



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2012

Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute

Intérêt du programme IPT
(*Integrated Psychological Therapy*)



Soutenu par : ROLLAND Victor
10703775

Maître de mémoire : LIONNARD-RETY Sabine

Un grand merci...

*à Sabine LIONNARD-RETY pour son aide, ses conseils
et ses relectures lors de la réalisation de ce mémoire,*

*Aux ergothérapeutes pour leur patience et leur
participation à mon questionnaire,*

*à ma famille et particulièrement à ma fiancée pour son
soutien, sa patience et sa présence.*

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. APPROCHE THEORIQUE.....	2
1. La réinsertion sociale en psychiatrie	2
a. Evolution de la psychiatrie et des modèles en France.....	2
b. La place de l’ergothérapeute en psychiatrie	4
c. La réinsertion sociale en psychiatrie	6
2. La schizophrénie	8
a. Définition et symptômes	8
b. Les modèles de la schizophrénie.....	11
c. Les répercussions sociales de la schizophrénie.....	13
3. Le programme IPT en ergothérapie	15
a. La place des programmes de réentraînement des fonctions cognitives et des habiletés sociales en psychiatrie	15
b. Le programme IPT	18
c. La démarche de soin en ergothérapie : utilisation du programme IPT	22
II. PROBLEMATIQUE & HYPOTHESE	25
1. Problématique.....	25
2. Hypothèse.....	25
III. METHODOLOGIE.....	26
1. La construction des groupes de participants	26
2. La construction des questionnaires	29
3. L’analyse des réponses.....	31
IV. RESULTATS	32
1. Résultats de la partie « Etat Civil ».....	32
2. Résultats des questionnaires.....	33
3. Avis sur le questionnaire	36
V. DISCUSSION	37
1. Interprétation des résultats	37
a. Le programme IPT est un outil pertinent pour la réinsertion sociale.....	37
b. La pertinence du programme IPT nécessite d’être nuancée	39
c. De nouvelles perspectives	40
2. Les limites de la recherche	42
3. Ouvertures	43
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

Introduction

Lors d'un stage réalisé durant la deuxième année de mon cursus universitaire, j'ai eu la chance de participer à une prise en charge peu classique qui m'a amenée à me poser l'ensemble des questions présentes dans ce mémoire. En effet, j'ai rencontré un patient suivi en hôpital psychiatrique pour une schizophrénie. Il s'agit d'une pathologie mentale complexe dont la prise en charge est pluridisciplinaire. Le passé thérapeutique de ce patient était très lourd avec de nombreux essais d'intégration dans différentes structures. Malgré tous ces efforts, ceux-ci se sont tous conclus par des échecs. Face à ce patient, je ressentais beaucoup d'incompréhension, et de curiosité. En effet, ce patient était très marqué par la maladie, il avait une démarche très atypique. Ses réactions et ses intentions mettaient mal à l'aise son interlocuteur. Son regard tantôt fixe, tantôt fuyant ; son discours incohérent et fluctuant dans le volume ; ces hallucinations visuelles et auditives très présentes sont quelques signes qui mettaient ce patient en grandes difficultés dans sa vie sociale quotidienne. Ce patient présentait de gros troubles de concentration et d'attention. Il ne pouvait pas réaliser une activité plus de cinq minutes sans que cela ne devienne insupportable. Sa gestion des émotions était très déficitaire. Il présentait des affections émotives non adaptées. Cependant, le contact restait aisé, ce patient demandait qu'on s'intéresse à lui. Sans le savoir, je touchais des bouts des doigts l'univers de la remédiation cognitive et des habiletés sociales chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Une activité théâtre était réalisée avec ce patient en ergothérapie. Cette médiation était très pertinente pour ce patient car elle nous permettait de canaliser ses affects et son comportement à travers une activité qui lui plaisait. J'ai pu observer des signes cliniques complètement opposés aux signes que j'avais pu observer durant les autres activités. En effet, dans l'activité théâtre, ce patient présentait un très bon contrôle de ses mouvements, de sa voix, de ces hallucinations et de ses émotions. Suite à cette situation très contradictoire, il m'est apparu différentes questions. Tout d'abord, pourquoi le jeu théâtral canalise les comportements et les émotions du patient ? Pourquoi ce patient n'arrive-t-il pas à gérer des situations sociales données ? Je me souviens avoir formulé, comme objectif, de réadapter ce patient à la société. Cet objectif avait soulevé de nombreux débats entre mon maître de stage et moi-même ce qui m'avait conduit à étudier la réinsertion sociale. A la suite de ce stage, j'ai fait de nombreuses recherches sur le théâtre et la réadaptation pour arriver à la découverte des programmes de remédiation cognitive. Ce pré-projet sur le théâtre ne m'a pas permis de dégager une question pertinente pour mon mémoire, mais il m'a permis d'orienter mon travail sur un domaine que je trouve passionnant. Après avoir exploré plusieurs programmes de remédiation cognitive, je me suis intéressé au programme IPT « *Integrated Psychological Treatment* » qui me semblait être un programme pertinent. En effet, il propose une prise en charge des troubles cognitifs et un entraînement des habiletés sociales pour faciliter la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie.

Ainsi, on peut se demander comment l'ergothérapeute peut aider le patient souffrant de schizophrénie à se réinsérer socialement ? Pour répondre à cette problématique, nous pourrions nous intéresser à tous les moyens qui existent pour faciliter cette réinsertion. Cependant, j'ai choisi de cibler mon travail sur un programme de remédiation cognitive : le programme IPT. Ainsi on peut se demander si le programme IPT, peu connu et peu utilisé en France, pourrait être un outil pertinent pour l'ergothérapeute dans la démarche de réinsertion des personnes souffrant de schizophrénie.

I. Approche théorique

1. La réinsertion sociale en psychiatrie

a. Evolution de la psychiatrie et des modèles en France

Au cours du siècle dernier, la France a connu des changements majeurs au niveau de la compréhension, de la perception et de la prise en charge des troubles mentaux. En effet, c'est dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle que la conjoncture politique permet de passer d'une époque asilaire vers un grand mouvement nommé « désinstitutionnalisation ». Mandini (2005) explique que la psychiatrie a connu trois étapes fondatrices qui l'ont fait passer d'un contexte médicalisé à un environnement de plus en plus ouvert sur le social et sur la prise en charge pluridisciplinaire. La première étape s'est faite au début du siècle alors que naissent deux modèles psychothérapeutiques distincts : le béhaviorisme et la psychanalyse. Ces deux modèles permettent, à leurs façons, d'humaniser le patient en transformant les « forces animales » en conditionnement classique (béhaviorisme) et en pulsion (psychanalyse). La seconde étape se réalise durant les années 50, elle est marquée par l'avènement des médicaments psychotropes (neuroleptiques et antidépresseurs). La troisième étape, enfin, est en quelque sorte l'aboutissement social des deux précédentes. Il s'agit du moment où la psychiatrie passe d'une structure asilaire à une structure de sectorisation. Les hôpitaux psychiatriques diminuent le nombre de lits et raccourcissent la durée de l'hospitalisation. Les centres de réhabilitation et de psychiatrie de proximité se multiplient.

Dans ce contexte, l'OMS stipule que « *la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles* ». Le ministère de la santé a fixé quatre grands axes stratégiques dans cette optique de prise en charge. Selon Bilhaut (2011) ceux-là ont pour objectifs :

- De prévenir et de réduire les ruptures au cours de la vie du malade. Il s'agit notamment d'« *améliorer l'accès de la personne aux soins psychiatriques et somatiques dont elle a besoin, (...) de favoriser la réhabilitation psychosociale, et d'améliorer la continuité des soins et de l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne* »
- De prévenir et de réduire les ruptures selon les publics et les territoires. Il s'agit notamment d'adapter l'offre de soin aux besoins spécifiques de la population.
- De réduire et de prévenir les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal (représentations sociétales de la psychiatrie, relations avec la justice).
- De prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs. Il s'agit ici de sortir des conflits d'écoles entre les différentes approches thérapeutiques.

Nous pouvons dire que la psychiatrie est en pleine évolution. Le contexte politique d'aujourd'hui va dans le sens d'une baisse des hospitalisations, d'une prise en charge précoce des facteurs de risques, et d'une plus grande intégration de l'environnement familial. De plus, les techniques de soin ont longtemps été séparées pour n'utiliser qu'une pratique venant d'un modèle unique. Aujourd'hui, la prise en charge intègre différents modèles permettant une approche complète et complémentaire pour proposer un projet de soin efficace.

Ensuite, nous allons voir comment ont évolué les cadres de référence et les modèles de la pratique en psychiatrie. En effet, en psychiatrie, il existe deux façons d'aborder les modèles de la pratique.

La première est qualifiée de « top down » car ils sont générés par des théories ou des écoles de pensées. Il existe, de ce fait, un grand nombre d'écoles différentes. On pourrait citer, par exemple, le cadre de référence systémique ou le cadre cognitivo-comportemental. Nous nous sommes particulièrement intéressés au cadre cognitivo-comportemental car il est axé sur le comportement de l'individu. Le comportement est défini par un ensemble d'actions réalisées par une personne. Ces comportements sont révélateurs d'une organisation interne articulée par des processus cognitifs. L'approche cognitivo-comportementale met l'accent sur l'apprentissage de comportements grâce à plusieurs théories de l'apprentissage dont le conditionnement opérant et l'apprentissage par modèle. Nous détaillerons plus précisément le cadre cognitivo-comportemental et le modèle de la schizophrénie.

Puis, il existe des modèles issus de la clinique. Ces modèles utilisent une approche de type « bottom up ». C'est-à-dire qu'ils cherchent à rendre compréhensible une pratique et à la généraliser.

Enfin, une dernière approche en psychiatrie s'inspire, à la fois des modèles de la pratique et des cadres de référence. Les démarches de type Top Down et Bottom up sont appliquées simultanément. Les cadres de références constituent le référentiel théorique (qui dans ce cas n'est pas limité à une école d'inspiration) et peuvent s'inspirer de sciences beaucoup plus larges comme les neurosciences. Il en ressort des modèles de pratique s'inspirant de théories scientifiques. On pourrait par exemple citer le modèle de l'occupation humaine ou le modèle de l'intégration sensorielle.

b. La place de l'ergothérapeute en psychiatrie

La profession d'ergothérapeute est une profession paramédicale, définie par l'association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) comme une profession de la santé intervenant dans le processus de rééducation, réadaptation et, d'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de fonctionnement dans leur quotidien. L'ergothérapeute est un membre d'une équipe pluridisciplinaire et peut intervenir dans différentes spécialités comme la neurologie, la traumatologie ou la psychiatrie.

L'ergothérapie est une profession qui existe depuis une cinquantaine d'années en France ; elle est inscrite au titre III-2 du livre IV du code de la santé publique. Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 précise que l'ergothérapeute participe aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, cela en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées. Le but est de permettre aux patients de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

Selon l'ANFE, les ergothérapeutes ont plusieurs compétences. Dans le cadre de ce mémoire, nous citerons la compétence numéro 3. Selon cette compétence, les ergothérapeutes peuvent mettre en place des activités de soins, de rééducation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale. Dans le cadre de cette compétence, l'ergothérapeute peut :

- Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité
- Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes
- Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité
- Mettre en œuvre des techniques en vue de facilitation neuro-motrice, des techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive
- Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.
- Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique
- Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie
- Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social

- Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité

L'ergothérapie est donc une profession qui participe au traitement des déficiences, des incapacités et des situations de handicap. Ces trois notions, primordiales dans notre métier, sont tirées de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). L'ergothérapeute intervient donc sur des processus complexes. La réadaptation psychosociale fait partie de ces processus.

L'évolution du contexte socio-politique et des pratiques en psychiatrie a largement favorisé l'émergence des principes de la réhabilitation psycho-sociale. En effet, le processus de réhabilitation permet de faire le lien entre les soins nécessaires durant la phase aigüe et la réinsertion socio-professionnelle ; afin de faciliter le processus de rétablissement de la personne en prise avec des troubles psychiques. Ce processus de rétablissement (*recovery* en anglais) est aujourd'hui largement débattu à travers la littérature. Il s'agit d'un processus complexe et actif mettant en jeu des facteurs subjectifs importants. Selon Mosey (1999), trois principaux cadres de référence distinguent les ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine psychosocial : le cadre analytique, le cadre développemental et le cadre acquisitionnel. Le cadre analytique a comme intérêt le contenu intrapsychique qui guide les comportements. L'activité permet de prendre contact avec la réalité et de pouvoir exprimer le contenu inconscient de sa personnalité. L'approche psychodynamique fait partie intégrante du cadre analytique. Le cadre développemental est, quant à lui, « *influencé par les stades de développement naturels de la personne et utilise l'activité comme moyen compensatoire pour amener la personne à progresser d'un stade de développement à l'autre et répondre à des besoins non comblés* ». L'approche d'intégration sensorielle est un bon exemple. Le cadre acquisitionnel, enfin, considère le comportement comme résultant d'un processus d'interaction avec l'environnement et d'apprentissage. L'activité permet donc le développement d'habiletés et permet à la personne d'expérimenter la réussite. L'approche cognitive et comportementale (TCC) en fait partie.

c. La réinsertion sociale en psychiatrie

Tout d'abord, il est important de définir le terme de « réinsertion sociale ». En effet, au fil des lectures, nous nous sommes aperçus que les auteurs n'utilisaient pas tous les mêmes termes. La réinsertion sociale se définit comme le fait de réintroduire quelqu'un dans la société. Elle se réfère donc à une notion d'intégration dans la communauté. On parle d'insertion sociale lorsqu'il s'agit de favoriser le retour dans la communauté des patients psychotiques. En effet, il est important de faciliter aux patients leur accès aux droits et obligations liés à la vie collective. De plus, nous avons rencontrés le terme de « réadaptation » désigné par Vidon (1995), comme « *l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît comme problématique, mais pour lesquelles on peut espérer une évolution positive à moyen terme afin qu'il participe de façon libre, spontanée et responsable à toutes formes de la vie sociale* ». On peut donc dire que la réinsertion sociale s'inscrit dans un processus de réadaptation des patients. Il est, en effet, primordial de s'intéresser à la réinsertion sociale des patients dans la mesure où la pathologie les empêche de s'intégrer à leur société. Il s'agit donc d'un objectif à long terme dans la prise en charge de certaines pathologies. Enfin, Barbès Morin et Lalonde (2006), expliquent la réticence à utiliser le terme de « réadaptation ». En effet, l'auteur nous explique que la littérature francophone utilise préférentiellement le terme de « réhabilitation » car le terme de réadaptation est souvent connoté en psychiatrie à l'apprentissage d'un comportement. Cette vision trop comportementaliste a poussé les auteurs à utiliser le terme de réhabilitation, tiré de la littérature anglo-saxonne. Ce terme est généralement utilisé pour faire référence au processus permettant à un individu de retrouver une fonction ou pallier un déficit. Cependant, le petit Robert précise que la réhabilitation réfère plutôt à « *rétablir dans ses droits, (...) dans l'estime publique, dans la considération d'autrui* ». On retrouve donc, dans la littérature, l'utilisation du terme de réhabilitation psycho-sociale pour définir la réinsertion sociale des patients psychotiques. Dans ce mémoire, nous allons étudier la réinsertion sociale à travers le terme de réhabilitation psycho-sociale.

