médicamenteux a été réduit à la dose minimale efficace* » (Franck N. , Remédiation cognitive en psychiatrie, 2012). C'est un outil efficace pour des patients jeunes ou des patients institutionnalisés depuis longtemps selon les ergothérapeutes. « *Ce programme est donc utilisable chez des patients institutionnalisés de longue date, chez lesquels il peut être utilisé pour favoriser une sortie.* » (Franck N. , Remédiation cognitive en psychiatrie, 2012)

Les patients doivent avoir un projet, qu'il soit professionnel ou personnel. C'est ce qu'expriment les quatre ergothérapeutes. La proposition de soin est définie avec et pour le patient et doit être adaptée à sa situation et son projet de soin.

Dans le projet de soin, il est important de prendre en considération d'autres médiations thérapeutiques. Dans la partie ergothérapie et réhabilitation psychosociale de la partie

conceptuelle, on comprend que l'ergothérapeute a la possibilité d'utiliser différentes médiations. Il peut s'appuyer sur des méthodes d'orientations psychodynamiques qui permettent de réguler d'autres problématiques et s'intéresser aux patients d'un point de vue cognitivo-comportemental. L'ergothérapeute utilisera donc des programmes de remédiation cognitive en complément à d'autres médiations thérapeutiques. D'après les ergothérapeutes interrogées, l'IPT ne peut pas se faire sans une prise en charge globale du patient. Elles insistent toutes les quatre sur la complémentarité des autres médiations. En effet, « *combinée de la remédiation cognitive et d'autres mesures favorisant la réhabilitation psychosociale est plus efficace que l'utilisation séparée de ces différents outils de soin* » (Franck N. , Remédiation cognitive en psychiatrie, 2012). Les médiations thérapeutiques peuvent être faites avant ou en parallèle, ne serait-ce que pour permettre le transfert des acquis d'un groupe à un autre.

Le transfert des acquis est un point important souligné par les quatre ergothérapeutes interrogées. L'IPT est conçu de façon à permettre aux thérapeutes de compléter le matériel thérapeutique employé. Briand propose pour chacun des six modules, des sorties d'intégration qui conduisent le groupe à avoir une activité en ville en relation avec ce qui a été fait dans le module (Pomini & Roder, Programme intégratif IPT). Toutes les ergothérapeutes interrogées mettent en avant la possibilité de faire des sorties intégratives. Elles développent en détail ce point selon les modules. D'après elles, l'IPT est un bon outil pour permettre le transfert des acquis. C'est d'ailleurs cette plus-value qui permet de mettre en avant l'utilisation de l'IPT par l'ergothérapeute. Pour trois ergothérapeutes sur quatre interrogées, leur spécificité se retrouve au niveau du transfert des acquis. L'ergothérapeute est un expert de l'analyse des activités. Cependant ces propos sont à nuancer par le fait que certains infirmiers et neuropsychologues peuvent aussi mettre en place des sorties intégratives. Néanmoins la neuropsychologue et l'infirmière interrogées n'ont pas mis en avant ceci. Leur complémentarité avec l'ergothérapeute, se retrouvait surtout sur l'analyse des compétences acquises et des déficits des patients.

Les transferts des acquis sont importants afin que ce qui est travaillé puisse avoir un impact dans la vie quotidienne du patient. Selon les ergothérapeutes, l'IPT a une influence positive dans la vie quotidienne du patient. Le patient retrouve de l'autonomie et à plus confiance en lui, ce qui peut l'aider à accomplir ses projets. « *La méta-analyse des données de 30 études consacrées à l'IPT a montré que son utilisation dans la schizophrénie améliorait, d'une*

part, les capacités d'encodage et le fonctionnement exécutif des patients, et, d'autre part, leur autonomie personnelle, leurs relations interpersonnelles, voire leur symptomatologie. Cette méta-analyse a également montré que l'utilisation combinée de la remédiation cognitive et des autres mesures favorisant la réhabilitation psychosociale était plus efficace que l'utilisation séparée de ces différents outils de soin » (Franck N. , Remédiation cognitive en psychiatrie, 2012). « Les études qui ont évalué les effets 8 mois après la fin du traitement signalent un maintien des acquis » (Pomini & Roder, Programme intégratif IPT). Cependant nous ne pouvons pas considérer l'IPT seul, mais toujours dans une vision globale d'accompagnement du patient.

Limite de l'IPT

L'IPT est un programme qui a fait ses preuves selon la littérature et les quatre ergothérapeutes interrogées. Cependant, on note des limites à ce programme : certaines ergothérapeutes mettent en avant la longueur du programme. A l'inverse l'une d'entre elle, qui dans un premier temps mentionnait la durée comme étant une limite, s'est ravisée. Selon elle, c'est une durée que l'on peut retrouver dans d'autres médiations. Cela est en accord avec ce que l'on peut trouver dans la littérature. *« Cette longue durée ne représente pas en soi un handicap. Au contraire, la réhabilitation psychosociale de personnes souffrant de schizophrénie et présentant des déficits importants nécessite des suivis au long cours débouchant sur une amélioration progressive de la qualité de vie et le degré optimal d'autonomie qu'ils peuvent atteindre (Anthony et al., 2004). »* Les autres ergothérapeutes qui considèrent la durée comme étant un inconvénient, sont aussi dans la réalité du terrain et s'appuient sur leurs observations. La durée peut aussi bien être considérée comme un inconvénient que l'inverse.

L'âge d'entrée peut aussi être considéré comme une limite au programme, car, *« du fait d'une neuroplasticité plus importante, la remédiation cognitive pourrait être plus efficace chez le sujet jeune »*. Or les ergothérapeutes interrogées supposent au contraire que l'IPT est un programme bien, car il est très large d'utilisation. Dans les résultats nous avons pu noter une tranche d'âge allant de 18 à 50 ans. Il est possible de l'utiliser pour des patients institutionnalisés depuis longtemps. Les limites se situeraient donc avant 18 ans et après 50 ans. Avant, le diagnostic vient d'être posé or, d'après la littérature et l'ensemble des ergothérapeutes interrogées la personne doit être stabilisé. À l'inverse une personne trop âgée peut régresser vers une démence. La limite de l'âge n'a finalement pas une incidence

trop importante. Par contre le niveau intellectuel, l'aurait. Comme nous l'avons observé plus haut selon les auteurs et les professionnels, une personne de trop faible niveau cognitif ne pourrait pas faire tous les modules. Mais la majorité des références, me laisse penser que si les personnes sont dans un groupe homogène de niveau cognitif semblable, tous les modules peuvent être faits, certes sur une durée plus longue.

Enfin la question qui se pose dans les limites, est celle de l'après IPT. Il est vrai qu'en dehors d'une des ergothérapeutes, aucune d'elles n'ont mentionné le devenir du patient après l'IPT, si ce n'est qu'il réalise son projet professionnel, ou personnel dans certains cas. Selon Pomini des améliorations ont été apportées à l'IPT par Catherine Briand en 2005. Cela a eu pour conséquence, l'ajout de « *six rencontres de rappel après la fin du programme, où les patients reprennent ensemble des éléments de l'IPT en fonction de ce qu'ils vivent dans leur quotidien* ».

Conclusion

Selon l'hypothèse de départ, l'ergothérapeute facilite l'intégration sociale des personnes atteintes de schizophrénie, par le programme IPT. Nous avons constaté que les quatre ergothérapeutes interrogées ont toutes été formées à l'outil et utilisent le programme IPT dans un objectif de réintégration sociale. L'hypothèse de départ est donc validée.

Comme il est écrit dans la partie conceptuelle, 85% des personnes qui souffrent de schizophrénie ont des troubles cognitifs. De plus, une symptomatologie positive ou négative peut entraîner de sévères troubles comportementaux dont des difficultés dans les relations interpersonnelles. L'IPT participe à la réadaptation de la personne dans la société. C'est un programme qui paraît complet, car il aborde beaucoup de domaine. Cependant, il n'est pas toujours indiqué en première intention du fait de la multitude de programmes existants et spécifiques. L'IPT sera donc souvent recommandé après une évaluation, un bilan et un accompagnement du patient à travers plusieurs médiations.

