



Cette formation
et cet accompagnement
sont cofinancés par l'Union
européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion
avec le Fonds social européen plus
(FSE+).



**Cofinancé par
l'Union européenne**

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

L'ergothérapeute et le transfert des acquis du programme IPT (*integrated psychological treatment*) vers les activités de la vie quotidienne pour une personne présentant une schizophrénie

Étudiante : MAILLOT Léa

Directrice professionnelle : TREHIOU Caroline

Directrice scientifique : KICHENAPANAÏDOU Laurie

Formatrice référente : TONRU Stéphanie

Mémoire de fin d'études - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Promotion 2020-2023

Remerciement

Dans un premier temps, je souhaite remercier pour ce travail de recherche Madame Kichenapanaïdou et Madame Trehiou pour leur accompagnement tout au long de cette dernière année en ergothérapie, qui clôture ce merveilleux parcours riche en émotions et en expériences à l'IRFE. Je vous remercie infiniment pour le temps que vous m'avez consacré, l'aide précieuse que vous m'avez apportée et pour vos conseils constructifs et bienveillants qui m'ont permis de progresser dans cette démarche de rédaction et de réflexion scientifique.

Je veux également exprimer ma gratitude à toutes les personnes avec lesquelles j'ai pu échanger, celles qui ont contribué à la construction de ce travail. Merci pour le temps précieux que vous m'avez accordé et pour votre confiance.

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille : en premier lieu, à mes parents, mon frère, tous mes proches et mes amis fidèles, qui m'accompagnent, m'aident, me soutiennent et m'encouragent depuis toujours. Merci d'avoir été là dans les bons comme dans les mauvais moments.

Il me tient à cœur aussi de remercier l'équipe pédagogique de l'IRFE pour leur accompagnement, leur pédagogie dans ce parcours de formation en ergothérapie. Grâce à vous j'ai pu découvrir cette merveilleuse discipline qu'est l'ergothérapie et amorcer la construction de mon identité professionnelle. Merci particulièrement à Madame Veyrat et Madame Tonru qui auront été mes deux formatrices référentes. A vous particulièrement je vous remercie pour votre écoute authentique, vos conseils et pour les valeurs transmises.

Merci à Madame Domenjoud, Madame Vasseur, Madame Lerat et Madame Leduc.

Je remercie Madame Zaneguy pour sa patience, sa gentillesse et sa disponibilité pour l'aide apportée dans tous nos travaux et productions de l'IRFE.

Bien entendu, je n'oublie pas mes très chers collègues de promotion avec lesquelles, j'ai évolué durant ces trois années en ergothérapie et avec qui j'ai vécu de riches expériences.

Enfin, je me remercie pour mon investissement, ma persévérance et pour le travail fourni durant ces années d'études.



Cette formation
et cet accompagnement
sont cofinancés par l'Union
européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion
avec le Fonds social européen plus
(FSE+).



Cofinancé par
l'Union européenne

Déclaration sur l'honneur

Je soussignée,

Nom : Maillot

Prénom : Léa

Inscrite en 3ème année à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie dans la promotion 2020-2023, n° de carte d'étudiant : NJ01081742,

- Déclare avoir pris connaissance de la charte du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.
- Déclare avoir pleinement conscience que le non-respect manifeste des règles édictées dans la charte pourra entraîner l'attribution d'une note égale à 0.
- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.
- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.
- Déclare avoir pleinement conscience que tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisine du conseil de discipline de l'IRFE et la déclaration de sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'IRFE.

Date : 05 Mai 2023

Signature :



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussignée Léa Maillot, étudiante en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteure du mémoire de fin d'étude intitulé :

L'ergothérapeute et le transfert des acquis du programme IPT (integrated psychological treatment) vers les activités de la vie quotidienne pour une personne présentant une schizophrénie

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et l'IRFE, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Saint-Denis (974)

Le 05 Mai 2023

Signature





Cette formation
et cet accompagnement
sont cofinancés par l'Union
européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion
avec le Fonds social européen plus
(FSE+).



**Cofinancé par
l'Union européenne**

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'IRFE

Je soussignée Léa MAILLOT, étudiante en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteure du mémoire de fin d'étude intitulé :

L'ergothérapeute et le transfert des acquis du programme IPT (integrated psychological treatment) vers les activités de la vie quotidienne pour une personne présentant une schizophrénie

Autorise l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE) à permettre la consultation de mon mémoire manuscrit.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de mon Institut Régional de Formation en Ergothérapie, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront disponible au sein de l'IRFE de Saint Denis.

Fait à Saint-Denis (974)

Le 05 Mai 2023

Signature

GLOSSAIRE

AMPR : Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de qualité des établissements et services
Sociaux et Médico-sociaux

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AQRP-SM : Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale

C3RP : Centre Ressource en Remédiation Cognitive et Réhabilitation psychosociale de l'Ile
de France

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ESSMS : Etablissement et Service Social ou Médico-Social

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IPT : Integrated Psychological Treatment

IUSMM : Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OEQ : Ordre des Ergothérapeutes du Québec

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Organisation Régionale de Santé

PPH : Processus de Production du Handicap

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Table des matières

Introduction	1
Partie 1 - Cadre théorique.....	3
1. Schizophrénie	3
1.1. Épidémiologie et évolution de l’histoire la maladie	3
1.2. Les symptômes	4
1.3. Le traitement.....	5
1.4. L’impact de la maladie sur les activités de la vie quotidienne	6
2. Réhabilitation psychosociale	8
2.1. Définition.....	8
2.2. Les objectifs en réhabilitation psychosociale	9
3. Ergothérapie en santé mentale, modèles conceptuels et Participation occupationnelle	10
3.2. Ergothérapie en santé mentale.....	11
3.3. L’utilisation du MOH en ergothérapie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale	12
3.4. Ergothérapie et motivation chez une personne présentant des troubles psychiques.....	15
4. Un des outils de la Réhabilitation psychosociale : la remédiation cognitive.	17
4.1. Définition de la remédiation cognitive	17
4.2. Un programme de remédiation cognitive : L’IPT (<i>Integrated Psychological Treatment</i>) ..	18
5. Le transfert	22
5.1. Définition.....	22
5.2. Les différents types de transfert	23
5.3. Favoriser le transfert et la généralisation (Revue s’intéressant aux facteurs influant le transfert)	24
5.4. L’ergothérapie comme levier de la participation du bénéficiaire et soutien à la transférabilité des acquis : les modèles en ergothérapie)	26
6. Problématisation.....	29
PARTIE 2 – Cadre réflexif.....	31
1. Méthodologie.....	31
1.1. Objectifs de l’enquête	31
1.2. La population concernée.....	32
1.2.1. Les critères d’inclusion et d’exclusion	32
1.2.2. Lieux d’enquête et partenaires.....	32
1.3. Choix de l’outil.....	33
1.3.1. Étude de type qualitatif.....	33
1.3.2. Echantillonnage	35
1.4. Description de l’outil.....	35

1.5.	Méthode d'analyse	36
1.6.	Données éthiques et protocoles au regard de la loi.	37
2.	Résultats	37
2.1.	Entretiens.....	37
2.2.	Présentation et analyse des résultats.....	38
2.2.1.	Pôle de questionnaire n°1 : Présentation des ergothérapeutes interrogés	38
2.2.2.	Pôle de questionnaire n° 2 : les séances d'IPT (Integrated Psychological Treatment)	41
2.2.3.	Pôle de questionnaire n° 3 : Notion de transférabilité vers les activités de la vie quotidienne	48
2.2.4.	L'aspect signifiant dans les séances d'IPT	49
3.	Interprétation	52
4.	Discussion	58
4.1.	Limites de l'étude.....	58
4.2.	Perspectives professionnelles.....	59
	Conclusion.....	60
	Bibliographie.....	62
	ANNEXES	72

TABLE DES ANNEXES

- **Annexe 1 :** Représentation synthétique des facteurs qui influencent “le transfert des acquis” d’après l’ensemble des recherches du cadre théorique.....72
- **Annexe 2 :** Bilan des demandes d’entrevue avec des professionnels de santé et paramédicaux.....72
- **Annexe 3 :** Comparaison des animations du programme IPT entre le FAM de la Réunion (version française de Pomini et al. 1998) et l’Hôpital de Jour en France Hexagonale (version québécoise adaptée de Pomini et al., 1998).....73
- **Annexe 4 :** Description des étapes pour résoudre des problèmes personnels dans le quotidien.....73
- **Annexe 5 :** Retranscription de l’entretien mené avec Dimitri (**ergothérapeute du FAM**).....74
- **Annexe 6 :** Grilles d’entretien des deux populations cibles de l’étude exploratoire.....80
- **Annexe 7 :** Résultat d’un questionnaire en ligne de l’enquête exploratoire.....83
- **Annexe 8 :** Les objectifs visés et les intérêts des sous-programmes de l’IPT selon Pomini et al. (1998).....90

TABLE DES FIGURES

- **Figure 1 :** Schématisation des missions de l’ergothérapeute selon L’Ordre des Ergothérapeutes du Québec (2009)12
- **Figure 2 :** Représentation du Modèle de l’Occupation Humaine (MOH) du Centre de référence du modèle de l’occupation humaine de l’Université de Laval (2022).....13
- **Figure 3 :** Représentation du programme IPT (*Integrated Psychological Treatment*) du Centre de recherches de l’IUSMM (2021).....20

- **Figure 4** : Schématisation du Concept *Vulnérabilité-Stress* selon la définition de Rey et Amato, (2019) à partir des travaux de Zubin et Spring.....21
- **Figure 5** : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête.....32
- **Figure 6** : Les 7 types d'entretiens selon Sauvayre (2021).....34
- **Figure 7** : Les pôles de questionnement des entretiens semi-directif.....36
- **Figure 8** : Présentation des ergothérapeutes du Foyer d'Accueil Médicalisé....39
- **Figure 9** : Présentation de l'ergothérapeute d'un hôpital de Jour (France Hexagonale).....39
- **Figure 10** : Animation de la séance d'IPT à la Réunion (Foyer d'Accueil Médicalisé).....41
- **Figure 11** : Animation de la séance d'IPT en France Hexagonale (Hôpital de jour).....41
- **Figure 12** : Les avantages de l'IPT selon les ergothérapeutes interrogés.....44
- **Figure 13** : Les inconvénients de l'IPT selon les ergothérapeutes interrogés ...46
- **Figure 14** : Les axes d'amélioration de l'IPT selon les ergothérapeutes interrogés.....47
- **Figure 15** : La transférabilité du programme IPT selon les ergothérapeutes interrogés.....48
- **Figure 16** : L'aspect signifiant dans les séances d'IPT.....49
- **Figure 17** : Accompagnement en ergothérapie.....51
- **Figure 18** : Lien avec le Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner.....52

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 24 millions de personnes présentent une schizophrénie en 2022. Il s'agit d'un trouble mental où la perception de la réalité est perturbée et désorganisée, la personne atteinte de ce trouble, présente divers symptômes tels que des hallucinations, des délires, notamment des difficultés cognitives et sociales etc. qui viennent fortement impacter son quotidien. En 2021, L'Observatoire Régionale de Santé (ORS) déclare qu'en 2018, on recense 5800 réunionnais en affection longue durée qui présentent une schizophrénie.

Tout cela peut constituer une barrière à la participation de la personne dans ses activités qui par la suite, peut se retrouver en retrait social. Il est donc essentiel d'intervenir sur les difficultés rencontrées afin de favoriser l'intégration de la personne dans la société et de lui permettre de s'épanouir.

Dans les diverses options thérapeutiques proposées à ce public, on retrouve la réhabilitation psychosociale, qui vise l'intégration, l'autonomie et l'indépendance des personnes présentant des troubles psychiques dans la société.

Lors de mon troisième stage en ergothérapie, effectué au sein du foyer d'accueil médicalisé les Trois Cascades (FAM) dans le domaine de la santé mentale, j'ai pu découvrir et participer à un programme de remédiation cognitive : L'IPT (*Integrated Psychological Treatment*).

Selon le centre ressource réhabilitation (2020), l'IPT est « un outil qui associe remédiation cognitive et entraînement des compétences sociales. » Il comprend plusieurs modules à difficulté croissante et est destiné à un public présentant une schizophrénie.

Selon L'Inserm (2017), la remédiation cognitive « consiste à identifier les différentes composantes cognitives altérées par la maladie (troubles attentionnels, mémorisation, exécution...) et à trouver des solutions pour guérir ou contourner ces troubles, à travers des jeux de rôles, des exercices ou encore une éducation à sa propre maladie. »

De manière générale, lors des séances, je me suis rendu compte que les bénéficiaires arrivaient à réaliser les exercices qui étaient demandés dans les différents programmes.

Toutefois, les acquis n'étaient pas forcément appliqués ou réutilisés dans des situations de la vie quotidienne.

De là, des réflexions ont commencé à émerger sur les raisons qui limitent ce transfert. Particulièrement, sur ce que l'approche ergothérapique pourrait apporter spécifiquement à ce public.

Ainsi, ces interrogations m'ont amenées à la question de départ suivante :

Dans le cadre de la schizophrénie, les compétences travaillées en séance de remédiation cognitive avec des ergothérapeutes, sont-elles réinvesties dans les activités de la vie quotidienne ?

Dans un premier temps, nous définirons les concepts théoriques en lien avec le thème de cette étude et ferons un point sur le retour des professionnels sur le terrain.

familial, social, professionnel, scolaire etc. La personne atteinte de schizophrénie peut se faire accompagner, le rétablissement est possible. La finalité est de favoriser la réinsertion dans la société. Les résultats de l'accompagnement peuvent varier selon le niveau de sévérité de la maladie.

1.2. Les symptômes

La schizophrénie est caractérisée par divers types de symptômes qui ont des conséquences plus ou moins importantes sur la personne selon leur expression. L'Inserm (2017) distingue trois catégories de symptômes que l'on peut retrouver dans la schizophrénie.

D'une part, il y a **les symptômes dissociatifs**. Nous pouvons y retrouver :

- Une désorganisation, une confusion mentale
- Une perte de stabilité et une incohérence au niveau de la pensée.
- Un déficit neurocognitif avec des troubles des fonctions cognitives et des fonctions exécutives. (Mémoire, attention, capacités contextuelles, planification de l'action)
- Des difficultés de communication et de compréhension

D'autre part, la personne atteinte de schizophrénie peut présenter des **symptômes positifs** tels que "les délires et les hallucinations et peuvent se traduire en un sentiment de persécution (paranoïa), une mégalomanie, des idées délirantes invraisemblables et excentriques, ou encore des hallucinations sensorielles, souvent auditives (le sujet entend des voix) mais aussi visuelles, olfactives, tactiles ou gustatives." (Inserm, 2017).

Enfin, il existe également des **symptômes négatifs**. Ces derniers ont un impact majeur sur la personnalité de la personne, sa vie sociale, psychique, son comportement et ses émotions. Ils sont caractérisés chez la personne atteinte de schizophrénie par un appauvrissement affectif et émotionnel. La personne adopte progressivement une attitude de retrait de la vie sociale, il peut y avoir un repliement sur soi. Elle communique de moins en moins, elle a une baisse de motivation, d'intérêt. La personne se désinvestit de la réalité.

La schizophrénie est une pathologie dans laquelle il arrive souvent que les personnes n'ont pas conscience de leurs troubles, soit environ 50 à 80 % des personnes présentant une schizophrénie. On parle aussi de troubles de l'*Insight*. (Raffard et al., 2008)⁴.

Les troubles de la cognition sociale sont souvent présents chez des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques. Selon le Centre ressource Réhabilitation, il s'agit d'un « processus qui sous-tend les capacités d'interaction sociale telles que la reconnaissance et la compréhension des émotions, la capacité à inférer les pensées, intentions ou croyances d'autrui (théorie de l'esprit), l'habileté à tenir compte du contexte dans une situation sociale donnée (perception sociale) et à trouver des explications équilibrées concernant les causes des situations positives et négatives dans lesquelles nous sommes impliqués (style attributionnel). » (Centre ressource réhabilitation, 2019)⁵. Selon Moutaud⁶ (2022), **la neuroplasticité** permettrait par le biais de l'entraînement cognitif la réactivation de zones cérébrales déficitaires et ainsi de restaurer les capacités associées.

1.3. Le traitement

La schizophrénie est caractérisée par un dysfonctionnement cérébral au niveau des neurones dopaminergiques. Il existe aujourd'hui, dans la communauté scientifique plusieurs hypothèses sur les causes de ce dysfonctionnement. (Vinckier, 2013)⁷

Selon l'Inserm (2017), dans le cas de la schizophrénie, le traitement médicamenteux principal est **le traitement neuroleptique** (ou antipsychotique). Ce dernier favorise la modulation de la dopamine au niveau du système cérébral et permet à la personne d'avoir une représentation du présent plus ajustée. Celui-ci permet une réduction des symptômes en venant modifier l'activité mentale. « Le traitement neuroleptique ralentit l'emballement psychotique ; à moyen terme, il protège de la sur-implication

⁴ Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P. et Gely-Nargeot, M.-C.(2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique : Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'ENCÉPHALE*, 34(6), 597-605. 10.1016/j.encep.2007.10.008

⁵ Centre ressource réhabilitation. (2019). Cognition sociale dans la schizophrénie : deux profils de cognition sociale identifiés en fonction de la symptomatologie. Réhabilitation psychosociale. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/cognition-sociale-dans-la-schizophrenie-deux-profils-de-cognition-sociale>

⁶ Moutaud, B. (2022). Entraîner les cerveaux schizophréniques. *Terrain*, 76, 64-83. <https://doi.org/10.4000/terrain.23324>

⁷ Vincquier, F.(2013). Déficit de lecture & schizophrénie : mise en évidence d'une dysconnectivité fonctionnelle au sein du système visuel. *L'information psychiatrique* 69(10), 803-810. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8910.0803>

émotionnelle qui est la source de rechute. Mais il ne saurait résoudre les conséquences affectives et sociales qui se répercutent à plus long terme pour les cas sévères»

Selon Vianin (2013)⁸, La littérature scientifique s'accorde aujourd'hui pour dire que les **principaux déficits cognitifs dans la schizophrénie concernent la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives**. Ces derniers peuvent persister malgré la prise d'un traitement médicamenteux. Ces **déficits neurocognitifs sont souvent associés à un retentissement sur le fonctionnement social**. Notamment, le maintien d'un emploi, les interactions sociales, la vie en communauté etc. Ainsi, **le traitement médicamenteux n'est pas suffisant**. Dans le cadre de la schizophrénie, l'accompagnement psychologique et la réhabilitation psychosociale apparaissent comme des éléments essentiels pour améliorer la qualité de vie de la personne atteinte de schizophrénie.

En d'autres termes, la schizophrénie est une maladie mentale dont la conséquence est le handicap psychique. La schizophrénie peut survenir par le biais de facteurs génétiques ou encore de facteurs environnementaux (OMS, 2022). Elle est caractérisée par un dysfonctionnement cérébral, au niveau des neurones dopaminergiques. La personne atteinte de schizophrénie peut présenter des symptômes positifs ou encore négatifs. Dans ce trouble, on retrouve une atteinte des fonctions cognitives. Actuellement, les traitements utilisés sont les neuroleptiques, ces derniers par leur action sur l'activité mentale peuvent participer à une diminution des symptômes. Néanmoins, les déficiences cognitives ont également une place centrale dans la schizophrénie et un impact sur le fonctionnement de la personne. L'approche psychosociale semble donc tout aussi essentielle que le traitement médicamenteux pour y remédier.

1.4. L'impact de la maladie sur les activités de la vie quotidienne

“Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la schizophrénie représente la huitième cause d'incapacité chez les 15-44 ans” (Prouteau, Grondin et Swendsen, 2009)⁹ Les différents troubles et difficultés énoncés précédemment viennent impacter et limiter le bénéficiaire dans la réalisation et la participation aux activités de la vie

⁸ Vianin, P. (2013). *La remédiation cognitive dans la schizophrénie* (1e éd.) Mardaga.

⁹ Prouteau, A., Grondin, O. & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, 1(2), 137-155. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>

quotidienne. La grande majorité des personnes schizophrènes ont des difficultés concernant l'accès à l'emploi, mais aussi pour trouver un partenaire.

En 2009, une étude (Prouteau, Grondin et Swendsen) s'est intéressée à la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie dans les activités de la vie quotidienne. Au niveau de la qualité de vie, les personnes présentant une schizophrénie ont tendance à être plus exposées à l'anxiété et à la dépression. Au sujet de la qualité de vie subjective au quotidien, il en est ressorti que les personnes présentant une schizophrénie étaient moins satisfaites de manière significative par rapport à un groupe témoin, de leur vie en général, de leur relations sociales et familiales. Effectivement, une conséquence majeure de la pathologie concerne *la vie et le fonctionnement social*. (Baudouin, 2009)¹⁰

Dans un échange, il y a la communication verbale mais aussi, le langage corporel. Pour pouvoir interagir de façon adaptée avec une autre personne, cela nécessite donc d'analyser et d'interpréter les signes, les comportements corporels et expressions afin de s'adapter aux messages que nous communique l'autre personne. Cela permet de maintenir l'échange. Ainsi, le décodage de l'expression faciale est un aspect fondamental pour s'adapter dans les échanges sociaux. Effectivement nous pouvons nous dire qu'une interprétation erronée de l'intention de la personne en face, peut conduire à une rupture de l'échange. Or, il se trouve que dans la schizophrénie « Ce déficit de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles est d'ailleurs considéré par certains auteurs comme un marqueur de la schizophrénie. Il est rapporté à toutes les phases de la maladie, aiguë ou de rémission, y compris lors des premiers épisodes schizophréniques. » (Baudouin, 2009).

En définitive, une action essentielle dans l'accompagnement de la schizophrénie serait d'améliorer le fonctionnement psychosocial et le développement des habiletés sociales. Par ailleurs, la réhabilitation psycho-sociale apporte des éléments de réponses et traite ces aspects sociaux pour permettre la réhabilitation de la personne présentant des troubles psychiques dans la société.

¹⁰ Baudouin, J. (2009). Chapitre 7. Fonctionnement social et schizophrénie : les apports d'une approche pluridisciplinaire. Dans C. Hervé (dir.), *Psychose, langage et action: Approches neuro-cognitives* (1e éd., p. 115-135). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.dagog.2009.01.0115>

2. Réhabilitation psychosociale

2.1. Définition

« La réhabilitation est conjointement, un ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne **souffrant de troubles psychiques**, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse, et plus apte à l'accueillir » (Duprez, 2008)¹¹

Cette première définition de Duprez nous permet d'identifier le fait que la réhabilitation psychosociale implique des actions spécifiques pour amener un changement positif et une amélioration à l'attention de deux destinataires : la personne qui présente des troubles psychiques et la société.

Leguay et al. (2008)¹² abordent la réhabilitation psychosociale avec un vocabulaire qui fait écho à l'approche ergothérapique. En effet, la réhabilitation psychosociale peut se définir également comme l'ensemble des actions mises en œuvre dans le but de favoriser l'**autonomie** et l'**indépendance** des personnes souffrant de troubles psychiques dans la communauté. «La réhabilitation psychosociale comporte également **deux volets** (l'un qui s'adresse à la personne et l'autre à la société dans son ensemble)» La notion de *volet* est également intéressante dans le sens où la réhabilitation est divisée en **deux grands axes**, comportant chacun des objectifs et visées différentes.

Ainsi la réhabilitation semble s'adresser à deux publics :

- D'une part, **les personnes présentant des troubles psychiques** qui rencontrent des difficultés sur le plan cognitif, de la cognition sociale, des difficultés sur le degré de conscience de leurs troubles, un impact de leur autonomie etc. Tout cela affectant leur vie quotidienne. La réhabilitation psychosociale vise donc à mettre en place des actions afin de favoriser le rétablissement, le soutien et l'insertion dans la société de ces personnes.

¹¹ Duprez, M.(2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84, 907-912. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>

¹² Leguay, D., Giraud-Baro, É., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C. et Vidon, G. (2008). Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants: Document élaboré et validé par le congrès de Versailles (13 et 14 mars 2008). *L'information psychiatrique*, 84 (10), 885-893. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0885>

- D'autre part, la réhabilitation psychosociale s'adresse également à **la société** afin que celle-ci s'adapte et offre une possibilité d'accueil et d'inclusion des personnes qui présentent des troubles psychiques. Selon Brigitte Bouquet (2015)¹³, le terme d'inclusion "est lié aux processus d'insertion sociale et d'intégration économique, et à la recherche de participation sociale, culturelle et civique des personnes et groupes sociaux."

La réhabilitation psychosociale, en favorisant l'autonomie et l'indépendance des personnes atteintes de troubles psychiques, permet également d'amener un changement des représentations sur le handicap psychique et lutte de cette façon contre la stigmatisation.

La finalité de la réhabilitation psychosociale est **le rétablissement** de la personne malade. Selon l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (s. d.)¹⁴, qui reprend la définition de Lagueux (2007), le rétablissement c'est le fait de **développer son pouvoir d'agir, de reprendre le contrôle de sa vie**, d'avoir conscience de ses capacités, de mieux se connaître. Il s'agit de se détacher de la maladie mentale et de ses limites. C'est le fait **d'espérer une vie meilleure et satisfaisante, où la personne se sent bien**. Notamment, au travers de rôles valorisants dans la société par exemple, de l'atteinte d'objectifs personnels, de ses rêves etc.

2.2. Les objectifs en réhabilitation psychosociale

L'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale (AMPR) conjointement à l'OMS vont dégager des visées principales dans le champ de la réhabilitation. Notamment :

- « réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux ;
- Développement des compétences sociales ;
- Travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- Organisation des actions autour de la place centrale de l'utilisateur ;

¹³ Bouquet, B. (2015). L'inclusion : approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 3(11), 15-25. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0015>

¹⁴ Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. (s. d.). *Rétablissement*. AQR. <https://aqrp-sm.org/documentation-et-references/retablissement/>

- Accompagnement des familles et des proches. » (Duprez, 2008).

Selon Person (2016), **L’ergothérapeute** qui exerce en santé mentale, fait partie des professionnels de santé qui **peut accompagner une personne présentant une maladie psychiatrique** à amorcer le virage vers **la réhabilitation psychosociale**.

3. Ergothérapie en santé mentale, modèles conceptuels et Participation occupationnelle

3.1. Définition générale de l’ergothérapie

Selon L’ANFE¹⁵ (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) (s. d.), l’ergothérapie “mène des actions d’une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d’autre part pour assurer l’accès des individus aux occupations qu’ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.” Selon le Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le Ministère de la santé et des sports, l’ergothérapeute apporte des soins et mène des interventions dans les domaines suivants :

- La **prévention**,
- L’**éducation thérapeutique**,
- La **rééducation**, qui vise à rétablir et récupérer des capacités sur le plan fonctionnel
- La **réadaptation**, qui regroupe les actions qui vont être mises en place pour permettre à l’individu de s’adapter suite à un événement qui a bousculé sa vie et de réduire l’impact dans son quotidien des difficultés éventuelles.
- La **réinsertion**, favoriser la participation et l’intégration de la personne dans la vie sociale, professionnelle etc.
- La **réhabilitation psychosociale**, c’est donner les moyens notamment à une personne présentant des troubles psychiques “de reprendre autant que possible les rênes de sa vie, décider pour soi ; mais aussi agir vers le monde et se reconnaître dans cette action”, d’améliorer et d’optimiser son fonctionnement pour qu’elle puisse s’épanouir. (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le Ministère de la santé et des sports, 2010)¹⁶.