Ensuite, nous pouvons définir les objectifs de la réhabilitation psycho-sociale. Anthony (1979) cité par Bisson, Alexandre, Legris, Morissette et Ratel (2006) explique que le but général de la réhabilitation psycho-sociale est de « *restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes psychiatriques en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible* ». La réhabilitation psycho-sociale intervient généralement sur des personnes relativement stables sur le plan mental. Le but de la réhabilitation est la réduction des incapacités fonctionnelles et du handicap associés à la maladie. Ainsi, le but de la réinsertion sociale est d'améliorer les habiletés sociales et l'autonomie des patients afin qu'ils s'intègrent dans leur environnement social. Les conséquences néfastes du handicap auraient, alors, moins d'impact sur leur quotidien. Les professionnels travaillant dans une dynamique de réhabilitation psycho-sociale partagent certains principes. En effet, Mandini (2005) cite par exemple l'autodétermination de la personne, l'accent mis sur les capacités de la personne plutôt que sur les limites, la

considération du milieu de vie de la personne. Tous ces principes sont très largement repris dans les programmes de réhabilitation psycho-sociale comme le programme IPT (*Integrated Psychological Treatment*) que nous étudierons plus loin dans ce mémoire.

Enfin, il convient d'établir la place de la réhabilitation psycho-sociale en psychiatrie. Selon Blondeau, Nicole et Lalonde (2006), il existe plusieurs interventions spécifiques validées scientifiquement en fonction de la phase de la maladie. Les auteurs différencient la phase aiguë de la maladie de la phase de rémission ou de stabilisation. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresserai à la phase de rémission dans la schizophrénie. Durant cette phase, le but de la réhabilitation consiste à « *maintenir un bon contrôle sur les symptômes, à minimiser les stressors agissant sur le patient, à diminuer le risque de rechute et à favoriser la réhabilitation par l'acquisition de stratégies adaptatives* ». Selon certains auteurs, ce stade nécessite la mise en place d'interventions psycho-sociales spécifiques pour diminuer le risque de rechutes. Ce risque de rechute est très élevé durant les cinq années suivant la première crise. De plus, le nombre de rechute pourrait être associé à une plus grande résistance au traitement. Il est donc primordial que les soins soient spécifiques et adaptés aux patients pour limiter le risque de rupture. Les interventions psycho-sociales sont donc un moyen pertinent dans la prise en charge évolutive des personnes souffrant de troubles psychiques. Toujours selon Blondeau et al (2006), il existe trois interventions psycho-sociales spécifiques de la phase de rémission :

- **Les interventions auprès des familles.** Celles-ci ont pour but d'amener le patient et sa famille à une position de collaboration active pour avoir une vision plus réaliste de la maladie. Plusieurs programmes de psycho-éducation existent aujourd'hui. On peut, par exemple, citer le programme PAC T (Psychose : Aider, Comprendre, Traiter).
- **Les interventions communautaires.** Dans ses interventions, on peut citer les techniques de soutien à l'emploi, les suivis individuels en équipe dans la communauté.
- **Les interventions individuelles.** Celles-ci comprennent les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale comme le programme IPT ou des techniques visant à améliorer les schémas cognitifs. Il s'agit notamment de La thérapie COPE (*Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis*).

2. La schizophrénie

a. Définition et symptômes

Tout d'abord, il convient de définir ce qu'est la schizophrénie. Selon Franck (2006) c'est Emil Kraepelin qui a été le premier à décrire la schizophrénie en 1899, puis Eugen Bleuler lui a donné son nom en 1911. Etymologiquement, le mot schizophrénie vient du grec : scission et esprit, pour désigner un des principaux aspects de la maladie qui est une anomalie de la cohérence des processus mentaux impliqués dans le langage, les émotions, la perception ou l'attention.

Les pathologies mentales se différencient en trois catégories : les névroses, les psychoses et les états-limites dits border-line. La schizophrénie est une psychose qui se définit comme un ensemble de troubles affectant la relation à la réalité, à l'autre et à soi-même. C'est une pathologie à évolution continue, associée à la coexistence de plusieurs symptômes. Définir la schizophrénie a été une tâche très complexe, qui se poursuit encore aujourd'hui. En effet, c'est une pathologie extrêmement hétérogène qui regroupe de nombreux symptômes et dont les causes sont encore mal définies. Ainsi, les prises en charge de cette pathologie sont multiples et aucune prise en charge unique ne peut être choisie pour soigner toutes les formes de schizophrénie. La complexité pour le thérapeute sera alors d'adapter la prise en charge aux patients qu'il peut rencontrer.

Ensuite, nous allons voir quels sont les principaux symptômes de cette pathologie. C'est John Hugglings Jackson (XIXe siècle), qui a été le premier à décrire les trois types de symptômes retrouvés dans la schizophrénie. :

Les symptômes positifs : Ce sont des signes qui se surajoutent à la pathologie et qui viennent modifier le vécu (perturbation de la relation à l'environnement, au corps) comme les hallucinations ou les interprétations délirantes de la réalité (délires). Les symptômes positifs les plus couramment retrouvés sont :

- **Des hallucinations** qui se définissent par une perception de quelque chose qui n'existe pas. Elles sont le plus souvent acoustico-verbales et parfois cinesthésiques. Ces hallucinations sont importantes à considérer dans la thérapeutique car elles peuvent induire des réactions comportementales étranges néfastes pour le bien-être des patients
- **Un syndrome d'influence** : Le patient a l'impression que ses actions sont contrôlées par une force extérieure.
- **Des idées délirantes** : c'est une conviction non fondée sur des faits réels. Ce délire peut prendre la forme de conviction ou de persécution.
- **Une diffusion de la pensée, un vol de la pensée ou des pensées imposés**. Cela correspond à une impression que les autres personnes peuvent lire, voler ou placer des pensées dans l'esprit du patient.

Les symptômes négatifs : Ce sont des symptômes qui handicapent le patient dans ses situations sociales et relationnelles. Ils induisent une incapacité à agir ou à éprouver. Il s'agit par exemple de la baisse du plaisir, des difficultés à entreprendre des choses, une inactivité, une perte des relations sociales, une baisse des capacités émotionnelles.

Ces symptômes négatifs sont très importants dans le cadre de ce mémoire car ils sont à la base de l'isolement social des personnes souffrant de cette pathologie.

On retrouve principalement :

- **Un apragmatisme** : il s'agit d'une incapacité à entreprendre des actions.
- **Une anhédonie** : c'est une incapacité à ressentir des émotions positives.
- **Une anergie physique** : Il s'agit d'un manque d'énergie, une absence d'initiative.
- **Une incurie** : C'est une impossibilité à prendre soin de soi.
- **Une aboulie** : Caractérisée par un affaiblissement de la pensée.

Les symptômes négatifs sont caractérisés par un appauvrissement : du discours, de la pensée, de la capacité à agir. On distingue les symptômes négatifs primaires (c'est-à-dire les symptômes déficitaires à proprement parlé), des symptômes négatifs secondaires (qui correspondent au repli induit par les symptômes négatifs primaires). Ces symptômes sont durables dans le temps, très difficiles à traiter et très invalidants. Les conséquences qui en résultent sont un isolement social, une incapacité à assumer certains actes de la vie quotidienne.

La désorganisation : Elle correspond à la perte de continuité dans les comportements du patient schizophrène. Ils induisent une incapacité à construire son comportement et son discours selon un plan structuré. Il s'agit de la perte de cohérence mentale, des bizarreries (comportementales, grammaticales, émotionnelles...).

Enfin, il convient de détailler les troubles cognitifs retrouvés dans la schizophrénie. Les troubles cognitifs, dans cette pathologie, sont connus depuis longtemps. En effet, Demily et Franck (2008) précisent que Bleuer en 1911 attestait déjà de l'existence de difficultés cognitives chez ses patients souffrant de schizophrénie. Cependant, ce symptôme ne fait pas partie des critères de diagnostic de la DSM IV ; ils ne sont cités que dans les "Caractéristiques et troubles associés ". Aujourd'hui, les troubles cognitifs prennent une place considérable dans la littérature et de nombreuses démarches se basent sur ces difficultés pour élaborer de nouvelles thérapies.

Ainsi, Roder, Mueller et Franck (2011) explique que les troubles cognitifs déficitaires sont de plusieurs ordres. En effet, on distingue les déficits neuro-cognitifs regroupant l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives (planification, flexibilité mentale...) et des déficits dans la cognition sociale regroupant l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales comme le traitement des informations faciales, le traitement des informations sociales ou l'attribution d'intention. Cependant, Pomini, Neis, Brenner, Hodel et Roder (1998) expliquent que la cognition s'organise de façon hiérarchique. Ainsi, on

distingue des processus cognitifs de bas niveau comme les fonctions neurocognitives de base (mémoire, attention) et des niveaux cognitifs supérieurs comme la cognition sociale. Les différents niveaux des processus cognitifs seraient en constante interaction pour répondre aux situations de vie quotidienne. Ainsi, des difficultés cognitives dans les fonctions de bas niveau peuvent induire des difficultés dans les niveaux supérieurs. Les troubles cognitifs de base ont donc un impact sur le fonctionnement microsocial (altération des capacités de communication verbale par exemple), qui entraîne par la suite des conséquences macrosociales délétères (altération des interactions familiales par exemple). Les troubles cognitifs sont donc à la base de troubles sociaux importants.

De plus, Vianin (2007) explique que les troubles cognitifs touchent environ 85% des personnes souffrant de schizophrénie. Ces troubles seraient présents avant, pendant ou après la maladie. Cependant, l'auteur insiste sur le fait que les déficits cognitifs retrouvés dans la schizophrénie n'ont pas de profil typique. Il rappelle, de ce fait, l'importance d'un bilan neuropsychologique complet pour évaluer les fonctions cognitives les plus lourdement touchées.

b. Les modèles de la schizophrénie

Il existe plusieurs modèles expliquant la schizophrénie. Cependant, il ne serait pas pertinent de tous les expliquer. Nous allons donc détailler avec précision les modèles qui me semblent les plus intéressants pour ce mémoire : il s'agit du modèle cognitivo-comportemental de la schizophrénie (ou modèle vulnérabilité-stress) et du modèle biopsychosocial.

Simonet et Brazo (2005) expliquent que les premiers auteurs à avoir développé le modèle cognitivo-comportemental, sont Zubin et Spring en 1977. Selon ces auteurs, « *la vulnérabilité d'un individu, par rapport à une affection particulière, est la mesure de la facilité et de la fréquence avec laquelle il développe cette affection lors de la présence d'agents pathogènes* ». Selon ce concept, la vulnérabilité est présente à différents degrés : il existe une vulnérabilité innée déterminée par des facteurs génétiques et une vulnérabilité acquise déterminée par les conditions socio-environnementales. Cependant, la vulnérabilité n'induit pas à elle seule de crises psychotiques. Il faut pour cela des événements « stressants ». Ces événements stressants sont eux aussi multi-factoriels. Ils obligent l'individu à mettre en œuvre des réponses adaptatives. Cette capacité à faire face à un événement stressant est appelé le « Coping ». De ce fait, si un élément stressant dépasse le seuil limite de la personne, celui-ci génère un comportement de détresse subjectif (modification de réaction émotionnelle, comportement inapproprié) qui peut évoluer vers une crise psychotique si la vulnérabilité est faible. Le risque de développer une crise psychotique dépend donc de la vulnérabilité propre à la personne et de sa capacité à faire face aux événements stressants (capacité de coping). Cependant comment un événement devient stressant pour une personne ? Simonet et Brazo rappellent que la potentialité stressante d'un événement dépend de la nature et de la perception qu'on se fait de cet événement. Ainsi, si une personne présente des troubles cognitifs, elle aura des difficultés à analyser correctement une situation. Cela peut aboutir à un trouble de la perception et devenir stressant à cause d'une analyse erronée de la situation. On voit ainsi l'étroite relation qu'il existe entre les troubles cognitifs et les événements stressants. Néanmoins, les auteurs rappellent que les personnes disposent de « Facteurs de protection ». Ainsi, Anthony et Liberman (1986) insistent sur l'importance du soutien social, du développement des compétences sociales, des médicaments pour diminuer la vulnérabilité et augmenter la résistance au stress. Simonet et Brazo rappellent que le concept de vulnérabilité postule l'existence d'un risque à manifester un épisode schizophrénique. Ainsi, on ne différencie pas le normal du pathologique car cette vulnérabilité serait présente chez tout le monde mais pas avec la même intensité. Certaines personnes seraient donc très vulnérables et d'autres presque invulnérables. Il est important de rappeler que ce modèle n'explique pas la pathologie dans sa globalité, mais essentiellement la vulnérabilité à produire une crise psychotique. On différencie ainsi l'épisode psychotique du trouble chronique de la schizophrénie. Le modèle est donc différent quand on observe la personne, porteuse de la pathologie, dans sa globalité. En effet, en analysant les composantes biologiques, psychologiques et sociales, le modèle bio-psycho-social nous permet de mieux comprendre et prendre en charge le patient.

Ensuite, il convient de présenter le modèle biopsychosocial. La pratique de l'ergothérapie est régie par des modèles de soins appelé « modèles conceptuels ». Ceux-là sont définis par Morel-Bracq (2004) comme une « *représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* . » En effet, le modèle général holistique (intégrant l'approche humaniste, interactive et systémique) a permis le développement de modèle de soin interprofessionnel comme le modèle rééducation-réadaptation. Selon l'auteur ce modèle est, aujourd'hui, le modèle dominant dans la formation des ergothérapeutes et, deux concepts se différencient de ce modèle : le modèle bio-médical et le modèle bio-psycho-social. La Classification Internationale du Fonctionnement et de la Santé (CIF) est issue du modèle bio-psycho-social. Ce modèle intègre deux concepts antagonistes : le modèle médical (le handicap est un attribut de la personne) et le modèle social (le handicap est un problème créé par la société). Ce modèle a été développé par Engel en 1977 pour intégrer les aspects psychologiques et sociaux de la maladie. La question était de comprendre comment les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la maladie s'articulent. En effet, l'idée de base du paradigme systémique en santé se résume à dire que tout être vivant est un système complexe intégrant des sous-systèmes ; et que cet être vivant est lui-même la composante d'unités plus larges constituant son environnement. Ainsi, ce modèle permet de comprendre les interrelations complexes qui existent entre les différentes dimensions de la vie, pour pouvoir dans le traitement de la maladie tenir compte des effets stabilisants et déstabilisants des différents niveaux d'organisation.

c. Les répercussions sociales de la schizophrénie

Legeron (1984), cité par Simonet et Brazo (2005), rappelle que le traitement neuroleptique ne modifie pas pleinement la vie sociale et professionnelle des patients. Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes schizophrènes souffrent la plupart du temps de symptômes négatifs importants. Dans le but de la réinsertion, il faut adjoindre au traitement de base des actions psychosociales et psychothérapeutiques. Dans ce but, il est primordial de prendre en compte les troubles cognitifs retrouvés dans la schizophrénie. En effet, les troubles cognitifs ont des conséquences sur l'aspect microsocial et macrosocial de la personne.

Pour mieux comprendre ces relations, il convient d'expliquer le concept de traitement de l'information. Ce concept englobe tous les processus de classification, d'association et d'évaluation des informations à la base des comportements et du vécu. La théorie du traitement de l'information cherche à comprendre comment les informations sont saisies, comprises et traduites en conduites observables. Les patients schizophrènes souffrent de troubles du traitement de l'information. En effet, Pomini, et al (1998) mettent en avant des troubles cognitifs de base se répercutant sur le système. On peut citer, par exemple, la difficulté dans la sélection de stimuli, dans l'identification de stimuli et, des difficultés dans la formation de concept. Plus récemment, des études mettent en avant des difficultés dans les tâches d'apprentissage. Les patients schizophrènes réagiraient de façon excessive à des indices immédiats, mais négligeraient des stimuli plus éloignés dans le temps. Cette capacité d'apprentissage comportementale est sous la dépendance des fonctions neurocognitives de base comme la mémoire, l'attention, mais aussi d'éléments psychologiques comme les biais de perception des événements. Elle dépend aussi de facteurs subjectifs comme la motivation ou le sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, pour accroître l'efficacité d'un comportement social, on peut : améliorer les fonctions neurocognitives, enrichir le répertoire comportemental, améliorer le sentiment d'efficacité, diminuer les biais cognitifs, accroître l'apprentissage de problèmes interpersonnel et modifier l'environnement du patient.