L'ergothérapeute utilise l'IPT en complément à d'autres médiations. Celles-ci peuvent être faites avant ou en parallèle ne serait-ce que pour permettre le transfert des acquis d'un groupe à un autre. De plus, dans la littérature, il est mentionné que les programmes de remédiation cognitive (englobant alors l'IPT sous ce terme), ont un bénéfice réel si la personne est stabilisée, donc avec un diagnostic posé et si elle est dans un accompagnement intégrant plusieurs activités suivant le projet de réintégration sociale. L'impact dans la vie des patients

est reconnu dans la littérature car nous avons un maintien des compétences après plusieurs mois, et l'une des ergothérapeutes m'a reconfirmé cela en s'appuyant sur sa propre recherche et ses propres résultats. La personne développe des capacités cognitives et des compétences sociales qui lui permettent selon les termes des ergothérapeutes et selon la littérature, une meilleure autonomie. Les ergothérapeutes qui utilisent le programme permettent à la fois la restructuration de l'être par la rééducation cognitive et l'interaction environnementale par l'entraînement aux compétences sociales.

Les compétences cognitives et sociales acquises par le patient, peuvent être maintenues dans le temps. Cela nécessite une reprise d'activité. Les ergothérapeutes ont évoqué beaucoup de pistes concernant les transferts des acquis lors de l'utilisation de l'IPT, mais aucune concernant « l'après IPT ». Catherine Briand qui a participé à l'amélioration du programme soulignait l'importance de rencontre de rappel après la fin du programme. Aucune des ergothérapeutes n'ont mentionné ces rencontres post IPT. Je m'interroge donc sur la manière dont les ergothérapeutes accompagnent les patients après l'IPT afin qu'ils puissent conserver leurs acquis, particulièrement dans le cas où les patients n'aboutissent pas à leur projet personnel ou professionnel. En dehors des rencontres à l'hôpital, je pense que l'ergothérapeute peut orienter certains patients vers des dispositifs clubhouse ou des groupes d'entraides mutuelles (GEM).

Il serait intéressant, de rassembler l'avis de plusieurs ergothérapeutes qui utilisent l'IPT quant à l'orientation des patients après le programme.

Bibliographie

- A.-L. Pot, M.L. (2015). La catatonie. *L'encéphale*, 41, pp. 274-279.
- Abraham Reichenberg, P. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, Vol 12*.
- Adriano Zanello, M. M. (2004). Le programme de réhabilitation cognitive et comportementale IPT (Integrated Psychological Treatment) dans un contexte psychiatrique ambulatoire : étude clinique. *Santé mentale au Québec*, 29(2), pp. 175-200.
- Association, A. p. (2013). *DSM-V*. Washington, London: American psychiatric Publishing.
- Aubin, G., & al. (2007). *Neuropsychologie de la mémoire de travail*. Marseille: Solal.
- Azouvi, C.-L. -M. (2002). *La neuropsychologie de l'attention*. Marseille: Solal.
- Bachrach, L. L. (2000). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia Ð what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand*, 102, pp. 6-10.
- Barbès-Morin, G., & Lalonde, P. (2006, Juillet 3). Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive. *Annales Médico Psychologique*, 164, pp. 529-536.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89, pp. 227-32.
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthodologie en sociologie*. La Découverte.
- Elie Péneau, F. N. (2015). Remédiation cognitive dans la schizophrénie et les troubles apparentés en pratique quotidienne. *Annales médico-psychologiques*, 173, pp. 279-293.
- Elissalde, S.-N., & al. (2011). Schizophrénie, fonctions exécutives et mémoires. *L'encéphale*.
- Franck, N. (2012). Remédiation cognitive en psychiatrie.
- Franck, N. (2017). *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson .
- Franck, N., & Demily, C. (2015, mars). Améliorer le pronostic fonctionnel de la schizophrénie avec la remédiation cognitive. *La presse médicale*.
- Gerville-Réache, L., & Couaillier, V. (s.d.). *Echantillon représentatif (d'une population fine): définition statistique et propriétés*. Récupéré sur HAL archives-ouvertes.fr: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00655566>
- Gil, R. (2014). *Neuropsychologie*. Issy-les-Moulineaux.
- Grieve, J., & Gnanasekaran, L. (2008). *Neuropsychology for Occupational Therapists*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- J.luck, S., & M.Gold, J. (2008). The Construct of Attention in Schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 64, pp. 34-39.
- James, W. (1890). *The Principles of psychology*. New York: Holt.
- Kielhofner, G., & al. (s.d.). The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled. *Work*, 12, 37-45.
- Klein, F. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. Érès.
- Lalonde, P. (2007, Février 14). Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico Psychologique*.
- Lemperière, T., & al. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris: Abrégés Masson.
- Limam, S., & al. (2012, Juin). Une évaluation des programmes de réadaptation psychosociale proposés dans les Centres de Réadaptation Fonctionnelle en Belgique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, Vol.XVII*, p. 10.
- Lugen, M. (s.d.). *Petit guide de méthodologie d'enquête*. Université libre de Bruxelles.

- M.Roebbers, C. (2017, Avril). Executive function and metacognition: Towards a unifying framework of cognitive self-regulation . *Developmental Review*.
- Manidi, M.-J. (2005). *Ergothérapie en santé mentale et psychiatrie*. Lausanne: eesp.
- Meulemans, T. (2008). L'évaluation des fonctions exécutives. Dans O. a. Godefroy, *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques, évaluation en pratique clinique* (p. 182). Marseille, France: Solal.
- Meulemans, T., & al. (2004). *Neuropsychologie des fonctions exécutives*. Marseille: Solal.
- Ministère des affaires sociale de la santé et des droits des femmes. (2014). *Le service public : guide de l'accueil des personnes en situation de handicap*. Ministère des affaires sociale de la santé et des droits des femmes.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèle conceptuel en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Boeck Solal.
- Nare Torosyan, R. G. (2017). Social cognition in schizophrenia. *Mental Illness* , 9:7228, p. 62.
- Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. Dans S. Paugam, *L'enquête sociologique* (p. 93). France: Presses Universitaires de France.
- Péneau , E., & Franck, N. (2015). Remédiation cognitive dans la schizophrénie et les troubles apparentés en pratique quotidienne. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, pp. 279-293.
- Peyroux, E., & al. (2013). Remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie. *L'évolution psychiatrique*, 78, pp. 71-95.
- Pomini, V., & Roder, V. (s.d.). Programme intégratif IPT. Dans N.Franck, *La remédiation cognitive*.
- Sass, L. A. (2103). Altération du self et schizophrénie : structure, spécificité, pathogénèse. *Recherches en psychanalyse*, pp. 111-126.
- Speranza, M. (2009). Cognition sociales et schizophrénie à début précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, pp. 14-20.
- Valentino Pomini, a. (2008, 10). L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. Les échelles lausannoise ELADEB. *L'information psychiatrique, Volume 84*, pp. 895-902.
- Van der Linden, M. a. (2008). Schizophrénie, déficits cognitifs et vie quotidienne. Dans A.-C. a. Juillerat Van der Linden, *Neuropsychologie de la vie quotidienne* (pp. 159-170). Marseille, France: Solal.
- Vianin, P. (2013). *La remédiation cognitive dans la schizophrénie*. Bruxelles, Belgique: Mardaga .

ANNEXES

Table des Annexes

| | |
|-----------------|----------------------|
| Annexe I..... | DSM-V |
| Annexe II..... | Test de Stroop |
| Annexe III..... | Les modules de L'IPT |
| Annexe IV..... | Guide d'entretien |
| Annexe V..... | Entretien C |

Annexe I

DSM-V²⁴ (Association, 2013)

A. Deux (ou plus) des critères suivants, chacun présent dans un intervalle de temps considérable dans une période d'un mois. Au moins l'un de ces critères doivent être (1), (2), ou (3) :

1. Délires
2. Hallucinations
3. Désorganisation du langage
4. Comportement catatonique et désorganisé
5. Symptômes négatifs (expression des émotions diminuée ou avolition)

B. Pour un intervalle de temps significatif depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs des domaines majeurs, tel que le travail, les relations interpersonnelles, ou s'autogérer, est nettement au-dessous du niveau atteint avant le début de la maladie.

C. Les signes de perturbation persistent pendant au moins six mois. Cette période de six mois inclut au moins un mois des symptômes rencontrés dans les critères A et peuvent inclure des périodes de symptômes prodromaux ou résiduels. Pendant ces périodes prodromales ou résiduelles, les signes de perturbation peuvent être manifestés par seulement des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes listés dans les critères A présents dans une forme atténuée.