¹⁵ Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (s. d.). *Qu’est ce que l’ergothérapie*. ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

¹⁶ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des

L'ergothérapeute à différents niveaux et selon les situations qu'il rencontre, cherche à supprimer, réduire ou encore compenser les altérations et limitations que peut rencontrer un individu et qui viennent impacter ses activités dans la vie quotidienne. Notamment en touchant à des concepts clé pour l'ergothérapeute c'est-à-dire : l'autonomie, l'indépendance et la participation. Il considère le bénéficiaire dans sa globalité afin de mieux identifier les éléments qui peuvent influencer ses occupations, le but étant de pouvoir proposer un accompagnement adapté. (ANFE, 2013)¹⁷

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, nous ciblons **l'intervention de l'ergothérapeute** dans les actions de **réinsertion** et plus particulièrement de **réhabilitation psychosociale** de la personne présentant une **schizophrénie**.

3.2. Ergothérapie en santé mentale

Dans le domaine de la santé mentale, les troubles psychiques et cognitifs impactent souvent les activités de la vie quotidienne telles que les études, l'emploi mais aussi la capacité à pouvoir entrer en interaction avec l'autre, une exposition au stress, des difficultés de planification etc. L'ergothérapeute évalue les retentissements fonctionnels des troubles sur la situation occupationnelle. Pour agir sur la santé, il utilise des **mises en situation de vie** et **l'activité** pour favoriser l'autonomie et l'indépendance, dans les **activités qui ont du sens** pour la personne. L'objectif est de permettre au bénéficiaire de **développer des habiletés** d'avoir une **qualité de vie satisfaisante** pour le bénéficiaire dans sa vie quotidienne. (ANFE, 2021)¹⁸

« L'ergothérapie doit participer à la reconstitution du lien social par le biais d'une participation active du patient psychiatrique. » (Hernandez, 2007)¹⁹

sports. (2010). *Bulletin officiel*. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf

¹⁷ Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2013). *Données probantes en Ergothérapie*. ANFE. Microsoft Word - Données probantes en ergothérapie ANFE octobre 2013.docx

¹⁸ Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). *Ergothérapie et santé mentale Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie*. ANFE. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf

¹⁹ Hernandez, H. (2007). *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd.). De Boeck Supérieur.

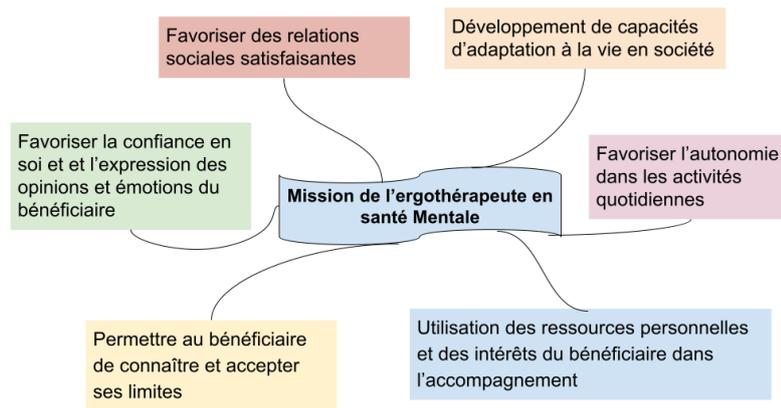


Figure 1 : Schématisation des missions de l'ergothérapeute selon L'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (2009)²⁰

Dans les accompagnements qu'ils proposent, les ergothérapeutes peuvent utiliser des modèles conceptuels qui selon Morel-Bracq (2017)²¹ permettent « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. » Il lui permet d'avoir une certaine approche et un cadre dans sa pratique. Un modèle général qui est souvent utilisé par les ergothérapeutes est le **Modèle de l'Occupation Humaine**.

3.3. L'utilisation du MOH en ergothérapie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale

Les ergothérapeutes développent des modèles spécifiques pour guider leur pratique, dans ces derniers il y a une place plus importante accordée au bénéficiaire. Le but est de favoriser la recherche de ce qui est porteur de sens pour lui et sa participation dans son accompagnement. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) nous paraît intéressant, car il s'agit d'un modèle qui permet une approche holistique du bénéficiaire. Il est centré sur les activités humaines signifiantes et significatives.

L'occupation humaine est décrite par Gary Kielhofner comme « la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique » (Guérit, Lebrault et Lebrault, 2017)²²

²⁰ Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie en santé mentale*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergothérapie-en-santé-mentale.html>

²¹ Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les Modèles conceptuels en ergothérapie*. (2^e). De Boeck Supérieur.

²² Guérit, A., Lebrault, H. & Lebrault, J. (2017). *Rééducation de la motricité des membres supérieurs de l'enfant : les spécificités de l'ergothérapeute*. *Contraste*, 1(45), 111-127. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0111>

Ainsi, les occupations du bénéficiaire rythment et donnent un sens à sa vie et lui permettent de s'adapter aux exigences de la vie en société. Le MOH est un outil de l'ergothérapeute pour guider l'élaboration de moyens qui sont susceptibles de donner au bénéficiaire de l'espoir, de faciliter sa participation active, de l'amener à avoir plus de ressources pour être acteur de sa vie. La finalité étant son rétablissement et sa réhabilitation en société.

Le MOH décrit des concepts clés, le bénéficiaire qui est **l'être occupationnel** (Volition, Habituation, Capacité de rendement) et **l'agir occupationnel** (Participation, Rendement et Hâbiletés), qui sont influencés de manière positive ou négative par **l'environnement**, dans lequel se développe une capacité d'**adaptation**.

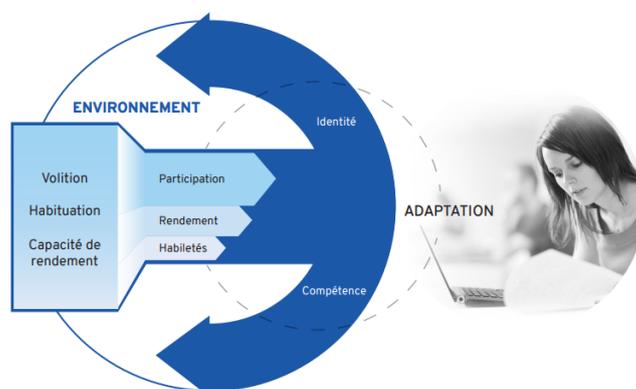


Figure 2 : Représentation du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine de l'Université de Laval (2022)²³.

Le MOH postule que l'environnement physique, social et occupationnel a un impact sur la vie occupationnelle. Dans cet environnement la personne s'adapte. Il s'agit d'un processus dynamique dans lequel chaque élément sont liés. Le MOH permet « une analyse du rendement de la personne et de son adaptation lors de la réalisation de ses occupations, à travers différents environnements (Kielhofner, 2002) » (Bélangier, Briand et Rivard, 2005)²⁴. Dans le cadre d'un programme de remédiation cognitive, il pourrait ainsi permettre à l'ergothérapeute d'évaluer l'évolution du rendement de la personne.

²³ Marcoux, C. (2017). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application*, (5e éd.). Wolters and Kluwer.

²⁴ Bélangier, R., Briand, C., et Rivard, S. (2005). Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Dans M.-J. MANIDI (dir.), *Ergothérapie comparée en Santé Mentale et en Psychiatrie* (1e éd., p.111-158). EESP.

L'être occupationnel dans le MOH est décrit par :

- **La volition** correspond à la motivation du bénéficiaire à réaliser une occupation. Elle dépend de paramètres définis par Gary Kielhofner : les *déterminants personnels*, les valeurs et les *intérêts* de la personne. Elle est variable et influençable par les expériences que la personne fait dans son environnement.

- **L'habitation** se rapporte à l'organisation des occupations du bénéficiaire dans son environnement et de leur intégration dans une routine.

Il y a cette notion de *répétition* qui vient renforcer une occupation, elle permet de diminuer l'énergie, les réflexions... nécessaires pour sa réalisation chez le bénéficiaire. L'occupation devient une habitude. "Les deux conditions essentielles pour développer les habitudes consistent à répéter suffisamment ces actions et à conserver un environnement constant" (Bélanger, Briand et Rivard, 2005)

Ces principes semblent essentiels dans le cadre de la réhabilitation psychosociale pour que la personne intègre les nouvelles stratégies et comportements abordés lors du programme de l'IPT par exemple. Les habitudes de vie donnent un rôle également à la personne dans la société.

- Et enfin **la capacité à fournir un rendement** qui se traduit par la possibilité pour le bénéficiaire d'atteindre ses objectifs en fonction de ses ressources.

Pour Kielhofner, elle dépend de composantes objectives telles que les *structures et fonctions physiques, mentales, le système musculaire, le système neurologique, les fonctions cognitives, les habiletés sociales*, etc.

Mais également, d'une composante subjective qui fait référence au *vécu* du bénéficiaire, son ressenti face à l'expérimentation de l'occupation.

Nous avons vu qu'effectivement ces composantes qui décrivent l'être occupationnel sont influencées par l'environnement. Toutefois, chaque individu en fonction de ses ressources et caractéristiques, qui lui sont propres, va réagir de façon unique aux effets de cet environnement. Selon une capsule vidéo sur l'*Environnement* de l'université de Laval (2021)²⁵, le MOH définit l'*Environnement* comme un ensemble qui comporte des particularités **physiques, sociales et occupationnelles**. Dans le MOH, cet environnement

²⁵ Université de Laval. (2021, 26 février). *Environnement et MOH*. [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=IzWu9jtg4k>

social correspond au support émotionnel, cognitif verbal, physique qui est amené par une personne extérieure, de l'entourage. Dans celui-ci, il y a des types de relation, des attitudes et pratiques de la communauté et de la société.

Une problématique qui est ressortie de **l'enquête exploratoire**, concernait le **manque d'informations et de connaissances sur le programme IPT** et aussi une **non prise de conscience** par d'autres professionnels de santé sur **les aspects transférables du programme**. De ce fait, nous pouvons imaginer que cela peut constituer une **limite** à la reproduction et à **l'exploitation des habiletés sociales** acquises lors des séances, dans le sens où les acquis ne sont pas forcément retravaillés dans l'environnement quotidien du bénéficiaire, et que cela peut participer à avoir un **moyen renforçateur en moins**.

Un des concepts qui nous intéresse fortement dans le MOH est celui de la « **Volition** ». Effectivement, les thérapies des personnes présentant une schizophrénie s'inscrivent dans des durées assez longues. Ainsi, le **maintien de la motivation est fondamental** pour que la personne puisse maintenir son **engagement dans le processus d'accompagnement**.

3.4. Ergothérapie et motivation chez une personne présentant des troubles psychiques

La motivation est un paramètre qui est également ressorti de notre enquête exploratoire. Tout d'abord, sur le fait que le programme IPT (*Integrated Psychological treatment*) est un programme assez chargé et qu'il nécessite un certain engagement de la part du bénéficiaire tout le long de l'accompagnement.

D'autre part, le fait de ne pas expliciter l'intérêt et la finalité de chaque exercice et sur ce que cela peut engendrer dans la vie quotidienne au bénéficiaire peut selon les ergothérapeutes impacter l'engagement du patient.

Le rôle de **l'ergothérapeute** est donc essentiel car il va se reposer sur ce qui est **signifiant** pour la personne et de fait utiliser le **levier motivationnel** adéquat.

L'ergothérapeute cherche "à rendre la personne capable de s'engager dans des activités qui ont un sens pour elle et qui amélioreront sa qualité de vie grâce à des activités significatives" (Morel-Bracq, 2001)²⁶.

²⁶ Morel-Bracq, M.-C. (2001). Activité et qualité de vie, la théorie du Flow. *ErgOthérapies*, (4), 19-26.

“Une activité est **signifiante** quand elle est importante et qu’elle a du **sens pour la personne**, elle est décrite comme **significative** lorsqu’elle a un sens pour **l’environnement social** (Leontiev, cité par Rochex, 1995).” (Morel-Bracq, 2006)²⁷

La motivation “est essentiellement définie comme l’engagement, la participation et la persistance de l’élève dans une tâche (Tardif 1992, p. 91)” (Vianin, 2007)²⁸. Nous pouvons donc dire que l’aspect “*signifiant*”, nous intéresse particulièrement dans la motivation. En effet, en 1992 Pantanella (cité dans Vianin, 2007) décrit la motivation comme « une énergie qui nous fait courir », Nous pouvons penser, que l’énergie se précipite vers quelque chose de positif, d’important pour la personne, où elle a des intérêts. Si nous faisons le parallèle avec l’ergothérapie, nous pouvons nous dire que le bénéficiaire semble plus motivé lorsqu’il a conscience des bénéfices que peut lui apporter un programme de remédiation cognitive. De ce fait, l’envie d’engagement viendrait de lui-même et nous pouvons supposer que cela favoriserait sa participation et une meilleure intégration des apprentissages. L’ergothérapeute peut participer à cette prise de conscience des avantages de la thérapie par le bénéficiaire.

L’activité signifiante : outil de prédilection et génératrice de motivation

Le moyen thérapeutique en ergothérapie est l’activité. L’ergothérapeute est le spécialiste de l’analyse de l’activité. Selon l’Ordre des ergothérapeutes du Québec, il identifie ses composantes physiques, cognitives, affectives et sociales, ce qu’elles mettent en jeu et fait apparaître les intérêts qu’elles peuvent présenter dans l’accompagnement d’un bénéficiaire. Dans son approche, l’ergothérapeute rend l’activité thérapeutique. Il peut favoriser la motivation, en proposant des activités signifiantes pour le bénéficiaire, mais aussi pertinentes au regard des objectifs thérapeutiques fixés en début d’accompagnement. Par le biais de l’analyse d’activité, l’ergothérapeute va venir adapter l’activité, afin de la rendre accessible au bénéficiaire. Mais aussi, la graduer afin d’apporter une perspective d’évolution et un niveau de défi pour permettre une progression et une valorisation du bénéficiaire, venant ainsi renforcer sa motivation.

²⁷ Morel, M.-C. (2006). *Analyse d’activité et problématisation en ergothérapie*. Université Victor Segalen Bordeaux 2. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>

²⁸ Vianin, P. (2007). Chapitre 2. Les définitions de la motivation. Dans P. Vianin, *La motivation scolaire : Comment susciter le désir d’apprendre* (23-25). De Boeck Supérieur.

“L’adaptation de l’activité doit permettre au patient de se lancer des défis, de s’engager réellement dans une activité qui lui tient à cœur, de réussir et ainsi de se redonner de la valeur” (Sureau, 2008)²⁹. D’ailleurs, dans le Modèle de l’Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner, **la Motivation** est un élément essentiel dans la réhabilitation psychosociale des personnes qui présentent des troubles psychiques.

4. Un des outils de la Réhabilitation psychosociale : la remédiation cognitive.

4.1. Définition de la remédiation cognitive

La remédiation cognitive est une thérapie non médicamenteuse qui peut être proposée dans le domaine de la psychiatrie pour des personnes présentant des troubles psychiques, des pathologies mentales... qui ont des répercussions sur leurs activités de la vie quotidienne. Précédemment, nous avons pu voir l’impact de la schizophrénie sur le quotidien. Cette remédiation cognitive en complémentarité avec un suivi pharmacologique et un accompagnement psychologique participent à un accompagnement de qualité pour le bénéficiaire.

La réhabilitation psychosociale cherche à diminuer les troubles et les symptômes afin de favoriser l'autonomie, l’insertion sociale, une meilleure qualité de vie et permettre une valorisation et intégration pour le bénéficiaire. (Amado, Krebs et al., 2011, dans Amado, Alexandre et Prost, 2014)³⁰

La remédiation cognitive cible deux axes principaux :

Premièrement, une approche **restauratrice** qui vise à récupérer et développer les fonctions déficitaires sur le plan cognitif, par le biais d’un entraînement cognitif intense et ciblé. L’objectif est d’améliorer les performances sur une fonction ciblée.

Deuxièmement, une approche **compensatrice** où l’objectif porte sur le développement de stratégies et d’alternatives en se basant sur les capacités préservées du bénéficiaire. Le but étant d’aider le bénéficiaire à résoudre des exercices complexes. La remédiation

²⁹ Sureau, P. (2008). L’activité comme processus thérapeutique. Dans J.M. Caire (dir), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (1e éd., 188-191). Solal Eds.

³⁰ Amado, I., Alexandre, C. & Prost, Z. (2014). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : des principes à sa mise en œuvre. *Le Journal des psychologues*, 315, 16-22.
<https://doi.org/10.3917/jdp.315.0016>

cognitive peut être plus dirigée vers la neurocognition ou encore vers la cognition sociale.

En 2007 et 2011, deux méta-analyses (McGurk et al., 2007 ; Wykes, Huddy, Cellard, 2011) viennent mettre en évidence l'efficacité de la remédiation cognitive. Cette efficacité est globalement significative sur le plan des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives. Aussi, elle n'est pas propre à un programme spécifique. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi d'aborder le **programme de remédiation cognitive IPT** (*Integrated Psychological Treatment*).

4.2. Un programme de remédiation cognitive : L'IPT (*Integrated Psychological Treatment*)

▪ Définitions

L'IPT est une approche de réadaptation sur le plan cognitivo- comportemental. Ce programme s'adresse aux personnes présentant une schizophrénie.

En France, il comporte six modules à complexité croissante. C'est un programme qui semble pertinent car il apporte à la fois un versant sur la remédiation cognitive et aussi une approche psychosociale. Effectivement, il permet le développement et l'entraînement aux habiletés sociales. (Briand et al., 2005)³¹

▪ Efficacité

Bien que l'efficacité de la remédiation cognitive ne soit pas propre à un programme spécifique (réf méta-analyse McGurk, Wykes), des études concernant les effets de l'IPT ont été prises en compte dans une méta-analyse portant sur 1 529 patients. Les résultats montrent des effets significatifs de l'IPT du point de vue cognitif et fonctionnel, indépendants du cadre thérapeutique, des établissements et de la qualité des essais. (Roder, 2011)³²

³¹ Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. & Lesage, A. (2005). Implantation multisite du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. *Élaboration d'une version renouvelée. Santé mentale au Québec*, 30(1), 73–95. <https://doi.org/10.7202/011162ar>

³² Roder, V., Mueller, D. et Franck, N. (2011). Programmes de traitement de la schizophrénie intégrant remédiation cognitive et entraînement des compétences sociales : IPT et INT. *EMC. Psychiatrie*, 8(2), 1–10.10.1016/s0246-1072(11)57927-1

- **Modalités**

D'après la communication scientifique de Dubeau, Salomé & Petitjean (2007)³³, l'IPT est décrite comme une approche thérapeutique de **groupe**, généralement composée de 8 à 12 participants. La fréquence est de **deux fois par semaine**. Les séances ont une durée **d'une heure et demie**, avec une pause de quinze minutes.

La durée prévue pour la réalisation du programme est de **9 à 12 mois**.

Les séances d'IPT doivent au minimum être animées par deux professionnels formés. Le programme a été élaboré par des psychologues, néanmoins il a été pensé pour une approche pluridisciplinaire. Dans une étude, à l'automne 2000, une vingtaine de professionnels de la santé de 9 milieux hospitaliers différents ont suivi et implanté le programme IPT dans leur service. (Briand et al., 2005)

Selon le Centre Ressource en Remédiation Cognitive et Réhabilitation psychosociale de l'Île de France (2019), la formation au programme IPT s'adresse à des professionnels de santé tels que : les médecins, les infirmiers, les psychologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens etc.

Dans les modules sont abordés : la différenciation cognitive, la perception sociale, la communication verbale, les habiletés sociales, la gestion des émotions et enfin la résolution de problèmes.

L'ouvrage "*Thérapie Psychologique des schizophrénies*" (Pomini et al., 1998)³⁴ décrit les étapes de l'IPT dans un certain ordre, suivant un certain protocole. En effet, "Les interventions thérapeutiques se situent sur un axe qui procède du cognitif vers le social, du simple vers le complexe et d'un style d'animation directif vers la discussion ouverte centrée" (S. Obeid, G. Kazour, et F. Kazour, 2012). Il y a donc des principes d'apprentissage préconisés dans le programme IPT (Figure 3).

³³ Dubeau, M.-C., Salomé, F., & Petitjean, F. (2007). Le programme de remédiation cognitive IPT (Integrated psychological treatment) destiné aux patients schizophrènes : Une expérience en hôpital de jour de secteur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.007>

³⁴ Pomini et al. (1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Mardaga

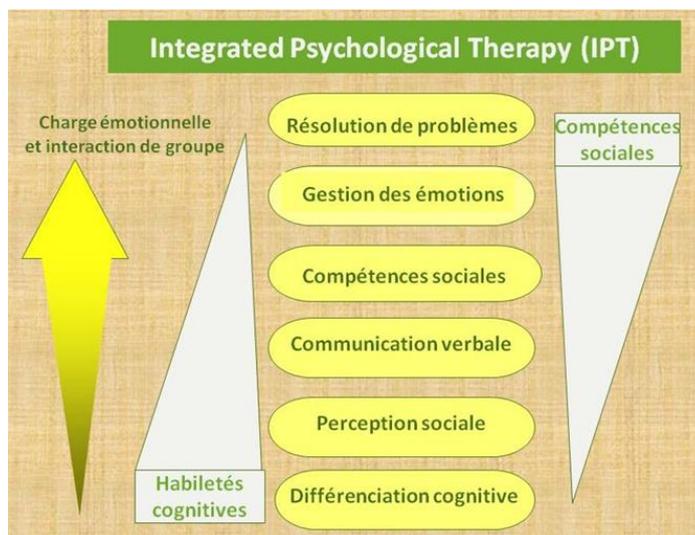


Figure 3 : Représentation du programme IPT (*Integrated Psychological Treatment*) du Centre de recherches de l'IUSMM (2021)³⁵.

Nous pouvons observer l'ordre des différents modules, ainsi que la part des éléments cibles. Notamment, les *habiletés cognitives* sont plus présentes et travaillées au début du programme et enfin les *compétences sociales* qui sont plus prédominantes dans la seconde partie du programme. On observe également une jauge concernant la *charge émotionnelle et l'interaction en groupe*. Effectivement, au début du programme les professionnels animant les séances du programme sont plutôt directifs, le contenu est très structuré, puis au fur et à mesure de la progression dans le programme l'accompagnement devient plus souple et des exercices plus complexes et engageants sont abordés.

Nous pouvons voir que la finalité de l'IPT (*cf.* Figure 3) est : L'acquisition de compétences sociales. Selon, Drozda-Senkowska et Huguet (2003)³⁶ l'acquisition d'**une compétence** implique un enchevêtrement des aspects cognitifs et sociaux : elle est de par sa nature même sociocognitive. Nous avons vu que les troubles cognitifs, les symptômes caractéristiques de la schizophrénie constituent des limites qui impactent les interactions sociales. Par conséquent, venir développer et renforcer les habiletés

³⁵ Centre de recherches de l'IUSMM. (2021). Représentation schématique - programme thérapeutique d'après Brenner & al. 1998. Centre de recherches de l'IUSMM. https://criusmm.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca/sites/criusmm/files/media/image/Schema_europeen_2.JPG

³⁶ Drozda-Senkowska, E., & Huguet, P. (2003). Chapitre 4. Acquisition et régulation des compétences sociales. In *Les sciences cognitives et l'école* (p. 151-212). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.coll.2003.01.0151>

cognitives et les habiletés sociales, permet à la personne d’interagir avec son environnement social avec plus d’aisance et lui offre de meilleures chances d’apprendre et de progresser. Le but est le rétablissement et l’intégration à la société de la personne qui présente des troubles psychiques.

Le modèle Vulnérabilité stress, permet de mieux comprendre le lien entre l’expression de la maladie (symptômes, rechutes etc.) la “vulnérabilité biologique” et “l’intensité des stress” que peut recevoir un individu. Et ainsi, de mieux comprendre l’intervention thérapeutique psychosociale pour accompagner la personne qui présente une schizophrénie. (Rey et Amato, 2019)³⁷.

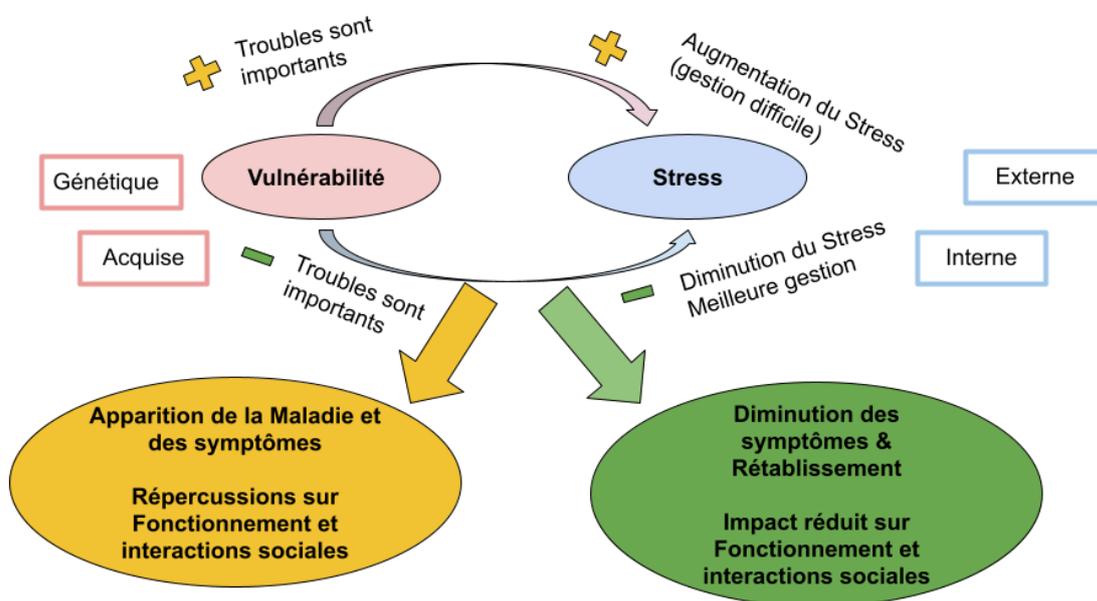


Figure 4 : Schématisation du Concept *Vulnérabilité-Stress* selon la définition de Rey et Amato, (2019) à partir des travaux de Zubin et Spring.

Selon ce modèle, dans le cas de la schizophrénie par exemple, une personne qui présente une certaine vulnérabilité neuropsychologique et son exposition à des facteurs socio-environnementaux stressants peuvent conduire à la survenue de la maladie. Aussi, le dysfonctionnement cognitif augmente les difficultés dans la gestion du stress et peut causer des répercussions sur le fonctionnement social de la personne, ce qui crée donc un cercle vicieux. Les auteurs identifient deux cercles vicieux. Premièrement, un premier cercle vicieux explicite le lien entre **différents niveaux de déficits cognitifs**. En effet,

³⁷ Rey, R. et d’Amato, T. (2019). 36. Modèle stress-vulnérabilité/ gène-environnement. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 243-251). Lavoisier.

des déficits cognitifs des fonctions élémentaires vont impacter des fonctions plus importantes telles que la mémoire, les fonctions exécutives, les fonctions visuo-spatiales, du langage...

Deuxièmement, un second cercle vicieux explicite le lien entre **les troubles cognitifs et l'altération des compétences sociales**. En effet, les dysfonctionnements cognitifs peuvent impacter le fonctionnement social notamment la cognition sociale qui comprend tous les processus mentaux nécessaires à entrer et mener des interactions avec les autres. “Les fondements théoriques de l’IPT s’insèrent dans une compréhension holistique des troubles psychotiques en se basant, notamment, sur le modèle vulnérabilité-stress. Les fondateurs ont enrichi le concept de « vulnérabilité », en insistant sur le lien d’interdépendance entre les dysfonctions cognitives et sociales.” (Centre de recherches de l’IUSMM, 2021).

Bien qu’acceptant l’existence d’une interdépendance entre facteurs comportementaux, émotionnels et cognitifs, les thérapeutes de ce mouvement considèrent les facteurs cognitifs comme les principaux responsables du « désajustement » psychologique. En effet, la modification des conduites et émotions inadaptées suppose la correction ou restructuration des contenus de la pensée ou des cognitions sous-jacentes.