Pomini et al (1998) ont développé un modèle selon lequel les troubles du traitement de l'information se répercutent sur d'autres niveaux de fonctionnement et, se renforcent mutuellement sur leurs effets fonctionnels. Les auteurs ont donc développé des cercles vicieux pouvant expliquer ces interactions fonctionnelles perturbatrices.

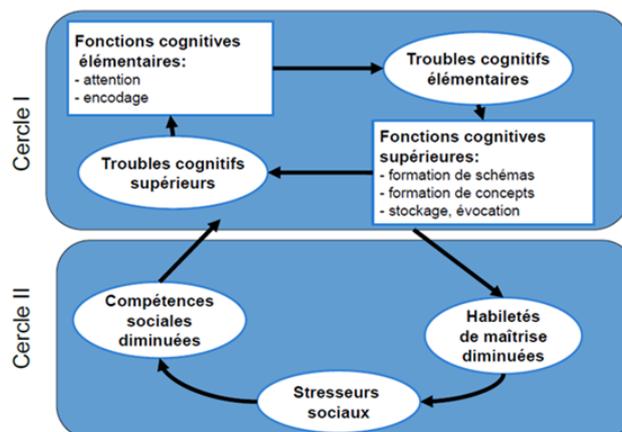


Fig 1 : Représentation schématisées des cercles vicieux dans la schizophrénie (Pomini et al 1998)

Ainsi, si on examine ce schéma, on comprend qu'une amélioration isolée des troubles cognitifs demeurerait insuffisante, car ces derniers peuvent se réactiver à travers les dysfonctionnements sociaux. À l'opposé, des interventions centrées uniquement sur les comportements ne seraient pas bénéfiques. Les difficultés sociales pourraient réapparaître à travers la corrélation avec le premier cercle.

Comme je l'explique plus haut, le système de traitement de l'information a pour but de faire naître un comportement adapté en prenant en considération l'ensemble des informations fournies par l'environnement. De ce fait, il est nécessaire, dans cette partie, de définir les habiletés sociales. Simonet et Brazo (2005) les définissent comme « *l'ensemble des capacités cognitives et comportementales grâce auxquelles l'Homme peut communiquer et réaliser ses aspirations dans le cadre de ses relations interpersonnelles* ».

On constate que les troubles cognitifs aboutissent à des troubles du comportement par le biais d'une mauvaise analyse de la situation. Cependant, ces situations génèrent un stress supplémentaire qui conduit les patients à diminuer leurs comportements orientés vers un but et diminuer leur participation à des activités planifiées et organisées. Ainsi, les patients préfèrent souvent s'isoler pour diminuer leurs niveaux de stimulation. On retrouve ainsi, un certain lien entre les troubles cognitifs et les symptômes négatifs de la schizophrénie.

Dans l'approche ergothérapeutique de ce mémoire, il est intéressant de connaître les répercussions des troubles cognitifs dans la vie quotidienne des patients souffrant de schizophrénie. En effet, très peu d'études se sont intéressées à ce sujet, pourtant Harvey et Sharma (2003) expliquent que certaines fonctions cognitives déficitaires sont impliquées dans la symptomatologie négative de la pathologie. Par exemple, des troubles dans les fonctions exécutives, la mémoire de travail et la mémoire déclarative seraient impliqués dans des dysfonctionnements de la vie indépendante. De plus, les mêmes fonctions cognitives associées à la vigilance seraient impliquées dans le fonctionnement professionnel. Ainsi, Green et al (2000), cités par Laroï et Van der Linden (2007), ont démontré que la mémoire verbale à long terme était corrélée à tous les types de fonctionnement social, et que le niveau de vigilance était relié à l'acquisition d'habiletés sociales et à la résolution de problèmes. Ces données suggèrent largement le lien entre les déficits cognitifs et le statut fonctionnel des personnes souffrant de schizophrénies. Cependant, des études plus précises permettront de définir les liens qu'il existe entre les processus cognitifs et les activités spécifiques de la vie quotidienne. De plus, il est primordial que les troubles cognitifs soient évalués en situation écologique pour mettre en place des stratégies de compensation bénéfiques pour le patient. De plus, cette évaluation permettrait de révéler des difficultés d'interactions avec l'environnement qui n'est pas faisable avec les tests classiques de type papiers-crayons. En outre, les évaluations en vie quotidienne permettraient de définir les capacités et incapacités cognitives de la personne dans son milieu de vie pour évaluer le niveau d'autonomie et les possibilités d'insertion sociale des patients.

3. Le programme IPT (*Integrated Psychological Treatment*) en ergothérapie

a. La place des programmes de réentraînement des fonctions cognitives et des habiletés sociales en psychiatrie

Tout d'abord, nous allons définir les programmes de remédiation cognitive. En effet, il existe plusieurs types de remédiation cognitive. Les plus courantes sont des techniques de remédiation cognitive basées sur l'entraînement des fonctions neuro-cognitives de base (attention, mémoire). D'autres techniques de remédiation cognitive ont pour but d'améliorer les habiletés sociales.

Nous allons nous intéresser à la remédiation cognitive des fonctions neuro-psychologiques. Medalia (2009) cité par Bottéro (2009), les définit comme "*une activité d'apprentissage où l'on apprend à être attentif, à résoudre des problèmes, à traiter rapidement l'information et à mieux se remémorer*". On comprend donc, que ces techniques traitent les déficits cognitifs de base comme l'attention ou la mémoire. La remédiation cognitive est donc une technique de rééducation des fonctions cognitives qui se base sur le principe de neuro-plasticité pour ré-entraîner les fonctions déficitaires. Les techniques de remédiation cognitive traitent donc les déficits cognitifs à la base de nombreux déficits sociaux. Ils correspondent donc à une forme particulière de réhabilitation psycho-sociale. Nous allons citer dans cette partie plusieurs programmes de remédiation cognitive. Cette liste n'est pas exhaustive et comprend les programmes les plus largement cités dans la littérature.

Tout d'abord, nous allons présenter le **programme de remédiation cognitive CRT** (*Cognitive Remediation Treatment*). Franck (2011) le décrit comme un programme de remédiation cognitive individualisé ciblant plusieurs fonctions cognitives comme : la flexibilité cognitive, la capacité d'inhibition, les processus d'organisation, l'attention, la mémoire de travail, la mémoire verbale et visuo-spatiale, la planification et le contrôle moteur. Ce programme est particulièrement centré sur les fonctions exécutives.

Le **programme RECOS** (Remédiation Cognitive pour patient présentant une schizophrénie ou troubles associés) est un autre programme largement répandu dans la littérature. Celui-ci est présenté par Franck comme un programme de remédiation cognitive individualisé centré sur des processus cognitifs altérés spécifiquement chez la personne. Ce programme utilise des exercices de type papiers-crayons mais aussi des exercices informatisés. Le programme comprend cinq modules : mémoire verbale, mémoire et attention visuo-spatiale, mémoire de travail, attention sélective, raisonnement. Seuls les deux modules ciblant les fonctions les plus déficitaires seront travaillées avec le patient. Comme nous pouvons le constater, ce programme est plus axé sur la mémoire.

Il existe aujourd'hui des programmes de remédiation cognitive assisté par ordinateur. En effet, le **logiciel REHACOM** (*REHAbilitation COMputarisée*) a été développé à la base pour des patients cérébro-lésés. Il a été adapté pour les personnes souffrant de schizophrénie. Ce logiciel est composé de 4 modules indépendants : attention-concentration, mémoire topologique, raisonnement logique, fonctions exécutives. Ce programme n'est pas encore validé scientifiquement, mais il présente des innovations intéressantes. Le patient doit par

exemple réaliser, sur ordinateur, des tâches quotidiennes comme faire des courses. Le patient doit gérer une liste de course, un budget et un temps imparti.

Nous allons maintenant nous intéresser aux programmes de remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale. Selon Franck (2011), il en existe deux types : la remédiation cognitive des troubles de la théorie de l'esprit et la remédiation cognitive des troubles du traitement des informations sociales. Le premier type de remédiation s'intéresse à la capacité à comprendre les états mentaux d'autrui. Bazin, Passerieux et Hardy-Bayle (2010), ont construit le **programme TOMRemed** (*Theory of Mind Remed*). Ce programme propose de visualiser des séances vidéo courtes que les patients doivent analyser. Ces séances sont composées d'intentions implicites permettant de comprendre les gestes, les attitudes et les émotions. Le deuxième type s'intéresse aux troubles du traitement des informations sociales. Franck (2011) explique que cette remédiation a pour but d'améliorer la reconnaissance des informations faciales en améliorant l'attention portée sur les zones du visage qui expriment le plus les émotions (bouche, yeux, nez).

Dans cette partie, il convient de définir les différents programmes d'entraînement des habiletés sociales que l'on peut découvrir à travers des recherches bibliographiques (cette liste n'est pas exhaustive). Tout d'abord, il convient de définir les habiletés sociales. En effet, Favrod et Barrelet (1993) les définissent comme « l'ensemble des capacités spécifiques qui permettent à une personne d'accomplir une performance jugée socialement adaptée et compétente ». Il s'agit donc de « *comportements verbaux et non-verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs* ». Levaux (2009) explique qu'il est primordial que la vie quotidienne soit considérée dans les programmes d'entraînement des habiletés sociales. C'est ainsi que le **Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales** (PRACS) a été développé. Le programme PRACS est fondé sur deux types d'approches : la remédiation cognitive et la psychoéducation. Son objectif est de trouver des solutions aux problèmes concrets de la vie quotidienne et d'aider les patients à réaliser des projets personnalisés. Ce programme peut faire travailler quatre domaines des compétences sociales : gérer son argent, gérer son temps, développer ses capacités de communication et ses loisirs et améliorer sa présentation. Certaines techniques cognitivo-comportementales comme l'utilisation d'un agenda, la résolution de problème, le jeu de rôle sont utilisés.

En outre, certaines techniques d'entraînements aux habiletés sociales se présentent sous forme de jeux. En effet, le jeu « **Compétences** » développé par Favrod (1992) a pour but d'améliorer les habiletés sociales de façon ludique. Il est construit avec des cartes et des pions qu'on avance au moyen d'un dé. Les cartes sont classées en trois familles : questions, situations et problèmes. Pour les cartes « questions », le patient doit répondre à une question posée par le thérapeute. Ensuite, le groupe sera invité à débattre sur l'adéquation de la réponse à la question. Les cartes « situations » exposent une situation que le patient doit lire à voix haute et jouer. Les cartes « problèmes » exposent un problème que le patient doit résoudre en quelques secondes. Ensuite, le patient doit exposer la réponse au groupe. De plus, un autre jeu permet de travailler les habiletés sociales. En effet, le « **Michael's game** » développé par Khazaal et Favrod (2006) est un jeu où le patient doit aider Michael (un personnage de bande dessinée) à analyser des situations quotidiennes et familiales. Ce jeu vise à semer le doute dans l'esprit des participants, à les aider à réorganiser leurs schémas de penser, à remettre en

question leurs conclusions. A partir de scénarios, les participants doivent notamment se pencher sur la situation, analyser l'hypothèse de Michael, proposer d'autres interprétations et, dans certains cas, vérifier toutes les suppositions émises. Les patients doivent parfois essayer de comprendre ou de ressentir ce que les besoins d'autrui. Ce jeu permet donc de développer la capacité à comprendre les états mentaux d'autrui (intention, émotion...). Cette capacité est appelée théorie de l'esprit. Selon Franck (2011), cette capacité est très souvent altérée dans la schizophrénie. Elle jouerait, cependant, une place centrale dans les interactions sociales.

Enfin, on peut citer les programmes mixtes. Il s'agit des programmes incluant une remédiation cognitive des processus neurocognitifs, un entraînement des compétences sociales et des techniques de résolution de problèmes. Ils ont été développés pour des personnes souffrant de schizophrénie. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les déficits cognitifs de base sont liés aux compétences sociales. Dans cette optique intégrative des déficits cognitifs et des dysfonctionnements sociaux, le **programme IPT** (*Integrated Psychological Treatment*) a vu le jour. Celui-ci a été développé par l'équipe de Brenner en 1992. Ce programme est d'inspiration cognitivo-comportementale, il se base sur un concept simple : les déficits comportementaux observés dans la schizophrénie sont présents à différents niveaux et, les déficits à un niveau interfèrent avec le niveau immédiatement supérieur. Le programme comprend plusieurs modules que nous présenterons dans la suite de ce mémoire.

b. Le programme IPT

Dans cette partie, nous allons d'abord présenter le programme IPT. Ensuite, nous allons essayer de replacer le programme IPT dans l'ensemble des techniques cognitivo-comportementales. Tout d'abord, le programme IPT est un programme associant une remédiation cognitive et un entraînement des habiletés sociales. Le programme a été conçu en 1976 en Suisse et est répandu en Europe à partir de 1996. Sa version française a été validée à la suite d'une étude canadienne¹. Le programme s'effectue en groupe de quatre à huit personnes avec deux à trois séances par semaine. Le programme s'effectue sur une durée allant de huit mois à trois ans en fonction de la chronicité des patients. Ce programme est d'inspiration cognitivo-comportementale. Selon Abdel-Baki et Nicole (2001), les thérapies cognitivo-comportementales «*aspirent à une meilleure adaptation à l'expérience psychotique, au point de vue cognitif, comportemental et affectif*». Ces thérapies se basent sur le constructivisme qui est une théorie selon laquelle l'Homme construit sa représentation du monde à travers ses expériences.

Selon Roder, Mueller et Franck (2011), l'hypothèse de base du programme IPT est que les déficits cognitifs ont des conséquences délétères sur les capacités fonctionnelles des patients. Ils entraînent une altération du fonctionnement micro-social (communication verbale) qui entraîne à son tour des altérations de fonctionnement macro-social. Ainsi, Pomini et al. (1998) expliquent que le programme IPT est organisé en 6 modules. La première partie des modules s'intéresse particulièrement aux déficits cognitifs retrouvés dans la schizophrénie comme les déficits attentionnels, les déficits de formation de concept et de maniement de concept... La seconde partie du programme s'intéresse aux déficits spécifiques observables dans les conduites sociales. Enfin les derniers modules du programme s'intéressent à la gestion des émotions et à la résolution de problèmes interpersonnels. Ce dernier module est l'aboutissement du programme et met en jeu l'ensemble des compétences acquises dans les modules précédents.

Le programme est structuré en fonction de trois facteurs : la charge émotionnelle, la complexité cognitive et l'interaction sociale. En effet, plus on avance dans les modules, plus la charge émotionnelle, l'interaction sociale et la complexité cognitive augmentent. Il en est de même à l'intérieur de chaque module. Les exercices sont donc hautement structurés pour répondre à l'ensemble de ces conditions. Les personnes qui ont développé ce programme nous expliquent que la charge émotionnelle peut aboutir à une augmentation des troubles. C'est pourquoi, les exercices et modules sont gradués de façon à ce que la charge émotionnelle augmente petit à petit et ne provoque pas d'augmentation des troubles. De cette façon, le patient apprend à contrôler ses réactions vis-à-vis des émotions. Ainsi, comme expliqué précédemment, la charge émotionnelle pourrait être un facteur de stress pour les personnes souffrant de cette pathologie.

¹ Briand, C., Belanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D, et al., (2005). *Implantation multisites du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée*. Sante Ment Que ; 30 :73-95.