D. Les troubles schizoaffectifs et dépressifs ou bipolaires avec des traits psychotiques ont été exclus soit parce que 1) Absence d'épisodes dépressifs ou maniaques majeurs pendant la phase active des symptômes, ou 2) Si les épisodes d'humeur se sont produits pendant la phase active des symptômes mais qu'ils ont été présents en minorité dans la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

E. La perturbation n'est pas attribuable à des effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale.

F. S'il y a un lien avec un trouble du spectre autistique ou un trouble de communication débuté dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie est fait seulement si les délires ou hallucinations importants, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont aussi présents pendant au moins un mois.

²⁴ Traduit de l'anglais

Annexe II

Test de Stroop

Mesure de la capacité du sujet à inhiber certaines réponses automatiques ou sur-apprises (**lecture**) au profit d'un traitement contrôlé (**dénomination des couleurs**). (Vianin, La remédiation cognitive dans la schizophrénie, 2013). La procédure classique consiste en trois sous-tests (Meulemans T. , 2008):

1. Dénomination : le sujet dénomme des carrés de couleurs différentes (rouge, bleu, vert) (planche 1).
2. Lecture : le sujet lit des noms de couleur (« rouge », « bleu », « vert ») écrits en noir (planche 2).
3. Interférence : le sujet dénomme la couleur d'impression de noms de couleur différents de celle avec laquelle ils sont imprimés (planche 3).

Planche 1

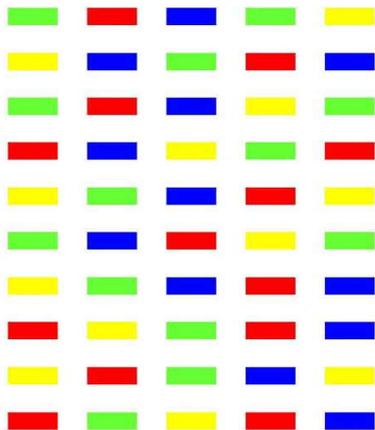


Planche 2

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| VERT | JAUNE | ROUGE | BLEU | JAUNE |
| VERT | ROUGE | BLEU | VERT | BLEU |
| ROUGE | JAUNE | BLEU | VERT | ROUGE |
| JAUNE | JAUNE | VERT | BLEU | ROUGE |
| VERT | JAUNE | BLEU | ROUGE | ROUGE |
| BLEU | JAUNE | VERT | JAUNE | ROUGE |
| VERT | BLEU | ROUGE | VERT | BLEU |
| JAUNE | JAUNE | BLEU | ROUGE | VERT |
| BLEU | JAUNE | VERT | ROUGE | BLEU |
| VERT | ROUGE | JAUNE | VERT | JAUNE |

Planche 3

| | | |
|--------|-------|--------|
| JAUNE | BLEU | ORANGE |
| NOIR | ROUGE | VERT |
| VIOLET | JAUNE | ROUGE |
| ORANGE | VERT | NOIR |
| BLEU | ROUGE | VIOLET |
| VERT | BLEU | ORANGE |

Annexe III

Les modules de l'IPT

○ **Modules de remédiation cognitive**

Module 1 – Différenciation cognitive

Ce module regroupe des exercices de remédiation cognitive axés sur des fonctions neurocognitives. Nous pouvons distinguer trois types d'exercices :

- Exercices d'attention sélective et de mémoire de travail s'appuyant sur des tris de cartes avec des symboles. L'ergothérapeute peut adapter ces jeux en s'appuyant sur des symboles du quotidien (mois, années, jours, objets...).
- Exercices de concepts verbaux. Cette section vise la mémoire à long terme et plus particulièrement la mémoire sémantique (donner du sens à un concept) verbale. Les exercices sont variés tels que donner des définitions de mots, chercher des synonymes, antonymes, réfléchir sur des nuances. Nous constatons que la mémoire sémantique est un canal souvent utilisé dans la vie courante et véhicule une bonne compréhension de l'information, une bonne perception et donc des interactions sociales adaptées avec un vocabulaire adéquat.
- Exercice de raisonnement logique dans lesquelles les participants doivent deviner un objet par des questions fermées. Cela fait intervenir la mise au point de stratégies efficaces, donc la planification mentale (fonction exécutive) est sollicitée, ainsi que la mémoire de travail qui permet de retenir les réponses précédentes.

Module 2 – Perception sociale

Ce module a pour objectif de développer les cognitions sociales. Les thérapeutes s'appuient sur des photographies de la vie courante plus ou moins chargées émotionnellement. Les patients doivent, dans un premier temps, décrire l'image. Ensuite, ils passent à l'interprétation selon des détails observables. L'interprétation est alors différenciée de l'observation, le but étant de délimiter ce qui est de l'ordre de la spéculation de ce qui est des faits observables. En effet nous avons vu dans les chapitres précédents qu'il y a des déficits de la cognition sociale chez les patients schizophrènes, notamment la théorie de l'esprit, les perceptions des émotions et enfin le style attributionnel. Dans ces exercices nous travaillons ces trois aspects de la cognition sociale. Enfin les patients finissent par donner un titre à l'image.

○ **Module de transition**

Ce module (module 3) fait la transition entre les modules de remédiation cognitive et les modules d'entraînement aux compétences sociales. En effet il commence comme un programme de remédiation cognitive mais orienté sur la communication.

Module 3 – Communication verbale

Ce module est structuré par un modèle simplifié de communication : écouter, comprendre et réfléchir, répondre. Le patient doit répéter des phrases.

- Écouter : L'écoute mobilise les fonctions attentionnelles, mnésiques et de décodage qui auront été travaillées dans le module 1. Si on ne porte pas attention au message ou qu'on ne le retient pas nous ne pouvons pas être sûrs de l'avoir compris et de pouvoir y répondre.
- Comprendre et réfléchir : Les patients reformulent le sens des phrases. La mémoire de travail étant limitée, le rappel se double donc d'un double traitement sémantique de l'information. Ceci permet alors de suivre une conversation sans en perdre le fil.
- Répondre : Différents exercices d'expression et de conversation orale sont proposés tels que poser des questions ou y répondre.

- **Modules d'entraînement aux compétences sociales**

Module 4 – Compétences sociales

Ce module s'appuie sur des jeux de rôle inspirés de la vie quotidienne et appréhendés par les patients. Les séquences sont jouées plusieurs fois de façon à maîtriser parfaitement son comportement. La performance est améliorée par la répétition comme le conçoit le MOH. Ces situations sont réparties en trois catégories :

- Les situations à faible risque, dont l'issue reste généralement positive pour la personne. Le comportement de l'interlocuteur reste assez prévisible.
- Les situations à risque élevés où l'issue se révèle désagréable pour la personne. L'interlocuteur est désagréable, hostile.
- Les situations complexes réunissent des interactions à l'issue incertaine.

Module 5 - Gestion des émotions

A travers ce module les patients peuvent compenser leur déficit d'identification et de gestion des émotions. En effet des émotions altérées peuvent constituer des obstacles à la généralisation des acquis. Ses émotions peuvent perturber et inhiber la personne dans le transfert de ses acquis en situation de vie réelle. Le module 5 permet donc la psychoéducation et l'entraînement dans la gestion des émotions. Il aborde dans un premier temps les émotions de base qui peuvent, après, être complétées par des émotions plus

complexes selon les besoins des patients. Le travail s'effectue sur une seule émotion à la fois, en huit étapes que l'on peut regrouper en trois phases.

- Phase 1 : Identification et analyse des émotions à partir d'une image représentant l'émotion travaillée. L'analyse reposera essentiellement sur les caractéristiques faciales ainsi que sur quelques éléments gestuels et posturaux. Cette analyse sera doublée d'un travail sur le vécu personnel de la personne face à cette émotion.
- Phase 2 : Gestion des émotions évoquées. Les patients réfléchissent à des moyens pour gérer leurs émotions. Comment réagir lors de l'expérience d'une émotion.
- Phase 3 : Cette phase permet d'expérimenter l'émotion travaillée à travers des jeux de rôles. Les patients sont encouragés à utiliser les techniques de gestion appropriées.

Les patients sont invités à reproduire ces tâches hors séance notamment à domicile.