Pour résumer, l’IPT peut participer à réduire et à compenser les troubles de la cognition et de la perception des bénéficiaires. L’approche IPT amène une montée en compétence et un entraînement au niveau des compétences sociales, des comportements et capacité de communication, une meilleure gestion et compréhension de ses propres émotions et celles des autres. Elle apporte au bénéficiaire des éléments et ressources pour pouvoir analyser une situation problématique et y répondre, etc. Le but étant de réduire et de compenser les difficultés rencontrées par le bénéficiaire sur le plan cognitif et social dans la vie de tous les jours. (cf. Annexe 8)

5. Le transfert

5.1. Définition

Selon Wexley et Latham (1981), le transfert représente « le degré auquel les participants appliquent les connaissances, compétences et attitudes acquises en formation dans leur activité professionnelle » (Devos et Dumay, 2006)³⁸

³⁸ Devos, C. & Dumay, X. (2006). Les facteurs qui influencent le transfert : une revue de la

“La capacité de mettre en œuvre des savoirs ou des savoir-faire, appris dans une situation donnée, dans un contexte nouveau” (Barth, 1993 ; in Vianin, 2009)³⁹

Dans la recherche de définitions du terme transfert, nous gardons la notion de “degré” apportée par Wexley et Latham (1981) car celle-ci spécifie le fait qu’il y a différents niveaux d’application des connaissances.

Nous gardons également la notion de « mise en œuvre » de Barth (1993). Car celle-ci fait référence à l’application concrète des acquis.

Ainsi donc, dans ce mémoire la notion de transfert représente le point clé où les compétences apprises en thérapie cessent d’appartenir uniquement à la sphère individuelle et sont réinvesties et mises en œuvre dans d’autres contextes, notamment dans les activités de la vie quotidienne. Celui-ci peut se faire à plusieurs niveaux. (cf. Annexe 1)

5.2. Les différents types de transfert

Dans la littérature, on retrouve deux types de transfert : horizontal et vertical.

Selon Vianin (2013), le **transfert horizontal** consiste à l’application des connaissances dans une nouvelle situation mais qui nécessite le même niveau de difficulté que la situation dans laquelle on a appris.

Alors que le **transfert vertical** lui, c’est l’application d’une compétence acquise dans un nouveau contexte, “plus large et plus complexe”. C’est la théorie selon laquelle pour développer et maîtriser une habileté complexe, il faudrait d’abord maîtriser des habiletés plus simples. Cela correspondrait donc à un apprentissage avec des niveaux de difficultés croissante. Ainsi, cette définition rejoint également la méthode d’apprentissage utilisée dans le protocole de l’IPT qui comprend une hiérarchisation des exercices et donc des apprentissages, dans les différents modules.

littérature. *Savoirs*, 3(12), 9-46. <https://doi.org/10.3917/savo.012.0009>

³⁹ Vianin, P. (2009). Chapitre 5. Le transfert et la généralisation des apprentissages. Dans P. Vianin (dir.), *L’aide stratégique aux élèves en difficulté scolaire: Comment donner à l’élève les clés de sa réussite ?* (1e éd., p.175-190). De Boeck Supérieur.

5.3. Favoriser le transfert et la généralisation (Revue s'intéressant aux facteurs influant le transfert)

Nous pouvons donc nous interroger sur les éléments qui pourraient influencer “Le transfert” car en effet le but est que les bénéficiaires puissent utiliser les compétences et les acquis vu dans le programme IPT dans leurs activités de la vie quotidienne. Le transfert a lieu d'exister lorsqu'il y a une amélioration du fonctionnement général des bénéficiaires et qui est maintenue dans le temps et dans un autre contexte que les séances du programme. Il est donc un point clé dans le processus de la réhabilitation psychosociale.

Revue qui s'intéressent aux facteurs influant le transfert

Une étude a été réalisée en 2005 par Briand et al.⁴⁰ au Québec, le but de celle-ci était d'évaluer l'implantation du programme IPT sur plusieurs sites cliniques en santé mentale, qui accueillent des personnes atteintes de schizophrénie. Les objectifs qui nous intéressent particulièrement dans cette étude étaient :

- L'évaluation de l'efficacité du programme IPT
- L'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires et des intervenants au sujet de l'utilisation de l'IPT.
- L'adaptation du modèle au contexte québécois

Il en est ressorti que la principale préoccupation des professionnels animant l'IPT portait sur l'insuffisance de liens et de moyens concrets permettant le maintien et la généralisation des apprentissages dans la vie quotidienne. Les participants au programme ont également soulevé la volonté que l'aspect pratique et que les mises en situation soient plus développées.

C'est pourquoi au Québec, une nouvelle version du programme IPT a été créée avec l'ajout de **nouvelles modalités thérapeutiques** qui viennent répondre à ce besoin de favoriser le transfert des acquis. Dans les exercices de ces nouveaux modules, la

⁴⁰ Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., Lalonde, P. & Lesage, A. (2005). Implantation multisite du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée. *Santé mentale au Québec*, 30(1), 73–95. <https://doi.org/10.7202/011162ar>

notion de niveaux de difficulté progressive est maintenue. Les nouvelles modalités sont les suivantes :

- **Exercices à Domicile** : Ils consistent à mettre en application dans leur contexte de vie réel du bénéficiaire les compétences qui ont été travaillées en séance d’IPT.
- **Sorties d’intégration** : elles permettent la mise en application des compétences travaillées dans un contexte de vie réelle. Elles sont spécifiquement intégrées au programme IPT. Le but est de s’éloigner du cadre de la séance classique et d’expérimenter les acquis dans un autre contexte, pour favoriser l’apprentissage.
- **Relances** : Il s’agit de séances supplémentaires, dont le but est de favoriser la pérennisation des acquis. C’est aussi des temps qui permettent de revenir sur des modules ou exercices qui ont été moins compris ou encore ceux où des difficultés persistent.

Ainsi, ces modifications semblent participer à une amélioration de la performance du programme. Tout en restant dans le cadre de l’IPT avec sa structure et ses principes spécifiques, les nouvelles modalités offrent des possibilités d’adaptations et de souplesse par les relances. Par les sorties d’intégration et les exercices à domicile, elles permettent de varier l’environnement en faveur du renforcement et du développement des acquis et également de l’aspect signifiant (Le domicile qui est un environnement personnel et intime).

D’autre part, un autre article vient soutenir l’intérêt d’une intervention à domicile. L’intervention est menée selon un modèle de devoirs à domicile collaboratif entre le thérapeute et le bénéficiaire dans le domaine de la santé mentale. Dans cette étude, l’accès est davantage tourné vers l’intérêt d’une collaboration entre l’ergothérapeute et le bénéficiaire en dehors des séances conventionnelles dans une institution, ou encore une structure. (Luboshitzky et Gaber, 2000)⁴¹. Le bénéficiaire établit avec l’ergothérapeute des objectifs et il a des exercices à réaliser à son domicile pour les atteindre. Ce changement de contexte et de procédé semble favoriser dans la littérature scientifique, l’efficacité, améliorer l’indépendance et promouvoir un transfert

⁴¹ Luboshitzky, D. et Gaber, Lee B. (2000). Modèle de devoirs thérapeutiques collaboratifs en ergothérapie. *Ergothérapie en santé mentale*, 15(1), 43-60. 10.1300/J004v15n01_03

positif des acquis. Selon Ham mell (1998) et Phillips & Johnson, 1972) (cité dans Luboshitzky et Gaber, 2000), ce procédé génère de la motivation et de l'engagement de la part du bénéficiaire. Celui-ci est valorisé par le fait qu'il puisse participer à son accompagnement. A nouveau, **l'intervention à domicile** semble être un élément pertinent dans le transfert des acquis.

5.4. L'ergothérapie comme levier de la participation du bénéficiaire et soutien à la transférabilité des acquis : les modèles en ergothérapie)

Selon la CIF (2001)⁴², l'activité est l' « exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose ». Comme décrit précédemment dans la partie concernant l'ergothérapie, l'activité est l'outil central de l'ergothérapeute. Celui-ci va l'utiliser comme moyen pour aider, favoriser les progrès chez le bénéficiaire : l'activité devient thérapeutique.

En 1997, selon Blouin et Bergeron, l'activité thérapeutique est une « activité qui aide les personnes ayant des incapacités dans leur relation avec leur entourage et qui leur apprend à résoudre leurs problèmes spécifiques. »

L'usage de l'activité par l'ergothérapeute a donc une action thérapeutique. Face à une personne qui rencontre une difficulté, des limitations qui la restreint dans ses activités, une action clé de l'ergothérapeute par l'utilisation de l'**activité** est de permettre une amélioration de **la participation** du bénéficiaire. Cela signifie qu'il peut s'engager et réaliser des actions dans sa vie quotidienne. Effectivement “Le but principal de l'ergothérapie est la participation des gens dans leurs occupations.” (WFOT, 2010)⁴³

Selon la CIF “la participation signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle”. Le développement des concepts d'autonomie et d'indépendance se traduit bien par la notion d'**engagement** dans les occupations.

Nous avons pu voir que les troubles dans la schizophrénie avaient un impact sur le fonctionnement social et sur les activités de la personne.

L'ergothérapeute va donc chercher à développer et favoriser **la participation sociale** et **la participation occupationnelle**. Dans le Processus de Production du Handicap (PPH),

⁴² Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. OMS.

⁴³ World Federation of Occupational Therapists. (2010). *La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. WFOT. <https://www.wfot.org/checkout/19067/24234>

la participation sociale représente “la réalisation d’activités courantes et/ou de relation sociale” (Caire, Criquillon-Ruiz, Joubert, Vienne et Sorita, 2016)⁴⁴. L’ergothérapeute dans son accompagnement va considérer les capacités de la personne, les caractéristiques de l’occupation, les éléments de l’environnement en ergothérapie sont en faveur de cette participation. L’aspect signifiant doit aussi être considéré dans les activités car comme nous l’avons déjà abordé, il est une source de motivation et d’engagement du bénéficiaire. Dans le MOH, la participation physique, sociale etc. vont venir favoriser ou au contraire limiter la participation sociale. L’ergothérapeute va donc proposer un plan d’intervention adapté et construire des objectifs avec la personne pour changer la situation.

Ainsi la participation c’est pouvoir : réaliser ses activités de la vie quotidienne, exercer ses rôles sociaux, pouvoir interagir avec les autres et prendre part à la vie en société.

L’ergothérapeute lorsqu’il anime une séance du programme IPT, la séance ici étant considérée comme une activité thérapeutique, apporte des moyens et des ressources dans le but de favoriser la participation du bénéficiaire dans son quotidien.

- Lors de l’**enquête exploratoire**, nous avons pu diffuser un questionnaire (cf. Annexe 7) destiné aux professionnels de santé qui exerçaient auprès d’un public présentant une schizophrénie et participant au programme d’approche cognitivo-comportemental IPT (*Integrated Psychological Treatment*). Le but était de les questionner sur le transfert des acquis du programme vers les activités de la vie quotidienne. Quatre personnes ont répondu et tous étaient ergothérapeutes (2 de la France hexagonale - 2 de La Réunion). Deux entretiens ont également été conduits auprès de deux ergothérapeutes de La Réunion. Ces derniers soulèvent des points qui viennent limiter le “ transfert” :

- L’exploitation des habiletés et compétences travaillées dans le programme n'est pas favorisée par l’environnement du bénéficiaire (notamment social)
- Un manque de connaissance du programme IPT
- Un manque de mises en situation réelles des exercices travaillés en séances.

⁴⁴ Caire, J.-M., Criquillon-Ruiz, J., Joubert, C., Vienne, M., & Sorita, É. (2016a). Chapitre 28. Une approche de la participation sociale des personnes en situation de handicap : Présentation d’un nouvel outil d’exploration du milieu de vie : E3: In *Agir sur l’environnement pour permettre les activités* (p. 425-439). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0425>

Ce programme étant souvent mené dans des structures qui visent la réhabilitation psychosociale dont le but essentiel est de favoriser le rétablissement de la personne qui présente des troubles psychiques et son inclusion dans la société. Il est donc primordial que les acquis vus dans le cadre du programme soient appliqués dans les activités de vie quotidienne pour que l'action ne soit pas vaine, qu'elle soit utile et bénéfique pour la personne.

Dans ses accompagnements, l'ergothérapeute utilise "les mises en **situation écologique**" pour permettre au bénéficiaire de mettre en pratique et d'expérimenter une nouvelle aide technique, des stratégies etc. "L'évaluation écologique va permettre d'aider la personne à prendre conscience de ses difficultés et de son potentiel et donc impulser une dynamique de changement" (Caire, Margot-Cattin, Schabaille et Seené, 2012)⁴⁵. La mise en situation permet une évaluation de la situation par l'ergothérapeute qui va par la suite adapter et réajuster son accompagnement. La mise en situation écologique se définit par "Les tâches et les activités que la personne réalise dans son contexte de vie habituel". L'ergothérapeute cherche à "améliorer la participation dans un contexte habituel".

Ainsi, en ergothérapie les mises en situations écologiques constitueraient des pistes intéressantes pour évaluer de manière objective un éventuel **transfert dans le quotidien** du bénéficiaire. Par ailleurs, il y a aussi la méthode d'apprentissage qui influence l'apprentissage. En effet, "Vygotski accorde une grande importance à l'alternance entre des apprentissages socialement régulés (travail de groupe de pairs ou travail sous tutelle) et des apprentissages autonomes pour intérioriser les acquis (travail individuel)." (Moal, 2009)⁴⁶.

⁴⁵ Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seené, M. (2012). Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie: In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157-177). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>

⁴⁶ Moal, A. (2009). *La question du transfert des acquis dans les médiations cognitives*. Académie de Grenoble. http://www.ac-grenoble.fr/ais74/IMG/article_PDF/La-question-du-transfert-des_a161.pdf

6. Problématisation

Selon l'Inserm (2017), la schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique qui fait partie des psychoses. Elle est caractérisée par des perturbations des fonctions mentales qui touchent à la sphère comportementale, affective, cognitive, émotionnelle, personnelle (estime et l'image de soi). Il y a généralement une désorganisation de la pensée, qui peut s'accompagner de symptômes (positifs, négatifs, ou encore dissociatifs) qui varient d'un individu à l'autre. Ces difficultés impactent le fonctionnement de la personne dans ses activités de la vie quotidienne telles que l'emploi, les relations interpersonnelles sur le plan familial, amoureux ...

Pour permettre l'inclusion des personnes présentant des troubles psychiques, le concept de "réhabilitation psychosociale" a émergé, celui-ci regroupe un ensemble d'outils de soins qui vise le rétablissement des personnes qui présentent des troubles qui touchent à leur santé mentale. Le rétablissement étant la progression vers une meilleure qualité de vie, qui soit satisfaisante et épanouissante, pour une personne malgré qu'elle soit atteinte d'un trouble mental (Gouvernement du Québec, 2022)⁴⁷. Pour la schizophrénie, un des outils de la réhabilitation psychosociale, est la remédiation cognitive.

Le programme IPT (*Integrated Psychological Treatment*) est une approche cognitive comportementale qui cible la réadaptation cognitive et le développement des compétences sociales est couramment proposé en France pour la schizophrénie. L'ergothérapeute ainsi que d'autres professionnels de santé peuvent animer les séances (C3RP, 2017)⁴⁸.

L'ergothérapeute a son approche globale de la personne. Sa mission est de lui permettre de maintenir la réalisation autonome et indépendante des activités qui ont du sens pour elle et son environnement social. Il semble donc avoir pleinement sa place dans l'accompagnement de la personne présentant une schizophrénie. Il cherche à favoriser la participation du bénéficiaire. Son expertise sur l'activité et ses composantes, sur l'environnement... participe selon nous à une approche bénéfique pour l'accompagnement du bénéficiaire.

⁴⁷ Gouvernement du Québec. (2022). *Se rétablir d'un trouble mental*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/se-retablir-maladie-mentale>

⁴⁸ C3RP. (2017). *Formation ipt (Thérapie Psychologique Intégrée)—Automne 2017*. C3RP. <https://c3rp.fr/formation-ipt/>

Dans notre enquête exploratoire ainsi que dans nos recherches, il est ressorti que la généralisation des acquis, des compétences travaillées dans le programme IPT dans les activités de la vie quotidienne auprès du public schizophrène, n'était pas toujours évidente.

Effectivement, la notion de transfert est particulièrement complexe et peut être influencée par différents facteurs (positifs ou négatifs).

Ainsi, à l'issue des recherches des concepts et de l'enquête exploratoire, nous choisissons de développer davantage le concept de transfert, de la remédiation cognitive au travers du programme IPT, en ergothérapie auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Nous souhaitons donc poser la problématique suivante :

Comment est-ce que l'ergothérapeute dans le cadre de la formation IPT a une action sur le transfert des acquis vers les activités de la vie quotidienne, pour une personne présentant une schizophrénie ?

Les principales hypothèses répondant à cette question ont été fondées sur les entretiens exploratoires et les données théoriques :

Hypothèse 1 : “Les mises en situation écologiques dans des contextes autres que les séances d'IPT favorisent le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne”.

Hypothèse 2 : “L'aspect signifiant de l'intervention du programme IPT amené par l'ergothérapeute favorise le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne.”

Nous envisageons de contacter les structures pratiquant l'IPT à la Réunion et les structures en France hexagonale qui ont répondu au questionnaire pour la suite de l'étude.

PARTIE 2 – Cadre réflexif

1. Méthodologie

1.1. Objectifs de l'enquête

Ce travail d'initiation à la recherche porte sur le rôle de l'ergothérapeute auprès d'une population qui présente une schizophrénie sur le transfert des acquis d'un programme de remédiation cognitive spécifique : L'IPT (*Integrated Psychological Treatment*) vers les activités de la vie quotidienne.

Les objectifs principaux de cette enquête sont d'identifier d'une part, **l'approche, les méthodes et moyens spécifiques utilisés par l'ergothérapeute** pour favoriser le transfert des acquis du programme IPT vers les activités de la vie quotidienne, et d'autre part, **l'intérêt des mises en situations écologiques dans le programme IPT**. Pour cela, nous allons au travers des échanges avec les ergothérapeutes travaillant en santé mentale à :

- **Mettre en lumière le rôle particulier de l'ergothérapeute** dans l'utilisation de *l'aspect signifiant* et la création de *leviers motivationnels* dans l'accompagnement d'une personne qui présente une schizophrénie et qui participe au programme IPT.
- **Identifier les méthodes et moyens utilisés par l'ergothérapeute** pour optimiser et valoriser les interventions du *programme IPT dans le quotidien des bénéficiaires*, permettre que les acquis du programme soient plus **signifiants et mobilisables**. Cela favoriserait *la généralisation des acquis dans le quotidien* des bénéficiaires.
- Dans cette continuité, **examiner l'intérêt et l'utilisation des situations écologiques** pour le transfert des acquis, dans le cadre du programme IPT par les ergothérapeutes.
- Mais encore, il s'agira aussi d'**identifier le point de vue des bénéficiaires** sur la **transférabilité des acquis dans leur quotidien**. Le but est d'aborder leur **vécu** des séances d'IPT, afin d'identifier d'éventuelles difficultés rencontrées, des besoins, voir l'efficacité du programme pour eux, les avantages et les obstacles etc.

Pour synthétiser, nous cherchons à mettre en évidence :

- Les pratiques des ergothérapeutes dans le programme IPT, davantage à la Réunion et, en second plan, en France métropolitaine.

- Faire un point sur le déroulement des séances (Les moyens)
- Identifier le vécu et les effets de l’IPT (Transférabilité et aspects signifiants) sur la vie quotidienne des bénéficiaires
- Identifier de potentielles limites au transfert des acquis et les axes d’amélioration du programme IPT

1.2. La population concernée

1.2.1. Les critères d’inclusion et d’exclusion

Pour notre étude, nous nous intéresserons à deux populations :

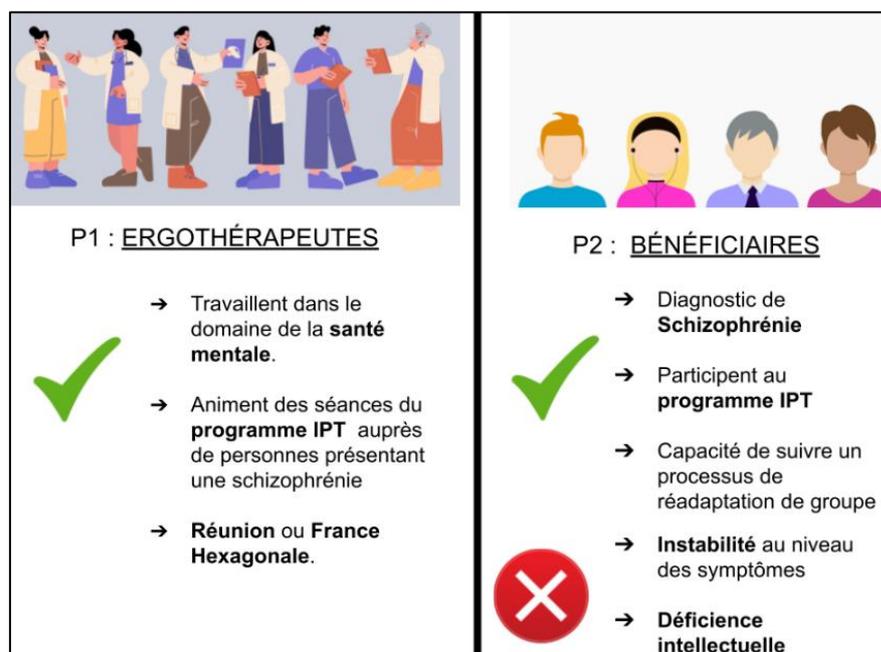


Figure 5 : Critères d’inclusion et d’exclusion de l’enquête

1.2.2. Lieux d’enquête et partenaires

L’enquête de ce mémoire s’adresse aux structures qui pratiquent l’IPT auprès d’un public présentant une schizophrénie. A la Réunion, il y a actuellement deux structures qui proposent le programme IPT :

Le Foyer d’Accueil Médicalisé (FAM) les trois cascades à Saint-Benoît et le Centre Médico-Psychologique (CMP) de Saint-Joseph.

Compte tenu du nombre limité de structures en santé mentale, et d'autant plus celles pratiquant l'IPT à **La Réunion**, nous ouvrirons également cette recherche en **France hexagonale**. Cela nous permettra de comparer la diversité d'approches et de pratiques, selon le type de structure et la zone géographique. Les partenaires et structures actuellement envisagés pour cette recherche seraient :

- Le Docteur Christen Ludovic, responsable de la formation au programme IPT à La Réunion. Afin d'identifier des structures sur l'île ou en France hexagonale qui animent des séances d'IPT.
- Le FAM « Les trois cascades » de la fondation Père Favron de Saint-Benoît où il y a des ergothérapeutes ainsi que des bénéficiaires qui répondent aux critères de l'enquête.
- Le CMP de Saint-Joseph. Les professionnels formés au programme dans cette structure ne sont pas des ergothérapeutes. Ils n'entrent donc pas dans les critères d'inclusion de l'enquête. Toutefois, il y aurait des bénéficiaires qui eux peuvent participer à la recherche.
- Des professionnels qui exercent ou qui ont été formés au programme IPT Centre Ressource en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale d'Île-de-France, comprenant deux ergothérapeutes qui ont participé à la phase d'enquête exploratoire.
- Des professionnels qui exercent ou qui ont été formés dans Centre référent de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive de Lyon.

Le **courriel électronique**, les **appels téléphoniques**, les **services de messages courts** et des **entretiens** directement dans les structures concernées, seront nos moyens pour présenter notre travail et formuler une demande de participation à notre recherche, à la Réunion et en France Hexagonale. Pour des raisons logistiques, nous réaliserons des **entretiens en visioconférence** pour les ergothérapeutes exerçant en France Hexagonale.

1.3. Choix de l'outil

1.3.1. Étude de type qualitatif

Parmi les nombreuses méthodes de collecte de données, l'entretien est respectivement une **méthode qualitative** qui suit une démarche scientifique, il permet le contact direct avec la personne qui est interviewée. Il y a une relation dynamique qui s'installe. Celle-ci favorise une expression spontanée et personnelle du bénéficiaire ou de l'ergothérapeute sur le sujet de l'enquête. L'intervieweur qui fait la recherche a la possibilité, via cet outil, de permettre un

développement des éléments évoqués par le bénéficiaire ou l'ergothérapeute, qui lui semble pertinent dans sa recherche, et au contraire de recentrer l'échange. Le fait d'être en contact direct permet de considérer le langage non verbal du bénéficiaire ou de l'ergothérapeute, les émotions, de vérifier la bonne compréhension des questions et de pouvoir ajuster si nécessaire. En effet, "la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement" (Aubin-Auger et al., 2008)⁴⁹

La population cible de notre recherche est spécifique et peu présente sur l'île de la Réunion, **une approche quantitative est donc difficilement envisageable** car il faudrait 30 participants pour chaque outil. Selon un article de Kohn et Christiaens (2014)⁵⁰, en 1998, Creswell suggère l'utilisation de la recherche qualitative dans un environnement naturel, où le chercheur est l'outil même de son étude. Par cette démarche inductive, il met en évidence ce qui est important, ce qui a du sens pour les personnes qui participent à la recherche et favorise l'expression. Cela permet une meilleure compréhension de leurs expériences également.

Ainsi, **la recherche qualitative** nous permettra d'aller sur le terrain, de récolter des données sur le transfert des compétences dans le programme IPT et de les expliquer, d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche via une approche empirico-inductive.

Dans son livre *Initiation à l'entretien en sciences sociales*, Sauvayre (2021)⁵¹, distingue **sept types d'entretiens** :

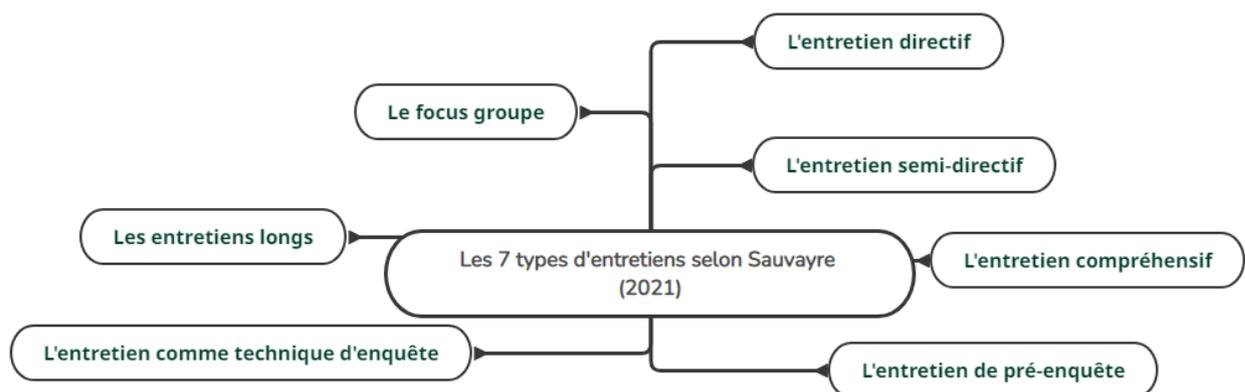


Figure 6 : Les 7 types d'entretiens selon Sauvayre (2021)

⁴⁹ Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. (2008). Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 19(84), 142-145. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf

⁵⁰ Kohn, L., Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(3), 67-82. 10.3917/rpve.534.0067

⁵¹ Sauvayre, R. (2021). *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (2e éd.). Armand Colin.

Dans le cadre de ce travail, nous choisissons **l'entretien semi-directif**. Selon ses caractéristiques décrites dans le tableau de Imbert (2003)⁵² et basé sur la définition De Ketele et Roegiers (1996), l'entretien semi-directif nous permet de collecter des données, de manière à laisser une certaine liberté à la personne interviewée, d'aborder des points clés de la recherche. Un fil conducteur lors de cet entretien permet de cadrer l'échange sur les informations qui nous semblent pertinentes et de contrôler la durée de l'entrevue. En 2005, Romelaer⁵³ décrit **l'entretien semi-directif** comme un mode dans lequel le chercheur favorise un contexte qui permet au répondant de communiquer « des **informations nombreuses, détaillées** et de **qualité** sur les sujets liés à la recherche, en **l'influençant très peu**, et donc avec des garanties d'**absence de biais** qui vont dans le sens d'une bonne scientificité. »

1.3.2. Echantillonnage

Pour des résultats probants et représentatifs, il est attendu un minimum de cinq répondants pour chaque population (ergothérapeutes et bénéficiaires), soit un total de dix entretiens.