De plus, la dynamique de groupe du programme est orientée vers l'entraide et la solidarité. Les patients sont dans un contexte où leurs troubles sont reconnus et partagés. De ce fait, les progrès d'un participant sont stimulants pour les autres membres du groupe. Les patients deviennent élèves et modèles en fonction de leurs difficultés et de leurs capacités. En outre, la complexité cognitive du programme se retrouve dans le fait que le programme débute par un entraînement des fonctions cognitives de base. Ensuite, il se poursuit par un entraînement des habiletés sociales impliquées dans la cognition sociale. Enfin, il se termine par une technique de résolution de problème intégrant les processus neuro-cognitifs et la cognition sociale.

Ensuite, nous pouvons décrire les différents modules du programme. En effet, le programme IPT est structuré en six modules (voir figure 2):

- Tout d'abord, **le module 1** est le module d'introduction au programme. Il comprend un ensemble de huit exercices destinés à exercer les fonctions cognitives de base comme la concentration, la perception, la mémoire, la formation et le maniement de concept.
- **Le module 2** nommé « Perception sociale » permet d'améliorer la perception visuelle de situations sociales de complexité cognitive et émotionnelle croissantes. Il permet donc de corriger les troubles de l'attention visuelle souvent responsables d'un déficit dans la prise d'informations et d'appréhender de façon plus adéquate des situations sociales. On travaillera donc sur la construction de schéma d'interprétation basé sur l'utilisation correcte des expériences. Ce programme utilise des diapositives que les patients doivent décrire, et ensuite interpréter pour pouvoir ensuite en discuter et en donner un titre.
- **Le module 3** nommé « Communication verbale » se réfère aux données de la littérature concernant les troubles des processus de la communication chez les patients souffrant de schizophrénie. Ce module comprend cinq étapes dont l'ordre respecte une gradation dans la difficulté. Il s'agit, tout d'abord, de reproduire littéralement des phrases données allant d'une tonalité neutre à une tonalité affective chargée. Ensuite, les patients doivent construire sémantiquement des phrases à partir d'un mot plus ou moins affectivement chargé. La troisième partie consiste à un jeu de questions-réponses sur un thème donné. L'avant dernière partie est un jeu de question-réponse mais, cette fois, c'est le groupe qui va interroger un participant sur un thème qu'il aura préparé. La dernière partie est une communication libre où une cohérence du discours doit être respectée.
- **Le module 4** nommé « Compétences sociales » se réfère aux troubles des habiletés sociales souvent rencontrés dans la schizophrénie. Il s'agit de la capacité à écouter, comprendre, identifier des émotions, coordonner les aspects verbaux et non-verbaux de la communication. La personne se retrouve ainsi facilement en situation de handicap dans des activités de la vie quotidienne comme contacter quelqu'un, entamer une conversation, faire face à la critique... Ce module a pour but le développement ou la réactivation d'un répertoire adéquat de compétences

sociales. Le contenu thérapeutique est basé sur les difficultés personnelles de la personne. Ainsi, le champ d'intervention de ce module est très large. Il peut concerner la gestion des loisirs, de la vie professionnelle, les difficultés dans la vie sociale... Les moyens utilisés sont le jeu de rôle, l'affirmation de soi et des techniques cognitivo-comportementales comme le modelage, le renforcement ou la répétition.

- **Le module 5** nommé « Gestion des émotions » se réfère aux troubles du traitement des émotions qui a été décelé par un certain nombre d'études chez les patients souffrant de schizophrénie. Ce module a été introduit dans le programme IPT en 1995 grâce aux travaux de Hodel sur « *Emotional Management Therapy* » (EMT). Ce module a pour but de favoriser des stratégies préventives par une analyse de la gestion des émotions suivie d'une restructuration cognitive. Ce module utilise des diapositives illustrant des situations chargées émotionnellement. Le travail consiste à demander aux patients de décrire et analyser les émotions présentes, ensuite d'évoquer des vécus d'émotions similaires. Les patients doivent ensuite décrire la stratégie de gestion émotionnelle qu'ils mettraient en place face à une telle situation. Le groupe recherche ensuite des stratégies alternatives et sélectionne les plus efficaces. Ces stratégies sont ensuite jouées et le groupe discute autour de celle qu'il trouve la plus efficace et la met en scène.
- Enfin, **le module 6** nommé « Résolution de problèmes » se réfère aux difficultés que les patients schizophrènes rencontrent dans l'acquisition ou la reconstruction de leur autonomie. En effet, des domaines comme l'habitat ou le travail implique la résolution de problèmes individuels dans des tâches telles que élaborer un budget, maintenir une hygiène acceptable, cuisiner... Dans ce module, le patient va apprendre à résoudre des problèmes simples et peu chargés émotionnellement pour pouvoir ensuite résoudre des problèmes personnels plus complexes avec une charge émotionnelle plus importante. La méthode utilisée est la technique de résolution de problème décrite par D'Zurilla et Goldfried (1971) qui consiste à définir et analyser le problème, rechercher des solutions alternatives, évaluer ces solutions, choisir une solution, la mettre en pratique et l'évaluer.

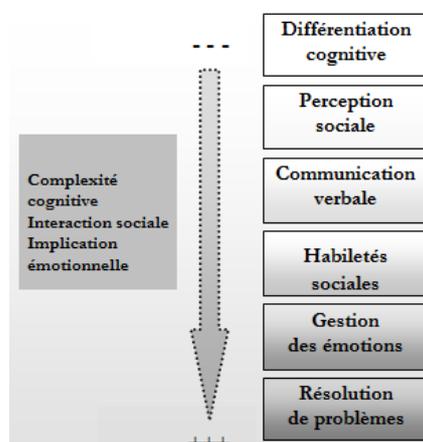


Fig 2 : Représentation schématique du programme IPT (Pomini et al 1998)

Les différents modules du programme IPT s'inspirent de différentes techniques. En effet, selon Blondeau, Nicole et Lalonde (2006) les modules 2 et 5 du programme IPT s'inspirent de la thérapie cognitive axée sur le contenu de la pensée. Alors que les modules 4 et 6 de l'IPT s'inspirent de deux modalités largement utilisées en réadaptation psychiatrique. Il s'agit notamment de l'entraînement aux habiletés sociales, développé par l'équipe de Liberman (1982). De plus, le programme s'inspire largement de techniques cognitivo-comportementales comme la répétition (*over-learning*), ou le renforcement positif. Des techniques développées par les théories de l'apprentissage sont utilisées pour que les patients acquièrent des comportements adaptés. Il s'agit notamment de l'apprentissage par imitation de modèle (*modeling*), d'apprentissage par accompagnement (*coaching*) ou guidage (*prompting*).

Nous allons maintenant essayer de replacer dans son contexte le programme IPT. En effet, Perris (1994) cité par Abdel-Baki et Nicole (2001), explique que les approches cognitivo-comportementales n'ont pas toutes le même niveau et visent des buts différents. De ce fait, il existe trois niveaux cognitifs possibles dans une thérapie cognitivo-comportementale. Les trois niveaux sont :

- Le premier est le niveau « **évènement cognitif** » défini par l'expérience subjective des évènements. Il correspond, entre autres, au contenu des pensées automatiques
- Le deuxième niveau « **processus de la pensée** » correspond au mécanisme par lequel on perçoit les évènements. Il s'agit en réalité du système de traitement de l'information.
- Le troisième niveau « **Schéma cognitif** » correspond au système de classification des évènements à la base de la perception que l'on a des autres et de soi-même.

Selon ces explications, le programme IPT s'intègre donc parfaitement au niveau cognitif : « processus de la pensée ». En effet, il agit de façon spécifique sur le système de traitement de l'information. Cependant, le programme IPT ne répond pas exactement aux intitulés des autres niveaux cognitifs. D'autres équipes de recherches ont mis au point des techniques spécifiques pour chacun des niveaux mentionnés.

c. La démarche de soin en ergothérapie : utilisation du programme IPT

Dans cette partie, nous allons analyser la démarche de soin en ergothérapie. Ensuite, nous allons étudier la démarche de soin du programme IPT. Enfin, nous allons voir en quoi nous pouvons rapprocher ces deux démarches.

Tout d'abord, nous allons voir la démarche de soin utilisé en ergothérapie. La démarche de soin que nous allons exposer est tirée du « dossier du patient en ergothérapie » publié par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) en mai 2001. En effet, la démarche de soin en ergothérapie comporte plusieurs phases :

- **Le recueil des données** : Les données recueillies permettent de définir, valider et hiérarchiser les problèmes du patient. L'analyse de situation permet d'évaluer les aptitudes et les capacités du patient. Elle commence par la prise de renseignements, à partir de données écrites et orales. Des bilans spécifiques sont réalisés en fonction des problèmes rencontrés. Ils permettent d'objectiver les besoins et les attentes du patient.
- **Le choix de l'approche des soins** : Il faudra dans cette étape choisir une approche théorique de soin. Le patient, en fonction de ses capacités et de ses dispositions, peut participer à ce choix.
- **Formulation des objectifs** : Selon l'identification des problèmes par l'ergothérapeute et les ressources et motivations du patient, les objectifs sont formulés par priorités, en fonction des stades de rééducation et de réadaptation. Ils visent l'autonomie maximale du patient dans les habitudes de vie et un mieux-être relationnel. Les objectifs doivent être planifiés et discutés avec le patient et son entourage.
- **Plan de traitement et réalisation de soins** : C'est l'étape de mise en œuvre des moyens en vue de la réalisation du plan de traitement. Les activités choisies doivent être significatives pour le patient. Elles sont à la fois support de récupération et médiatrices de la relation. Elles peuvent être individuelles ou effectuées en groupes, à visée créative ou socialisante.
- **Evaluation et fin de traitement** : Les évaluations des résultats obtenus et la prise en compte des facteurs environnementaux déterminent la fin du traitement. Une synthèse de ces informations est communiquée à l'équipe soignante et de réadaptation, au patient et à sa famille.
- **Suivi du patient** : Cette phase, insuffisamment développée en France, se pratique autour de soins externes (suivi libéral, centres spécialisés...)

Maintenant, nous allons voir la démarche de soin du programme IPT. En effet, Pomini, et al. (1998) expliquent que cette démarche s'effectue en plusieurs temps :

- Tout d'abord, il y a **l'analyse des problèmes**. Ce premier temps permet de d'analyser les situations problématiques, de comprendre les conditions qui font que ces situations se maintiennent dans le temps, d'analyser la motivation et de faire le point sur les comportements non-problématiques et sur les relations sociales actuelles.
- Le deuxième temps est **l'analyse des conditions socio-culturelles** du patient. En effet, cela sert à comprendre les problèmes et difficultés actuelles du patient, à partir de son histoire personnelle, mais aussi à partir des modifications récentes qui se sont produites dans sa vie.
- Le troisième temps correspond au **diagnostic**, qui cherche à objectiver à travers l'emploi d'instruments appropriés, les variables de performance importantes ainsi que les domaines du comportement social, qui pourraient fournir des indications clefs en vue d'une sélection des méthodes psychothérapeutiques les mieux adaptées afin de favoriser et de contrôler un processus optimal de changement.
- Le quatrième temps correspond à **l'historique médicamenteux et thérapeutique** du patient.
- Enfin, le dernier temps est la **mise en place des objectifs et la planification de la thérapie**. Le plan de thérapie est retravaillé et ajusté tout au long de la prise en charge. L'élaboration d'un tel plan s'effectue en deux temps : dans le premier temps, on propose et justifie des méthodes thérapeutiques pour chaque domaine problématique. Comme on ne peut pas intervenir sur l'ensemble des domaines, il va falloir focaliser sa prise en charge sur les points essentiels que veut changer le patient. La prise en charge dépend uniquement de la motivation du patient pour sa thérapie. Le second temps permet d'élaborer un plan de prise en charge par rapport au temps et au contenu. Les objectifs à court et à long terme y seront différenciés. Les moyens mis en œuvre dépendent du problème rencontré, des degrés de sa complexité. Les objectifs vont du plus simple au plus compliqué.

Enfin, il convient de faire le rapprochement entre la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie et l'intérêt du programme IPT. En effet, le programme envisage la schizophrénie comme un problème global. Ainsi, la pathologie n'est pas vue comme une « maladie », mais plutôt comme un dysfonctionnement biopsychosocial ayant des répercussions sur le fonctionnement micro et macro social. Ce modèle biopsychosocial est un modèle très répandu par les professionnels travaillant en psychiatrie. Les ergothérapeutes se doivent d'avoir une vision globale de la pathologie et des répercussions pour que la prise en charge soit la plus complète possible. Ainsi, le modèle de la schizophrénie utilisé dans le programme IPT est très adapté au modèle utilisé en ergothérapie.

De plus, la pratique de la remédiation cognitive se fonde sur le concept de plasticité cérébrale. En effet, pour améliorer les fonctions cognitives déficitaires, le programme propose de surentraîner ces fonctions. Ce concept est utilisé dans la plupart des rééducations en ergothérapie. Il fait entièrement partie du modèle rééducation/réhabilitation présenté plus haut dans ce mémoire. Le programme IPT s'intègre parfaitement dans la démarche de réadaptation propre à l'ergothérapie. En effet, les objectifs à long terme de la thérapie se basent sur les difficultés de la vie quotidienne du patient. Ainsi, on retrouve un point clef de notre profession : l'intégration de l'environnement du patient dans la thérapie.

Le programme IPT propose aux patients des activités en lien avec leurs problèmes quotidiens. Ainsi, ces activités ont un sens pour les patients : on parle d'activités signifiantes. Cependant, elles sont aussi significatives car elles ont un sens pour l'environnement social. Ce modèle d'activités signifiantes et significatives est propre à la profession d'ergothérapeute. De plus, les moyens que les patients utiliseront pour le programme peuvent être conçus par les patients eux-mêmes avant la réalisation de celui-ci. Ils peuvent, par exemple, utiliser des photos tirées de leurs expériences personnelles. On rejoint donc bien le concept d'activités signifiantes.

Enfin, plusieurs principes regroupent le programme IPT et l'ergothérapie. En effet, le programme prône l'importance de la pluridisciplinarité et de la dynamique de groupe. De plus, les différentes phases du programme IPT s'intègrent parfaitement dans une approche ergothérapeutique. En effet, le programme débute par une phase de bilans. Ensuite vient la phase de rééducation des fonctions neuro cognitives. La phase de réadaptation notamment au niveau des comportements intervient dans un troisième temps. Enfin la phase de réinsertion intervient en dernier. Le thérapeute devra accompagner le patient dans des démarches personnelles et l'aider à résoudre des problèmes interpersonnels.

II. Problématique & hypothèse

1. Problématique

Nous venons de voir que la réinsertion sociale en psychiatrie est un objectif qui a évolué avec le temps et en fonction de la conjoncture politique. C'est grâce à ces évolutions que de nouveaux cadres de référence et modèles ont vu le jour. Ainsi, des professions paramédicales se sont développées pour permettre une prise en charge plus complète des personnes en situation de handicap. L'ergothérapie a largement participé à ce changement. En effet, l'ergothérapeute participe à l'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de fonctionnement dans leur quotidien. La schizophrénie est une pathologie complexe regroupant différents symptômes empêchant la personne de s'intégrer pleinement à la société. De ce fait, on peut se demander **comment l'ergothérapeute peut aider le patient souffrant de schizophrénie à se réinsérer socialement ?**

2. Hypothèse

Pour répondre à cette question, nous allons nous intéresser à une approche thérapeutique spécialisée dans la réinsertion sociale. Les techniques de réinsertion chez les personnes souffrant de schizophrénie sont nombreuses. Cependant, mon travail s'est axé sur un programme de remédiation cognitive basé sur une intervention psycho-sociale individualisée. Les déficits cognitifs retrouvés dans la schizophrénie prennent une place importante dans la littérature et de nombreuses applications ont vu le jour pour traiter ces déficits. En effet, les troubles des fonctions cognitives seraient à la base de déficits sociaux importants. Ces applications sont toutes d'inspiration cognitivo-comportementale, mais elles ne traitent pas toutes les mêmes niveaux cognitifs. Dans ce mémoire, nous nous intéresserons au programme IPT « *Integrated Psychological Treatment* ». En effet, ce programme allie remédiation cognitive et entraînement des habiletés sociales. Il agit donc de façon spécifique sur le niveau cognitif « processus de la pensée » en ciblant l'ensemble des processus du traitement de l'information. Ainsi, mon hypothèse est : **Le programme IPT, peu connu et peu utilisé en France, pourrait être un outil pertinent pour l'ergothérapeute dans la démarche de réinsertion sociale des patients souffrant de schizophrénie.** Il convient donc d'évaluer ce programme pour savoir s'il répond à l'objectif de la réinsertion sociale. De même, il est intéressant d'évaluer la demande des ergothérapeutes pour l'utilisation de ce type de thérapie.