Dans ce module les patients sont davantage impliqués dans des relations interpersonnelles au sein du groupe.

Module 6 – Résolution de problèmes interpersonnels

Cette partie vise l'apprentissage par les patients d'une méthode pour résoudre leurs problèmes en situation de vie réelle. Ce dernier module fait appel aux fonctions cognitives simples, complexes (notamment le raisonnement et la planification), les habilités sociales ainsi que la gestion de ses émotions. Il existe des situations sur lesquelles les thérapeutes pourront s'appuyer pour travailler sur ce module, mais l'idéal dans cette dernière étape est de s'appuyer sur les difficultés personnelles que rencontrent les patients. Cela concerne en général les activités domestiques et l'habitat (ménage, courses, hygiène personnelle, recherche d'un logement, vie communautaire en foyer, déménagement, aménagement.... La démarche est réalisée en six étapes :

- Identifier et analyser le problème en termes de moyen-fin.
- Rechercher par un brainstorming un maximum de solutions.
- Évaluer les solutions en examinant leurs avantages, inconvénients, faisabilité, efficacité. Puis en sélectionner trois ou quatre.
- Choisir sa propre solution ou combinaison en la formulant en termes de comportement (quelles actions exactement la personne aura besoin de mettre en place pour parvenir à ses fins.)
- Mettre en pratique la solution retenue sous forme de jeux de rôle, puis à domicile.
- Évaluer l'efficacité de la solution choisie, faire un retour sur expérience.

La démarche est considérée terminée lorsque le problème est résolu.

Annexe IV

Guide d'entretien avec ergothérapeutes

Dans le cadre de mon mémoire, je vais vous poser quelques questions concernant la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de schizophrénie à travers l'utilisation de l'IPT.

Problématique

De quelle manière l'ergothérapeute peut permettre la réhabilitation psychosociale des sujets atteints de schizophrénie ?

Hypothèse

L'ergothérapeute facilite la réhabilitation psychosociale par le programme de remédiation cognitive IPT.

Questions

1. Profil du professionnel

- 1) Êtes-vous formé à l'IPT ?
- 2) Combien de fois avez-vous utilisé ce programme ?
- 3) Utilisez-vous encore ce programme ? Pourquoi ?

2. Population visée

- 4) Pour quel type de patient utilisez-vous en majorité le programme IPT ? Quelle est la part des patients souffrant de schizophrénie ?
- 5) Dans quelle tranche d'âge se trouvent généralement les patients ? ceux souffrant de schizophrénie ?
- 6) Comment décidez-vous d'intégrer les patients dans le programme ? Quelles sont vos objectifs finaux lors de l'utilisation de l'IPT ?
- 7) Quelle est généralement la demande des patients souffrant d'une schizophrénie ?

3. Choix du programme

- 8) Quels domaines de la réhabilitation psychosociale visez-vous principalement à travers l'utilisation de l'IPT ?
- 9) Pourquoi avez-vous choisi d'utiliser ce programme et pas un autre programme de remédiation cognitive ou de réentraînement aux habilités sociales... ?
- 10) Quels sont les avantages et inconvénients de l'IPT ?
- 11) Quels impacts constatez-vous suite à l'utilisation de l'IPT (particulièrement pour les patients souffrant de schizophrénie) ? Comment les évaluez-vous dans la vie quotidienne ?

4. IPT et ergothérapie

- 12) En quoi l'IPT est complémentaire de votre pratique professionnelle ?
- 13) Comment votre utilisation de l'IPT se diffère-t-elle de celle des autres professionnels ? (Quelle est la « touche ergo » que vous pouvez y apporter ?)
- 14) Comment favorisez-vous le transfert des acquis ?
- 15) Comment intégrez-vous la remédiation cognitive dans une pratique pluri-professionnelle ?

Annexe V

Entretien avec l'ergothérapeute C

Retranscription audio.

Tracy : Ma problématique, c'est de quelle manière l'ergothérapeute peut permettre la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de schizophrénie et mon hypothèse est que l'ergothérapeute favorise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie par l'IPT. Je voulais savoir si vous étiez formé pour utiliser ce programme ?

Ergo : en 2009, sur cette structure toute l'équipe qui était en poste à cette date-là a été formée à l'IPT par les Canadiens parce que l'IPT, il est de BRENNER mais il a été refait par des Canadiens, et donc les ceux-ci se sont déplacés sur cette structure pour former un grand nombre de personnes, médecins, infirmiers, ergos. Moi, quand je suis arrivée en 2011 je me suis faite former par mes collègues qui avaient été formés par les Canadiens. Ensuite, en 2015, j'ai une collègue qui a été formée par les Canadiens. Elle a passé une formation pour être formateur et est maintenant sur l'ANFE. Elle propose la formation IPT sur l'ANFE. Cette collègue est venue en 2015, car ici au sein de l'équipe il y a une équipe soignante qui ne change pas l'équipe est composée de 9 infirmiers et 3 ergothérapeutes mais les 9 infirmiers sont soumis à mutation tous les trois quatre ans, donc l'équipe ne reste pas la même sauf pour les ergothérapeutes, sauf si les ergos pour des raisons personnelles partent mais les infirmiers sont obligés de partir dans les autres unités tous les 3-4 ans. Du coup mon ancienne collègue ergothérapeute est revenue par le biais de l'ANFE, donc l'hôpital a payé cette formation aux gens qui étaient ici en 2015, parce que les ergothérapeutes qui étaient là en 2009 ne sont plus là et les infirmiers qui étaient là en 2009 ne sont plus là, seul sont restés un médecin et une assistantes sociale qui ne font pas l'IPT.

Tracy : Ça prend combien de temps de se faire former ?

Ergo : La formation proposée par le biais de l'ANFE dure 3-4 jours.

Tracy : Vous utilisez encore ce programme dans la structure et vous l'avez utilisé combien de temps à peu près ?

Ergo : Moi je l'ai utilisé. Là j'ai fait un groupe qui a commencé l'année dernière et qui se finit là Je l'ai commencé en août 2016, avec ma collègue j'ai fait un groupe qui a duré longtemps de 2014 à 2015 et j'ai fait un groupe de 2012 à 2013 ? à chaque fois des groupes qui durent 18 mois minimum, en général on dit des groupes qui peuvent durer 12 à 18 mois en moyenne mais en fonction des objectifs qu'on a, des groupes qu'on a et puis selon le niveau cognitif du groupe en fait.

Tracy : Du coup vous ne travaillez qu'avec des patients qui souffrent de schizophrénie ?

Ergo : Pour l'IPT oui.

Tracy : Et en général ils ont quel âge ?

Ergo : Vraiment population adulte de 18 ans à la cinquantaine, souvent ce sont des jeunes adultes.

Tracy : Les patients, vous décidez de les intégrer à quel moment ?

Ergo : Généralement l'IPT ça arrive après plein d'autres choses qui ont été faites, donc dans le plan de prise en charge c'est pas une indication initiale, c'est vraiment à moyen terme ou à long terme ou sur une fin de prise en charge ; quand c'est à moyen terme c'est parce que c'est de bon pronostic, de bonne indication, mais on essaie de faire d'autres choses avant de mettre en place l'IPT.

Tracy : Comme quoi par exemple ?

Ergo : Tout ce qui peut exister, c'est vraiment indépendant de chaque patient, donc je peux même pas généraliser, tel patient il va falloir travailler d'abord sur les interactions sociales en médiation thérapeutique en amont pendant 6 mois pour être sûr comme ça sur un groupe qui dure longtemps que ça ne soit pas inutile, ça va dépendre de chaque patient. Il y en a certains avec qui il va falloir travailler tout ce qui est mécanisme d'interprétation ou toutes ces choses-là avant de le mettre en IPT, c'est vraiment dépendant de la prise en charge ; chacun n'a pas du tout les mêmes prises en charge, de tout ce qui peut être proposé ici en fait ; après c'est déjà arrivé d'avoir des patients, qu'on les mette en IPT directement c'était des gens de bon profil, le but était de les stimuler avant de retrouver, de rebondir sur un projet personnel, professionnel ou reprise de formation.

Tracy : Donc les patients ont un projet à long terme ?

Ergo : Le projet ça peut être juste de vie, vivre chez eux tout seuls de ne pas travailler et de rien faire d'autre, ça va de reprise de formation à aller faire du yoga une fois par semaine le lundi, à vivre en autonomie dans son appartement, le projet c'est différent de chacun quoi.