1.4. Description de l'outil

Pour cette recherche, une **approche qualitative au travers d'entretiens semi-directifs** auprès d'ergothérapeutes et de bénéficiaires, va nous permettre de vérifier les hypothèses. **Deux grilles d'entretien** ont donc été élaborées, à destination :

- Des personnes atteintes de schizophrénie sur le vécu du programme et son impact sur leur activité de la vie quotidienne.
- Des ergothérapeutes animant des séances d'IPT de les questionner l'intérêt de mises en situation écologiques, combinées à des séances classiques d'IPT. De voir l'approche de l'ergothérapeute lors de mises en situation écologiques, ses interventions lors des séances, la place donnée à l'aspect signifiant, afin de favoriser la participation et la motivation du bénéficiaire.

Les pôles de questionnement qui seront abordés pour chaque public cible sont les suivants :

⁵² Imbert, G. (2003). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

⁵³ Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche: In *Méthodes & Recherches* (p. 101-137). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.rouss.2005.01.0101>

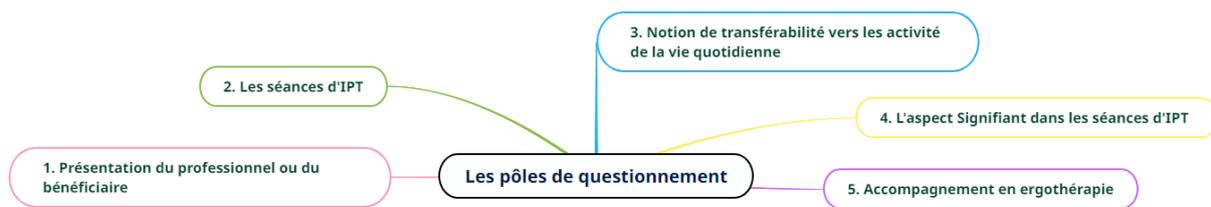


Figure 7 : Les pôles de questionnement des entretiens semi-directifs

1.5. Méthode d'analyse

Pour l'analyse des données les entretiens seront retranscrits dans leur intégralité. Par la suite, les données récoltées seront analysées en fonction des thèmes, à partir desquels nous avons défini nos pôles de questionnements. Nous procéderons à une **analyse longitudinale**. Celle-ci « a pour objectif l'étude comparée de l'organisation séquentielle de chaque texte : elle s'intéresse au **déroulement** de chaque entretien, à l'**ordre** d'apparition des **thèmes et sous-thèmes**, à leur développement (nombre de lignes), à leurs enchaînements, à celui des récurrences et co-occurrences... » (Combessie, 2007)⁵⁴

Puis, nous procéderons à une **analyse transversale**, en comparant et croisant les informations. Elle « Entend l'analyse comparative des énoncés à l'intérieur de chaque sous-thème et thème ; elle est dite transversale dans la mesure où chaque thème « traverse » l'ensemble des textes. On **compare** les extraits réunis à l'intérieur de chaque dossier pour **dégager ressemblances et différences** ; à partir de ces dernières, on opère des **regroupements** pour construire des types et typologies » (Combessie, 2007).

Cette méthode nous permettra de mieux comprendre la pratique de l'IPT et les opinions des personnes interrogées à un moment donné. À partir de cette analyse, nous pourrons apporter des éléments de réponses à notre problématique sur l'utilisation des compétences de l'IPT dans des contextes autres que les séances classiques. De ce fait, identifier le rôle de l'ergothérapeute dans le transfert des acquis du programme vers les activités de la vie quotidienne.

⁵⁴ Combessie, J.-C. (2007). *V. Ordonner, classer: Vol. 5e éd.* (p. 55-83). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-55.htm>

1.6. Données éthiques et protocoles au regard de la loi.

Dans le cadre de notre enquête, nous nous intéresserons aux pratiques des ergothérapeutes d'une part et du vécu des bénéficiaires d'autre part. Les ergothérapeutes étant des professionnels de santé, **ne sont pas concernés par la loi Jardé**. Toutefois, dans le cadre de notre recherche, elle concerne les bénéficiaires. Notamment, la « **Catégorie 3**, recherches non interventionnelles »⁵⁵ défini par la loi Jardé, article L. 1121-1 du Code de la santé publique. Un formulaire de consentement sera préalablement proposé et rempli par les participants. Les entretiens menés seront analysés et traités de façon anonyme afin de garantir la confidentialité. Ce rappel sera fait avant chaque entretien. En accord avec la loi Informatique et Libertés et au règlement général sur la protection des données (RGPD), les données seront recueillies selon les 5 principes fondamentaux des règles de protection des données personnelles de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)⁵⁶.

2. Résultats

2.1. Entretiens

Pour rappel, nous avons l'intention d'une part d'interroger des ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale et animant des séances du programme IPT auprès de personnes présentant une schizophrénie. D'autre part, nous souhaitons nous entretenir avec des personnes présentant une schizophrénie qui participe à des séances d'IPT. Les entretiens auprès des ergothérapeutes ont pu être réalisés. Néanmoins, **les entretiens auprès des bénéficiaires n'ont pas pu se faire**.

Nous avons donc contacté les sites identifiés lors de l'enquête exploratoire, via la messagerie électronique, les appels téléphoniques, pour solliciter un entretien avec les ergothérapeutes concernés. Nous avons conduit cinq entretiens individuels auprès d'ergothérapeutes, dont une ergothérapeute de métropole, un entretien avec un psychiatre (formateur au programme IPT à La Réunion) et un autre avec un psychologue formé à l'IPT sur le site où se trouve les deux publics cible de notre étude (**FAM, Réunion**). (cf. Annexe 2)

Concernant notre deuxième population cible : **les patients**. Lors des prises de contacts avec les professionnels, nous apprenons que le deuxième site (Saint-Joseph) vers lequel nous avons été

⁵⁵ République française (2021). Code de la santé publique – Partie législative (Article L1110-1 à L6432-2) – Chapitre Ier : Principes généraux relatifs aux recherches impliquant la personne humaine (Articles L1121-1 à L1121-17) - Version en vigueur au 31 décembre 2016. Sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032722870/

⁵⁶ Commission nationale de l'informatique et des libertés. (s.d.). *Quels sont les grands principes des règles de protection des données personnelles ?*. CNIL. <https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/quels-sont-les-grands-principes-des-regles-de-protection-des-donnees>

orienté dans le but de recruter notre population cible, ne propose plus le programme IPT depuis quatre ans. Par conséquent, une autre alternative a été de prospecter en France Hexagonale pour d'éventuels entretiens en visioconférence avec des bénéficiaires participant au programme. Trois professionnels exerçant auprès de ce public ont été contactés et huit structures de réhabilitation psychosociale. Nous n'avons pas eu de suite.

A La Réunion, dans la seule structure proposant le programme IPT, nous avons identifié trois bénéficiaires qui répondaient à nos critères d'inclusion. Ces personnes étant sous mesure de protection juridique, nous avons donc transmis à l'ergothérapeute de la structure des demandes d'autorisation pour la conduction d'entretiens. Malheureusement, nous n'avons pas eu de retour des tuteurs contactés, et cela malgré trois relances.

2.2. Présentation et analyse des résultats

Les données collectées lors des entretiens seront présentées tout d'abord sous formes de schémas et de tableaux de synthèse pour une analyse longitudinale, cela pour chacun de nos grands pôles de questionnement. Nous proposerons ensuite une analyse transversale afin de comparer les données issues des cinq entretiens menés auprès des ergothérapeutes (Réunion et France Hexagonale).

2.2.1. Pôle de questionnement n°1 : Présentation des ergothérapeutes interrogés

Olivier



- ⇒ Diplômé depuis 2016
- ⇒ SSR (Soins de Suite et de Réadaptation). Durée : 1 mois
- ⇒ MAS (Maison d'accueil spécialisé) et Equipe mobile d'un SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Durée : 6 ans
- ⇒ ALEFPA (Association Laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie).
- ⇒ Intervention atelier IPT auprès de personnes présentant des troubles psychiques

Dimitri



- ⇒ Diplômé depuis 2020
- ⇒ FAM (Foyer d'accueil médicalisé). Depuis 2020.
- ⇒ Expérience dans le monde sportif et dans le milieu social
- ⇒ Intervention atelier IPT auprès de personnes présentant des troubles psychiques

Aurore



- ⇒ Diplômée depuis 2022
- ⇒ MAS (Maison d'accueil spécialisée). Durée : 6 mois. Public : personnes cérébrolésées, Traumatisme crânien et polyhandicap.
- ⇒ Intervention atelier IPT auprès de personnes présentant des troubles psychiques

Mickaëlle



- ⇒ Diplômée depuis 2022
- ⇒ MAS (Maison d'accueil spécialisée). Durée : 6 mois. Durée : 7 mois. Public : personnes cérébrolésées, Traumatisme crânien et polyhandicap.
- ⇒ Intervention atelier IPT auprès de personnes présentant des troubles psychiques

Figure 8 : Présentation des ergothérapeutes du Foyer d'Accueil Médicalisé

Daisy



- ⇒ Diplômée en Ergothérapie depuis 2002
- ⇒ Centre de réinsertion de personnes cérébrolésées et qui souffrait de trauma crânien particulièrement et d'AVC (Accident vasculaire cérébral)
- ⇒ Diplôme universitaire sur le traumatisme crânien (Réinsertion)
- ⇒ Centre hospitalier (Paris), Hôpital de jour. Durée 13 ans.
- ⇒ Exercice en intrahospitalier depuis 2023.
- ⇒ Formatrice au programme IPT (Integrated Psychological therapy)
- ⇒ Intervention atelier IPT auprès de personnes présentant des troubles psychiques
- ⇒ Formation canadienne avec les parties "Gestion des Émotions" et "Tâches à domicile" ajoutées au programme.

Figure 9 : Présentation de l'ergothérapeute d'un hôpital de Jour (France Hexagonale)

Premièrement, sur les cinq professionnels interrogés, la formation au programme IPT n'a pas été délivrée de la même façon. **Daisy** et **Olivier** ont suivi une formation officielle pour pouvoir conduire des séances d'IPT. Alors que **Dimitri**, **Aurore** et **Mickaëlle** ont été formés par l'expérience et la supervision de professionnels formés de la structure au programme IPT. **Aurore** décrit sa façon de conduire les séances d'IPT, « On copie un peu ce que font les autres et on anime, on a l'occasion de se pencher sur le livre qui existe sur l'IPT et on se base sur

celui-ci pour les séances. Le référent IPT vient souvent en séance et fait des points sur l'avancement du programme, des séances, l'évolution des résidents. »

Dimitri lui, décrit sa formation à l'IPT de la façon suivante « On a un livre dans la structure sur l'IPT. Il faut savoir que c'est un outil, une thérapie qui est livrée clé en main. Avec des progressions, des exercices. Moi je me suis formé par l'expérience, l'expérimentation directe avec le public. Et avec aussi les échanges que j'ai pu avoir avec notre superviseur IPT »

En effet, au FAM, les professionnels dans la conduction des séances se base sur un livre qui décrit précisément la thérapie IPT (version européenne). Celui-ci détaille les différents modules, les exercices et l'accompagnement du thérapeute (consignes, déroulement de chaque exercice, attendus, matériel etc.) dans le programme IPT.

2.2.1.2. Contexte d'intervention

Pour ce qui est du contexte d'intervention, **Olivier, Dimitri, Aurore et Mickaëlle** interviennent au sein du même **pôle médico-social** auprès du public d'un FAM pour l'atelier IPT. Le public cible de notre étude se trouve au **FAM**. C'est un **lieu de vie** pour des adultes en situation de handicap psychique, mental ou physique qui ont besoin d'un accompagnement au quotidien. Il s'agit d'une **institution** avec des visées de soins, sur le plan des occupations et d'insertion dans la société de personnes en situation de handicap.

Daisy, quant à elle, anime des séances dans un contexte hospitalier. Il s'agit d'un **hôpital de jour** en France Hexagonale, les personnes viennent à leurs différentes thérapies durant la journée, puis rentrent à leur domicile en fin de journée. Ainsi, le contact avec l'extérieur et la société est différent.

Les contextes d'intervention étant différents, nous allons maintenant comparer les séances d'IPT entre les deux sites que nous avons investigués.

2.2.2. Pôle de questionnement n° 2 : les séances d’IPT (Integrated Psychological Treatment)

2.2.2.1. Méthodes d’animation

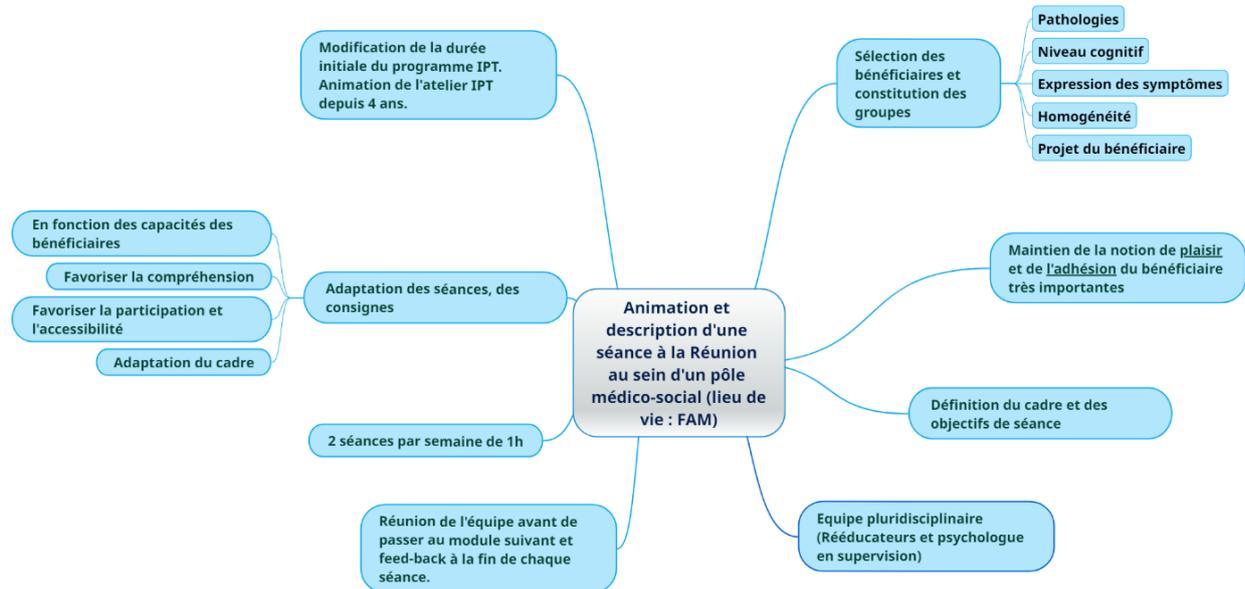


Figure 10 : Animation de la séance d’IPT à la Réunion (Foyer d’Accueil Médicalisé)

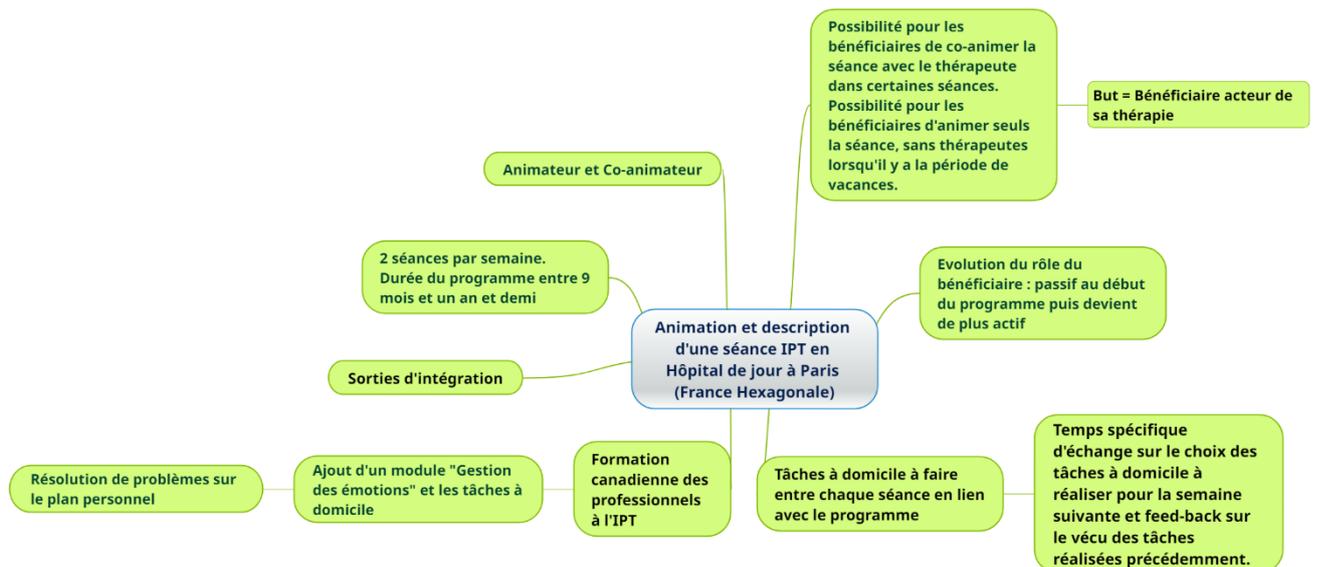


Figure 11 : Animation de la séance d’IPT en France Hexagonale (Hôpital de jour)

Tout d’abord, les séances d’IPT sont animées dans deux contextes différents :

- L’un dans un **système médico-social** où les personnes sont accueillies en **hébergement (lieu de vie)** avec accompagnement sanitaire et avec des professionnels de santé (FAM, Réunion).

- L'autre dans un **système sanitaire** (Hôpital de jour, France Hexagonale) où les personnes reçoivent des soins la journée avec une équipe soignante ou des paramédicaux, néanmoins, elles sont en **capacité de vivre de façon autonome à leur domicile**.

Les bénéficiaires des deux sites n'ont pas les mêmes capacités, les difficultés des bénéficiaires du FAM, au regard des missions des structures, semblent plus importantes.

La deuxième grande différence concerne la formation des professionnels qui explique des **approches distinctes dans l'animation des séances**.

En effet, les formations délivrées aux professionnels interrogés n'ont pas eu les mêmes influences. Effectivement, **Olivier, Dimitri, Aurore et Mickaëlle** ont suivi la **formation européenne** au programme IPT, alors que **Daisy** a suivi une **formation au programme IPT influencée par l'approche canadienne (Québec)**. **Daisy** déclare «on a été formé par les canadiens qui ont adapté ce qu'avait fait Brenner en ajoutant le module Gestion des émotions qui ont été rajoutés et eux, en ont même fait une réadaptation pour le retour au travail.»

Dans les deux programmes, on retrouve les mêmes **six sous-programmes** : *Différenciation cognitive, Perception sociale, Communication verbale, Compétences sociales, Gestion des émotions* et enfin *Résolution de problèmes*.

Néanmoins, le travail d'acquisition des compétences du programme IPT n'est pas le même dans les deux contextes (*cf.* Annexe 3) . En Hôpital de jour, il y a des **tâches à domicile** donc, des **mises en situations écologiques** qui sont réalisées par les personnes qui participent à l'IPT, **tout au long du programme**. **Daisy** explique que c'est «lors de la deuxième séance de la semaine, à la fin de la séance, celle qui inclut le week-end » que les professionnels qui animent l'IPT et les bénéficiaires définissent « des tâches à domicile. La personne doit les faire entre les séances et on n'a pas de relais à la maison (...) si, elle n'y arrive pas, ce qui est intéressant c'est que, on fait un retour après ». Ainsi, il y a un échange toutes les semaines pour évaluer la réalisation des tâches à domicile et pour proposer aussi des réajustements de stratégies.

En revanche, au FAM il n'y a **actuellement pas de mises en situation écologiques**. En effet, **Dimitri** nous dit en parlant de l'utilisation de mises en situation écologiques « Non, on ne va pas jusque-là en tout cas. On suit le programme tel qu'il est, on n'a pas fait de

déclinaison en situation, pour pouvoir retravailler les séances en dehors du temps de séance classique. ».

Enfin, selon les schémas de synthèses réalisés à partir des entretiens, même si les enjeux et les accompagnements ont des points communs initiaux, le FAM semble davantage mettre l'accent sur **l'adaptation des séances aux bénéficiaires**, la **compréhension du cadre, des objectifs** de séance par les bénéficiaires et de leur **adhésion** avec la notion de plaisir. L'Hôpital de jour, quant à lui, développe davantage un **rôle actif des bénéficiaires** et établit des **liens directs avec le quotidien des personnes**.

2.2.2.2. *Avantages et inconvénients du programme*

Foyer d'Accueil Médical (Réunion)				Hôpital de Jour (France Hexagonale)
Olivier	Dimitri	Aurore	Mickaëlle	Daisy
				
<p>IPT = Espace de discussion et d'échange orienté vers les processus cognitifs, permet l'ouverture à l'environnement</p> <p>Développement des habiletés sociales et des capacités de communication.</p> <p>Meilleure compréhension de la langue, du sens et des nuances des mots.</p> <p>Analyse des situations et de l'environnement. Se décentrer de soi.</p>	<p>Programme cohérent et avec une évolution graduelle, où les compétences précédemment abordées sont approfondies.</p> <p>La catégorisation abordée dans le programme favorise les échanges et l'ouverture à l'autre.</p> <p>Le programme est bénéfique pour les bénéficiaires</p> <p>Possibilité d'adaptation et de</p>	<p>Echanges, permettre la verbalisation de ses problèmes</p> <p>Créer des liens sociaux, de la proximité entre des bénéficiaires qui vivent sur le même site.</p> <p>Permet une remédiation cognitive : stimulation de la mémoire, raisonnement etc.</p>	<p>Travail des fonctions cognitives</p> <p>Avantage de la thérapie de groupe</p>	<p>La neurocognition, la cognition sociale</p> <p>Le groupe permet un échange riche. Partage des difficultés et définition des problèmes.</p> <p>Le développement et le partage de stratégies et de ressources pour résoudre des problèmes du quotidien. Analyse des stratégies.</p> <p>L'importance et la pertinence des tâches à domicile dans le transfert des acquis</p>

<p>L'analyse et l'interprétation de son environnement, de ses interactions. Ouverture à l'environnement.</p> <p>Le cadre thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moyens pour entrer en communication/ interaction • Observation de progrès et d'améliorations sur le plan comportemental, les capacités d'attention, d'expression et aussi, d'interaction à l'autre des résidents. Néanmoins, selon les profils les progressions peuvent être lentes, fines, assez minutieuses, assez précises. 	<p>flexibilité du programme</p>			<p>Liens entre les compétences de l'atelier IPT et d'autres programmes de remédiation cognitive.</p> <p>Nécessité et importance d'expérimenter à l'extérieur de l'atelier (D'autres ateliers ou encore et surtout dans le quotidien, le monde réel)</p> <p>Les membres du groupe peuvent renvoyer à un bénéficiaire une difficulté éventuelle qu'ils ont identifiée chez lui. ⇔ Prise de conscience du bénéficiaire de difficultés non perçues.</p>
--	---------------------------------	--	--	---

Figure 12 : Les avantages de l'IPT selon les ergothérapeutes interrogés

Foyer d'Accueil Médical (Réunion)				Hôpital de Jour (France Hexagonale)
Olivier	Dimitri	Aurore	Mickaëlle	Daisy
				
<p>- Difficultés d'accès pour les équipes de proximité au programme IPT.</p> <p>- Besoin d'une meilleure sensibilisation et compréhension par l'équipe de proximité et des autres professionnels qui accompagnent les bénéficiaires, des enjeux de l'IPT. But = transposition des compétences dans les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Intégration difficile des équipes de proximité dans le processus de thérapie ⇔</p>	<p>- La hiérarchisation des modules et leur complexification progressive peuvent poser à un moment donné des limites cognitives pour certains bénéficiaires.</p> <p>- Difficulté d'évaluation des acquis en dehors de l'atelier IPT</p> <p>- Les différents rôles : celui que le bénéficiaire a dans l'atelier IPT et celui qui l'a en dehors de la séance, sur son lieu de vie.</p> <p><u>Contraintes institutionnelles :</u></p> <p>- Fonctionnement et obligations institutionnelles.</p> <p>- Grande équipe, cohésion et communication difficiles.</p> <p>- Manque de connaissances ou de prise de conscience</p>	<p>- Formation non officielle. Questionnement sur la concordance et l'adhésion de la pratique professionnelle en atelier au regard des objectifs et du cadre du programme.</p> <p>- Manque de connaissance de l'équipe de proximité du programme</p> <p>- Manque d'ouverture vers l'extérieur</p> <p>- Limite en tant que professionnel sur la visibilité des progrès des bénéficiaires.</p> <p>- Pas d'évaluation concrète et objective pour identifier les progrès. L'évaluation est subjective, basée sur des observations.</p>	<p>- Manque de visibilité des progressions des bénéficiaires par les professionnels qui ne participent pas et qui ne connaissent pas l'IPT.</p> <p>- Pas de formation officielle. Formation par l'expérimentation.</p>	<p>La longueur du programme qui peut entraîner un désengagement des bénéficiaires.</p>

Perte en déclinaison de l'outil IPT Besoin d'une visibilité des progressions des bénéficiaires par l'équipe de proximité.	des enjeux et bienfaits de l'IPT ⇔ Difficultés de mettre en place des rappels et des liens avec l'IPT à tous les niveaux. - La charge et les conditions de travail de l'institution peuvent modifier les priorités. - Contexte institutionnel qui peut limiter l'autonomie et la participation du résident au quotidien.			
--	--	--	--	--

Figure 13 : Les inconvénients de l'IPT selon les ergothérapeutes interrogés

Pour **Daisy** (France Hexagonale), l'inconvénient principal est « Le problème d'IPT c'est qu'**il est long** (...) on va peut-être aussi cibler sur un programme plus court pour que surtout qu'il ne lâche pas" il nécessite donc de la **motivation** pour **maintenir l'engagement** dans la thérapie et surtout du **temps**.

Pour **Dimitri, Olivier, Aurore** et **Mickaëlle** qui sont au **FAM (Réunion)**, les inconvénients sont : un **manque de sensibilisation et de compréhension des équipes de proximité sur les enjeux du programme IPT pour les bénéficiaires**.

Olivier rapporte : « les professionnels se demandaient au bout de trois ans à quoi servait l'IPT? donc voilà ils n'avaient pas connaissance des enjeux (...) Les professionnels du quotidien n'étaient pas au clair avec ce qu'on attendait. »

Dimitri évoque les **difficultés du fonctionnement institutionnel** qui **limitent** selon lui **l'intégration des équipes de proximité** « on a du mal à les intégrer dans le processus de thérapie, pour des raisons diverses et variées : organisationnelles, ils sont aussi pris sur leurs tâches au quotidien. Et du coup on perd en déclinaison je pense sur le quotidien derrière ». Pour **Aurore**, « l'institution **limite l'ouverture vers l'extérieur** ».