III. Méthodologie

1. La construction des groupes de participants

Pour répondre à la problématique de ce mémoire, il convient d'interroger des ergothérapeutes qui n'utilisent pas les mêmes moyens pour faciliter la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie. En effet, nous avons étudiés deux populations d'ergothérapeutes :

- La première population est constituée d'ergothérapeutes utilisant des techniques classiques pour faciliter la réinsertion sociale. Il s'agit notamment de sorties de groupe, d'activités artisanales ou artistiques pour favoriser les liens sociaux, d'activités collaboratives et d'aides individualisées pour répondre à des demandes personnelles (changement de logement par exemple). Ce groupe constitue le groupe témoin non IPT.
- La deuxième population est constituée d'ergothérapeutes utilisant un programme de remédiation cognitive, dans le but de favoriser la réinsertion sociale. Pour ce mémoire, il convenait de regrouper des ergothérapeutes sur l'ensemble du territoire français qui utilisaient le programme de remédiation cognitive IPT (*Integrated Psychological Treatment*). Le programme IPT est proposé aux ergothérapeutes dans le cadre d'un diplôme universitaire ou grâce à la formation continue proposée par l'ANFE (Association Nationale Française des ergothérapeutes) qui a vu le jour cette année.

Tout d'abord, il convient de présenter la construction de mes deux populations et la démarche entrepris pour trouver des ergothérapeutes répondant aux critères de sélection. En effet, il était nécessaire, dans un premier temps, de trouver des ergothérapeutes qui utilisent le programme IPT en psychiatrie adulte. Après de nombreuses recherches sur internet, nous avons réalisé que cette population était minoritaire en France. En effet, le programme IPT est majoritairement proposé aux patients suivis dans des structures spécialisées dans la réhabilitation psycho-sociale. Cependant, après plusieurs lectures d'articles scientifiques francophones relatant cette technique, il convenait de regrouper une base de spécialistes dans ce domaine en France. Le professeur et psychiatre Nicolas Franck est le spécialiste français dans les techniques de remédiation cognitive. En effet, il est le responsable du Diplôme Universitaire de remédiation cognitive à Lyon 1 et le président de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC). Il était donc nécessaire de le contacter par mail, pour lui demander s'il connaissait des ergothérapeutes ayant participé au diplôme universitaire. De plus, Monsieur Franck nous a fournit la liste de l'ensemble des structures partenaires de l'AFRC. Il a eu la gentillesse de nous fournir l'ensemble de ces informations dans un délai très bref. Cependant, il nous a confié que très peu d'ergothérapeutes avaient participé à cette formation. Il a donc donné le nom et l'adresse mail d'une seule personne que nous avons contacté par la suite pour répondre à mon questionnaire. Pour trouver d'autres ergothérapeutes qui utilisent cette technique, nous avons réalisé une pré-enquête téléphonique

grâce à la liste des établissements fournis par Monsieur Franck. Tout d'abord, il était nécessaire de rechercher sur internet le numéro de téléphone de l'ensemble de ces structures. Ensuite, nous avons commencé les appels téléphoniques. Il a été très compliqué de joindre les différents services où travaillent des ergothérapeutes. En effet, un centre hospitalier regroupe énormément de structures qui ne travaillent pas toutes dans les mêmes disciplines. Cette liste de centre a permis de trouver quelques ergothérapeutes qui utilisent le programme ITP en psychiatrie adultes avec des patients schizophrènes. Cependant, ce nombre ne nous paraissait pas satisfaisant pour répondre à la problématique de ce mémoire. Il fallait donc continuer les recherches. Pour cela, il était nécessaire de contacter l'ANFE pour connaître les formations continues proposées cette année. Nous avons constaté qu'une nouvelle formation continue sur le programme IPT était proposée aux ergothérapeutes. Nous avons donc contacté les formateurs qui étaient, par chance, des ergothérapeutes. Ces derniers nous ont renseigné sur d'autres professionnels qui utilisent ce programme en France. C'est ainsi que nous avons trouvé les derniers participants à mon étude. Par la suite, nous devions joindre tous les ergothérapeutes en France utilisant le programme IPT afin de constituer une population représentative pour notre étude. Nous avons ainsi pu regrouper neuf ergothérapeutes en France qui utilisent le programme IPT en psychiatrie adulte avec des patients schizophrènes. Ensuite, nous avons envoyé mon questionnaire aux neuf ergothérapeutes. Mais lors du rappel, n'ayant pas reçu tous les questionnaires, nous avons pu constater que certains ergothérapeutes ne pourraient pas participer à la recherche. En effet, ils ne répondaient pas aux critères d'admissibilité car :

- un ergothérapeute sélectionné n'a finalement pas pu mettre en place ce programme à temps pour répondre à mon questionnaire
- deux ergothérapeutes étaient encore en cours de formation et n'avaient pas le recul nécessaire pour tester le programme IPT

Dans un second temps, il fallait rechercher des ergothérapeutes qui n'utilisaient pas le programme de remédiation cognitive IPT. Cette population d'ergothérapeutes a été recherchée dans un deuxième temps car il était important d'avoir le même nombre d'ergothérapeutes dans les deux groupes. En effet, il était plus facile de réaliser la recherche de cette façon car le nombre d'ergothérapeutes n'utilisant pas le programme est nettement supérieur à celui utilisant le programme IPT. Cependant, il a été relativement difficile de trouver des ergothérapeutes voulant répondre à mon questionnaire. En effet, tous n'intègrent pas la réinsertion sociale dans leur prise en charge. Nous avons regroupé neuf ergothérapeutes en France qui n'utilisent pas le programme IPT mais qui participe à la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie en psychiatrie adulte.

Enfin, il était nécessaire que mes deux populations d'ergothérapeutes soient géographiquement similaires. En effet, nous devons nous adapter à la localisation des ergothérapeutes utilisant le programme IPT, pour trouver d'autres ergothérapeutes travaillant dans les mêmes régions. Les six participants utilisant le programme IPT sont donc repartis dans quatre centres en France. Deux des centres regroupent deux ergothérapeutes. Les neuf participants n'utilisant pas le programme IPT sont repartis dans six centres en France. Une semaine avant l'envoi des questionnaires, nous avons contacté par téléphone l'ensemble des participants. Nous les avons prévenu de l'arrivée de celui-ci dans les plus brefs délais. Il était

nécessaire de leur rappeler la thématique générale de mon sujet de mémoire, en restant assez flou sur la démarche de recherche employée. Cette attitude volontaire avait pour but de ne pas introduire de biais dans la recherche. En effet, nous ne voulions pas que les deux populations se sentent comparées. Ce mémoire n'avait pas pour intention de promouvoir une technique, mais plutôt d'identifier des besoins et d'évaluer une pratique.

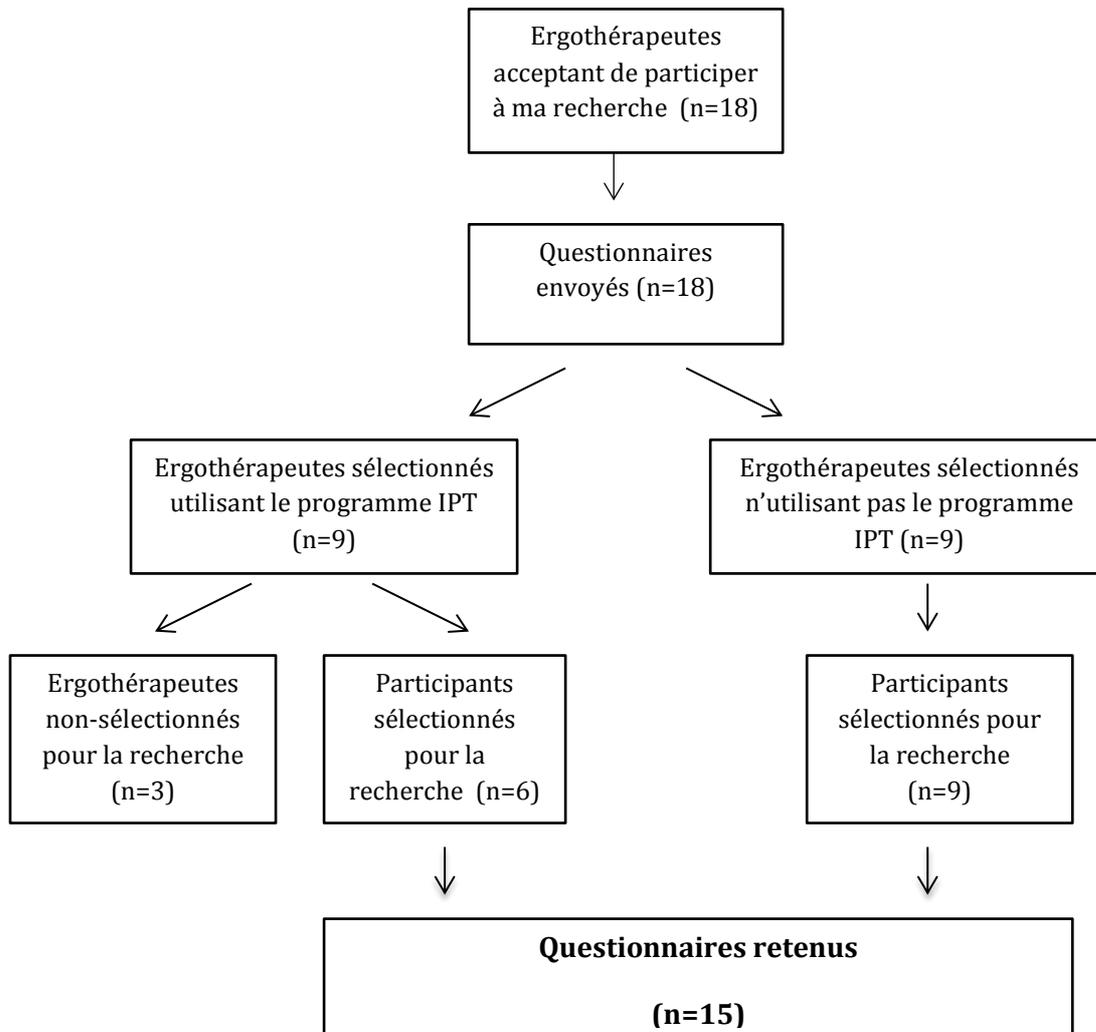


Fig 1 : Processus de sélection des questionnaires

2. La construction des questionnaires

Le choix d'un questionnaire :

Dans un premier temps, il convient d'expliciter le choix de questionnaires pour réaliser notre recherche. En effet, nous voulions que les participants aient le recul nécessaire pour évaluer une pratique. Une étude par entretien n'aurait pas permis d'avoir ce recul. De plus, la localisation des participants ne permettait pas de réaliser des entretiens face à face. De ce fait, les entretiens téléphoniques auraient été la seule solution. Cependant, les entretiens téléphoniques ne laissent pas le temps aux participants de réfléchir à la question. Enfin, le nombre de participants a aussi été un frein pour l'utilisation de l'entretien. Il était compliqué d'organiser 18 rendez-vous téléphoniques pour répondre aux différentes questions.

Ensuite, le questionnaire a été envoyé par courrier prioritaire. Le courrier adressé aux différents participants était composé d'une lettre d'introduction à la recherche pour présenter le sujet du mémoire et les conditions d'anonymat, du questionnaire lui-même et enfin, d'une enveloppe pré-timbrée et affranchie pour le retour des questionnaires. Pour faciliter le déroulement de l'étude, les courriers et les enveloppes de réponse étaient affranchis par des timbres prioritaires. De cette manière, le courrier arrive sous 24 heures ce qui permet de traiter les informations le plus rapidement possible.

Schéma de construction distinct entre les deux populations d'ergothérapeutes :

Notre étude interrogeait deux populations d'ergothérapeutes. De ce fait, il était nécessaire de construire deux questionnaires. Ces deux questionnaires ne répondaient pas aux mêmes objectifs. En effet, le questionnaire adressé aux ergothérapeutes utilisant le programme IPT avait pour objectif d'évaluer cette pratique. Au contraire, le questionnaire, adressé aux ergothérapeutes n'utilisant pas le programme, avait pour objectif de mettre en relation les points forts du programme avec un besoin dans la pratique.

Les questionnaires étaient construits en trois parties :

- La première partie correspond à l'état civil du participant
- La deuxième partie correspond au questionnaire en lui-même
- La troisième partie correspond à l'avis du participant sur mon questionnaire.

Les deux questionnaires étaient constitués des mêmes parties 1 et 3. C'est-à-dire que les questions et les informations étaient les mêmes dans ces deux parties. La partie 2 du questionnaire était donc la partie spécifique à chacun des groupes.



Fig 2 : Construction des questionnaires

De plus, il convient de présenter la construction des questionnaires. Tout d'abord, nous pouvons commencer par le questionnaire adressé aux ergothérapeutes n'utilisant pas le programme de remédiation cognitive IPT. Ce questionnaire avait pour objectif d'identifier des besoins. Il était nécessaire d'utiliser des questions fermées et semi-ouvertes pour évaluer si les ergothérapeutes prenaient en considération des points forts du programme IPT. Ces points forts peuvent se dissocier en quatre parties :

- La prise en charge des troubles cognitifs
- La prise en charge des habilités sociales
- L'importance du niveau émotionnel des exercices
- L'accompagnement dans des démarches qui mettent en difficulté le patient

La deuxième partie de ce questionnaire interrogeait les professionnels sur la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie. En effet, la réinsertion sociale est souvent le dernier objectif d'une prise en charge en ergothérapie. Nous avons introduit dans mon questionnaire une question ouverte permettant d'évoquer les raisons pour lesquelles la réinsertion sociale est difficile à aborder dans une prise en charge. Cette question avait pour objectif de soulever des difficultés, peut-être reprises dans le programme IPT. La dernière partie du questionnaire interrogeait les professionnels sur le lien entre les troubles cognitifs et la réinsertion sociale, et le lien entre les habilités sociales et la réinsertion. Enfin, il convenait d'interroger les professionnels sur le niveau de satisfaction des moyens qu'ils utilisent pour faciliter la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie. Cette question a été reprise pour comparer avec le niveau de satisfaction des participants du deuxième groupe utilisant le programme IPT. Cette dernière permettait d'évaluer quantitativement la différence entre les deux groupes en utilisant un niveau de satisfaction compris entre 0 et 10.