Tracy : Quand vous dites qu'ils ont fait des choses avant, interactions sociales et tout, ça aussi on va le retrouver dans l'IPT donc ils l'auront travaillé deux fois du coup.

Ergo : Oui mais c'est pas du tout la même chose de toute manière parce que les interactions sociales d'IPT sont basées sur la dynamique de ce groupe-là, de ce groupe fermé, qui est inhérente à ce groupe, c'est à dire qu'on ne va pas mettre quelqu'un en IPT qui a un gros souci d'interaction sociale, puisque la base de ce programme-là fait que, vu qu'on va travailler pas tout de suite mais les compétences sociales on commence à les travailler qu'à partir du module 4 on a un prémice au module 3 quand même on est obligé d'être sûr des personnes où on sait qu'au niveau des intégrations ça va le faire quand même ; c'est un biais puisque le programme a été conçu pour travailler sur cette dynamique-là quoi, c'est pour ça qu'on va pas faire ça en première indication, quelqu'un va arriver bam l'IPT non ça arrive pas comme ça, l'IPT ça se construit différemment, ça se réfléchit bien en amont, si on veut vraiment qu'il y ait un résultat il faut effectivement être vigilant si la personne, est-ce qu'elle est prête a commencé l'IPT. Après on a d'autres programmes qui durent moins longtemps mais qui ne travaillent pas du tout les mêmes choses, donc souvent ce sont des gens qui ont pu faire TomRemed, parfois en parallèle qui peuvent faire de la remédiation cognitive en indication avec la neuropsychologue, il y a tellement de truc, je peux pas généraliser pour un groupe. Si je prends dans chaque groupe chaque patient, ils vont se retrouver à avoir un parcours différent.

Tracy : Mais les groupes sont plutôt homogènes quand vous les formez ?

Ergo : Les groupes sont homogènes de profil cognitif parce qu'il y a obligatoirement des bilans neuropsychologiques qui sont faits en amont pour former le groupe donc on essaie de

prendre par exemple pour la mémoire de travail des scores homogènes pour que l'apprentissage et l'évolution de groupe se fasse de manière cohérente et simultanée, donc obligatoirement bilan neuropsychologique, profil cognitif de même niveau, on fait des groupe de niveau cognitif, mais ça c'est obligatoire pour comme je disais vu que c'est basé sur une dynamique de cohésion de groupe l'IPT si on a pas un groupe qui est homogène de façon cognitive on peut pas atteindre nos objectifs pour l'ensemble du groupe en même temps.

Tracy : Les patients ont une demande eux en général ou c'est la même que la vôtre : retour à domicile, reprise pro. Etc...

Ergo : Le projet ne vient que d'eux, ça ne vient surtout pas de nous, nous on intervient pas dans le projet, de toute façon c'est le but de la réhabilitation, c'est centré sur le projet du patient et le soignant ne doit surtout pas dérapé sur le pouvoir de décision du patient donc chaque projet est vraiment propre, nous on est juste là pour étayer et pour encourager et pour accompagner s'il y a besoin. Là je suis là pour un groupe et ils ont tous des projets bien différents et ça leur est propre et on peut pas intervenir la dedans.

Tracy : Pourquoi choisir ce programme et pas un autre programme d'habilité sociale ?

Ergo : En fait tous nos programmes sont complémentaires donc c'est même pas pourquoi celui-là plutôt qu'un autre puisqu'il y a un patient qui va avoir fait toute la panoplie des programmes dans sa prise en charge, c'est juste que chaque programme a un temps dans la prise en charge et que ça doit être fait à un certain temps ; après effectivement il y a des personnes qui ne vont pas avoir besoin de l'IPT par ce qu'ils n'ont pas besoin de retravailler tout ce qu'on travaille en détail dans l'IPT tout simplement, il y a des patients avec qui on va pas progresser parce qu'ils n'ont pas de difficulté et avec qui ça va pas être pertinent non plus de repasser par-là c'est juste ça mais on met pas plus IPT qu'un autre programme des fois c'est en parallèle, tu sais, si je prends quelqu'un qui a de l'IPT en ce moment par exemple qui a fait d'autres trucs avant, il fait de l'IPT mais il fait un travail émocart (c'est un truc de l'IREP c'est un travail sur les émotions), il fait un travail avec ergothérapeute/assistante sociale d'organisation, il fait un programme, d'autonomie PRACS, il fait un programme de remédiation les EMC, mais je vais t'en prendre un autre dans le groupe il va faire autre chose, c'est vraiment complémentaire on fait pas IPT tout seul, ou quand on le fait tout seul il y a eu autre chose avant mais généralement il y a toujours une prise en charge parallèle à

l'IPT pour la plupart des patients, ça peut arriver qu'il y en ait un qui vienne que pour l'IPT, mais pour la plupart des patients généralement il y a quelque chose qui a été fait avant ou en parallèle. Et puis il y a des patients qui auront fait IPT et qui vont rester là quand même.

Tracy : Donc ce sont des patients qui auront plutôt un profil avec à la fois des déficits cognitifs et aussi dans tout ce qui est interaction sociale et résolution de problèmes du coup, Avant qu'ils rentrent dans le programme. Ils étaient déficitaires sur tout, même s'il y a eu des programmes complémentaires en général leur plus gros problème sera plutôt cognitif ou plutôt dans les interactions ?

Ergo : C'est un ensemble. Le problème c'est que c'est pareil c'est tellement différent pour chaque patient, il y en a c'est à cause de leur symptomatologie qui est résiduelle et effectivement au niveau des intérieurs ça les mets en difficulté, il faut aussi savoir que même s'ils sont habitués à faire des groupes, c'est un programme qui dure longtemps et ils se retrouvent deux fois par semaine avec les mêmes personnes pendant très longtemps et on leur demande d'intervenir en permanence dans ce groupe à l'oral tout le temps que ce soit pour répondre à des questions, soit pour participer ou quoi, du coup ça leur ramène une confiance en eux qui va leur permettre d'avoir un peu plus d'aisance avec les autres dans leur ici ou dans leur vie extérieure. Ça ne peut pas tout balayer, ça guérit pas mais ça va leur mettre cette confiance en eux, car si les symptômes résiduels sont là il sont toujours là, s'ils sont anxieux à l'idée de téléphoner ils seront toujours anxieux mais ils l'auront entraîné tellement souvent qu'ils seront un peu plus en confiance pour aller voir les personnes. Par contre oui les personnes qui font IPT, elles auront toujours en amont de l'IPT des difficultés mais c'est très différents de certaines personnes aux autres et c'est pour ça que sur certains modules on va toujours se retrouver avec des patients qui auront plus des difficultés sur certains modules et pas d'autres et donc, par exemple, on va faire un module pendant 3-4 mois, on va avoir 2-3 personnes qui vont être vachement en difficulté et le module d'après ça va être d'autres patients qui vont être en difficulté par contre le module 5 gestion des émotions il y a toujours des patients qui vont se retrouver en difficulté parce que c'est tellement projectif ; on parle du vécu des patients bah il y a des patients ça les met énormément en difficulté alors qu'au module d'avant où on fait avec des jeux de rôle, où on les filme, où on fait des scénettes de vie quotidienne et bah ils auront pas du tout été en difficulté, ça dépend vraiment de la charge affective. C'est pour ça d'un module à l'autre on voit des compétences différentes chez chacun, c'est assez difficile de généraliser. Leur

maladie ne se déclare pas du tout pareil, pas les mêmes symptômes, un profil cognitif qui reste quand même homogène mais certains vont avoir plus de difficultés dans un truc que dans un autre, certains vont être habitués dans la résolution de problèmes à trouver des solutions ; certains ils vont même pas chercher de solutions dans leur quotidien donc ça sert à rien de chercher parce qu'ils ne l'appliqueront pas. Ça dépend vraiment de chaque personne. Si je pense au groupe que je suis en train de finir, il y en a certains, ça va être la gestion des émotions finalement ou le plus gros de la difficulté va être là, il y en a certains ça va être dans la communication avant même l'interaction dans la communication tout court, il y en a certains qui vont être en difficulté tout court dès le départ dans les exercices cognitifs simples dès le départ parce que complètement déficitaire. Après la résolution de problèmes est toujours un peu plus difficile c'est l'application en fait qui est plus difficile, c'est l'application dans leur vie quotidienne qui est la plus difficile où ils ont vraiment besoin d'un bon coup de main d'étayage pour le mettre en place.