2.2.2.3. Les axes d'améliorations identifiés par les ergothérapeutes interrogés

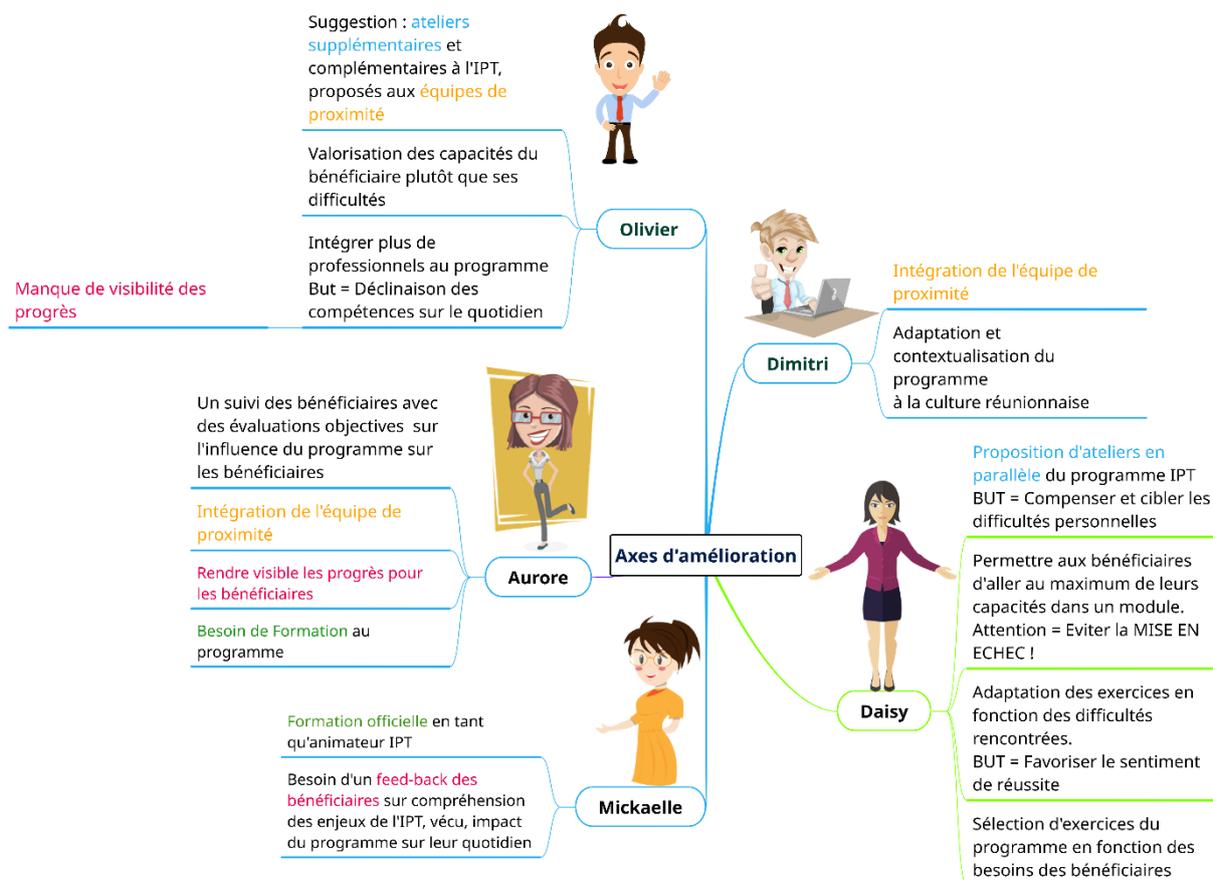


Figure 14 : Les axes d'amélioration de l'IPT selon les ergothérapeutes interrogés

Pour **Daisy** (France Hexagonale), le contexte hospitalier permet aux bénéficiaires « **d'autres activités en parallèle** et là, ils peuvent s'essayer à éprouver des choses qu'ils auraient pu faire en séance IPT. Au niveau communication, habiletés relationnelles etc. dans d'autres groupes et voir s'ils arrivent déjà à faire le **transfert horizontal** ». Pour elle, il faut trouver le juste équilibre entre le développement des capacités et les limites du bénéficiaire, le but étant d'amener un sentiment de réussite et de progression.

Pour les ergothérapeutes du FAM (Réunion), **Dimitri** rejoint le point de vue de **Daisy** sur l'intérêt de **proposer des ateliers en parallèles du programme IPT** « proposer des activités dérivées de l'IPT, un peu plus légères sur les temps d'activité **avec les équipes de proximité** (...) ouvrir un espace de discussion (...) ce serait une déclinaison possible (...) sensibiliser les professionnels sur cette démarche, (...) et l'intérêt de proposer ces échanges, notamment vis à vis de notre public, pour pouvoir être décliné en termes d'animation derrière. » Un autre axe d'amélioration proposé par **Olivier, Aurore et Mickaëlle** est de **rendre visible**

les progrès des bénéficiaires, pour eux et pour l'équipe de proximité afin qu'elle puisse prendre conscience des bénéfices du programme et remobiliser les compétences développées en IPT. Selon Dimitri, il faudrait mettre en avant les capacités cognitives des bénéficiaires pour « que les autres personnes puissent s'en rendre compte et puis éventuellement les décliner après derrière sur la quotidienneté (...) Les progressions sont lentes, fines, assez minutieuses, assez précises. (...) les professionnels de proximité peuvent ne pas les voir. » Aurore et Mickaëlle évoquent un besoin de formation officielle au programme IPT. Aurore déclare que « le fait de ne pas être formé, des fois tu te poses la question si tu es bien dans le cadre ou pas (...) la formation serait une grosse plus-value ». Elle suggère également l'utilisation d'évaluations pour répondre au besoin de visibilité des progrès des bénéficiaires grâce à l'IPT « Il n'y a pas d'évaluation qui est faite concrètement pour évaluer les effets de l'IPT sur le quotidien ».

2.2.3. Pôle de questionnement n° 3 : Notion de transférabilité vers les activités de la vie quotidienne

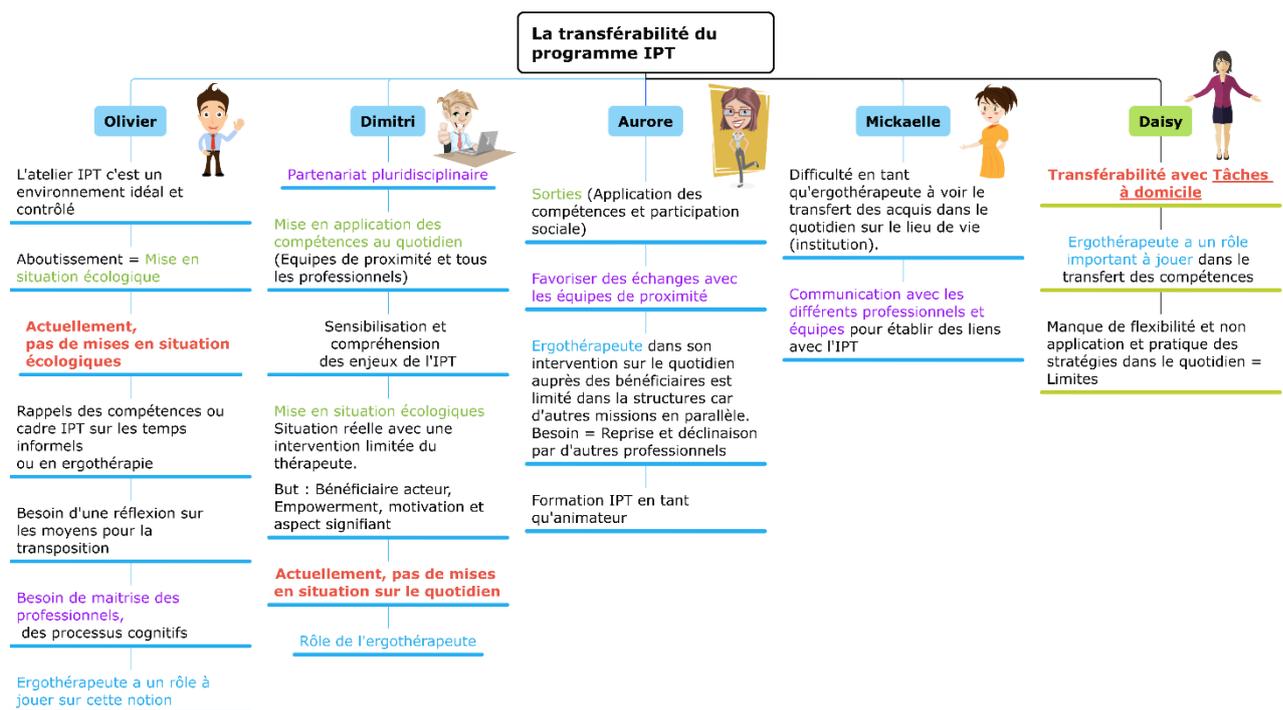


Figure 15 : La transférabilité du programme IPT selon les ergothérapeutes interrogés

Pour Daisy (France Hexagonale) le programme IPT « est transférable, à partir du moment où on fait des **tâches à domicile entre les séances**. Et ça c'est super important et c'est là où les ergothérapeutes ont un rôle essentiel, c'est que les activités doivent être le plus écologique

possible » . Pour elle, les limites seraient « **le manque de flexibilité** qui peut entraîner malheureusement la non transférabilité » et « **de ne pas faire de mises en situation écologiques.** »

D'autre part, même s'il n'y a actuellement pas de mise en situation au FAM (Réunion), **les ergothérapeutes ont conscience de son intérêt** pour le transfert des acquis au quotidien. Pour **Dimitri**, « ce serait l'aboutissement du travail effectué (...) on pourrait très bien amener le résident dans une situation où il serait amené à poser des questions mais à l'extérieur (...) en séance, on fait quelque part abstraction de la réalité du quotidien (...) mais, le but c'est que ce soit exploité dans la quotidienneté. »

Aurore elle évoque l'idée de **proposer des sorties** pour mettre en application les compétences en situation réelle « une sortie au restaurant ou un pique-nique, une situation de vie quotidienne, d'échanges (...) on pourrait le faire (...) la réhabilitation psychosociale c'est pouvoir sortir et échanger avec les autres sans crainte »

Pour **Olivier**, la mise en situation écologique c'est de confronter le bénéficiaire « à des situations de vie, aller au quotidien dans des moments de vie, sur des activités du quotidien » aussi, pour lui ce qui est important dans la mise en situation écologique, c'est que le bénéficiaire « **définit l'environnement** dans lequel il veut aller, par exemple l'accompagner dans un concert, dans un marché forain parce que lui en avait envie »

2.2.4. L'aspect signifiant dans les séances d'IPT

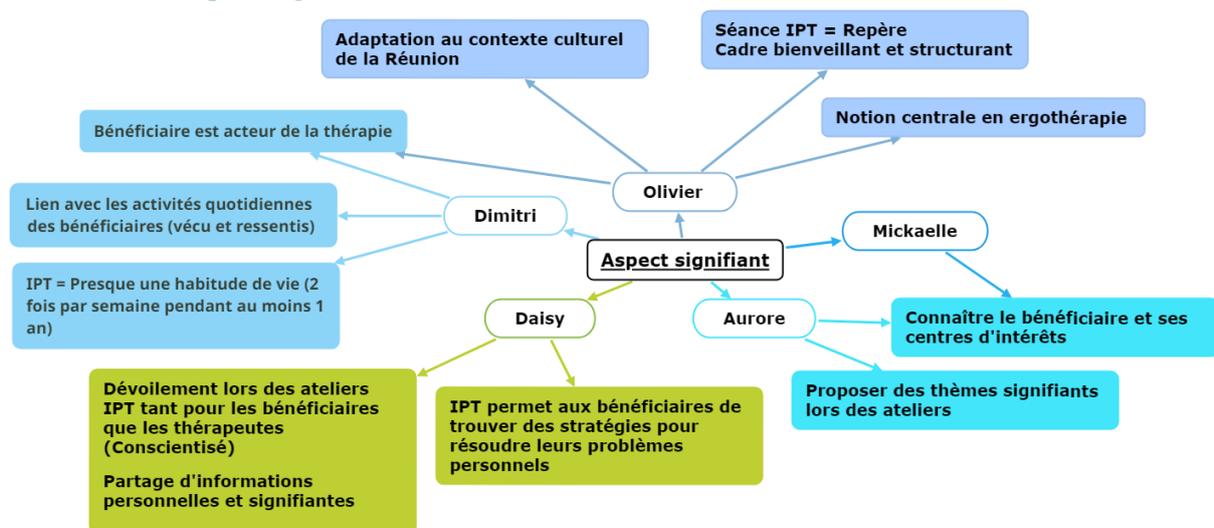


Figure 16 : L'aspect signifiant dans les séances d'IPT

Pour **Daisy** (France Hexagonale), l'ergothérapeute peut « aider la personne à faire des tâches qui sont signifiantes (...) parce qu'au niveau **motivation intrinsèque** la personne s'empare vraiment d'autant plus de toutes les stratégies » qui vont lui être proposées dans le programme IPT. L'utilisation et la mise en lien des compétences acquises en IPT dans des **activités signifiantes** pour le bénéficiaire, augmente les chances que celui-ci s'en saisisse. En effet, l'activité signifiante est celle qui est importante et qui a du sens pour la personne (Morel-Bracq, 2006)⁵⁷, ce qui peut **augmenter la motivation** et donc « l'engagement et la participation » (Vianin, 2007)⁵⁸ du bénéficiaire dans les séances d'IPT.

Pour les ergothérapeutes du FAM (Réunion), la connaissance du bénéficiaire permet les mises en lien avec les activités de la vie quotidienne, les activités signifiantes et les centres d'intérêts des bénéficiaires. Le programme a été conçu à l'échelle nationale, avec un contexte culturel spécifique à l'Hexagone (Ex : Saison, plantes, vocabulaire, thèmes etc.) , des adaptations au contexte culturel réunionnais sont nécessaires afin de mettre plus de sens dans les séances d'IPT. **Dimitri** explique : « parler de la neige, de l'hiver (...) ne font pas forcément sens à la Réunion (...) on va changer de mots, aborder une autre thématique, prendre les choses qui font vraiment sens pour les résidents. »

⁵⁷ Morel, M.-C. (2006). *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie*. Université Victor Segalen Bordeaux 2. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>

⁵⁸ Vianin, P. (2007). Chapitre 2. Les définitions de la motivation. Dans P. Vianin, *La motivation scolaire : Comment susciter le désir d'apprendre* (23-25). De Boeck Supérieur.

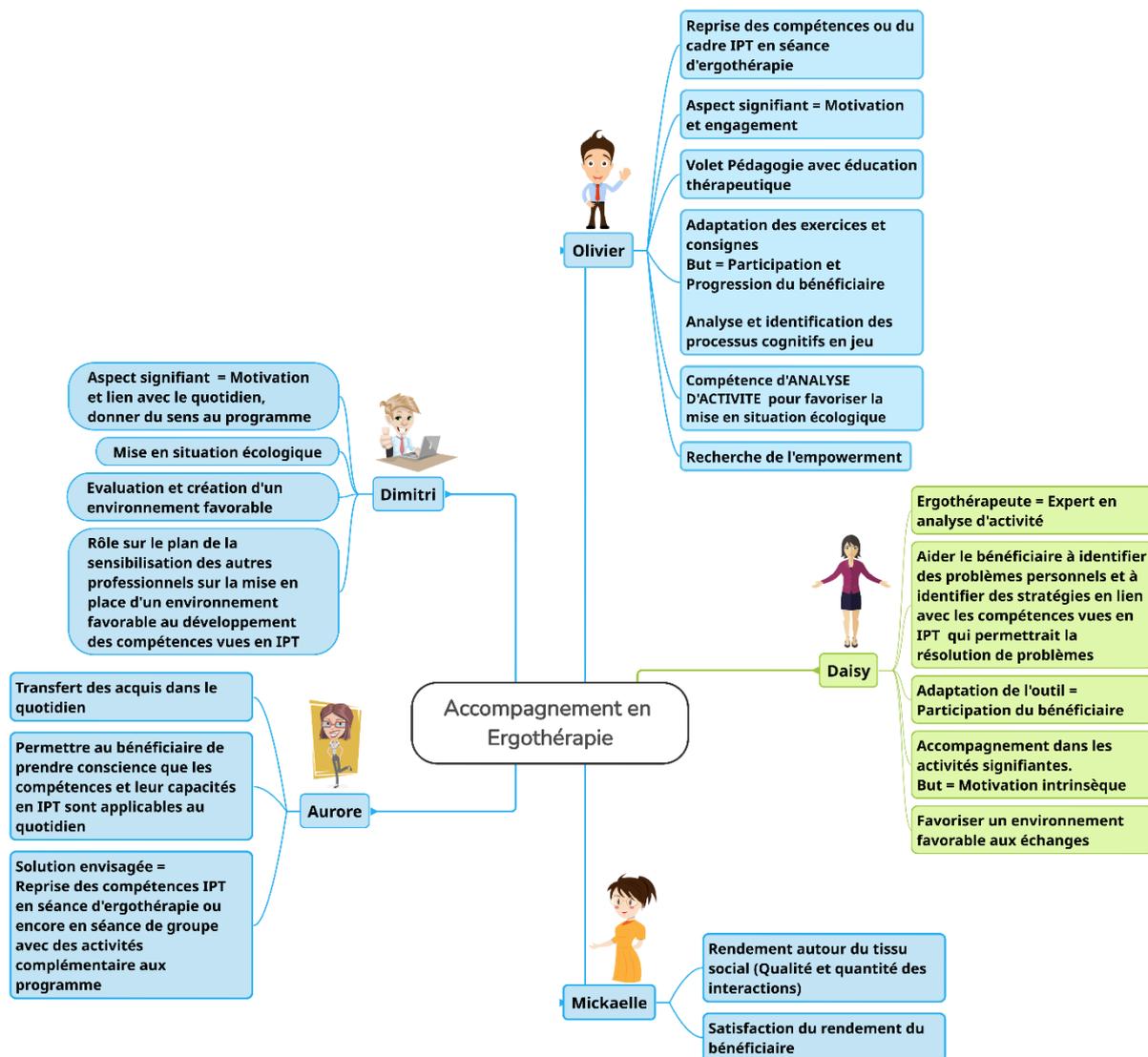


Figure 17 : Accompagnement en ergothérapie

Pour **Daisy**, l'ergothérapeute est « expert en analyse d'activité, on est censés savoir un peu ce que sous-tend chaque action du quotidien ». Pour **Dimitri** et **Olivier** les ergothérapeutes peuvent apporter des adaptations dans les exercices du programme IPT. Dimitri « avec les personnes qui ont des troubles psychiques, on était principalement sur l'adaptation autour du cadre ». En parlant de la situation d'une bénéficiaire qui était souvent envahie par des hallucinations et qui avait des difficultés à maintenir son attention en séance, il explique avoir apporté des **adaptations au niveau de l'environnement**. « On a travaillé sur les supports, on a mis en place une ardoise, pour qu'elle puisse avoir un espace d'expression, canaliser son attention sur l'ardoise, ou encore un professionnel qui était auprès d'elle ». **Daisy** décrit des **adaptations au niveau des exercices** « les personnes qui sont un peu plus en difficulté, on ne va pas terminer sur la phrase à vingt mots, on va choisir la phrase à quinze mots. »

D'autre part, l'ergothérapeute peut accompagner le bénéficiaire à identifier des stratégies pour qu'il puisse résoudre des problèmes personnels au quotidien. Notamment, dans *le sous-programme 6 (Résolution de Problèmes)*, **Daisy** rapporte : « C'est hyper intéressant qu'ils voit également que **nous aussi on partage des stratégies** où on partage également **des difficultés (...)** définir les problèmes ensemble et après on va tous échanger des stratégies (...) moi par exemple, « je prépare mon petit-déjeuner le matin et j'essaye de visualiser de prendre mon petit-déjeuner ça m'aide à me lever » Aussi, la **mise en situation écologique** peut être proposée par l'ergothérapeute pour que le bénéficiaire mette en application les stratégies identifiées. **Daisy** décrit un exemple où un bénéficiaire avait comme problématique l'échange d'une chemise en magasin mais qu'il appréhendait l'échange avec la vendeuse « on l'a travaillé en groupe, c'était dans *Compétences sociales*. Donc en faisant un **jeu de rôle** etc. lui vendeur, l'autre acheteur. Et puis on a échangé, et il devait le faire entre deux séances, il est revenu et on lui a dit : « alors vous avez réussi à échanger votre chemise ? ». » Finalement, après des entraînements et des réajustements de stratégies travaillées dans le programme, le bénéficiaire a pu résoudre son problème.

3. Interprétation

Nous allons maintenant établir des liens et comparer les éléments de notre enquête aux données et à nos différents concepts du cadre théorique de ce travail de recherche.

Volition	Habitude	Capacité à fournir un rendement	Habiletés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lien avec le quotidien <p>Développement de stratégies pour la résolution de problèmes individuels</p> <p>Partage d'information personnelle et significatives qui constituent des leviers motivationnels dans les séances</p> <p>Exemple : Daisy (Hôpital de jour)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personne adore faire du vélo - N'en fait plus car son vélo est cassé et elle ne sais pas comment faire pour le réparer - Echanges de groupe pour identifier des stratégie pour résoudre cette problématique 	<p>Habitude</p> <p>Dimitri (FAM):</p> <p>« La séance IPT est un repère super important pour nos résidents »</p> <p>2 fois par/ semaine</p> <p>Rôle :</p> <p>Le bénéficiaire acquiert un rôle dans la séance de groupe IPT</p> <p>Olivier (FAM):</p> <p>« monsieur je connais pas mal de choses et je veux montrer que je suis capable »</p>	<p>Composantes objectives décrit par <u>Kielhofner</u> (2002).</p> <p>Fonctions cognitives et les habiletés sociales</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Exemple : Daisy (Hôpital de jour)</p> <p>Essai 1 : Bénéficiaire n'arrive pas à échanger une chemise au magasin</p> <p>Séance : Réfléchir à la taille de chemise adaptée (Jeu de rôle)</p> <p>Essai 2 : Bénéficiaire n'y arrive pas car la vendeuse est une femme et qu'il est intimidé</p> <p>Séance : Gestion des émotions Travail sur les interprétations Choix d'une stratégie : demander à un homme</p> <p>Essai 3 : Chemise échangée</p>	<p>Communication / Interaction :</p> <p>« Transmettre ses intentions, ses besoins, s'exprimer de façon à pouvoir participer tout en étant <u>coordonner</u> avec les autres collaborer, s'affirmer » Centre de référencement du MOH, 2021)</p> <p>Exemple : Daisy (Hôpital de jour)</p> <p>“écoutez, je me suis rendue compte que j'étais moins performante quand je ne faisais pas de pause, est-ce qu'il est possible de m'octroyer une pause de 5 à 10 min et là, je pense que je serais plus présente”</p>

Figure 18 : Lien avec le Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner

Initialement, nous souhaitions établir des liens avec les notions du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), notamment sur l'influence du programme IPT sur la capacité de rendement des personnes présentant une schizophrénie. Les entretiens n'ayant pas pu se faire, nous avons donc choisi de prendre préférentiellement des situations rapportées par **Daisy**, pour faire *le lien entre un environnement où il y a des mises en situation écologiques qui sont favorisées et le MOH*. Dans la colonne *Volition* : Un bénéficiaire a des difficultés à trouver des solutions pour reprendre une activité signifiante pour lui : le vélo, car celui-ci est cassé. Effectivement dans la schizophrénie, les troubles cognitifs peuvent entraîner des difficultés dans la résolution de problèmes (Vianin, 2001)⁵⁹. Dans la séance IPT, il échange avec le groupe et l'ergothérapeute, pour identifier des stratégies pour réparer son vélo. Dans capacité de rendement, il y a l'exemple d'un bénéficiaire qui souhaite échanger une chemise car il n'a pas pris la taille adaptée. Néanmoins, il n'arrive pas à échanger sa chemise, lorsque la vendeuse qui se présente à lui est une femme. Le bénéficiaire est en surpoids et il a peur d'être jugé par la vendeuse. Ainsi, malgré qu'il se soit entraîné en séance d'IPT à la formulation de la demande, donc au niveau des composantes objectives, ici, les habiletés sociales, le bénéficiaire se trouve freiner par son *corps vécu*. Effectivement dans le MOH, (Kielhofner, 2004, cité dans Bizier et al., 2006)⁶⁰ **les composantes subjectives** de la personne peuvent avoir des « répercussions, positives ou négatives (...) sur son rendement, au cours de ses occupations. ». Dans cette situation, le bénéficiaire projette une situation erronée : le jugement de la vendeuse. L'ergothérapeute va donc l'accompagner sur la gestion des émotions, le développement de l'estime de lui-même, la perception des situations etc. pour qu'il se sente plus confiant et que cela ne perturbe pas son *rendement*. Pour Kielhofner, **les composantes objectives** sont les composantes objectives sont les composantes « physiques et mentales, comme le système musculaire, le système neurologique, les fonctions cognitives, les habiletés sociales, etc. »

Dans les témoignages, nous retrouvons des difficultés au niveau du **fonctionnement et des interactions sociales** selon Baudouin en 2009⁶¹. L'OMS⁶² en 2022 décrivait aussi des **difficultés cognitives et sociales dans la schizophrénie**. Effectivement, **Olivier** en parlant de personnes présentant une schizophrénie, sur le site du FAM, décrit certaines « personnes qui

⁵⁹ Vianin, P. (2013). Les troubles cognitifs de la schizophrénie. In *La remédiation cognitive dans la schizophrénie* (p. 23-37). Mardaga. <https://www.cairn.info/remediation-cognitive-dans-la-schizophrénie--9782804701529-p-23.htm>

⁶⁰ Bizier, V., Emard, R., Gilbert, M., Guérette, F., Harvey, D., Lauzon, G. et Provencher, H. (2006). *Volition et motivation en santé mentale*. Diane Harvey. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>

⁶¹ Baudouin, J. (2009). Chapitre 7. Fonctionnement social et schizophrénie : les apports d'une approche pluridisciplinaire. Dans C. Hervé (dir.), *Psychose, langage et action: Approches neuro-cognitives* (1e éd., p. 115-135). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.dagog.2009.01.0115>

⁶² Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Schizophrénie*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>

ont un profil du fait de l'expression de la maladie qui est assez égocentré » la personne peut avoir des difficultés à considérer « l'autre ». **Dimitri** lui parle du **traitement d'informations**. Les personnes présentant une schizophrénie peuvent « s'attacher aux détails, s'attacher à une information précise, ils ne vont pas combiner les informations pour pouvoir ressortir une information globale ». Raffard et al., 2008⁶³ décrivent des **troubles de la conscience**, selon **Daisy** « Le déni des troubles ou anosognosie peut faire qu'un bénéficiaire ait des difficultés à identifier les situations problématiques dans son quotidien ». Or, il est nécessaire qu'il puisse les reconnaître pour pouvoir prendre pleinement part aux thérapies qui lui sont proposées, comprendre les enjeux, pour que l'intervention des thérapeutes prenne plus de sens pour lui.

L'IPT en développant les habiletés sociales et les fonctions cognitives vise à permettre une meilleure autonomie, qualité de vie, qualité des relations sociales et de participation dans la vie de tous les jours.

Dans la littérature, nous avons pu voir qu'il pouvait y avoir une **altération de la communication dans la schizophrénie**, avec des hypothèses qui l'expliquent par un **déficit dans le traitement de l'information**. Pomini et al, en 1998⁶⁴ décrivent une altération des capacités d'écoute, de compréhension, d'identification les comportements et expression des émotions. Dans nos témoignages, les ergothérapeutes relèvent tous des **progrès chez les bénéficiaires**. A La Réunion, principalement **au niveau de la communication** : capacités de perception et d'interaction sociale, d'expression et de compréhension (Ex : Polysémie des mots) et en France Hexagonale sur le plan de la **communication** mais aussi sur **la résolution de problèmes individuels au quotidien**.

Dans les données récoltées auprès des ergothérapeutes, nous remarquons qu'il y a un **élément important** qui est à considérer, et qui dans notre situation, influence l'utilisation et le développement des compétences du programme IPT : **l'environnement** et notamment le type d'établissement. Dans notre situation **les résultats sont à interprétés avec précaution et vigilance**. En effet, les deux établissements comparés ont des **missions et fonctions différentes**.