Enfin, il convient d'explicitier la construction du questionnaire pour le groupe utilisant le programme IPT. Tout d'abord, ce questionnaire avait pour objectif d'évaluer le programme IPT. Il fallait donc laisser aux participants la possibilité de s'exprimer. Les premières questions interrogeaient les participants sur la formation qu'ils ont reçue, et la date de celle-ci. Ensuite, les participants devaient indiquer les motivations pour la mise en place du programme IPT. Dans une seconde partie, il convenait d'interroger les professionnels sur les défauts du programme IPT, sur les difficultés de mise en place et, sur l'intérêt de celui-ci par rapport à une prise en charge plus classique en ergothérapie. Ces questions étaient principalement des questions ouvertes permettant aux participants de s'exprimer. Une troisième partie du questionnaire portait sur la mise en place du programme. En effet, ce programme peut être réalisé dans sa globalité, mais les professionnels peuvent aussi n'utiliser que certains modules. D'après des études récentes, les objectifs diffèrent si on utilise le programme de cette manière. De plus, il était intéressant de questionner les professionnels sur les exercices proposés dans le manuel de référence du programme IPT. Ces questions avaient pour objectifs d'évaluer la liberté des professionnels dans la mise en place de ce programme très hiérarchisé. Les dernières questions évaluaient le niveau de satisfaction des participants à l'utilisation de ce programme et l'apport de celui-ci pour leurs patients. Pour cela, nous avons utilisé des échelles de satisfaction.

3. L'analyse des réponses

Construction des grilles d'analyse :

Pour analyser les réponses des participants, nous avons construit une grille d'analyse en fonction des questions posées et des réponses obtenues. Cette grille a été adaptée sous la forme de trois grilles distinctes :

- La première grille analysera les réponses de la partie I commune aux deux groupes nommé « Etat civil ».
- La deuxième grille analysera les réponses du groupe n'utilisant pas le programme IPT.
- La troisième grille analysera les réponses du groupe utilisant le programme IPT.

La présentation des grilles est exposée en Annexes (12-13-14).

L'analyse des réponses :

Pour analyser les résultats d'un questionnaire, il faut au préalable construire des groupes identiques sauf pour le critère étudié. Cependant, nous avons dû adapter ces critères à la population étudiée. En effet, nous avons essayé que les deux groupes soit constitués du même nombre de participants. De plus, nous avons interrogé une population d'ergothérapeutes travaillant dans une dynamique de réinsertion. Durant la pré-enquête téléphonique, réalisée avant l'envoi du questionnaire, nous avons dû sélectionner les participants. En effet, certains ergothérapeutes voulaient participer à ce mémoire mais ceux-ci ne travaillaient pas dans une dynamique de réinsertion sociale. Ils ne rentraient donc pas dans les critères d'inclusion.

Il convient de respecter l'anonymat des participants pour le bon déroulement de l'étude. En effet, nous nous sommes assuré que aucun nom ni aucune adresse ne figure sur le questionnaire. Pour cela, nous avons codé l'ensemble des questionnaires. La grille où figure l'ensemble de ces noms, associés aux numéros, ne fera pas partie de ce mémoire et nous ne communiquerons pas l'identité des participants. Puis, l'analyse des réponses sera effectuée à l'aide du logiciel Excel. En effet, il sera nécessaire de calculer des écarts types et des moyennes pour que les résultats soient plus pertinents et puissent être comparés. Ensuite, nous recouperons les réponses des participants afin de pouvoir tirer des conclusions sur notre hypothèse de travail.

IV. Résultats

Dans cette partie, il convient d'exposer l'ensemble des résultats des questionnaires. Il s'agit d'exposer de façon factuelle les résultats sans rentrer dans l'analyse de ceux-ci. Nous commencerons par exposer les résultats de la première partie du questionnaire correspondant à la partie I « Etat civil ». Ensuite, nous présenterons les résultats du groupe pratiquant le programme IPT, qui est constitué de six participants. En effet, il convient de rappeler que trois des neuf participants n'ont pas été inclus dans l'analyse. Enfin, nous présenterons les résultats du groupe témoin, constitué de neuf participants n'utilisant pas le programme IPT. Dans une dernière partie, nous exposerons les avis des différents groupes sur le questionnaire proposé.

1. Résultats de la partie « Etat Civil »

Tout d'abord, nous présenterons dans cette partie les résultats de la partie I « Etat civil ». En effet, cette partie regroupait des questions communes autour de l'âge, du sexe, de l'année d'obtention du DE d'ergothérapie et du type de structures dans lesquelles les participants travaillaient.

La première question interrogeait les participants sur leur âge. En effet, la moyenne d'âge de la population était de 37,4 ans (écart type : 10,1). Le groupe IPT avait comme moyenne d'âge 38,6 ans (écart type : 11,6) et le groupe non-IPT avait 36,6 ans de moyenne d'âge (écart type : 9,6)

De plus, la population était composée à 80% de femmes. Le groupe IPT étant composé de 100% de femmes. Le groupe non-IPT était composé à 66% de femmes. Il y avait donc trois hommes pour neuf participants.

Notre population d'ergothérapeutes a obtenu le Diplôme d'Etat d'ergothérapeute il y a, en moyenne, 14,2 années. Le groupe IPT l'a obtenu il y a en moyenne 16 ans (écart type de : 10,5), alors que le groupe non-IPT l'a obtenu en moyenne il y a 13,1 années (écart type de : 8,4)

Les ergothérapeutes, interrogés pour notre recherche, travaillent à 53% dans des centres de jour, à 26,6% en intra et en extra-hospitalier et à 26,6% en centre de jour et service extra-hospitalier. Cependant, 13,3% des personnes interrogées associent leurs activités professionnelles avec d'autres ateliers thérapeutiques.

2. Résultats des questionnaires

Tout d'abord, il convient d'exposer les résultats des questionnaires adressés aux personnes pratiquant le **programme IPT**. Ce questionnaire avait pour objectif d'évaluer le programme IPT pour ensuite extrapoler les résultats pour pouvoir répondre à notre hypothèse. Les six participants de cette étude travaillaient depuis 13 ans en moyenne dans la structure actuelle (écart type de : 13,2). Ils utilisent tous le modèle cognitivo-comportementale dans leurs pratiques quotidiennes. Cependant, 50% des participants associent ce modèle à d'autres cadres de référence. En effet, deux participants (33%) l'associent au cadre de référence psycho-dynamique.

Un bilan des fonctions cognitives est réalisé chez l'ensemble des participants pratiquant le programme IPT. Ce bilan est réalisé par un neuropsychologue pour cinq participants (83%). Cependant, l'ergothérapeute participe à deux reprises (33%) à ces bilans.

Les structures d'accueil des participants proposent le programme IPT depuis en moyenne 5,1 ans et les participants sont formés au programme IPT depuis 5,4 ans en moyenne (écart type de : 4,3). La plupart des participants (5/6 soit 83%) ont suivi une formation continue pour participer au programme IPT. Le dernier participant a reçu une formation interne.

Le programme IPT a été mis en place dans les structures grâce à des motivations institutionnelles chez cinq participants (83%). Cependant, la mise en place du programme a été favorisée dans 50% des cas par les résultats prometteurs du programme et dans 50% des cas pour dynamiser les modes de prise en charge. On peut noter que la structure était déjà inscrite dans un dynamisme de prise en charge des troubles cognitifs dans 50% des cas.

Il était intéressant de demander aux participants si le programme IPT répondait à l'ensemble des objectifs auxquels il prétendait. Quatre participants (66%) répondent que le programme répond moyennement à l'ensemble de ces objectifs. Cependant, 2 participants répondent que le programme répond totalement à ces objectifs. Les principaux défauts du programme mis en avant sont la longueur du programme qui revient chez quatre participants (66%). Deux participants trouvent le programme un peu scolaire sur les modules initiaux. Certains participants rajoutent que le programme nécessite d'être adapté pour être appliqué aux patients. De plus, un participant rajoute qu'il est parfois difficile de transposer les acquis sur la vie quotidienne.

On peut donc se demander quels sont les véritables apports du programme par rapport à une prise en charge plus classique en ergothérapie. Ainsi quatre participants (66%) répondent que la dynamique de groupe est un véritable apport pour la prise en charge. De plus, 50% des personnes interrogées mettent en avant la cohérence du programme à travers les objectifs, les moyens et le but de celui-ci.

Les programmes hiérarchisés et structurés sont souvent difficiles à mettre en place. Il est donc important pour répondre à notre hypothèse de s'intéresser aux difficultés de mise en place. Sur les six participants interrogés, quatre ont noté des difficultés de mises en place. L'incompréhension de l'équipe est un facteur qui ressort à deux reprises (33%) chez des participants. Les autres réponses s'organisent autour du manque de personnel formé à cette technique, des difficultés d'organisation et de logistique, de la conservation de la motivation des soignants et des patients.

Le programme IPT est structuré en six modules. Il était intéressant de demander aux participants comment était mis en place le programme. En effet, il peut être effectué dans sa globalité ou non. La moitié des participants ne proposent pas le programme IPT dans sa totalité. De ce fait, sur les trois participants qui ne proposent pas le programme en entier, deux participants remanient et suppriment certains modules. Le dernier participant propose uniquement les premiers modules sur la remédiation cognitive complétée à d'autres techniques d'inspiration cognitivo-comportementale comme la prise en charge de la métacognition ou de l'estime de soi.

Ainsi, il est primordial de savoir si les exercices proposés par le programme sont adaptés aux difficultés des patients. Quatre participants (66%) répondent que les exercices sont moyennement adaptés, alors que deux participants répondent qu'ils sont complètement adaptés aux difficultés de leurs patients. Ainsi, quatre participants (66%) sur six adaptent les exercices. Sur ces quatre participants, deux utilisent d'autres supports que ceux fournis par le programme, un diminue la difficulté des exercices et le dernier augmente la difficulté.

Il est intéressant de connaître l'impact du programme IPT sur les patients. Pour cela, nous avons interrogé les participants sur les bénéfices subjectifs du programme pour les patients. Ainsi, 50% des personnes interrogées pensent que le programme a été totalement bénéfique, et 50% pense qu'il n'a été que moyennement bénéfique.

Enfin, le niveau de satisfaction du programme IPT est de 7,6 sur 10 donc les personnes interrogées sont globalement très satisfaites du programme IPT (écart type de : 0,5).

Enfin, il convient de présenter les résultats des questionnaires adressés au groupe ne pratiquant **pas le programme IPT**, mais participant à la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie. Les personnes interrogées travaillent depuis 9,2 ans en moyenne dans la structure (écart type de : 7,7). Sur neuf personnes interrogées, quatre n'ont pas répondu au type de modèles qu'ils utilisent dans leurs pratiques. Sur les cinq personnes qui ont répondu, cinq participants (100%) utilisent le modèle psycho-dynamique dont trois ergothérapeutes qui l'associent au modèle cognitivo-comportemental.

De plus, un bilan des fonctions cognitives est réalisé dans 77% (7 personnes sur 9) de notre population. Chez ces sept personnes, l'ergothérapeute intervient 5 fois (71%) pour participer au bilan des fonctions cognitives. Néanmoins, d'autres professionnels (neuropsychologue, infirmière, psychologue) interviennent dans 57% des cas (4 personnes sur 7).

L'ensemble des professionnels interrogés (100%) prennent en considération les troubles cognitifs dans leur pratique. En effet, quatre personnes sur neuf (44%) utilisent la rééducation des fonctions cognitives. De plus, sur les quatre personnes qui font de la rééducation des fonctions cognitives, trois participants l'associent à des stratégies de compensation et une personne l'associe en plus à une gradation du niveau d'exigence cognitive. Sur les cinq personnes qui prennent en compte les troubles cognitifs mais ne font pas de rééducation, quatre personnes (80%) mettent en place des stratégies de compensation dont trois qui l'associent à une gradation du niveau d'exigence cognitive.

L'ensemble des participants (100%) prend en charge les habiletés sociales chez les personnes souffrant de schizophrénie. Ainsi, tous les participants (100%) utilisent des techniques pour faciliter la communication et les relations sociales. De plus, huit personnes sur neuf (88%) font des mises en situation de vie sociale et cinq personnes (55%) utilisent la reconnaissance

des affects des situations de vie sociale. En effet, huit personnes sur neuf (88%) font décrire aux patients leurs émotions personnelles dans différentes situations. Sept personnes (77%) utilisent des stratégies alternatives de gestion émotionnelle, six personnes (66%) font analyser les émotions d'une situation sociale. Quatre personnes utilisent les trois techniques simultanément. Néanmoins, aucun professionnel n'utilise la technique de jeux de rôle pour améliorer les habiletés sociales.

De plus, la majorité des personnes (huit personnes sur neuf soit 88%) accompagnent leurs patients dans des démarches personnelles qui les mettent en difficulté. Sur ces huit personnes, 50% identifient et élaborent des solutions alternatives pour résoudre ces difficultés et accompagnent de façon personnalisée leurs patients. Deux personnes utilisent uniquement l'identification et l'élaboration de solution alternative. Une personne accompagne ses patients de façon personnalisée et une personne transfère les patients vers des professionnels de services spécialisés.

La réinsertion sociale est difficile à aborder les prises en charge chez sept participants (77%). En effet, trois participants notent un manque de moyen, deux personnes notent un manque de reconnaissance de la réinsertion sociale en psychiatrie, un manque d'initiative des patients et un projet irréalisable dû à la non-conscience de leurs difficultés. De plus, deux personnes notent des difficultés de cohérence entre les objectifs d'une équipe et des difficultés économiques.

Ensuite, six participants (66%) pensent que la prise en charge des troubles cognitifs ne favoriserait pas la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie. Alors que 100% d'entre eux pensent que la prise en charge des habiletés sociales favoriserait la réinsertion sociale.

Enfin, les participants notent une satisfaction de 5,2/10 (écart type de : 1,3) pour les moyens qu'ils utilisent pour faciliter la réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie.

3. Avis sur le questionnaire

Pour conclure, nous allons maintenant exposer les résultats sur l'avis du questionnaire. En effet, nous posons les mêmes questions aux deux groupes. Ces questions avaient pour objectif d'évaluer le niveau d'accessibilité et de pertinence du questionnaire. Enfin, les participants pouvaient faire des remarques sur la construction de celui-ci.

Tout d'abord, 11 participants sur 15 (66%) ont trouvé ce questionnaire totalement accessible, les quatre autres personnes (26%) l'ont trouvé moyennement accessible. Les six personnes pratiquant le programme IPT (100%) l'ont trouvé totalement accessible, alors que cinq personnes sur neuf ne pratiquant pas le programme (56%) l'ont trouvé totalement accessible.

De plus, dix personnes sur quinze ont fait des remarques sur ce questionnaire. Sur les dix réponses obtenues, cinq personnes (50%) ont fait des remarques de qualité sur le questionnaire. Ces remarques positives portaient sur la forme, le fond ou la méthodologie employés pour la recherche. Deux personnes (20%) m'ont fait une remarque sur le fond du questionnaire avec notamment un manque de précision dans les questions ; deux personnes ont rappelé l'importance de l'hétérogénéité dans la schizophrénie nécessitant des prises en charge diversifiées ; deux personnes ont noté un manque d'information sur la recherche et une personne a fait une remarque sur la forme du questionnaire.

Enfin, dix personnes sur quinze (66%) ont trouvé ce questionnaire totalement pertinent et les cinq autres l'ont trouvé moyennement pertinent. Sur les six personnes qui pratiquent le programme IPT, quatre pensent que le questionnaire était totalement pertinent et deux personnes l'ont trouvé moyennement pertinent. Sur les neuf personnes ne pratiquant pas le programme IPT, six personnes l'ont trouvé totalement pertinent alors que trois l'ont trouvé que moyennement pertinent.