Tracy : Vous vous organisez comment pour le transfert des acquis ?

Ergo : Ça on le fait au module 6, qui est le module de résolution de problèmes ; on le fait dans le sens où c'est le patient qui ramène sa situation problématique. Quand on amène une situation problématique on accepte ensuite de mettre en place quelque chose si le patient, si vous nous le racontez c'est que vous êtes d'accord pour trouver une solution et la mettre en place, enfin moi c'est ce que j'ai fait là sur ces groupes-là ; je ne l'ai peut-être pas fait sur les groupes d'avant mais j'ai trouvé que c'est plus logique et ça nous est arrivé que le patient dise : ' moi j'ai ce problème là mais je mettrai rien en place'. Bah pas de souci, du coup on la traite pas, on en parle pas, est-ce que vous avez une autre situation problématique et le fait de travailler en groupe, le fait que les parle « tu devrais faire ça, tu devrais faire ça » y a une stimulation qui se fait et soignante mais aussi avec les autres et du coup le patient comme on dit bon vous nous tenez au courant il faut que ça soit mis en place cette semaine ou la semaine prochaine, et en fait comme il doivent pas rendre des comptes au groupe mais un peu parce qu'on demande des nouvelles au groupe alors est-ce que tu as fait ça est ce que tu as fait ça et bah en fait c'est un peu comme si il avait une échéance et qu'il fallait le faire et du coup ça les incite à le faire. Là c'est un peu ce qui s'est passé pour le groupe que je suis en train de faire. Ils sont 8

Tracy : En général, / la moyenne est toujours 8 patients ?

Ergo : Oui, 6 ça dépend, Parce que l'IPT c'est tellement long que tu peux avoir des pertes en fait pour des raisons personnelles, des raisons d'hospitalisation. Moi, ça m'est déjà arrivé que quelqu'un déménage ; tu peux avoir des pertes en général environ 6-8 on dit comme ça

si y en a deux qui partent on se retrouve à 5-6 au moins, mais là sur 8 patients ils ont tous plus ou moins mis en place des choses, mais là on est quand même sur la fin de l'IPT avec un programme en amont derrière quoi.

Tracy : Et pour les autres modules il y a d'autres applications ?

Ergo : Après, les application des autres modules c'est compliqué parce que comme l'IPT a été mis en place avec des sorties intégratives à chaque fin de module pour travailler sur ce qu'on a travaillé au module, en gros... Bon le module 1 c'est des exercices cognitifs ludiques pour mettre en place la dynamique de groupe et aussi pour faire travailler l'attention et tout ça c'est difficile de trouver une sortie intégrative pour le module 1, mais généralement le module 2 c'est la perception sociale et comme on travaille sur la base d'image pour la perception sociale on essaie toujours de trouver un lien, soit les faire aller dans un endroit et leur donner un plan de vue et analyser ce plan de vue-là. Quand on fait le module de communication on essaie de les faire sortir et de leur faire rencontrer un prof quel qu'il soit pour que le patient puisse poser des question adaptées et pertinentes.

Tracy : C'est une personne qui ne sait pas du tout que ce sont des gens qui sont dans un cadre hospitalier.

Ergo : On prévient parce que généralement on prend rdv. Là il y avait un pompier par exemple, donc il faut qu'il prépare parce que c'est le module de la communication, on travaille énormément de choses sur la communication. Le module 4 c'est les compétences sociales, donc généralement on les emmène dans le centre-ville et on leur donne des missions diverses de compétences sociales. Il faut qu'ils s'adressent à des gens dans la rue, à des commerçants, il faut qu'ils gèrent une commande, tout seuls si on boit un verre, qu'ils gèrent de reprendre la commande pour tout le monde, de payer au bar des choses, comme ça donc voilà ce sont les compétences sociales. Le module 5, c'est la gestion des émotions ; on va voir un film, on essaie d'aller voir un film ; ce sont les soignants qui choisissent. Ça va être très intéressant au niveau de l'analyse des émotions puis il y a un débriefe sur ce qu'il ont analysé, sur ce qu'il ont identifié, de quelle manière ils ont perçu le jeu chez les acteurs, et puis le module 6, il n'y a pas de sortie intégrative puisque c'est la résolution de problèmes et à la fin il y a une grande sortie pour clôturer l'IPT. C'est les patients qui l'organisent. C'est une sortie plaisir mais c'est eux qui doivent tout organiser de A à Z au niveau de la gestion du budget, de l'organisation de l'endroit où on va etc...qui doivent appeler. Nous les soignants, on a rien à faire c'est eux qui doivent tout gérer, si y a une billetterie, si y a des places à prendre, donc voilà la mise en application des modules précédents. en fait. C'est un

peu nous, soignants, qui organisons la sortie intégrative mais on fait en sorte qu'il y ait une application de ce qui a été travaillé.

Tracy : Vous voyez vraiment un gros changement au bout des 2 ans ?

Ergo : Le truc en fait il faut faire attention parce que ce n'est pas que l'IPT qui permet le changement. Comme c'est très long comme il y a d'autres choses de faites ,avant et en même temps, on ne peut pas dire que ce n'est que l'IPT. Oui (y a un changement) après est ce que c'est que l'IPT je ne pense pas. Mais oui il y a un changement. En tout cas pour le groupe actuel que j'ai eu en dernier, ça peut paraître hyper contraignant qu'ils doivent venir pendant aussi longtemps, deux fois par semaine, et qu'ils soient vraiment hyper assidus. C'est pareil, s'ils sont pas là il doivent prévenir, ils doivent appeler, alors il y a des ratés, il y en a des fois qui oublient de prévenir mais c'est pareil il y en a qui savent que le groupe les attendait en fait et déjà rien que ça, moi je trouve que c'est quelque choses de positif qu'ils soit vachement assidus sur une durée comme ça alors que c'est contraignant. Déjà je trouve que c'est un truc à mettre vachement en avant, vachement valorisant c'est clair. Est-ce que c'est de l'IPT ou pas, je ne sais pas, mais moi je trouve que souvent quand on leur demande à la fin de l'IPT s'ils sont plus à l'aise en public, souvent ils le disent. Alors moi,, ça l'a pas fait pour ce groupe là mais souvent ils lient des amitiés au sein du groupe IPT. Ce n'est pas arrivé pour mon groupe mais, avec une autre collègue ergo et son groupe, il y a carrément des gens qui en dehors de l'IPT s'étaient liés d'amitié et sont partis en vacances ensemble ou allaient se faire des billards. Moi aussi j'ai eu un groupe IPT qui allait se faire des billards. Ça créé des liens d'amitiés. C'est pas forcément ce à quoi nous, en tant que soignants avec nos objectif bien précis de compétences sociales, on s' attend. C'est vrai que moi ça ne s'est pas passé dans mon groupe mais il y a quand même des choses qui se font : par exemple quelqu'un va parler d'un GEM et, en fait, on apprend la semaine d'après que, à la fin de l'IPT, un patient de mon groupe a été voir la patiente qui avait parler du GEM et lui a demandé : ' Est-ce que tu peux m'accompagner et me montrer où il est' et on l'apprend après et ils nous disent : 'ha bah elle m'accompagné, elle m'a montré ou été le GEM'. On' dit : 'C'est top, vous n'avez même pas eu besoin de nous'.

Tracy : Et donc du coup le temps que ça dure IPT peut être considéré comme un inconvénient ?