⁶³ Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P. et Gely-Nargeot, M.-C.(2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique : Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'ENCÉPHALE*, 34(6), 597-605. 10.1016/j.encep.2007.10.008

⁶⁴ Pomini et al. (1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Mardaga

Le FAM est selon Zribi (2012)⁶⁵ un **foyer de vie** qui accueillent des bénéficiaires qui ont d'**importants besoins** en termes de « suivi médical et paramédical » et qui nécessitent « une médicalisation associée à un accompagnement éducatif et psychosocial. » Alors que l'**hôpital de jour en santé mentale** s'adresse à des personnes qui ont besoin de soins pour prévenir des crises, la désinsertion sociale etc. et aussi d'accompagnement à la réhabilitation et à la réinsertion. Elles nécessitent des soins pendant la journée, mais elles ont des **capacités pour pouvoir vivre chez elles, à domicile**. (Psycom, 2020)⁶⁶. Ainsi, les **publics accueillis n'ont pas les mêmes capacités ou degrés d'atteinte** de leur autonomie et indépendance dans la vie quotidienne.

D'un point de vue comparatif de la méthode d'animation du programme IPT, il en ressort que la **principale différence** porte sur **l'accompagnement du programme**. Sur le **site de Paris, en France Hexagonale**, il y a des **tâches à domicile et des mises en situations écologiques**. De plus, il a des **activités parallèles** (ateliers, autres programmes ou activités) qui n'ont pas forcément de lien avec le programme mais qui peuvent toutefois mobiliser certaines compétences travaillées ou développées en IPT.

En 2005, Briand et al. décrivent les modifications apportées au programme IPT dans la version québécoise, à laquelle **Daisy** a été formée. Dans cette version, « pour chacun des modules, des **exercices à réaliser à domicile** ont été ajoutés », tout en respectant le niveau hiérarchique des apprentissages du programme, les bénéficiaires doivent réaliser des exercices à domicile en lien avec les compétences travaillées en groupe. Mais encore, des **sorties** peuvent être proposées dans le programme afin d'appliquer les habiletés dans d'autres contextes que la séance de groupe, notamment dans leur environnement.

A la **Réunion**, les ergothérapeutes se basent sur la version européenne de 1998 décrite dans le livre *Thérapie psychologique des schizophrénies* de Brenner et de ses collaborateurs (Pomini et al., 1998). Celle-ci prévoit elle aussi des tâches à domicile, en revanche elles ne concernent que les derniers niveaux de difficultés des trois derniers sous programmes c'est-à-dire Compétences sociales, Gestions des émotions et Résolution de problèmes. Il n'y a pas d'exercices spécifiques décrits dans le livre concernant ces tâches à domicile. Il s'agit plutôt d'étapes générales pour appliquer les compétences travaillées dans le sous-programme. (cf.

⁶⁵ Zribi, G. (2012). Un foyer d'accueil médicalisé (Fam) Éléments d'un projet d'établissement. In *Vieillessement des personnes handicapées mentales* (p. 125-132). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.zribi.2012.02.0125>

⁶⁶ Savalli, J. (s. d.). Hôpital de jour (Hj). <https://www.psycom.org/>.

Annexe 4). Cependant au FAM (Réunion), il n’y a actuellement **pas de réelles « Mises en situation écologiques »** dans la structure, ou de liens qui sont repris en dehors des séances classiques. Les exercices sont proposés uniquement dans le cadre de la séance de groupe. Il n’y a pas contrairement à la version canadienne des exercices détaillés et prévus pour être appliqués dans l’environnement de la vie de tous les jours des bénéficiaires. Les ergothérapeutes du FAM ont tout de même **conscience du potentiel et de l’intérêt de ses mises en situation écologiques**. D’après les différents témoignages, les limites sont amenées par le fonctionnement institutionnel.

Les **axes d’amélioration** identifiés sont les suivants pour le **FAM de La Réunion** :

Les équipes et autres professionnels de la structure ont besoin d’informations et de sensibilisation sur les visées et enjeux de l’IPT. Dans la structure, selon les bénéficiaires, certains ne sont pas totalement autonomes, ils ont besoin d’être accompagnés. Il s’agit d’un lieu de vie où les professionnels sont au quotidien auprès des bénéficiaires. L’IPT a pour **finalité que la personne en situation de handicap puisse se confronter plus facilement aux activités de la vie quotidienne**, avoir des **ressources pour résoudre les difficultés** en acquérant des compétences sur le plan cognitif mais aussi, social. Il semblerait donc, que **les ergothérapeutes et que les professionnels formés à l’IPT aient un rôle à jouer pour sensibiliser aux enjeux de l’IPT** auprès des équipes de proximités et de tous les acteurs et professionnels qui gravitent autour du bénéficiaire. Selon Moutet et al. (2014)⁶⁷ « L’interdisciplinarité permet d’**analyser et d’harmoniser les liens entre des disciplines** diverses dans le **but commun de résoudre des problématiques** complexes. » Ainsi, le but serait d’insuffler un climat et une dynamique commune au sein du **FAM** où tous les professionnels en apportant chacun leurs spécificités, leurs savoir-faire et leurs savoir être, puissent contribuer à **favoriser l’ancrage et l’utilisation des acquisitions du programme dans le quotidien des bénéficiaires**. Le but est d’exploiter dans les meilleures conditions et de manière complète la thérapie de l’IPT. D’ailleurs, dans le **référentiel de compétences de l’ergothérapeute** selon le Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le Ministère de la santé et des sports (2010)⁶⁸ l’ergothérapeute doit **coopérer avec les différents acteurs au sein d’une équipe pluriprofessionnelle** le but étant

⁶⁷ Moutet, M., Guisado, H., Butel, J., Vuagnat, H., & Zulian, G. (2014). Interdisciplinarité en milieu hospitalier : Entre défi hebdomadaire et enjeux de groupe. Rev Med Suisse, 41213, 134-137. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-412-13/interdisciplinarite-en-milieu-hospitalier-entre-defi-hebdomadaire-et-enjeux-de-groupe>

⁶⁸ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports. (2010). *Bulletin officiel*. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf

d'**optimiser la qualité d'intervention médico-sociale** et aussi de « **coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants** » afin que l'intervention soit pertinente. Le partenariat entre les professionnels et l'ergothérapeute permettrait donc de mobiliser l'ensemble des ressources de manière optimale du **FAM** et de créer un **environnement favorable pour le transfert des acquis de l'IPT** vers le quotidien. La finalité serait l'implication de tous dans des mises en situation écologiques et l'établissement de liens permanents avec les compétences et stratégies travaillées en IPT.

D'autre part, il y a un **besoin de formation ou de rappels sur le programme IPT pour certains ergothérapeutes** animant les séances. En ayant une meilleure visualisation des enjeux de l'IPT et de ses intérêts pour les bénéficiaires, le thérapeute peut davantage favoriser le transfert des acquis. Effectivement, selon Aimé et al. (2004)⁶⁹ la formation permet d'«apporter une meilleure relation d'aide, d'améliorer notre accompagnement, notre écoute de l'autre pour aboutir à une réelle mise en place d'une démarche de qualité.»

Il y a aussi, un **besoin d'ouverture de l'IPT** en dehors de l'environnement classique des séances ; un **lien avec la réalité de tous les jours**. L'avantage du **FAM (Réunion)** selon nous, par rapport à **l'hôpital de jour (France Hexagonale)**, est que **l'ensemble des professionnels sont directement présents sur le lieu de vie** des bénéficiaires. Ils peuvent donc accompagner au quotidien les bénéficiaires, les solliciter à mettre en place les stratégies du programme IPT et surtout évaluer l'utilisation des compétences. Ils pourraient de cette façon apporter des adaptations et réajustement si cela est nécessaire.

D'ailleurs, dans les entretiens il apparaît qu'il y a un **besoin sur l'évaluation de la progression des bénéficiaires** et de **la visibilité des évolutions** des bénéficiaires tant pour les bénéficiaires eux-mêmes que pour les thérapeutes. Selon Caire et al. (2012)⁷⁰, en ergothérapie, **l'évaluation permet d'identifier les difficultés** rencontrées par le bénéficiaire et de **mieux les « comprendre et les expliquer, voire de les coter et les interpréter »** dans le but d'adapter l'accompagnement en fixant progressivement des objectifs pour permettre au bénéficiaire surmonter ses difficultés et de **développer son pouvoir d'agir**.

⁶⁹ Aimé, B., Baquedano, M., Castex, K., Fratelli, D., & Viguier, C. (2004). La formation, pour quoi faire ? *Empan*, 56(4), 69-74. <https://doi.org/10.3917/empan.056.0069>

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). *Ergothérapie et santé mentale Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie*. ANFE. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf

⁷⁰ Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seené, M. (2012). Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie: In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157-177). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>

Sur le plan cognitif, les limites identifiées par les professionnels (Réunion et France hexagonale) sont la longueur du programme, qui nécessite de maintenir la motivation chez les bénéficiaires et les capacités des bénéficiaires qui peuvent représenter une limite dans la progression du programme. Lors des séances **l'adaptation est essentielle** pour favoriser la **participation des bénéficiaires**. Le programme permet aux bénéficiaires de développer des habiletés sur le plan cognitif et social.

4. Discussion

4.1. Limites de l'étude

Lorsque que nous avons prospecté auprès de nos populations cibles (ergothérapeutes et bénéficiaires au regard de nos critères d'inclusion) nous souhaitons qu'il y ait un équilibre entre le nombre d'ergothérapeutes interrogés à La Réunion et en France Hexagonale. Néanmoins, cette population étant très spécifique, cet objectif n'a pu être atteint malgré une prospection dans de nombreuses structures de réhabilitation psychosociale. Quant à la population des *bénéficiaires*, malgré l'identification de trois personnes répondant aux critères à La Réunion, une condition nous a fait obstacle : l'autorisation des tuteurs. La prospection en France Hexagonale de bénéficiaires, n'a pas été concluante. Actuellement, il n'y a pas d'équilibre au niveau du nombre de professionnels interrogés par région. La population des « *bénéficiaires* » n'ayant pas pu être interrogée, cela constitue une *limite à notre analyse sur la transférabilité des acquis du programme IPT* de leur point de vue. Les informations récoltées sont tout de même intéressantes et informatives.

D'un point de vue critique, dans cette étude la comparaison des deux sites identifiés est limitée car ce sont des structures avec des fonctions et missions différentes. De plus, les bénéficiaires n'ont pas les mêmes capacités.

Enfin, nous dirions que l'ergothérapeute est un professionnel qui a assurément un rôle à jouer dans le transfert des acquis du programme IPT, il apporte sa plus-value au niveau des adaptations des activités et des séances et surtout par l'utilisation des mises en situations écologiques. En revanche, son intervention a des limites, pour que l'ensemble d'une structure puisse porter les enjeux de l'IPT et décliner de façon optimale et pertinente le programme, le soutien de l'institution est nécessaire pour harmoniser les pratiques.

A posteriori, il aurait été intéressant selon nous, d'interroger des professionnels des équipes de proximité au travers d'un sondage, pour identifier leurs connaissances du programme IPT,

d'éventuelles limites et surtout les liens qu'ils pourraient établir au quotidien. Il serait intéressant d'avoir leur avis sur un partenariat avec l'ergothérapeute, pour favoriser les mises en situation écologiques.

4.2. Perspectives professionnelles

Au regard des éléments mis en évidence au travers de ce travail, nous pouvons présenter les perspectives suivantes :

Ce travail vise à montrer la pertinence de proposer des mises en situation écologiques en parallèle du programme, de renforcer et de décliner de diverses façon les compétences de l'IPT afin d'amener le transfert des acquis dans le quotidien. Le but est d'améliorer le quotidien des personnes présentant une schizophrénie. Pour impliquer davantage les professionnels à cette démarche de réhabilitation psychosociale, il faudrait qu'ils puissent visualiser la progression des bénéficiaires pour comprendre les intérêts de l'IPT et pour pouvoir se saisir de la thérapie. Ainsi, l'élaboration d'une **grille d'observation et de suivi** permettrait de répondre au besoin d'évaluation énoncé par les ergothérapeutes interrogés. **Le MOH** serait un modèle conceptuel intéressant à intégrer dans cette grille pour évaluer la progression des bénéficiaires au **FAM (Réunion)**.

D'autre part, le renforcement des acquis du programme et les liens avec le quotidien pourraient se faire sous forme d'**ateliers complémentaires**. En **France hexagonale** le contexte sanitaire permettait cet environnement stimulant et ouvert sur l'extérieur et la société. L'expérimentation semble plus accessible. Néanmoins, nous pouvons imaginer que d'autres professionnels du **FAM (Réunion)** tels que le moniteur de jardin, l'éducateur spécialisé, les assistants de service social etc. formés ou sensibilisés à l'IPT pourraient faire des rappels et des mobilisations des compétences du programme dans des activités et/ou ateliers. Ils pourraient aussi faire des observations sur les échanges des bénéficiaires et donc des retours sur l'utilisation de stratégies. Il faudrait ainsi, proposer une formation à l'IPT des professionnels des équipes de proximité, mais aussi des formations voire des rappels pour les professionnels qui animent déjà des séances d'IPT. Suite à ce travail de recherche, nous avons pu voir que la version canadienne de l'IPT favorise davantage le transfert des acquis au quotidien. Nous pourrions donc envisager que les professionnels reçoivent une formation canadienne.

Ainsi, partant de l'idée que certains professionnels du quotidien accepteraient de s'engager dans une démarche de réhabilitation psychosociale via l'IPT, les mise en situations écologiques etc.

Il faudrait qu'il y ait une modification dans la configuration actuelle du programme, et surtout une organisation différente. Un nouveau projet d'établissement pourrait être une solution à envisager. Pour cela, il faudrait également le soutien et l'engagement de la structure. Effectivement, la direction « fédère ses équipes autour d'un projet commun et de valeurs partagées. C'est aussi aux encadrants que revient la mission de mettre en œuvre et de faire durer cette cohésion, cette coopération sur le terrain. » (Parmantier, 2003)⁷¹.

Conclusion

La thérapie IPT est intéressante pour la personne présentant une schizophrénie. En améliorant le fonctionnement cognitif du bénéficiaire et en favorisant le développement des habiletés sociales, elle permet de diminuer l'impact des troubles dans la vie quotidienne. Cette thérapie groupale, de par sa conception, favorise un environnement stimulant qui génère des interactions sociales dans lesquels les bénéficiaires expérimentent les relations, les échanges et tous les paramètres complexes qui en découlent. Dans ce processus, des professionnels les accompagnent afin de progressivement développer les habiletés sociales. Dans un premier temps l'objectif est de pouvoir les développer en séance puis dans de nouvelles situations. La finalité est que ces habiletés et compétences puissent être transposées dans la vie de tous les jours.

L'ergothérapeute semble avoir toute sa place dans l'accompagnement des bénéficiaires pour le transfert des acquis du programme IPT. En effet, selon l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (2008)⁷², l'ergothérapeute **analyse les composantes mises en jeu dans une activité**, il en dégage le potentiel thérapeutique, tout en considérant le bénéficiaire dans une approche holistique. Il va aussi faire utiliser les intérêts du bénéficiaire pour **favoriser sa motivation**. Mais encore, par la graduation de l'activité, l'ergothérapeute favorise le **développement du pouvoir d'agir du bénéficiaire**. Il apporte des **adaptations à l'activité** de manière à ce que celle-ci permette la progression du bénéficiaire sans pour autant la placer en situation d'échec (OEQ, 2008). Dans ce travail de recherche nous avons pu voir qu'effectivement dans le programme IPT les ergothérapeutes apportent des adaptations au programme que ce soit au

⁷¹ Parmantier, A. (2022). Le manager-coach au service de la coopération des équipes en EHPAD. *Projectics / Proyéctica / Projectique, Hors Série*(HS), 179-203. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0179>

⁷² Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). *L'activité : L'outil privilégié de l'ergothérapeute*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/5-l-activite-l-outil-privilegie-de-l-ergotherapeute.html>

niveau des exercices proposés (Difficultés, supports etc.) par rapport aux capacités du bénéficiaire et par rapport au cadre des séances. Il favorise ainsi l'accessibilité.

La mise en situation écologique qui est « une évaluation nécessitant des mises en situation proches de la vie quotidienne » (Seve-Ferrieu, 1998, cité dans Caire et al., 2012)⁷³ est un des *moyens favoris de l'ergothérapeute* qui lui permet d'**évaluer l'utilisation des compétences et les difficultés** rencontrées par le bénéficiaire dans le quotidien.

Nous avons pu voir dans ce travail de recherche que l'ergothérapeute accompagne les bénéficiaires à identifier les stratégies adaptées et à se réajuster, pour résoudre leurs problèmes de la vie quotidienne. **Les mises en situation écologiques favorisent le transfert des acquis.**

Enfin, le type de structure et les versions des formations du programme influencent l'accompagnement et les possibilités d'actions avec le bénéficiaire. Il en ressort que l'approche interdisciplinaire est essentielle et que les enjeux doivent être compris par tous, afin de favoriser le rendement des bénéficiaires dans leurs occupations et leurs interactions du quotidien.

⁷³ Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seené, M. (2012). Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie: In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157-177). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>

Bibliographie

Amado, I., Alexandre, C. & Prost, Z. (2014). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : des principes à sa mise en œuvre. *Le Journal des psychologues*, 315, 16-22.

<https://doi.org/10.3917/jdp.315.0016>

Aimé, B., Baquedano, M., Castex, K., Fratelli, D., & Viguié, C. (2004). La formation, pour quoi faire ? *Empan*, 56(4), 69-74. <https://doi.org/10.3917/empa.056.0069>

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). *Ergothérapie et santé mentale Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie*. ANFE.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2013). *Données probantes en Ergothérapie*. ANFE. [Microsoft Word - Données probantes en ergothérapie ANFE octobre 2013.docx](#)

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). *Qu'est ce que l'ergothérapie*. ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. (s. d.). *Rétablissement*. AQRP. <https://aqrp-sm.org/documentation-et-references/retablissement/>

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 19(84), 142-145. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf

Baudouin, J. (2009). Chapitre 7. Fonctionnement social et schizophrénie : les apports d'une approche pluridisciplinaire. Dans C. Hervé (dir.), *Psychose, langage et action: Approches neuro-cognitives* (1^e éd., p. 115-135). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.dagog.2009.01.0115>

Bélanger, R., Briand, C., et Rivard, S. (2005). Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Dans M.-J. MANIDI (dir.), *Ergothérapie comparée en Santé Mentale et en Psychiatrie* (1e éd., p.111-158). EESP.

Bizier, V., Emard, R., Gilbert, M., Guérette, F., Harvey, D., Lauzon, G. et Provencher, H. (2006). *Volition et motivation en santé mentale*. Diane Harvey. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>

Bouquet, B. (2015). L'inclusion : approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 3(11), 15-25. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0015>

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. & Lesage, A. (2005). Implantation multisite du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée. *Santé mentale au Québec*, 30(1), 73–95. <https://doi.org/10.7202/011162ar>

Broudic, J.(2018). *Les « bonnes pratiques » à l'épreuve des faits : du désir dans le soin et le travail social*. Érès.

Caire, J.-M., Criquillon-Ruiz, J., Joubert, C., Vienne, M., & Sorita, É. (2016). Chapitre 28. Une approche de la participation sociale des personnes en situation de handicap : Présentation d'un nouvel outil d'exploration du milieu de vie : E3: In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (p. 425-439). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0425>

Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seené, M. (2012). Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie: In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157-177). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>

Centre de recherches de l'IUSMM. (2021). *Représentation schématique - programme thérapeutique d'après Brenner & al. 1998*. Centre de recherches de l'IUSMM. https://criusmm.ciusssestmtl.gouv.qc.ca/sites/criusmm/files/media/image/Schema_europeen_2.JPG

Centre ressource réhabilitation. (2019). *Cognition sociale dans la schizophrénie : deux profils de cognition sociale identifiés en fonction de la symptomatologie*. Réhabilitation psychosociale. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/cognition-sociale-dans-la-schizophrénie-deux-profils-de-cognition-sociale>

Combessie, J.-C. (2007). *V. Ordonner, classer: Vol. 5e éd.* (p. 55-83). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-55.htm>

Commission nationale de l'informatique et des libertés. (s.d.). *Quels sont les grands principes des règles de protection des données personnelles ?*. CNIL. <https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/quels-sont-les-grands-principes-des-regles-de-protection-des-donnees>

C3RP. (2017). *Formation ipt (Thérapie Psychologique Intégrée)—Automne 2017*. C3RP. <https://c3rp.fr/formation-ipt/>

Devos, C. & Dumay, X. (2006). Les facteurs qui influencent le transfert : une revue de la littérature. *Savoirs*, 3(12), 9-46. <https://doi.org/10.3917/savo.012.0009>

Drozda-Senkowska, E., & Huguet, P. (2003). Chapitre 4. Acquisition et régulation des compétences sociales. In *Les sciences cognitives et l'école* (p. 151-212). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.coll.2003.01.0151>

Dubeau, M.-C., Salomé, F., & Petitjean, F. (2007). Le programme de remédiation cognitive IPT (Integrated psychological treatment) destiné aux patients schizophrènes : Une expérience en hôpital de jour de secteur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.007>

Duprez, M.(2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle.

L'information psychiatrique, 84, 907-912. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>

Gouvernement du Québec. (2022). *Se rétablir d'un trouble mental*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/se-retablir-maladie-mentale>

Guérit, A., Lebrault, H. & Lebrault, J. (2017). *Rééducation de la motricité des membres supérieurs de l'enfant : les spécificités de l'ergothérapeute*. *Contraste*, 1(45), 111-127.

<https://doi.org/10.3917/cont.045.0111>

Hernandez, H. (2007). *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd.). De Boeck Supérieur.

Imbert, G. (2003). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2017). *Schizophrénie Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. INSERM.

<https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/#:~:text=La%20schizophr%C3%A9nie%20toucherait%20environ%20,formes%20plus%20pr%C3%A9coces%20et%20invalidantes>

Kohn, L., Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(3), 67-82. 10.3917/rpve.534.0067

Leguay, D., Giraud-Baro, É., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C. et Vidon, G. (2008).

Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes

présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants: Document élaboré et

validé par le congrès de Versailles (13 et 14 mars 2008). *L'information psychiatrique*, 84 (10),

885-893. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0885>

Marcoux, C. (2017). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application*, (5e ed.). Wolters and Kluwer.

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des

sports. (2010). *Bulletin officiel*. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique

& Ministère de la santé et des sports. [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf)

[07/ste_20100007_0001_p000.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf)

Moal, A. (2009). *La question du transfert des acquis dans les remédiations cognitives*.

Académie de Grenoble. http://www.ac-grenoble.fr/ais74/IMG/article_PDF/La-question-du-transfert-des_a161.pdf

Morel-Bracq, M.-C. (2001). Activité et qualité de vie, la théorie du Flow. *ErgOthérapies*, (4), 19-26.

Morel, M.-C. (2006). *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie*. Université Victor Segalen Bordeaux 2. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). (2^e). De Boeck Supérieur.

Moutaud, B. (2022). Entraîner les cerveaux schizophréniques. *Terrain*, 76, 64-83. <https://doi.org/10.4000/terrain.23324>

Moutet, M., Guisado, H., Butel, J., Vuagnat, H., & Zulian, G. (2014). Interdisciplinarité en milieu hospitalier : Entre défi hebdomadaire et enjeux de groupe. *Rev Med Suisse*, 41213, 134-137. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-412-13/interdisciplinarite-en-milieu-hospitalier-entre-defi-hebdomadaire-et-enjeux-de-groupe>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). *L'activité : L'outil privilégié de l'ergothérapeute*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/5-l-activite-l-outil-privilegie-de-l-ergotherapie.html>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie en santé mentale*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-l-ergotherapie-en-sante-mentale.html>

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Schizophrénie*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Parmantier, A. (2022). Le manager-coach au service de la coopération des équipes en EHPAD. *Projectics / Proyéctica / Projectique, Hors Série(HS)*, 179-203. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0179>

Pomini, V., Neis, L. Brenner, H., Hodel, B. et Roder, V.(1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Mardaga.

Prouteau, A., Grondin, O. & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales, 1(2)* , 137-155. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>

Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P. et Gely-Nargeot, M.-C.(2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique : Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'ENCÉPHALE, 34(6)*, 597-605. 10.1016/j.encep.2007.10.008

République française (2021). Code de la santé publique – Partie législative (Article L1110-1 à L6432-2) – Chapitre Ier : Principes généraux relatifs aux recherches impliquant le personne humaine (Articles L1121-1 à L1121-17) - Version en vigueur au 31 décembre 2016. Sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032722870/

Rey, R. et d'Amato, T. (2019). 36. Modèle stress-vulnérabilité/ gène-environnement. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 243-251). Lavoisier.

Roder, V., Mueller, D. et Franck, N. (2011). Programmes de traitement de la schizophrénie intégrant remédiation cognitive et entraînement des compétences sociales : IPT et INT. EMC. *Psychiatrie*, 8(2), 1–10.10.1016/s0246-1072(11)57927-1

Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche: In *Méthodes & Recherches* (p. 101-137). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.rouss.2005.01.0101>

Sauvayre, R. (2021). *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (2e éd.). Armand Colin.

Sureau, P. (2008). L'activité comme processus thérapeutique. Dans J.M. Caire (dir), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (1e éd., 188-191). Solal Eds.

Université de Laval. (2021, 26 février). *Environnement et MOH*. [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=IzWu9jtng4k>

Vianin, P. (2007). Chapitre 2. Les définitions de la motivation. Dans P. Vianin, *La motivation scolaire : Comment susciter le désir d'apprendre* (23-25). De Boeck Supérieur.

Vianin, P. (2009). Chapitre 5. Le transfert et la généralisation des apprentissages. Dans P. Vianin (dir.), *L'aide stratégique aux élèves en difficulté scolaire: Comment donner à l'élève les clés de sa réussite ?* (1e éd., p.175-190). De Boeck Supérieur.

Vianin, P. (2013). Les troubles cognitifs de la schizophrénie. In *La remédiation cognitive dans la schizophrénie* (p. 23-37). Mardaga. <https://www.cairn.info/remediation-cognitive-dans-la-schizophrenie--9782804701529-p-23.htm>

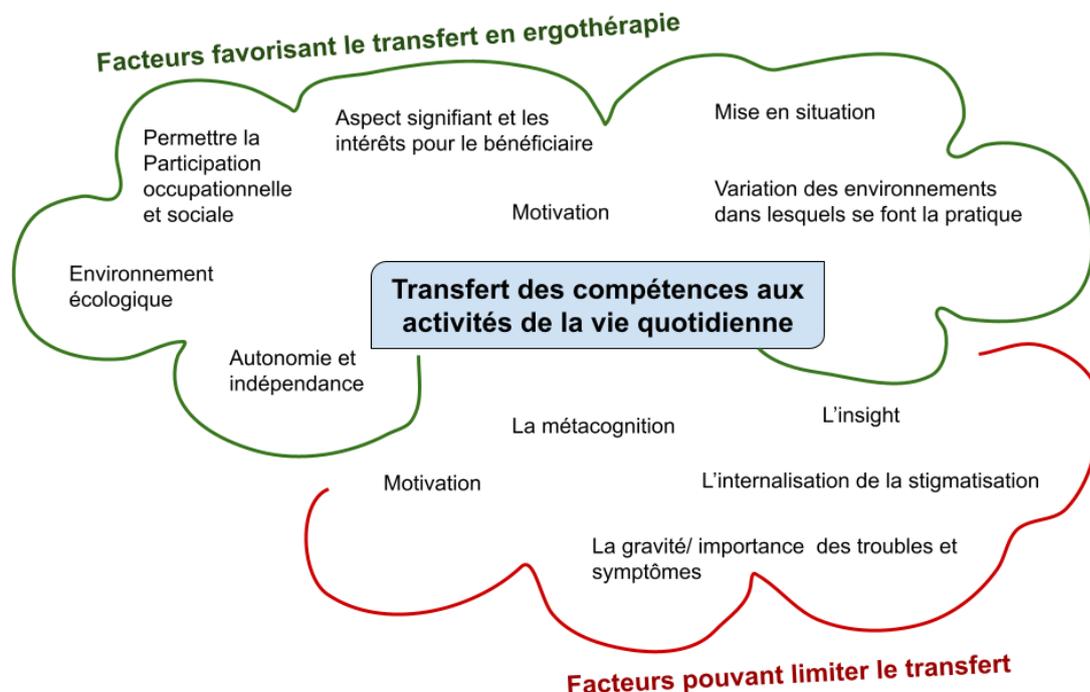
Vincquier, F.(2013). Déficit de lecture & schizophrénie : mise en évidence d'une dysconnectivité fonctionnelle au sein du système visuel. *L'information psychiatrique* 69(10), 803-810. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8910.0803>

World Federation of Occupational Therapists. (2010). *La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. WFOT. <https://www.wfot.org/checkout/19067/24234>

Zribi, G. (2012). Un foyer d'accueil médicalisé (Fam) Éléments d'un projet d'établissement. In *Vieillesse des personnes handicapées mentales* (p. 125-132). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.zribi.2012.02.0125>

ANNEXES

Annexe 1 : Représentation synthétique des facteurs qui influencent “le transfert des acquis” d’après l’ensemble des recherches du cadre théorique.