V. Discussion

1. Interprétation des résultats

Dans cette partie, il convient d'analyser certaines réponses des participants pour confirmer notre hypothèse selon laquelle le programme IPT pourrait être un outil pertinent pour l'ergothérapeute dans la démarche de réinsertion sociale des patients souffrant de schizophrénie. Ensuite, il conviendra de la nuancer. Enfin, nous verrons le lien entre certains résultats et des approches issues de la théorie.

a. Le programme IPT est un outil pertinent pour la réinsertion sociale

Tout d'abord, nous allons analyser les résultats qui valident notre hypothèse. Il convient d'étudier les résultats des questions posées aux ergothérapeutes qui utilisent le programme IPT. Nous pouvons constater que la mise en place du programme est récente. En effet, les structures d'accueil proposent ce programme depuis 5,1 ans en moyenne. Ce résultat n'est pas totalement représentatif dans la mesure où un centre regroupant deux ergothérapeutes utilise ce programme depuis dix ans. Les trois autres centres interrogés l'utilisent depuis moins de trois ans en moyenne. De plus, nous constatons que les ergothérapeutes ont été formés au programme IPT dans la structure où ils travaillent actuellement. Nous pouvons donc dire que la population d'ergothérapeute utilisant le programme IPT est la première vague d'ergothérapeutes à utiliser ce programme en France. Cela renforce l'idée que le programme IPT est un moyen peu connu par les ergothérapeutes et qu'il conviendrait de le présenter aux structures.

De plus, nous constatons que le programme IPT répond à un besoin institutionnel. En effet, nous pouvons nous intéresser aux motivations qui ont poussé les ergothérapeutes à mettre en place ce programme dans les structures. Ce sont des motivations institutionnelles qui apparaissent chez cinq participants sur les six. Les retours prometteurs du programme IPT sont eux aussi apparus comme un facteur important dans la mise en place du programme. Nous pouvons conclure que le programme IPT semble pertinent dans la mesure où il émane d'un besoin institutionnel et d'un niveau d'efficacité suffisant.

Ensuite, il convient de comparer les niveaux de satisfaction des participants sur les moyens qu'ils utilisent pour la réinsertion sociale. Les résultats montrent une différence significative entre les deux groupes. En effet, le groupe IPT montre un niveau de satisfaction de 7,6/10 ; alors que le groupe non-IPT affiche un résultat de 5,2/10. Nous pouvons donc conclure que les participants proposant le programme IPT sont globalement plus satisfaits. Ainsi, ce résultat permet de confirmer que le programme IPT est un outil pertinent pour la réinsertion sociale des patients schizophrènes.

Ensuite, nous pouvons demander aux participants du groupe IPT quels sont les apports du programme par rapport à une prise en charge classique en ergothérapie. La cohérence est une notion qui se dégage chez trois participants. En effet, il semble que la gradation du niveau de compétence demandée permette de mieux appréhender les objectifs de chaque module facilitant l'objectif principal du programme, qui est celui de la réinsertion.

De plus, quand nous interrogeons les participants sur les bénéfices du programme, la moitié des participants répondent qu'il a été totalement bénéfique. Cela vient renforcer l'hypothèse selon laquelle le programme IPT est pertinent pour la réinsertion des personnes souffrant de cette pathologie. Néanmoins, il serait intéressant de savoir sur quel(s) critère(s) (subjectifs et objectifs) les praticiens se fondent pour répondre.

Enfin, nous pouvons nous intéresser aux réponses des ergothérapeutes qui ne pratiquent pas le programme. En effet, ils trouvent que la réinsertion sociale est difficile à aborder dans les prises en charge. Deux participants indiquent que les patients ont des difficultés à prendre conscience de la gravité de la pathologie. Cette capacité à être conscient de ses troubles est nommée l'insight. Selon Prouteau, Grondin et Swendsen (2009), les troubles cognitifs seraient liés à l'insight car ils pourraient biaiser la capacité à estimer les difficultés au quotidien. De plus, des difficultés cognitives de plus haut niveau comme la métacognition pourraient conduire les sujets à évaluer de manière erronée leurs difficultés. Les troubles de l'insight pourraient induire une inobservance médicamenteuse et des difficultés au quotidien qui pourraient aboutir à des difficultés d'insertion sociale. Nous constatons ainsi, que les troubles cognitifs seraient sans doute à la base de beaucoup de difficultés rencontrées chez les personnes souffrant de schizophrénie. Cela renforce l'hypothèse que l'utilisation d'un programme de remédiation cognitive, comme le programme IPT, serait pertinent pour la réinsertion sociale.

En outre, il est intéressant de constater que les participants du groupe non-IPT prennent tous en charge les troubles cognitifs de leurs patients. Ainsi, quatre participants sur neuf proposent une remédiation cognitive par rééducation des fonctions cognitives. La majorité des personnes ne pratiquant pas de remédiation cognitive utilise des techniques de stratégie de compensation. Comme nous le verrons par la suite, ces stratégies semblent moins efficaces sur l'amélioration des fonctions cognitives que les techniques de restauration. De plus, tous les participants du groupe non-IPT prennent en charge les habiletés sociales des patients. En effet, huit participants utilisent des mises en situation de vie sociale pour améliorer les habiletés sociales. Nous pouvons voir que la totalité des participants du groupe non-IPT prennent en considération l'impact émotionnel des situations de vie. Pour cela, les participants utilisent majoritairement la description d'émotions personnelles. Cependant, sept participants utilisent l'analyse des émotions d'une situation de vie associée à des stratégies de gestion des émotions. Nous pouvons donc dire que la majorité de personnes interrogées sont dans une approche cognitive de la prise en charge émotionnelle. De plus, huit participants accompagnent leurs patients dans des démarches qu'ils les mettent en difficulté. Pour cela, la moitié utilise conjointement des techniques d'accompagnement personnalisé associées à une méthode d'identification et d'élaboration de solution alternative. Un grand nombre des participants sont donc dans une approche cognitive de la résolution de problème.

Nous pouvons alors constater que l'ensemble des ergothérapeutes du groupe non-IPT prennent en considération : les troubles cognitifs de leurs patients, les habiletés sociales, l'impact émotionnel et des techniques d'accompagnement dans des démarches personnalisées. Tous les participants intègrent donc les points clés du programme IPT dans leurs démarches. Cela renforce l'idée que le programme IPT est un outil pertinent dans une prise en charge en ergothérapie.

De plus, la réinsertion sociale est difficile à aborder dans les prises en charge pour la majorité des participants (sept sur neuf). Dans ce sens, le programme IPT pourrait être un moyen intéressant pour débiter le processus complexe de la réinsertion. En effet, celui-ci pourrait être un tremplin vers d'autres moyens facilitant la réinsertion.

La majorité des participants de ce groupe (sept sur neuf) pense que la prise en charge des troubles cognitifs favoriserait le processus de réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie. Ce résultat valide notre hypothèse dans la mesure où le programme IPT est un programme de remédiation cognitive. De plus, la totalité des participants pense que la prise en charge des habiletés sociales favoriserait le processus de réinsertion sociale. Cela confirme la pertinence du programme IPT qui propose aussi un entraînement des habiletés sociales.

Enfin, il est intéressant d'ajouter que depuis l'envoi du questionnaire, un des participants du groupe non-IPT a choisi d'être formé au programme IPT. En effet, ce programme ne peut pas être mis en place sans une formation complémentaire. Cette dynamique de formation montre la pertinence du programme IPT. Il répond à un besoin de professionnels dans leurs prises en charge avec les personnes souffrant de schizophrénie.

b. La pertinence du programme IPT nécessite d'être nuancée

Nous pouvons exposer certains résultats qui nuancent notre hypothèse. En effet, la majorité des participants ont trouvé les exercices moyennement adaptés aux difficultés des patients. Nous pourrions donc dire que le programme IPT ne répond pas à tous ces objectifs énoncés. Néanmoins, il convient de noter que ces quatre participants adaptent les exercices qu'ils ne trouvent pas satisfaisants. Nous constatons donc que le programme reste assez souple dans sa mise en place même si celui-ci semble au premier abord, très hiérarchisé. Cette adaptabilité permettrait au programme IPT d'intégrer une notion primordiale dans la schizophrénie : l'hétérogénéité.

Maintenant, nous allons évaluer le lien qu'il peut exister entre les objectifs prétendus par le programme, la mise en place de celui-ci et le niveau de satisfaction générale du programme. Autrement dit, nous pouvons nous demander si la mise en place du programme influence les objectifs de celui-ci et donc le niveau de satisfaction global du programme. Trois participants ne proposent pas le programme IPT dans sa globalité. L'ensemble de ces ergothérapeutes trouve que le programme répond moyennement à l'ensemble des objectifs auxquels il prétend. Cela semble cohérent avec le fait que le programme ne soit pas fait dans sa globalité. De plus, deux personnes sur trois sont moyennement satisfaites du programme IPT (résultats entre 4 et 7 sur 10) et deux personnes sur trois pensent que le programme a été moyennement bénéfique pour les patients. Ces résultats laissent à penser que la mise en place du programme influence les objectifs de celui-ci et donc la satisfaction que nous pouvons en avoir.

Le programme IPT semble un outil intéressant pour les ergothérapeutes. Néanmoins, certaines difficultés viennent nuancer notre hypothèse. En effet, quatre ergothérapeutes m'ont répondu que le programme était très long dans sa mise en place. Cela peut aboutir à une baisse de la motivation des patients et des soignants. Comme nous l'avons vu plus haut, la motivation est l'un des trois facteurs clés de l'efficacité d'une remédiation cognitive.

Enfin, il est intéressant de constater que la majorité des ergothérapeutes (4/6) pensent que la dynamique de groupe du programme est un de ces points forts. Cela laisse à penser que les futures thérapies devraient intégrer une dynamique de groupe dans un contexte individualisé des troubles cognitifs et des plaintes fonctionnelles.

c. De nouvelles perspectives

Nous pouvons faire le lien entre certains résultats et des nouvelles perspectives de prise en charge. Tout d'abord, Correard et al (2011) précisent que deux approches se distinguent dans les programmes de remédiation cognitive. En effet, la première approche dite « centrée sur les processus » comprend la stratégie de restauration et la stratégie de réorganisation. La stratégie de restauration a pour but de surentraîner des fonctions déficitaires pour restaurer les connexions neuro-anatomiques des fonctions cognitives entrainées. La stratégie de réorganisation consiste à enseigner des stratégies alternatives en s'appuyant sur les fonctions cognitives préservées. La seconde approche consiste à aménager l'environnement du patient pour compenser ses déficits cognitifs. Nous pouvons, par exemple, mettre en place des aides extérieures, des systèmes électroniques ou des agendas pour faciliter l'environnement du patient. L'efficacité d'une remédiation cognitive serait corrélée à la stratégie utilisée. En effet, la stratégie de restauration serait la plus efficace pour améliorer les fonctions cognitives ; alors que la stratégie de réorganisation semble plus efficace pour améliorer le fonctionnement psycho-social. Celles-ci permettraient un meilleur transfert des acquis vers la vie quotidienne. En effet, le transfert des acquis est un point abordé par un des participants comme un défaut du programme IPT. Des chercheurs ont intégré cette difficulté dans de nouvelles approches. En effet, une équipe franco-belge a développé une technique de remédiation cognitive individualisée et centrée sur les activités de la vie quotidienne. Levaux et al (2008) rappellent qu'en plus des déficits cognitifs, les plaintes et les difficultés fonctionnelles diffèrent grandement d'un patient à l'autre. Ainsi, le but de cette thérapie est de mettre en correspondance les troubles cognitifs et les déficits fonctionnels pour définir des objectifs concrets en utilisant des stratégies de remédiation cognitive écologique (exercices à domicile, mise en situation de vie réelle). Ces stratégies ont pour objectif un meilleur transfert des acquis vers la vie quotidienne. Cette remédiation procurerait une meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans les déficits fonctionnels et participerait ainsi à l'autodétermination de la personne et à l'amélioration de la motivation intrinsèque. Cette approche de remédiation cognitive n'a pas encore été validée scientifiquement mais se présente aujourd'hui comme une nouvelle perspective de recherche.

Ensuite, il convient d'aborder l'importance de l'hétérogénéité de la schizophrénie. En effet, les participants du groupe IPT adaptent le programme en fonction des difficultés des patients. De même, les participants du groupe non-IPT nous ont fait remarquer qu'il était primordial de prendre en compte l'individualité de la personne. Comme le rappelle Bottéro (2009), les déficits cognitifs retrouvés dans la schizophrénie sont majoritairement de nature et d'ampleur différentes. Nous avons retrouvé cette constatation dans le questionnaire du groupe IPT. En effet, des participants augmentent la difficulté des exercices, alors que d'autres la diminuent. Nous pouvons donc dire que certains résultats renforcent les arguments en faveur d'une remédiation cognitive individualisée. Le programme IPT pourrait donc être adapté.

Enfin, Correard et al (2011) nous expliquent que les chercheurs s'intéressent de plus en plus aux mécanismes qui permettraient de maximaliser les effets d'une remédiation cognitive. Il est actuellement reconnu que trois facteurs jouent un rôle important dans ce mécanisme : les capacités cognitives, les techniques d'instruction et la motivation. La motivation est en effet un point qui est souvent revenu dans les questionnaires adressés aux professionnels. La motivation est un facteur subjectif peu évalué mais très important à prendre en compte dans une remédiation cognitive. En effet, nous distinguons la motivation intrinsèque (émane de l'autodétermination que la personne présente pour apprendre quelque chose de nouveau), de la motivation extrinsèque (action réalisée dans l'intention d'obtenir une conséquence qui se trouve en dehors de l'activité). Ainsi, le niveau de motivation intrinsèque semble corrélé à un meilleur apprentissage, à un engagement plus important dans les activités proposées et à une rétention plus longue des acquis. De plus, la motivation intrinsèque semble associée à la créativité et à l'estime de soi. Le contexte d'apprentissage semble une variable primordiale dans l'efficacité d'une remédiation cognitive. En effet, un patient qui apprend dans un contexte autoritaire, où la surveillance est importante et où les buts sont imposés diminuera le sentiment d'autodétermination et sa motivation et aboutira à une baisse des activités d'apprentissage. Au contraire, un contexte qui laisse plus de liberté aux participants permet de développer la motivation et donc les capacités d'apprentissage. Enfin, les techniques d'instruction semblent la dernière variable à influencer l'efficacité de la remédiation cognitive. En effet, il existe trois techniques permettant d'améliorer les capacités d'apprentissage grâce à une amélioration de la motivation intrinsèque. Ces techniques sont la personnalisation (l'environnement d'apprentissage doit être adapté spécifiquement pour un individu), la contextualisation (les exercices proposés doivent être en lien avec les activités de la vie quotidienne pour faciliter le transfert des acquis) et le choix (le participant doit pouvoir faire des choix au sein de l'activité d'apprentissage : choix de la difficulté, de la tâche..). Slade et al, cité par Prouteau et al (2009), ont montré que des auto-évaluations standardisées du fonctionnement (qualité de vie, besoins, sévérité des problèmes mentaux..) effectuées de façon régulière réduisent significativement la durée d'hospitalisation. Cela laisse à penser que le simple fait de recueillir le point de vue du patient pourrait favoriser son implication et son adhésion au soin. Cela permettrait de favoriser le sentiment d'autodétermination et donc l'estime de soi. Nous pouvons maintenant faire le rapprochement avec une réponse rapportée par un participant du groupe IPT. En effet, celui-ci mettait en place uniquement les premiers modules sur la remédiation cognitive du programme IPT. Ensuite, le programme était complété par des activités sur la métacognition, sur les stratégies de coping ou l'estime de soi.

Ainsi, la prise en charge de l'estime de soi est intéressante dans l'intégration des facteurs subjectifs pour potentialiser l'efficacité d'une remédiation cognitive. De plus, Prouteau et al (2010) expliquent les relations entre la cognition et le fonctionnement social seraient modérées par certains facteurs subjectifs et en particulier la métacognition. Ainsi des études démontrent que le fonctionnement en vie quotidienne dépendrait d'avantage des capacités métacognitives que des strictes capacités cognitives. La prise en charge de la métacognition serait aussi un facteur subjectif intéressant à prendre en considération. L'auteur rappelle que « *l'action thérapeutique ne devrait pas seulement cibler l'aspect métacognitif ou l'aspect cognitif, mais bien les deux conjointement pour optimiser le fonctionnement de chaque niveau* ». Enfin, des programmes s'intéressent spécifiquement au niveau « schéma cognitif ». En effet, Abdel-Baki et Nicole (2001) citent le programme COPE (Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis) comme un moyen intéressant pour prendre en charge les stratégies de coping chez les personnes souffrant de schizophrénie.