Ergo : Je pense que c'est nous qui projetons ça parce que vraiment si on demande aux patients ils vont prendre ça comme toute autre médiation qui va durer 1 an, 1 an et demi celui qui va faire l'écriture pdt un an et demi deux ans, lui aura fait IPT deux fois par semaine pendant un an et demi. Ya certains patients qui vont se dire au début : 'holala oui c'est trop

long, je ne peux pas faire ça pendant 2ans' mais finalement ça se fait ; enfin 2 ans c'est max, c'est vraiment si on insiste sur des trucs, si on a travaillé longtemps sur des trucs mais je pense c'est plutôt un an et demi. A la fin on fait le bilan du groupe, là on va faire le bilan on va voir ce qu'ils disent, mais y a même des patients qui s'empêchent de faire des projets parce qu'ils ont IPT et qu'ils veulent finir IPT. Donc les patients peuvent dire c'est trop long machin sachant qu'on indique une personne par 'l'IPT déjà elle est vue par le médecin qui l'informe de l'IPT, tout un processus parce qu'à chaque fin de module le médecin chef de la structure vient voir les patients mais ça c'est le côté des Canadiens très coaching valorisant : 'vous avez travaillé ça bravo à tous', à chaque fin de module, le médecin se déplace. Ça paraît très long mais il y a une dynamique au sein de ces mois-là, c'est pas quelque chose comme ça de linéaire, il y a tout un truc c'est un programme qui a le même nom mais les modules sont différents les uns des autres donc du coup ça paraît long comme ça sur le papier mais quand ils y sont, ils savent qu'un module se finit. Ils en ont marre au bout d'un moment du même module, ha bah on repart sur un autre, voilà donc du coup c'est moins lassant pour eux aussi , donc ça se fait très bien, 18 mois ça paraît long mais c'est pas plus long qu'une autre médiation où ils seront restés 18 mois dedans.

Tracy : Vous voyez des inconvénients à ce programme ?

Ergo : Alors l'inconvénient qui peut y avoir mais bon je trouve pas qu'il y en ait un c'est sur un côté pratico-pratique parce que c'est un binôme de soignant mais comme tout groupe fermé qui reste le même et qui ne change pas, voilà moi je suis tombée enceinte je me suis retrouvée en congé maternité en plein milieu du groupe IPT. L'encadrement voulait me remplacer pour que ma collègue ne soit pas toute seule, moi j'ai eu de longues discussions avec ma collègue où moi personnellement je ne veux pas que quelqu'un vienne dans notre groupe puisque on est en plein milieu, puisque il y a déjà une dynamique qui s'est faite avec nous deux, donc avec toi aussi est-ce que toi te sens capable de le faire seule (parce que c'est vrai que c'est fatiguant à animer comme toute médiation mais c'est pas pareil qu'une médiation, c'est pas la même attitude thérapeutique parce que, dans les programmes comme ça, on est dans de l'animation et de la co-animation, dans les médiations thérapeutiques c'est pas de l'animation et de la co-animation on est dans une attitude thérapeutique très précise.) Parce que quand on travaille sur un programme d'animation co-animation avec quelqu'un depuis 18 mois on a plus besoin de se dire c'est toi qui anime aujourd'hui, c'est moi qui co-anime ; en fait les choses se font naturellement et on est dans la même dynamique et la même optique de travail, donc elle me dit : si quelqu'un vient je vais devoir tout lui réexpliquer depuis le départ, je vais devoir tout lui réexpliquer, pourquoi je fais comme ça, pourquoi

j'interviens pour ce patient là comme ça, parce que est-ce que c'est lui que je fais parler à ce moment-là, pourquoi est-ce que j'ai dit ça et elle l'a fait toute seule. Clairement elle a été très contente quand je suis revenue et soulagée et c'est même pas un inconvénient parce que c'est comme ça que ça se fait on met pas place pour n'importe quel programme ou médiation à groupe fermé pour quand Intel est malade on la remplace, il faut juste qu'il y ait deux soignants qui peuvent assurer ce groupe pendant cette période.

Tracy : C'était une autre ergothérapeute la soignante avec vous ?

Ergo : Non, une infirmière. Ici au niveau des groupes IPT ça a été Ergo/inf, Neuropsych/ergo, Inf/inf.

Tracy : Et en temps qu'ergothérapeute vous vous situez comment par rapport à l'infirmière c'est quoi la touche qui sera vraiment « ergo ».

Ergo : Comme je t'ai dit l'équipe soignante c'est 9 infirmiers, 3 ergo donc vraiment c'est pour tous ce qu'on fait ensemble, je pense que vraiment la complémentarité ça se complète au niveau des objectifs c'est vrai que nous les ergo on est très dans l'autonomie, c'est vrai qu'on a des attitudes thérapeutiques semi-directives ou voire très autonomisantes et les infirmiers vont avoir des attitudes très sécurisantes et peut-être des compléments après dans les questions qu'on pose, peut-être des attitudes au niveau des patients beaucoup plus sécurisantes de nursing et du coup ça se complète vraiment dans notre vision dans notre façon de faire mais ça se fait naturellement.

Tracy : Vous avez un exemple ?

Ergo : Non mais c'est en général par rapport à notre formation, c'est vrai qu'on est très dans le nous, on va avoir l'impression qu'on aide pas les patients à faire alors que les infirmiers dans leur formation ils aident les patients à faire mais nous on n'aide pas à faire pour autonomiser les personnes. Elles, elles aident à faire pour cette notion d'aider mais nous aussi, on a la notion d'aide, en général c'est juste que nous on laisse faire pour que ça apprenne à le faire et les infirmières qui ont plus cette notion d'accompagner et de faire pour accompagner. Après un exemple précis effectivement j'aurai pas précisément parce que c'est une vision d'approche de soin, c'est un truc qui se fait au quotidien.

Mais par exemple, pour ce qui est du transfert des acquis, je sais que c'est quelque chose qui est très ergo ?

Ergo : Ouai mais comme on est habitué ici, comme on est un centre de jour, comme on a une approche médicale de réhabilitation psychosociale les infirmiers qui arrivent ici et qui sont pas du tout formés se retrouvent dans cette approche et cette vision aussi donc du coup même dans le transfert des acquis, je vois ma collègue (infirmière) qui fait l'IPT est dans la

même dynamique que moi dans la même approche que moi parce qu'aussi l'IPT veut ça aussi un moment donné quand on a compris les objectifs du programme et ce qu'on veut faire avec le patient bah voilà, je te dit la complémentarité se fait sur des choses beaucoup plus fines que ça.

Tracy : Est-ce que vous pouvez voir l'impact de l'IPT sur d'autres groupes par exemple atelier écriture, une meilleure communication de leur émotion par ex. ?

Ergo : c'est difficile parce que, comme je te dit, on en fait pas l'IPT avant de faire autre chose, mais c'est compliqué d'attribuer tout à l'IPT, Oui effectivement on voit des différences mais par rapport à ce qui est fait à l'IPT et ce qui est travaillé en complémentarité. Je vais te donner l'exemple d'un patient de ce qu'il faisait, il faisait TOMREMD de la mosaïque, bibliothèque, un programme de sortie (un groupe de patient qui organisent des sorties qui sont ensemble mais avec des soignants), ils font de l'équi-thérapie, après si je te prends un autre patient rien avoir avec un profil différent, bon lui il fait plus que IPT parce qu'il a fait d'autres trucs avant et qu'il est sur une reprise de formation, si je te prend une autre patiente elle fait de la piscine, elle fait de la relaxation, elle fait un groupe très projectif, photo langage, projectif et expressif, elle fait de l'esthétique et elle fait de l'IPT, enfin tu vois y en a qui ont fait compétences, de toute façon tu as des trucs qui se regroupent parce que nous on a plusieurs médiations ou programmes sur les émotions donc forcément un moment donné dans IPT il y a émotions, s'ils ont fait le groupe compétences donc pareil ils vont retravailler les compétences en IPT mais faut pas prendre ça pour de la redite, c'est de la complémentarité c'est des compléments mais tu vois y a certains patients qui vont avoir fait compétences et après qui vont avoir fait IPT, qui vont avoir fait DIXI LUDO et après IPT, donc tu vois, bon généralement ils font DIXI LUDO avant l'IPT, donc c'est pour ça que c'est difficile de dire est-ce que c'est l'IPT effectivement oui y a forcément un impact c'est sûr.

Tracy : vous avez un moyen de l'évaluer ces impacts dans la vie quotidienne ?

Ergo : tu parles d'évaluation papier ?

Tracy : pas forcément papier, même retour à l'oral, quelque chose pas forcément formelle, même informelle.