Annexe 2 : Bilan des demandes d’entrevue avec des professionnels de santé et paramédicaux.

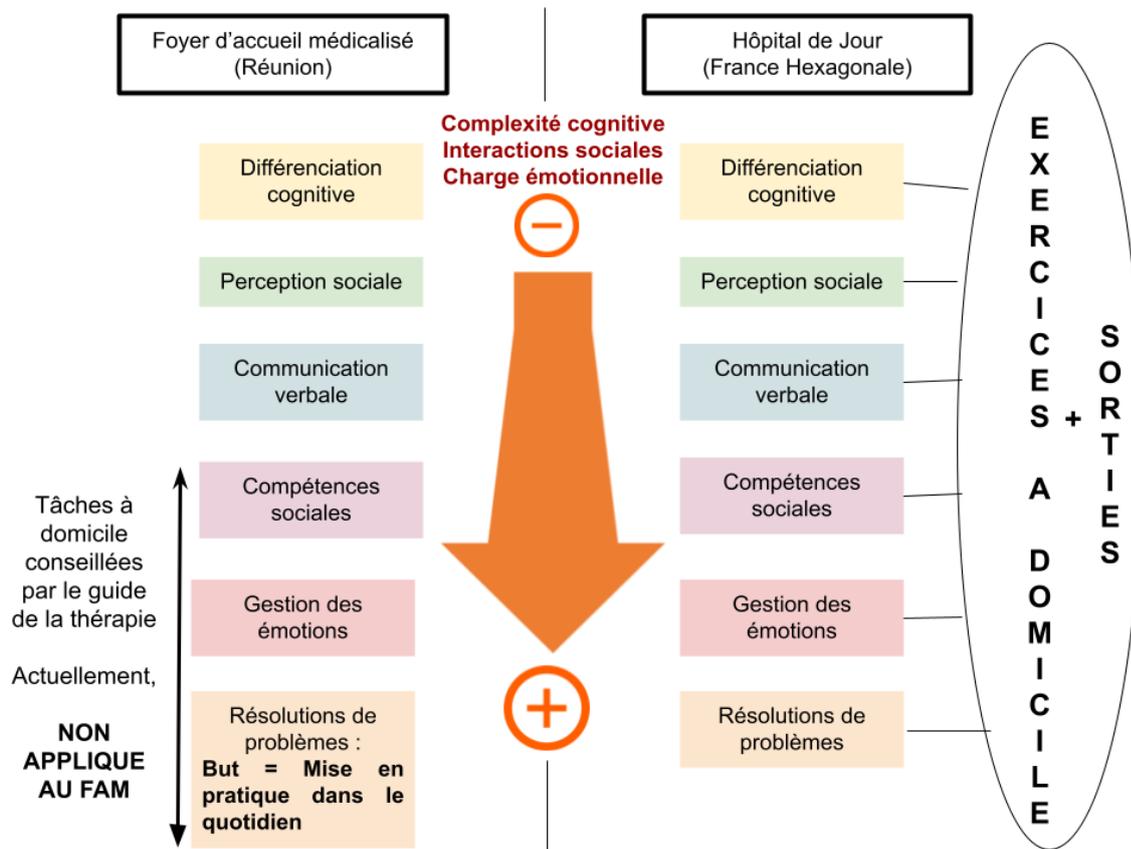
Fonction	Région	Réponse Favorable	Réponse négative	Pas de réponse
Ergothérapeute	Réunion	4	0	1
Ergothérapeute	France Hexagonale	1	1	3
Psychiatre	Réunion	1	0	0
Psychologue	Réunion	1	0	0

Bilan des demandes d’entrevue avec des professionnels de santé et paramédicaux

Structures contactées en France Hexagonale
Centre de Proximité en Réhabilitation Psychosociale de la Creuse
Le Centre de Remédiation cognitive et de Réhabilitation psychosociale de Valence
Le Centre recours en Réhabilitation psychosociale du Centre hospitalier Gérard Marchant Toulouse
Centre Réfèrent de Réhabilitation psychosociale de Bourgogne (C2RB)
Association route nouvelle Toulouse
Structure de réhabilitation psychosociale - Centre Hospitalier Vauclaire
Dispositif de Soins de Réhabilitation Psycho-Sociale (DSRPS) de Bourg en Bresse

Prises de contact avec des structures en France Hexagonale qui n’ont pas aboutie

Annexe 3 : Comparaison des animations du programme IPT entre le FAM de la Réunion (version française de Pomini et al. 1998) et l’Hôpital de Jour en France Hexagonale (version québécoise adaptée de Pomini et al., 1998)



Annexe 4 : Description des étapes pour résoudre des problèmes personnels dans le quotidien.

Etape de Résolution de problème selon Pomini et al. ⁷⁴
Identification, analyse et formulation du problème
Identification des limites et obstacles de la situation
Recherche de solutions
Evaluation des solutions et choix préférentielle de l’une d’elles
Evaluation de la solution appliquée
Pour cela, les auteurs proposent : <ul style="list-style-type: none"> - Jeux de rôle et entraînement aux stratégies - Tâche/ stratégie à exercer hors séances - Feed-back et discussion - Evaluation de la pertinence/efficacité de la stratégie.
Néanmoins, l’application des stratégies n’est pas encore mise en place au FAM (Réunion)

⁷⁴ Pomini, V., Neis, L. Brenner, H., Hodel, B. et Roder, V.(1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Mardaga.

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien mené avec Dimitri (ergothérapeute du FAM)

Interviewer : Léa Maillot
Interviewé : Dimitri (*Nom d'emprunt)
Date : 16 Février 2023
Durée : 30 minutes

Léa : Pourriez-vous me parler de vous ?

Dimitri : “Je suis Dimitri, j'ai 41ans, je suis ergothérapeute depuis juillet 2020. Le FAM est ma première expérience professionnelle en dehors des stages en ergothérapie. J'y suis depuis Août 2020. Avant, j'ai eu des expériences dans le monde sportif et puis j'ai eu l'opportunité de travailler dans le milieu social”

Léa : Vous travaillez avec quel public ?

Dimitri : Ici, je travaille avec le public du Foyer d'accueil médicalisé, il s'agit d'un public à dominante, avec handicap psychique, mais il y a aussi des problématiques motrices, je travaille aussi sur une MAS avec un public autiste. Dans notre structure, il y a des problématiques de handicap psychiques, moteurs, polyhandicap. Il m'arrive donc d'intervenir auprès de tous ces publics. Mais majoritairement handicap psychique et autisme.

Léa : Comment est-ce que vous avez été formé à l'IPT ?

Dimitri : Effectivement il existe une formation qui est dispensée, mais toutefois, je n'ai pas eu l'occasion de suivre cette formation initiale. On a un livre dans la structure sur l'IPT. Il faut savoir que c'est un outil, une thérapie qui est livrée clé en main. Avec des progressions, des exercices.

Moi je me suis formé par l'expérience, l'expérimentation directe avec le public. Et avec aussi les échanges que j'ai pu avoir avec notre superviseur IPT ici au FAM et puis avec le docteur C . Mais voilà cela n'a pas pris la forme d'une formation initiale classique.

Léa : Comment travaillez-vous les compétences IPT ?

Dimitri : C'est organisé avec un groupe qui est fermé depuis le début. Moi je n'étais pas là à l'origine de cette thérapie. Donc on a deux séances par semaine, qui sont des séances d'une heure, avec deux groupes. C'est le même groupe qui vient le mardi matin de 9h à 10h et le jeudi matin de 9 h à 10 h et le deuxième groupe qui vient de 10h30 à 11h30, le mardi et le jeudi.

On a plusieurs modules. Maintenant, ça va faire plus de deux ans que je suis sur les séances d'IPT. J'ai été dessus dès mon arrivée.

On a donc plusieurs modules et on suit une évolution qui est indiquée dans la thérapie.

On suit les modules et puis on passe d'un module à l'autre en faisant des réunions entre nous, lorsque l'on estime que les compétences sont acquises et que l'on peut changer de modules.

Léa : Est-ce que vous avez des méthodes d'animation spécifiques que vous utilisez ici au FAM ?

Dimitri : Alors nous n'avons pas de méthodes d'animation spécifique. Il faut savoir que l'encadrement sur les séances d'IPT est pluridisciplinaire. Donc nous avons chacun quelque part notre savoir-faire en termes d'animation, de pédagogie, soit à visé de soin. Il faut savoir qu'effectivement dans notre cursus d'ergothérapeute, on a un volet sur la pédagogie,

notamment sur la partie éducation thérapeutique des patients. Je pense que chacun se sert de ses compétences d'animation. Comme je l'ai dit tout à l'heure, j'ai travaillé aussi dans le milieu sportif, j'anime régulièrement des regroupements sportifs, où on fait des apprentissages, je suis en contact avec des jeunes notamment et donc là-dessus aussi, il faut des compétences d'animation. Donc chacun anime un peu à sa manière et selon sa profession.

En ce qui me concerne, j'attache un point particulier à toutes les formes de compréhension, à tout ce qui renvoie au cognitif quelque part. Aussi bien en termes de communication, mais aussi sur la compréhension des consignes. Sur l'écoute, l'attention. Donc voilà, on fait énormément appel à des processus cognitifs sur l'IPT. Sur mon animation de la séance, j'attache un point important à la compréhension des consignes. Quitte à certains moments à modifier, adapter les consignes pour que ce soit plus facilement compris.

Léa : Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients du programme ?

Dimitri : Le plus gros avantage pour moi est que ça offre un espace de discussion de groupe sur un temps donné. Et un espace de discussion orienté sur les processus cognitifs, donc ce n'est pas juste discuter pour discuter. Mais c'est derrière, aller voir au niveau de l'attention, considérer l'autre.

En effet, nous sommes sur des groupes qui ont un handicap psychique. Plutôt des schizophrènes. Donc "l'autre" peut ne pas être existant. On a des personnes qui ont un profil du fait de l'expression de la maladie qui est assez égocentré. Il y a aussi cet avantage-là. Donc l'IPT permet de discuter mais en s'ouvrant à l'environnement. Il y a ce point-là qui est important à mon sens.

Le deuxième point qui est important, mais qui ne tient pas vraiment du programme mais c'est dans le cadre thérapeutique qu'on va mettre en place. Avec le respect des règles, un respect de l'autre, du temps de paroles, le fait de ne pas couper la parole. Le point important c'est de s'ouvrir aux autres et à l'environnement.

Je me souviens d'un module où on devait faire appel à des choses, qu'on devait deviner à l'extérieur, avec des indices qu'on donnait, donc ça veut dire qu'il faut avoir cette capacité à bien appréhender son environnement et à bien se projeter sur autre chose qui est là dans la salle à l'instant présent. Donc ça c'est un gros avantage de l'IPT.

Si je peux rajouter un point, je dirais en termes de communication générale dans la manière de s'adresser aux autres en société.

Globalement l'IPT vise les habiletés sociales et comment s'adresser aux autres, comment formuler une demande, comment on peut aussi interpréter l'interaction à l'autre. On joue avec des mots à l'IPT, il y a des mots qui ont des doubles sens, des synonymes... L'idée c'est de se dire qu'un mot peut avoir plusieurs sens. Une expression aussi, comprendre qu'on peut très bien esquisser un sourire sans pour autant être joyeux et inversement ne pas sourire et être joyeux. Donc le programme aborde tout ça.

Je me souviens aussi d'interprétations qu'on devait faire de situation en image, où l'on devait se demander, est-ce que les personnes sont joyeuses ? est-ce qu'elles se parlent, où sont-elles ? dans quel environnement elles sont ? dans quel état d'esprit elles sont ? Donc c'est vraiment complet lorsque l'on passe d'un module à l'autre. Et globalement, il vise les habiletés sociales et l'interaction à son environnement et à l'autre.

Là-dessus, c'est vraiment un point fort.

Le point faible c'est que c'est un espace, peut-être dans la manière qu'on l'a conçu manière, c'est un espace de travail sur un temps donné, deux fois par semaine. Et ce n'est pas forcément abordable pour les équipes de proximité. Non pas qu'elles n'aient pas la capacité de le faire mais, on a du mal à les intégrer dans le processus de thérapie, pour des raisons

diverses et variées : organisationnelles, ils sont aussi pris sur leurs tâches au quotidien. Et du coup on perd en déclinaison je pense sur le quotidien derrière. On gagnerait je pense, à ce que plus de monde soit impliqué professionnellement parlant, pour qu'ils voient justement les progressions et les efforts qui sont faits. Et surtout pour que ça puisse être repris au quotidien.

Léa : Quels sont les axes d'amélioration selon vous ?

Dimitri : Je pense vraiment que ça serait en premier axe, de pouvoir intégrer plus régulièrement des professionnels. Alors on le fait, on sollicite, on demande à ce que les gens viennent, et puis à chaque fois qu'ils viennent ils sont bluffés, parce qu'ils découvrent les bénéficiaires qu'ils accompagnent au quotidien, autrement.

Certes avec des troubles, car les troubles continuent à s'exprimer en séances, donc on essaye de les canaliser, ce sont les mêmes troubles qui peuvent s'exprimer au quotidien mais, avec des capacités aussi. Et on met à jour ces capacités en fait. Dès qu'on les décèle, on insiste dessus, on va complexifier. Le programme propose lui aussi de complexifier les choses. On va s'appuyer sur toutes les capacités cognitives qu'on détecte, on va s'appuyer dessus. Et du coup, il manque cette interaction pour que les autres personnes puissent s'en rendre compte et puis éventuellement les décliner après derrière sur la quotidienneté. En tout cas, moi en deux, je vois vraiment des différences significatives dans les comportements, les capacités d'attention des résidents, dans leur capacité d'expression aussi, dans leur interaction à l'autre. Mais voilà c'est un processus qui est long, on prend le temps de le faire. On voit des progressions. Si on fait une photo d'il y a deux ans et une photo de maintenant, on les voit. Les progressions sont lentes, fines, assez minutieuses, assez précises. Quand on a l'œil exercé, qu'on passe du temps avec les résidents, on les voit. Et c'est vrai qu'en dehors de ce temps-là, les professionnels de proximité peuvent ne pas les voir. Donc ça, ce serait un axe d'amélioration pour les intégrer un peu plus.

Et puis peut-être proposer des activités dérivées de l'IPT, un peu plus légères sur les temps d'activité avec les équipes de proximités. Comme je disais, on joue avec les mots. En ce moment, on est sur un module où on part d'un concept général, qu'ils choisissent. Si on part sur le mot bateau par exemple, et qu'on demande "à quoi vous fait penser le mot bateau ?" Il y en a qui vont dire mer, il y en a qui vont dire flotter, il y en a qui vont dire croisière, peu importe, et ensuite, on va reprendre ces mots là pour poser une question à quelqu'un. Par exemple si on choisit le mot "croisière", peut être qu'on peut demander à quelqu'un, "Tiens-toi as-tu déjà fait une croisière ?" et puis ça ouvre la discussion. Et ça on pourrait très bien le faire en dehors de l'IPT. Nous à l'IPT, on des objectifs précis, on est sur la formulation, sur l'ouverture à l'autre, le fait de pouvoir poser la question à l'autre, de s'intéresser à ce que l'autre a déjà fait, là sur ce module-là. Et puis on est aussi sur le fait de pouvoir formuler une question, pouvoir écouter et attendre la réponse. Et éventuellement rebondir dessus. Et donc on est attaché à tous les processus cognitifs qui sont en jeu dans cette interaction. Mais on pourrait très bien le faire plus légèrement, en dehors, en amorçant une discussion sur les croisières, sur divers sujets, sans pour autant qu'il y ait un objectif thérapeutique derrière ou de remédiation cognitive. Juste ouvrir un espace de discussion. Je pense que ce serait une déclinaison possible, mais pour cela il faut pouvoir à un moment donné, sensibiliser les professionnels sur cette démarche, les sensibiliser aussi sur l'intérêt de proposer ces échanges, notamment vis à vis de notre public, pour pouvoir être décliné en termes d'animation derrière.

Léa : Que pensez-vous des mises en situation écologiques pour appliquer ces apprentissages ?

Dimitri : Je pense que ce serait l'aboutissement du travail effectué. Alors le programme le prévoit à certains moments. Effectivement, on pourrait très bien, là on est sur des modules où on vise à poser des questions. On pourrait très bien amener le résident dans une situation

où il serait amené à poser des questions mais à l'extérieur. Par exemple, si on doit travailler sur des éléments alimentaires, on pourrait très bien se retrouver à être dans un magasin et lui présenter une situation, où il doit demander où se trouve la farine ? comment je peux faire un gâteau ? etc. Là je prends une problématique alimentaire par exemple mais, ça pourrait très bien être déclinable sur autre chose. Et c'est le but aussi de l'IPT. On travaille comme je l'ai dit les habiletés sociales. Mais les habiletés sociales travaillées ici en séance, on fait quelque part abstraction de la réalité du quotidien. On crée quelque part un laboratoire où l'on propose des exercices de remédiation cognitive mais, le but c'est que ce soit exploité dans la quotidienneté. Donc effectivement, les mises en situations écologiques sont le bout du bout. Mais, cela demande à ce que les processus cognitifs en jeu soient maîtrisés par l'ensemble du personnel. Aujourd'hui, nous ergothérapeutes on y est attentifs, lorsque l'on va en dehors des séances d'IPT, lorsque l'on croise les résidents dans la cour ou encore lors des accompagnements en séance d'ergothérapie. Il m'arrive assez souvent de faire des échos à l'IPT. Je vais par exemple, sur l'interaction avec quelqu'un, il m'arrive que certains résidents qui participent à l'IPT, viennent tout d'un coup vous interrompre et vous posent une question, alors que vous êtes déjà en train de parler avec une autre personne. Je n'hésite pas à faire un rappel. En leur disant, "Attention à l'IPT, vous vous rappelez, on fait attention au tour de paroles, regardez, observez je suis déjà en train de discuter avec quelqu'un, attendez votre tour. Je ne sais pas pour mes collègues, mais moi j'y fais attention. C'est vraiment ça le but, que les habiletés sociales puissent se retranscrire. Habiletés sociales, ça veut dire qu'on est in situ dans la situation écologique, et pas effectivement dans une situation un peu cadrée et un peu idéale.

Léa : Donc actuellement, ici vous ne faites pas encore de mises en situation ?

Dimitri : Non, on ne va pas jusque-là en tout cas. On suit le programme tel qu'il est, on n'a pas fait de déclinaison en situation, pour pouvoir retravailler les séances en dehors du temps de séance classique. Cela demanderait un investissement important, par contre ça ouvre une piste qui semble intéressante. On pourrait en discuter avec les collègues pour voir si on ne propose pas un temps autre, par rapport à ça.

Nous sommes six à huit collègues sur les séances d'IPT. Nous ne sommes pas six à huit tout le temps en même temps sur les séances, nous nous dispatchons les séances. Mais, aller sur des mises en situation et les décliner en dehors de nos séances dans notre salle, cela demanderait une réflexion et une organisation pour pouvoir le faire.

Léa : Que pensez-vous de la transférabilité du programme ?

Dimitri : Je pense que les acquis pourraient être transposables en mise en situation écologique, avec une réflexion, on pourrait passer par une analyse d'activité. Les ergothérapeutes sont habitués à ça et d'ailleurs on le fait. On a le programme effectivement avec les consignes, mais on analyse tout le processus qui se met en jeu pour l'adapter. Parce que des fois le décalage entre la consigne et les capacités de nos résidents est tel, que des fois il faut que l'on facilite la séance, et donc, on va faciliter sur des éléments cognitifs et puis à d'autres moments, il faut qu'on complexifie la séance, puisqu'elle est trop simple, là encore on complexifie des éléments cognitifs. On pourrait très bien le faire en analysant chaque module, et se dire ce module-là, on la travailler de telle façon en séance, si on devait le transposer dans la vie quotidienne, qu'est-ce qu'on pourrait faire et comment on pourrait le faire ? Oui, ce serait facilement transposable.

Je repense à l'exemple tout à l'heure que j'ai décrit, où l'on prenait une image d'une situation figée et qu'on devait analyser.

Par exemple, c'était une image de deux personnes qui faisaient des courses dans un magasin. On essayait d'amener les résidents à se projeter. Où se passe la scène etc. On

pourrait très bien le faire en amenant le résident à un moment donné, en magasin et en se disant ben là on est à cet endroit pour y faire quoi ? Les gens ont-ils l'air pressés ou non ? Qui est le vendeur ? A qui on peut s'adresser, si on doit poser une question ? Est-ce que si on s'adresse à une personne, on y va de but en blanc, en disant : "Monsieur j'ai besoin de ça !". Ou est-ce qu'on analyse la situation, pour voir si le vendeur ou le commercial est déjà occupé avec quelqu'un, comment on entre en interaction ? Quelle est la question qu'on va lui poser ? On pourrait donc très bien le faire en situation réelle.

Léa : Je vous remercie, j'arrive maintenant à mes deux derniers pôles de questionnement.

Léa : Selon vous, de quelle manière l'ergothérapeute peut-il amener l'aspect signifiant dans l'apprentissage, au cours du programme IPT ?

Dimitri : L'aspect signifiant, on le fait systématiquement. En fait, sur les mots avec lesquels on travaille, le programme nous demande d'aller sur des mots neutres au départ et puis sur des mots à connotation affective. On le fait donc systématiquement ce cet aspect signifiant puisqu'il y a des éléments qui ne feront pas sens pour les résidents. Le programme a été conçu à une échelle nationale, il y a donc des mots qui ne font pas sens. Par exemple, lorsque l'on va parler de la neige, de l'hiver, on va peut-être faire appel à des ressentis, des émotions, qui ne font pas forcément sens à la Réunion. On a une grande majorité de résidents qui n'ont jamais pris l'avion, qui ne savent pas ce qu'est la neige. Certains le savent, mais pas tous. Le froid ils en ont une expérience mais pas forcément, puisque nous sommes sur la côte, donc on a un climat plutôt agréable. Donc voilà le côté signifiant, on le travaille à chaque fois et systématiquement et c'est au de-là de l'ergothérapeute . C'est vraiment dans l'accompagnement pluridisciplinaire, on se met d'accord, en disant tiens là ça ne va peut-être pas faire sens, et du coup on va changer de mots, aborder une autre thématique, prendre les choses qui font vraiment sens pour les résidents.

Des fois on aborde la notion du cinéma, des médicaments, du handicap. Sur le handicap on a été bluffé, parce qu'on s'est aperçu qu'ils étaient loin de cette notion. Bien qu'étant en situation de handicap, ils n'avaient pas forcément conscience qu'ils l'étaient et la notion était loin d'eux et ne faisait pas forcément sens. On a dû retravailler ça aussi, qu'est-ce que ça veut dire le handicap ? Est-ce ce n'est qu' un handicap visible, ou encore est-ce que quand je me sens anxieux, dépressif, est-ce que c'est un handicap, est-ce que lorsque j'ai besoin d'un "Si besoin" c'est parce que j'ai une maladie... La notion de maladie aussi, ils la mettent loin d'eux. Oui, l'aspect signifiant est permanent dans le programme. En tant qu'ergothérapeute on y attache un regard particulier, puisque l'aspect signifiant est central dans notre métier.

Léa : Je passe maintenant à ma dernière question.

Comment pensez-vous pouvoir à travers l'IPT influencer le rendement et l'engagement occupationnel chez les bénéficiaires ?

Dimitri : Je ne sais pas si le programme est fait pour ça finalement, sur la question d'engagement et de rendement. Par contre une chose est sûre, en termes de transférabilité je parle, de rendement, d'engagement, parce qu'en ergothérapie, ce qui fait l'engagement c'est aussi le côté signifiant, le sens qu'on y met aussi, on va faire appel à des processus volitionnels, qui dit engagement, dit qu'il faut qu'on y trouve un intérêt, il faut qu'on y trouve un sens, il faut qu'il y ait une motivation. Donc voilà le programme à la base n'est pas fait pour ça. En revanche, on se rend bien compte, c'est peut-être notre rapport pluridisciplinaire qui fait ça, mais c'est aussi le fait qu'on donne sens au travers de cette séance, on se rend compte que cette séance est un repère super important pour nos résidents. C'est-à-dire que 90% des résidents qui vont venir me voir pour s'assurer qu'il y a bien les séances d'IPT le

mardi, le jeudi, donc c'est un programme repérant et structurant. Je pense que les gens s'y sentent bien, parce qu'il y a un cadre bienveillant, parce qu'il y a un espace de paroles, un respect, parce qu'on travaille, mais on y met du ludique aussi, du jeu. On y met du personnel, de l'entraîn. C'est un plaisir pour moi en tant que thérapeute d'animer ces séances. Ça reste des séances thérapeutiques et on les anime. Ça reste un plaisir pour moi, et je pense que ce plaisir, on le transmet. Et donc, l'engagement en IPT il y est. Les gens ratent rarement les séances d'IPT. Le public vient et qui nous sollicite, si jamais la séance ne se fait pas. Je ne suis pas sûr que l'engagement puisse se transférer sur autre chose, parce que ça n'a pas été pensé pour ça, par contre l'engagement sur les séances elles-mêmes, il y est.

Léa : Que pensez-vous de l'empowerment dans le processus de transfert des acquis toujours en lien avec le programme de l'IPT ?

Dimitri : L'empowerment c'est qu'on fasse nous-même nos choix. Effectivement on cadre sur l'IPT, mais on oriente aussi sur les choix et l'empowerment. En ce moment, sur les modules que l'on propose, ce sont les bénéficiaires qui choisissent la thématique, parfois même ils négocient la thématique, c'est-à-dire qu'ils vont se mettre d'accord avec les autres, d'autres ne négocient pas. On a des personnalités aussi dans le groupe. Des personnalités qui sont plutôt leaders d'autres plus effacées. Quand on a les leaders supposés de la séance, qui vont tenter d'imposer le choix, on va créer l'espace pour dire, est ce qu'on fait ce choix-là ? Est-ce que tout le monde est d'accord ?

On y est attentif. Pas tous les modules ne s'y prêtent. Certains modules sont plus cadrés, le choix n'existe pas et est quasiment imposé. Et puis il y a d'autres modules où ce choix est permis.

Comme je disais, on joue beaucoup sur les mots, et en jouant sur les mots, on laisse place à l'expression de soi. Bien sûr, on est avec un public qui a un handicap psychique, où des réflexions délirantes peuvent se produire. Donc dans ce cadre-là, nous on y est attentif, et on recadre ces expressions délirantes. Ça peut aller à l'encontre de l'empowerment quelque part. On va donc recadrer ces expressions délirantes lorsqu'elles surviennent, mais toujours en laissant la place à une expression adaptée, à la possibilité de se tromper, de revenir sur ce qu'on a dit, de reprendre la parole et le pouvoir sur son expression.