Ergo : C'est eux qui nous font le retour. Ils sont capables de nous dire, tu vois par ex pour le module 6 de résolution de problèmes y en a certains qui nous disent d'eux même sans forcément devoir les interroger, : « moi j'ai fait ça de ce qu'on avait parlé moi j'ai fait ça », ils sont capable de faire les retours et souvent c'est nous mais tu sais après c'est pareil y a des patients là ils ont des entretiens infirmiers une fois par semaine ou tous les 15 jours, en

fait ici comme la prise en charge est en équipe et tout ils font pleins de choses en même temps donc il y a des transmissions qui se font tout le temps , donc il y a tel soignant qui va dire « ha tiens ton patient il a fait ça en IPT il m'a dit ça » donc toutes les transmissions se font à l'oral, généralement eux ils nous le disent en fait, ils vont nous en parler bon après c'est pas miraculeux il faut se dire que des fois ça leur fait du bien sur le moment et puis après, derrière, ça peut ne pas se maintenir mais au moins ça aura un bénéfice , parce que tu sais après s'il y a pas de reprise de formation, d'activité extérieure s'il y a pas un GEM derrière, des fois il y a rien, faut pas se dire que ça aura servi à rien parce qu'à défaut de servir à rien après ça aura servi sur le moment ça aura eu un effet positif au moment du programme.

Tracy : Est-ce que vous trouvez que c'est programme complémentaire à votre pratique ?

Ergo : Oui comme je t'en ai parlé par rapport au transfert des acquis du groupe forcément dans la pratique en ergothérapie c'est ce qui est très logique pour nous, de travailler des choses, c'est bien mais il faut que ça ait un intérêt derrière et un impact dans leur vie quotidienne pas pour le module et encore, en psy on parle de remédiation cognitive, en ergo on parle de rééducation cognitive.

Tracy : On m'a même dit que pour l'IPT on ne pouvait pas parler de remédiation cognitive

Ergo : En fait le module 1 c'est de la remédiation cognitive, en fait c'est un groupe qui travaille et les remédiations cognitives et les compétences sociales, donc il s'inscrit dans une approche de réhabilitation psychosociale, mais comme il travaille et la remédiation cognitif et la cognition sociale c'est pour ça qu'on peut pas dire que c'est que de la remédiation cognition, en fait il englobe beaucoup de choses ce groupe-là. Mais effectivement niveau ergo, on est formé à la remédiation cognitive, on est formé au transfert des acquis, et les compétences sociales, donc effectivement je pense que n'importe quel ergo dans sa pratique va se retrouver dans ce programme-là.

Tracy : Du coup en termes de réhabilitation psychosociale comme moi je l'ai appris comme quoi la réhabilitation ça regroupe à la fois tout ce qui est inhérent au patient mais aussi la manière dont l'environnement accueille le patient, donc l'IPT abordera plus le patient que son environnement. L'IPT est un programme de réhabilitation psychosociale...

Ergo : faut faire attention la réhabilitation n'est pas une technique de soin c'est juste une approche médicale

Tracy : C'est une approche médicale mais du coup qui intègre le patient dans son environnement, donc il a besoin d'un environnement finalement accueillant, en tout cas c'est

comme ça que je l'ai compris quand je l'ai lu, quand je dis accueillant, c'est-à-dire non stigmatisant.

Ergo : Oui enfin on essaie de donner au patient comme avec la notion d'empowerment qu'il puisse acquérir une vie satisfaisante tout en vivant avec sa maladie.

Tracy : Et là ma question du coup c'est : l'IPT abordera quel domaine plutôt la reprise d'identité du patient ?

Ergo : On peut en parler un peu au fur et à mesure des modules de la maladie. Moi je sais que j'aime bien quand même faire un lien avec la pathologie, pas les embêter avec ça tout le temps, que par exemple dans la perception sociale, parfois avec la maladie on peut mal interpréter les émotions, qu'avec la maladie on peut se retrouver à plus ressentir les choses. Ya un peu des deux, redonner à la personne le pouvoir de se dire : 'j'ai ces difficultés là, mais en y regardant bien, en réapprenant les situations de façon différente, en me concentrant sur mes émotions et comment je pourrais réagir la fois prochaine, je suis capable de gérer la situation', t'as à la fois effectivement ce que tu dis se reconstruire dans le sens trouver des solutions pour aborder les choses différemment pour pallier à ma problématique de maladie mais aussi c'est des choses à mettre en place dans leur environnement, donc finalement dans ce que tu me dis j'arriverai pas à voir ce qui pèse plus lourd dans la balance, c'est à eux de mettre en place des choses dans leur environnement, le problème c'est que cela ça va pas forcément être dépendant de nous directement peut être à 10% à 90% c'est à eux de le faire, effectivement après ça va avoir plus d'impact sur eux, à leur donner cette confiance effectivement leur dire y a des moyens pour pallier à ces difficultés-là.

Tracy : D'accord donc c'est aussi un moyen de reparler de la maladie

Ergo : Oui après ça dépend de notre attitude en tant que soignant et de ce qu'on attend mais moi je trouve que c'est intéressant de faire des liens sur ce qu'on travaille, pourquoi on travaille, même si on a un groupe et qu'ils n'ont pas tous les mêmes difficultés de base, mettre les points sur les I leur dire qu'ils sont dans un centre de soins, et que ça reste des soins et je pense que c'est important aussi de pouvoir en discuter des fois pour responsabiliser son programme aussi. On a perdu un patient dans ce groupe-là qui avait fait une rechute et qui a été hospitalisé, et il est revenu dans IPT et il arrive au module où il avait été hospitalisé et il dit 'je veux pas le faire je l'ai déjà fait', on a essayé de tout réfléchir, vous savez c'est des soins, c'est important pour vous et ça a pas marcher et on a pas pu aller à son contre même en faisant le lien avec la maladie en lui disant mais vous savez ça va être important pour vous, vous savez bien que vous avez ça, ça comme symptôme mais on a

pas réussi après le tout c'est en groupe quand on est en groupe c'est de faire des liens par rapport aux objectifs sur lesquels on travaille pour les remettre dans ce contexte de soins là.

Tracy : D'accord. C'était tout. Merci.

Utilisation de l'IPT dans la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de schizophrénie

Résumé

Mots clés : Schizophrénie, programme IPT, réhabilitation psychosociale, remédiation cognitive, ergothérapeute.

Il est établi que 85 % des personnes qui souffrent de schizophrénie ont des troubles cognitifs. Ces personnes peuvent avoir des troubles dans leurs compétences sociales, ce qui engendre des difficultés d'intégration. Les ergothérapeutes peuvent utiliser l'IPT (Integrated Psychological Treatment) pour réduire les déficits cognitifs et développer les compétences sociales. L'objectif de cette étude est de comprendre comment les ergothérapeutes participent à la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de schizophrénie à travers l'utilisation de l'IPT. Cette étude a été menée avec quatre ergothérapeutes, qui ont été interrogées sur leur pratique. Ces professionnels ont utilisé ce programme depuis plusieurs années. Les entretiens étaient semi-dirigés et construits à partir d'un guide d'entretien de 15 questions. Ces ergothérapeutes recommandent l'IPT pour des personnes atteintes de schizophrénie et suivies dans une structure hospitalière tel qu'un hôpital de jour, dans lequel elles participent à d'autres activités thérapeutiques. Selon les ergothérapeutes, l'utilisation de l'IPT a montré une réelle amélioration de la qualité de vie des personnes qui souffrent de schizophrénie. Ces personnes développent plus de capacité et une meilleure adaptation à leur environnement. L'IPT contribue donc à l'intégration sociale des personnes qui souffrent de schizophrénie. Cependant, ce type de programme ne peut pas être utilisé seul. Il doit être inclus dans une prise en charge globale du patient.

Abstract

Keywords: Schizophrenia, IPT program, psychosocial rehabilitation, cognitive remediation, Occupational therapist.

It is established that 85% persons who suffer from schizophrenia, have cognitive issues. Furthermore, this people might be having issues in social skills, which has an impact on their social integration. Occupational therapists (OTs) can use IPT (Integrative program of therapy) to reduce cognitive function deficits and develop social skills. The aim of this study is to understand how OTs can use IPT to facilitate the rehabilitation of persons with schizophrenia. This study includes four OTs, who were interviewed on their practice. These professionals have been using this program for several years. The interview was semi-directive with a guide-line based on 15 questions. These OTs recommend the IPT for people with schizophrenia followed in a structure such as a day hospital, attending other therapeutic activities. According to the OTs, the use of IPT showed a real improvement on the quality of life of persons with schizophrenia. These persons develop more skills and better adaptation to their environment. IPT contributes to psychosocial rehabilitation of people with schizophrenia. However, this kind of program cannot be used alone. It should be included in a global patient care approach.