L'IPT c'est aussi l'instant pour les bénéficiaires. On a certes des objectifs thérapeutiques à atteindre, mais pas en muselant entre guillemets la parole du bénéficiaire, donc oui à l'empowerment.

Léa : Je vous remercie pour cet entretien qui a été très intéressant !

Annexe 6 : Grilles d'entretien des deux populations cible de l'étude

1. Grille d'entretien semi-directif à destination des ergothérapeutes animant des séances du programme IPT (Integrated psychological therapy) auprès de personnes présentant une schizophrénie.

Pôle de questionnement	Critères	Indicateurs	Indices ou Relances	Question
Présentation du professionnel	Expérience dans l'animation de séances du programme IPT (Integrated psychological therapy) auprès d'un public qui présente une schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> - Âge - Nombre d'années d'exercice - Domaine et lieux d'exercices professionnels - Publics rencontrés 	Expérience professionnelle dans le domaine de la santé mentale	Pourriez-vous me parler de vous ?
			<i>Pouvez-vous vous présenter ?</i> <i>Dans quelle structure exercez-vous ? Depuis combien de temps ?</i>	Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
	Formation	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnel qui a suivi une formation pour le programme - Professionnel qui a appris à animer des séances d'IPT par un professionnel 	Avez-vous suivi une formation au programme IPT ?	Comment est-ce que vous avez été formé à l'IPT ?

Les séances d'IPT	Professionnels qui animent/ participent à des séances d'IPT	Connaissance du programme IPT	Description de la méthode d'animation des séances d'IPT et moyens utilisés	Comment travaillez-vous les compétences IPT ?
	Satisfaction du programme IPT	Points positifs Points négatifs	Identifier des points qui impacte positivement ou non la notion de transfert	Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients du programme ?
Notion de transférabilité vers les activités de la vie quotidienne	Pratique de l'IPT en dehors des séances classiques	Les moyens utilisés pour travailler différemment les compétences vues en IPT	Que pensez-vous des mises en situation ? Qu'en est-il en dehors des séances ? <i>Travaillez-vous l'application des acquis de l'IPT dans les activités de la vie quotidienne, en dehors des séances classiques du programme ?</i>	Quels sont les axes d'amélioration selon vous ?
			<i>Quels sont les moyens qui permettent/ freinent la transférabilité ?</i>	Que pensez-vous de la transférabilité du programme IPT ?
L'aspect signifiant dans les séances d'IPT	Modification/ approche des modules pour motiver les bénéficiaires et permettre leur engagement dans la séance.	Identifier les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser la motivation et l'engagement des bénéficiaires grâce à l'aspect signifiant	Qu'est ce que l'ergothérapeute utilise dans les séances qui sont importants pour vous, qui ont du sens et qui favorisent votre apprentissage dans l'IPT	Selon vous, de quelle manière l'ergothérapeute peut-il amener l'aspect signifiant dans l'apprentissage, au cours du programme IPT ?

Accompagnement en Ergothérapie		Évaluer l'impact et les effets observés	<p>Décrire les changements observés sur le plan occupationnel</p> <p><i>Constatez-vous des changements au niveau des comportements, des activités de la vie quotidienne, chez les bénéficiaires qui participent au programme IPT ?</i></p>	Comment pensez-vous pouvoir à travers l'IPT influencer le rendement et l'engagement occupationnel chez les bénéficiaires ?
--------------------------------	--	---	--	--

2. Grille d'entretien semi-directif à destination des bénéficiaires présentant une schizophrénie et participant au programme IPT (Integrated psychological therapy)

Pôle de questionnement	Critères	Indicateurs	Indices ou Relances	Question
Présentation du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de la relation de confiance avec le bénéficiaire 	Informations socio-administratives	<p><i>Quel âge avez-vous ?</i> <i>Vivez-vous dans une institution/ à votre domicile ?</i> <i>Depuis combien de temps participez-vous à des séances d'IPT ?</i></p>	Pouvez-vous vous présenter ?
Les séances d'IPT	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction du programme IPT - Apports du programme selon les bénéficiaires - Identifier des points qui impactent positivement ou non la notion de transfert - Moyens utilisés pour transmettre les compétences - - Moyens utilisés pour la stimulation 	<p>Points positifs</p> <p>Points négatifs</p> <p>Description de la méthode/ moyens</p>	<p><i>Pouvez-vous me décrire une séance type ?</i></p> <p><i>Quels sont les points positifs et/ou négatifs du programme selon votre avis ?</i></p> <p><i>Rencontrez-vous des difficultés lors des séances d'IPT ?</i></p> <p><i>Y'a-t-il d'autres moments/ environnements où vous révisez les compétences travaillées en IPT ?</i> <i>Par exemple, dans une</i></p>	<p>Comment se passent vos séances d'IPT ?</p> <p>Qu'est-ce que vous apportent les séances d'IPT ?</p> <p>Dans quels environnements/ endroits se déroulent les séances d'IPT ?</p>

	et l'apprentissage dans un autre contexte		<i>situation de la vie quotidienne ? dans votre environnement de tous les jours ? Lors d'une sortie ? Quels sont les supports/méthodes/stratégies utilisés ?</i>	Comment vous sentez-vous durant les séances d'IPT ?
Notion de transférabilité vers les activités de la vie quotidienne	Formulation des situations où l'IPT aide le bénéficiaire Mesure de l'impact de l'IPT	Les thèmes ciblés par le programme IPT, dans lesquels les bénéficiaires constatent un changement : - Perception et compétences sociales - Communication - Gestion des émotions - Résolution de problèmes etc. Selon la représentation du programme IPT (Integrated Psychological Treatment) du Centre de recherches de l'IUSMM (2021)	<i>Les séances d'IPT ont-elles une influence sur vos activités de la vie quotidienne ? Les séances d'IPT vous aident-elles pour interagir et échanger avec une autre personne ? Pour exprimer vos idées dans une discussion ? Pour percevoir les émotions des autres personnes ? Pour donner votre opinion /avis sur une situation, ou sur une personne ?</i>	Comment décririez-vous vos activités de la vie quotidienne depuis que vous avez débuté les séances d'IPT ?
	Utilisation des	Situations de la vie de	<i>Dans quelles situations</i>	Comment utilisez-vous ce

	compétences de l'IPT - Identification d'axes d'amélioration éventuels - Recueil des remarques, doléances des bénéficiaires	tous les jours où les compétences sont utilisés Propositions ou satisfaction suffisante	<i>de la vie quotidienne les séances d'IPT vous sont-elles utiles ? Si vous deviez donner votre avis sur l'amélioration de l'IPT, quel serait-il ?</i>	que vous apprenez en séance dans la vie quotidienne ? Quels sont les axes d'amélioration selon vous ?
L'aspect signifiant dans les séances d'IPT	Identifier l'aspect signifiant dans le programme IPT pour les bénéficiaires	Source(s) de motivation	<i>Qu'est-ce que vous aimez dans l'IPT ? Qu'est-ce qui vous donne envie de venir aux séances d'IPT ?</i>	Qu'est-ce qui vous motive dans les séances d'IPT ?
Accompagnement en ergothérapie	Identifier les attentes des bénéficiaires Identification de la perception des bénéficiaires du rôle particulier de l'ergothérapeute	Avis positifs Avis négatifs	<i>Quelles sont les actions/choses que l'ergothérapeute fait par rapport aux autres professionnels qui animent les séances d'IPT ?</i>	Quelles sont vos attentes par rapport à un professionnel comme l'ergothérapeute lors des séances d'IPT ? / Quelles auraient été vos attentes si vous aviez été accompagné par un ergothérapeute ?

Annexe 7 : Résultat de l'enquête exploratoire

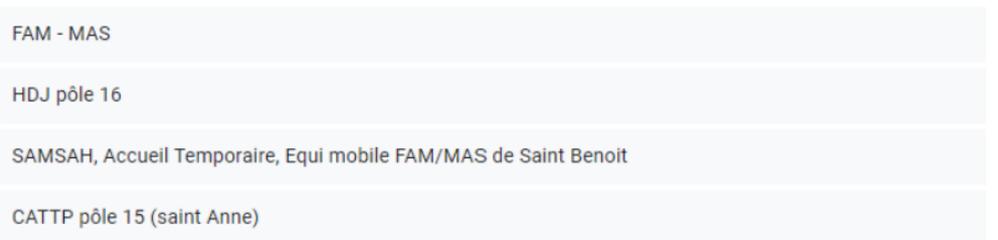
Quelle est votre profession ?

4 réponses



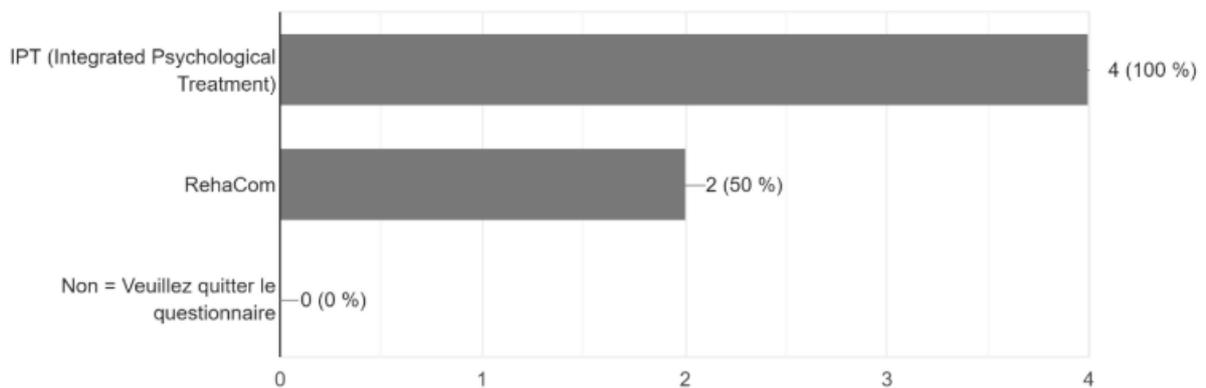
Quel est votre lieu d'exercice ?

4 réponses



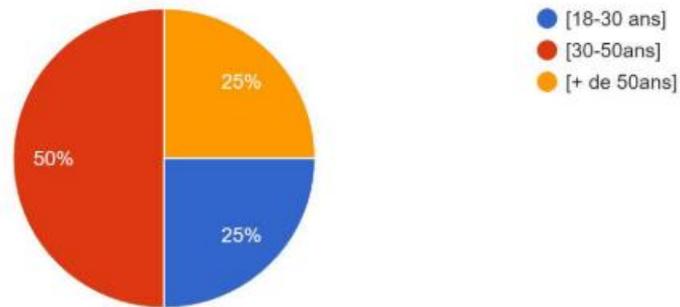
Conduisez vous un des programmes de remédiation cognitive suivants ?

4 réponses



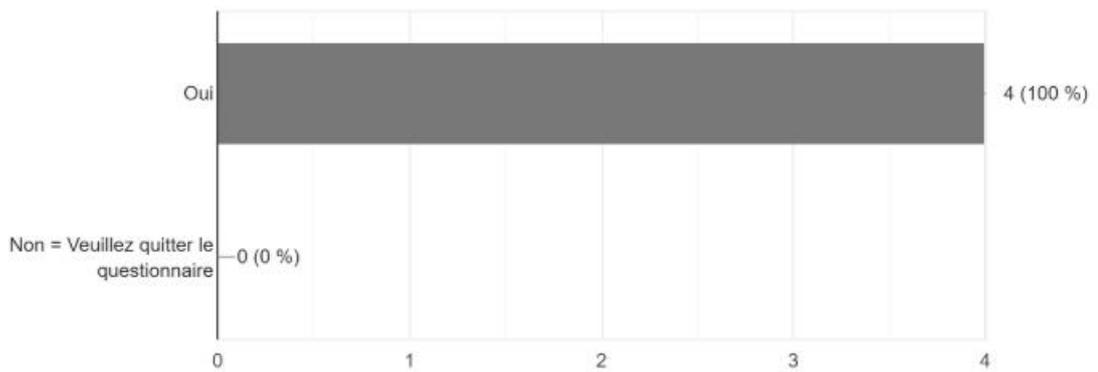
Quel est l'âge moyen des participants au programme dans votre établissement ?

4 réponses



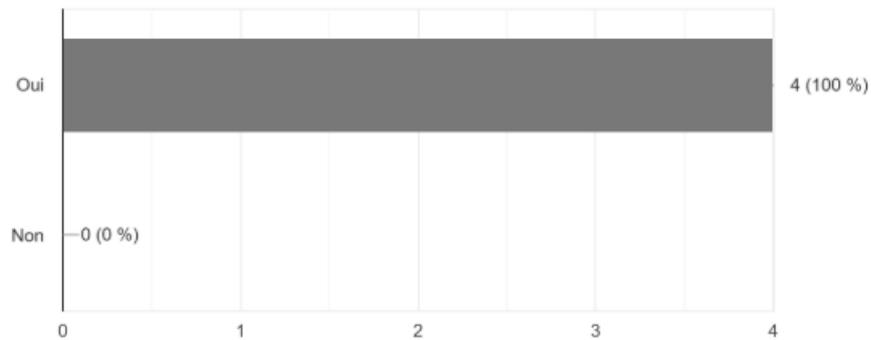
Il y a-t-il des personnes qui présentent une schizophrénie qui participent aux programmes (IPT ou RehaCom) ?

4 réponses



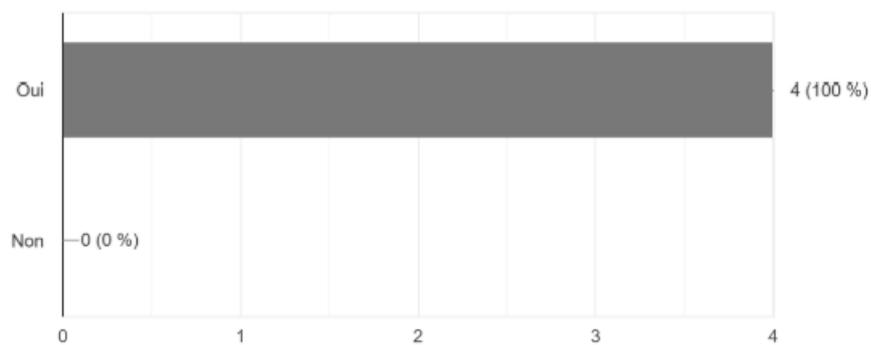
Il y a-t-il des ergothérapeutes qui participent à l'animation de la séance d'IPT / de RehaCom dans votre établissement ?

4 réponses



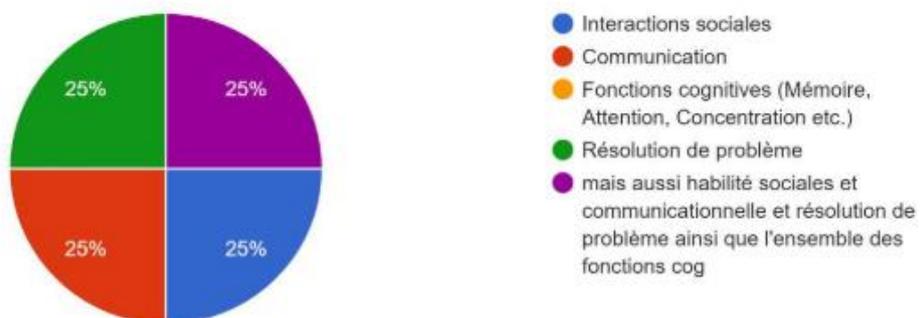
Constatez-vous des améliorations au niveau des difficultés que rencontrent les bénéficiaires depuis qu'ils suivent le programme IPT / la thérapie RehaCom ?

4 réponses



Si oui à quel niveau ?

4 réponses



Quels sont selon vous les inconvénients de l'IPT / du RehaCom ?

4 réponses

Demande de régularité, et séances à mettre en place de manière continue

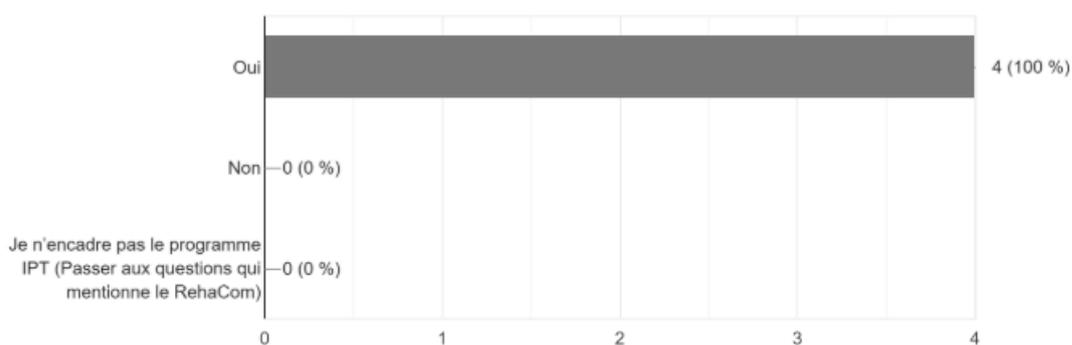
Ipt: la longueur du programme, RECOS: n'est pas adapté pour certains du fait de l'exigence de certains exercices informatisé

Les séances d'IPT nécessitent particulièrement une certaine stabilité psychique pour pouvoir participer pleinement.

La lourdeur du programme: nécessite un engagement des patient sur une longue période. Souvent ils sont motivé en début de session et cela s'effiloche au fur et à mesure.
Difficulté à constitue un groupe homogène.

Pour l'IPT, avez-vous apporter des adaptations au niveau des modules ?

4 réponses



Quels types d'adaptations avez-vous apporté pour l'IPT ? (Si vous êtes concerné par le Rehacom veuillez passer à la question suivante)

4 réponses

Apport de variable facilitatrice en fonction des capacités cognitives mais aussi des autres déficiences présentes chez les participants.

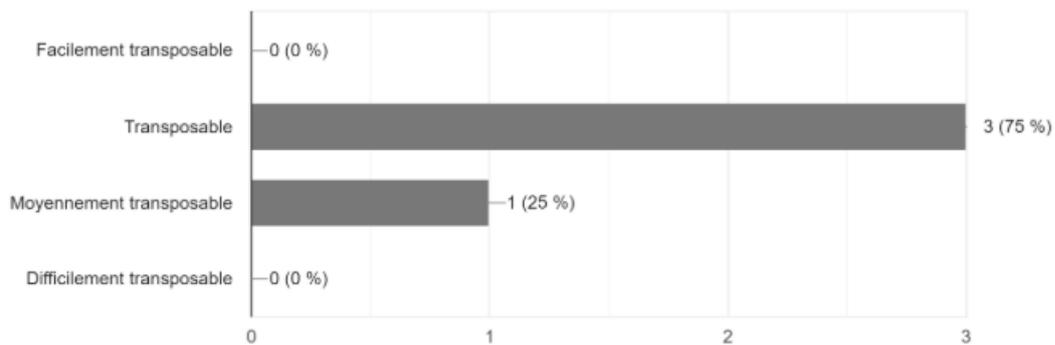
pour les personnes n'ayant pas accès à la lecture...

Des adaptations selon les capacités cognitives de certains bénéficiaires. Où il est parfois nécessaire décomposer un exercice pour une meilleure intégration de la consigne.

adapté les module proposé en fonction des besoins des participants du groupe (supprime certain module). Ne pas attendre que la notion soit intègres par tous pour passer à la suivante.

Quel votre avis sur la généralisation des acquis des séances d'IPT/ de Rehacom dans la vie quotidienne ?

4 réponses



(Question ouverte) Qu'est-ce qui selon vous pourrait constituer une/ des limites à la transposition de ces acquis ?

4 réponses

Le manque de partage entre les thérapeutes et les intervenants du quotidien.

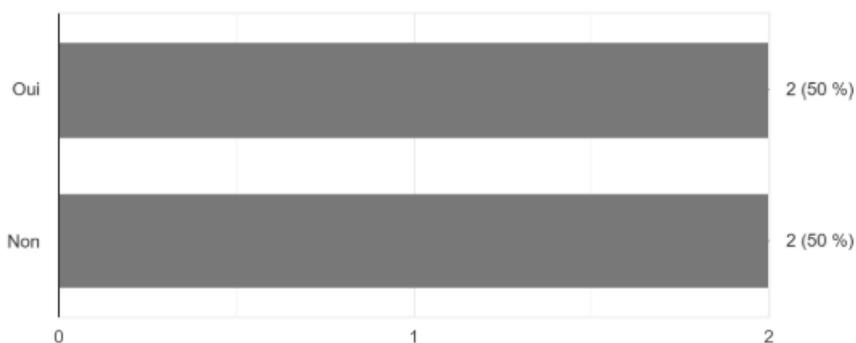
ne pas expliciter le pourquoi de chaque exercice et ce que cela engendre dans la vie quotidienne... et surtout importance de TAD adaptées qui facilitent ce transfert (rôle de l'ergo essentiel car il va se reposer sur ce qui est signifiant pour l personne et de fait utiliser le lever motivationnel adéquat!)

la non collaboration de l'environnement extérieur si la personne vit en collectivités. Cela limite la personne dans sa manière à reproduire et à exploiter des habilités sociales acquises lors des séances.

Pas assez d'exercices en situation réel

Les compétences travaillées en séances d'IPT/ de Rehacom sont-elles réinvesties, mis en application par d'autres professionnels dans d'autres contextes ?

4 réponses



Si "Oui" Qui est-ce ? (Profession) :

2 réponses

moniteur d'atelier en ESAT / SAVS...etc

Cela est repris et poursuivit en extérieur par les professionnels qui ont connaissances des compétences travaillées lors des ateliers. Car cela est repris lors des accompagnements qu'ils proposent. Il n'y a pas de profession particulière qui sont plus intéressés que d'autre aux modules de l'IPT.

Si "Oui", quels sont les moyens ou activités utilisés pour travailler ces compétences ?

2 réponses

importance de communiquer avec les différents professionnel afin qu'ils comprennent les difficultés rencontrées par nos patients et les ressources et moyen palliatifs mis en place en séance

Les ateliers de loisir (sport, jardin, où les bénéficiaires sont amenés à interagir et à collaborer avec d'autres bénéficiaire pour participer à l'atelier.

Si la réponse est "Non", pourquoi ?

2 réponses

A mon sens, manque de connaissance sur les éléments de l'IPT. Non prise de conscience sur les aspects transférables

Manque d'effectif, de coordination d'équipe, de communication...

Annexe 8 : les objectifs visés et les intérêts des sous-programmes de l’IPT selon Pomini et al. (1998)⁷⁵

Sous-programme	But :
Sous-programme 1 : Différenciation cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les fonctions cognitives telles que l’attention, la concentration, la perception et la mémoire pour améliorer l’analyse et le traitement de l’information. <p><u>Finalité</u> : « Compenser la vulnérabilité cognitive. »</p>
Sous-programme 2 : Perception sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser une attention visuelle qui permet de sélectionner et de prendre des informations pertinentes. - Construire des schémas d’interprétation par le biais de l’expérience pour traiter les informations de façon adaptée. <p><u>Finalité</u> : Améliorer « la perception visuelle des situations sociales. »</p>
Sous-programme 3 : Communication verbale	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre et tenir compte du point de vue d’une autre personne lors d’un échange. - Exprimer et formuler une réponse, un avis. <p><u>Finalité</u> : « Développer les habiletés d’écoute, de compréhension et de prise de position. »</p>

⁷⁵ Pomini, V., Neis, L. Brenner, H., Hodel, B. et Roder, V.(1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Mardaga.

Sous-programme	But :
Sous-programme 4 : Compétences sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les compétences sociales en passant par l'apprentissage et la mise en pratique. <p><u>Finalité</u> : Avoir des habiletés pour vivre en société.</p>
Sous-programme 5 : Gestion des émotions	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier ses émotions et celles d'une autre personne. - Communiquer et gérer ses émotions. <p><u>Finalité</u> : Réduire l'impact que peuvent avoir les émotions sur le fonctionnement cognitif, comportemental et social.</p>
Sous-programme 6 : Résolution de problèmes	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et analyser une situation problématique. - Rechercher des solutions. - Echanger pour identifier les solutions les plus pertinentes et adaptées aux problèmes. - Application de la solution. - Evaluation de son efficacité. <p><u>Finalité</u> : Apprendre et identifier une démarche pour résoudre un problème dans la vie de tous les jours.</p>

The occupational therapist and the transfer of knowledge from the IPT (integrated psychological treatment) program to the activities of daily living for a person with schizophrenia

Abstract

Introduction: Schizophrenia affects approximately 24 million people in 2022 (WHO). Cognitive impairments are an important component of the clinical signs of schizophrenia. They often have an impact on the social areas of daily life. Medication makes it possible to reduce symptoms and prevent relapses, but it doesn't solve the difficulties in terms of social skills. A combination with psychosocial rehabilitation is relevant. The cognitive-behavioral approach of Integrated Psychological Treatment (IPT) aims to develop cognitive abilities and social skills. Occupational therapists can promote independence for people with schizophrenia.

Objectives:

The main objectives of this research project are twofold. The first is to identify the specific approaches, methods, and means used by occupational therapists to promote the transfer of skills acquired in the IPT program to activities of daily living. The second objective is to evaluate the benefits of applying these skills in real-life situations.

Method: A qualitative approach through semi-structured interviews with occupational therapists was conducted to test our working hypotheses.

Results: The results show that the environmental assessment is essential for the strategies learned in the program to be used in everyday activities. The meaningful aspect, promotes the motivation of the recipients. The context in which the therapy is offered influences the transfer.

Conclusion: Occupational therapists have a role to play in the transfer of knowledge gained from the IPT program to the activities of daily living for a person with schizophrenia. The interdisciplinary approach is fundamental.

Keywords: Schizophrenia, IPT, psychosocial rehabilitation, Transfer of skills, environmental assessment, Occupational therapy, Meaningful aspect.

L'ergothérapeute et le transfert des acquis du programme IPT (*Integrated Psychological Treatment*) vers les activités de la vie quotidienne pour une personne présentant une schizophrénie

Résumé :

Introduction : Environ 24 millions de personnes présentent une schizophrénie en 2022 (OMS). Les troubles cognitifs représentent une composante importante de la maladie. Ces difficultés ont souvent des répercussions sur les domaines sociaux de la vie quotidienne. Le traitement médicamenteux, permet de diminuer les symptômes, de prévenir les rechutes mais ne résout pas les difficultés sur le plan des compétences sociales. L'approche cognitivo-comportementale de l'IPT vise à développer les capacités cognitives et les habiletés sociales. L'ergothérapeute peut accompagner la personne à l'utilisation de stratégies pour améliorer la gestion de ses difficultés personnelles et sociales.

Objectifs : Les objectifs principaux de ce travail de recherche, sont d'identifier premièrement l'approche, les méthodes et moyens spécifiques utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser le transfert des acquis du programme IPT vers les activités de la vie quotidienne, et deuxièmement, l'intérêt des mises en situations écologiques dans le programme IPT.

Méthodes : Une approche qualitative au travers de cinq entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes a été menée pour tester nos hypothèses de travail.

Résultats : Les mises en situation écologiques sont essentielles pour que les stratégies apprises dans le programme soient utilisées dans les activités de tous les jours. Les acteurs autour du bénéficiaire doivent encourager ce transfert. Notons que l'aspect signifiant favorise la motivation des bénéficiaires.

Conclusion : Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans le transfert des acquis du programme IPT vers les activités de la vie quotidienne pour une personne présentant une schizophrénie. L'approche interdisciplinaire est fondamentale pour amener une direction commune.

Mots-clefs : Schizophrénie, IPT, Réhabilitation psychosociale, Transfert des acquis, Ergothérapie, Mise en situation écologiques, Aspect signifiant.