2. Les limites de la recherche

Tout d'abord, il convient de présenter les limites de notre sujet. En effet, la remédiation cognitive dans la schizophrénie est un sujet qui occupe une place primordiale dans la littérature. Cependant, beaucoup de questions restent en suspens. Bottéro (2009) rappelle que les personnes souffrant de schizophrénie ont des profils cognitifs très différents. Ainsi, la proportion de schizophrènes souffrant de troubles cognitifs varie beaucoup d'une étude à l'autre. En effet, Vinogradov cité par Bottéro explique que 25 à 65% des schizophrènes souffriraient de troubles cognitifs s'écartant d'au moins deux déviations standard par rapport à la moyenne. Il conviendrait donc de prendre en considération l'hétérogénéité de la schizophrénie et d'analyser de façon rigoureuse dans quelles proportions ces troubles cognitifs sont présents. De plus, il conviendrait d'analyser la nature précise de ces troubles et le moment où ils apparaissent dans la maladie. Enfin, il resterait à analyser le moment où il serait le plus bénéfique de les traiter.

Ensuite, nous pouvons exposer les limites de la méthodologie que nous avons employée pour réaliser ce mémoire. En effet, il était important de regrouper le plus de participants pour notre étude. Cependant, le nombre de mes participants était déterminé par le nombre de personnes pratiquant le programme IPT en France. Ce mémoire regroupe donc l'ensemble des ergothérapeutes français pratiquant le programme IPT. Néanmoins, il aurait pu être intéressant de contacter des ergothérapeutes dans d'autres pays francophones comme la Suisse, la Belgique ou le Canada. Mes résultats auraient donc été plus représentatifs. Concernant le retour des résultats, la méthodologie employée a été satisfaisante puisque tous les résultats ont été reçus dans de délais brefs. Le temps étant imparti, il était nécessaire de cibler le questionnaire. Si le temps l'avait permis, et dans le cas d'une recherche plus approfondie, il aurait pu être intéressant d'élargir le champ des questions posées aux professionnels. En effet, les questions auraient pu porter sur l'importance des facteurs

subjectifs et le type de techniques d'instructions qu'ils utilisaient. De plus, elles auraient pu interroger les professionnels sur la mise en place de chaque module, sur les évaluations qu'ils pratiquent, sur l'environnement de mise en place du programme (intégration des familles par exemple).

3. Ouvertures

Tout d'abord, il convient de rappeler que les troubles cognitifs dans la schizophrénie sont considérés comme un signe à part entière de la pathologie. Cependant, des recherches se sont intéressées au lien que peuvent avoir les troubles cognitifs avec les symptômes positifs ou la désorganisation. En effet, Demily et Franck (2008) précisent que les symptômes positifs sont aujourd'hui devenus interprétables en termes de dysfonctionnement cognitif. Ainsi, les hallucinations impliqueraient la mémoire de la source (capacité à savoir quel agent a réalisé quelle action). De ce fait, les sujets hallucinés pourraient attribuer leurs perceptions à des productions extérieures. De plus, des anomalies du « self Monitoring » pourraient favoriser l'émergence de phénomènes hallucinatoires. Les sujets schizophrènes auraient ainsi des souvenirs d'avoir agi alors qu'ils n'ont fait que penser. Ainsi, les troubles cognitifs seraient impliqués dans les symptômes positifs de la schizophrénie.

Le programme de remédiation cognitive IPT a comme cible la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie. En effet, l'amélioration des processus cognitifs impliqués dans la vie sociale et quotidienne favoriserait le processus d'insertion et, augmenterait de ce fait la qualité de vie des patients. Néanmoins, Poutreau (2010) rappelle que des études notent à plusieurs reprises qu'un meilleur fonctionnement cognitif prédit une moins bonne qualité de vie à cause d'une amélioration de la métacognition. Il reste donc à évaluer le réel impact de la remédiation cognitive, de l'entraînement des habiletés sociales et des deux techniques appliquées en simultané sur la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie.

De plus, l'objectif de ce mémoire portait sur la réinsertion sociale. Le but de cet objectif, à long terme, est la plupart du temps la réinsertion dans un milieu professionnel. En effet, Levaux, Offerlin-Meyer, Laroie, Van der Linden et Danion (2009) rappellent que seul 10 à 20% des personnes souffrant de cette pathologie ont un emploi. Néanmoins, l'absence d'emploi est très souvent corrélée à l'absence d'autonomie financière et aux difficultés d'insertion. Il est aujourd'hui prouvé que les déficits cognitifs contribuent de manière significative aux difficultés d'insertion professionnelle. Dans ce sens, McGurk et Mueser ont élaboré un modèle permettant d'analyser les relations entre déficits cognitifs et réinsertion professionnelle (voir figure dans l'annexe 7).

Ensuite, il convient de prendre en compte l'hétérogénéité de la schizophrénie. En effet, au vu de l'importance de l'hétérogénéité des processus cognitifs déficitaires, le projet National Institute of Mental Health-measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia (NIMH MATRICS) est né aux Etats-Unis. Il a pour objectif d'établir un consensus sur les déficits cognitifs observés dans la schizophrénie et d'évaluer les meilleurs moyens pour les traiter. C'est ainsi, que le programme INT (Thérapie neurocognitive intégrée) est né. Selon Roder et al (2011), l'INT est issu du développement de certains

modules de l'IPT. Il comprend six domaines neurocognitifs (vitesse de traitement, attention/vigilance, mémoire et apprentissage visuel et verbaux, raisonnement et résolution de problème et mémoire de travail) et cinq domaines sociocognitifs (traitement des émotions, perception sociale, théorie de l'esprit, schéma social et style d'attribution causale) intégrés dans un programme hiérarchisé (voir schéma en annexe 5). L'objectif de l'INT est d'intégrer ces composantes en utilisant le groupe comme outil thérapeutique. Un autre enjeu est la focalisation sur les ressources des patients plutôt que sur leurs déficits. Le programme INT n'est pas encore validé ni traduit en français. Le programme INT se présente donc comme une évolution du programme IPT, en proposant de traiter des processus neurocognitifs et sociocognitifs plus impliqués dans les dysfonctionnement sociaux des personnes souffrant de cette pathologie.

Enfin, nous avons pu constater que la remédiation cognitive est une technique en plein essor pour les personnes souffrant de schizophrénie. Cependant, cette technique vise aujourd'hui d'autres populations. En effet, des pathologies comme l'anorexie mentale sont des pathologies graves justifiant le développement de nouvelles approches thérapeutiques. Certains modèles étiologiques mettent en cause la rigidité cognitive et le perfectionnisme. Des études laissent à penser que les sujets ont de moins bonnes capacités de flexibilité cognitive et d'organisation du traitement de l'information. La remédiation cognitive pourrait donc être une voie de recherche intéressante pour cette pathologie.

De plus, des auteurs comme Brissard, Daniele, Morele, Leroy, Debouverie et Defer (2010), s'intéressent aux déficits cognitifs dans la sclérose en plaque. En effet, une thérapie par remédiation cognitive semble pertinente pour la mémoire épisodique. D'autres processus cognitifs comme la mémoire de travail, l'attention ou les fonctions exécutives semblent en voie de développement pour cette pathologie.

Conclusion

La schizophrénie, la réinsertion sociale, ces deux mots me rappellent les nombreux questionnements que j'ai eus tout au long de mon cursus universitaire. En effet, après avoir envisagé de nombreuses pistes lors de mes stages pour aider ces personnes, j'ai eu la chance de rencontrer un ergothérapeute pratiquant le jeu de rôle avec un patient souffrant de schizophrénie. A partir de cette expérience, un cheminement intellectuel m'a permis de découvrir la remédiation cognitive et les techniques d'entraînements des habiletés sociales. La richesse de la théorie et l'ensemble des questions liées à la pratique me passionnent. Tout d'abord, la schizophrénie est une pathologie qui a toujours suscité chez moi un intérêt profond. En effet, j'ai pu rencontrer des personnes qui souffrent de cette pathologie. Je me suis confronté à ce qui me paraissait incompréhensible. Il est né de ces rencontres un besoin d'aller plus loin, pour mieux comprendre, pour mieux traiter cette pathologie. Comme l'a dit Daniel Pennac « on ne force pas une curiosité, on l'éveille ». C'est pour cette raison que la schizophrénie s'est imposé à moi comme sujet principal de ce mémoire de fin d'étude. En tant que futur ergothérapeute, je me suis interrogé, sur les possibilités thérapeutiques de réinsertion sociale de ces patients. J'ai ainsi pu découvrir que la réinsertion sociale est liée aux troubles cognitifs.

Ce mémoire m'a permis d'étudier le programme IPT et son intérêt pour la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie. Avec l'aide des professionnels, j'ai pu répondre à mon hypothèse et découvrir les limites de ce programme. En effet, j'avais supposé que le programme IPT était un outil pertinent pour les ergothérapeutes dans la démarche de réinsertion sociale des patients souffrant de schizophrénie. Nous avons pu constater que ce programme répondait à un besoin des professionnels et des institutions. Il répond à de nombreux objectifs en associant remédiation cognitive et réentraînement des habiletés sociales. De plus, la hiérarchisation du programme en modules facilite la progression dans les objectifs. Enfin, le cadre du programme permet d'adapter les exercices aux difficultés des patients. Nous avons vu qu'il convient de favoriser les moyens permettant aux patients de se sentir mieux dans la société. Néanmoins, nous avons aussi constaté que le programme IPT était très long donc difficile à mettre en place. De plus, il semble difficile de transposer tous les acquis dans la vie quotidienne. Ainsi, nous pouvons conclure que les remarques des professionnels sont des éléments pris en compte par les chercheurs, pour adapter les programmes de remédiation cognitive et notamment le programme IPT. L'ensemble de ces adaptations permet de mieux répondre à la démarche de réinsertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie. En effet, il est primordial pour l'Homme de se sentir intégré dans un groupe. Comme le rappelle Aristote « l'Homme est un animal social ». La maladie, la fragilité du lien sociale, la discrimination, les difficultés financières et professionnelles sont autant de facteurs qui engendrent le processus d'exclusion.

Bibliographie

Articles

Abdel-Baki, A., Nicole, L., (2001). *Schizophrénie et psychothérapies cognitive-comportementales*. Rev Can psychiatrie. 46. 511-521.

Barbès-Morin, G., Lalonde, P., (2006). *La réadaptation psychiatrique du schizophrène, annales médico-psychologiques*, vol. 164, N°6, p : 529-536.

Bazin, N., Passerieux, C., Hardy-Bayle, M.-C., (2010). *TOMRemed : une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes*. Journal de thérapie cognitivo-comportementale. Vol 20, p : 16-21.

Bisson, J., Alexandre, H., Legris, L., Morissette, R. et Ratel, S. (2006). *Pour une vision de la Réadaptation psychosociale et du rétablissement: Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Blondeau, C., Nicole, L., Lalonde, P., (2006). *Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie*. Annales Médico Psychologiques, vol 164, 869–876.

Bottéro, A., (2009). *Questions sur la remédiation cognitive dans les schizophrénies*. Neuropsychiatrie : Tendances et Débats ; 38 : 9 – 22.

Briand, C., Belanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E, Reinharz, D, et al., (2005). *Implantation multisites du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée*. Sante Ment Que ; 30 :73-95.

Brissart, H., Daniel, F., Morele, E., Leroy, M., Debouverie, M., Defer, L., (2011). *Remédiation cognitive dans la sclérose en plaques : revue de la littérature*. Revue Neurologique .Volume 167, numéro 4 pages 280-290.

Correard, N., Mazzola-Pomietto, P., Elissalde, S.-N., Viglianese-Salmon, N., Fakra, E., Azorin, J.-M., (2011). *Quelles perspectives pour la remédiation cognitive dans la schizophrénie*. L'encéphale. Sup 2. 155-160.

Demily, C., Franck, N., (2008). *Remédiation cognitive dans la schizophrénie* .EMC (Elsevier Masson, Paris). Psychiatrie. 38-820-A-55.

Favrod, J., Barrelet, L., (1993). *Efficacité de l'entraînement des habilités sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie*. Thérapies comportementale et cognitive. 3, 3. 84-94.

Favrod, J., Nerfin, F., Alladeff, D., (1992). *Jeu, objectif : réinsertion sociale*. L'éducateur 9, p. 23-25.

Franck N., (2010). *Quels programmes de remédiation cognitive pour le premier épisode psychotique ?*. L'encéphale, supplément 3. 58-65.

Khazaal, Y., Favrod, J., Libbrecht, F., Finot, S.-C., Azoulay, S., Benzakin, L. et al (2006). *A card game for the treatment of delusional ideas : a naturalistic pilot trial*. *BMC Psychiatrie*, 6 :48.

Laroi, F., Van der Linden, F., (2007). *Revalidation cognitive et schizophrénie : Pour une approche individualisée et centrée sur les activités de la vie quotidienne*. La lettre du psychiatre, vol 3, n°7 juillet-aout.

Levaux, M.-N., Offerlin-Meyer, I., Laroi, F., Van Der Linden, M., Danion, J.-M., (2009). *Déficits cognitifs et difficultés d'insertion professionnelle chez des personnes présentant une schizophrénie*. *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, p. 237-255.

Levaux, M.-N., Laroi, F., Danion, J.-M., Van der Linden, M., (2009). *Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-295-E-12.

Levaux, M.-N., Vezzaro, J., Laroi, F., Offerlin-Meyer, I., Danion, J.-M., Van der Linden, M. (2008). *Cognitive Rehabilitation of the updating sub-component of working memory in schizophrenia : A case study*. *Neuropsychol Rehabil*. Jun 5 :1.

Mandini J-M (2005). *Revue d'ergothérapie comparée en santé mentale*. Lausanne, Suisse : Les cahiers de l'éesp.

Mosey, A. C., (1999). *Psychosocial Components of occupational therapy* (4th Edition). New York: Raven Press.

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*, n° 1-2, p. 137-155.

Prouteau, A., (2010). *Facteurs subjectifs et remédiation cognitive dans la schizophrénie : une piste prometteuse pour optimiser l'effet des traitements*. La Lettre du Psychiatre, vol. VI - n° 1 - janvier-février.

Roder, V., Mueller, D.R., Franck, N., (2011), *Programmes de traitement de la schizophrénie intégrant remédiation cognitive et entraînement des compétences sociales IPT et INT*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-090-A-40.

Simonet, M., Brazo, P., (2005). *Modèle cognitivo-comportementale de la schizophrénie*. EMC (Elsevier Masson SAS Paris). Psychiatrie. 37-290-A-10.

Vianin, P. *Remédiation cognitive de la schizophrénie. Présentation du programme RECOS*. (2007). *Annales Médico Psychologiques* 165, 200-205.

Vidon, G., (1995). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Lyon, Ed Frison-Roche, p34.

Reuves et livres

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

Franck, N., (2006). *La schizophrénie : La reconnaître et la soigner*. France : Odile Jacob.

Morel-Bracq, M.C., (2004). *Approche des modèles conceptuels en Ergothérapie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. 176 pages.

Bilhaut, D. *Plan santé mentale : les quatre axes du gouvernement*. 17/10/11 Le quotidien du médecin.

Harvey, Sharma. *Comprendre et traiter la cognition dans la schizophrénie : manuel du clinicien* (2003). Londres : Martin Dunitz. Traduction française : Dalery et Saoud.

Site internet

www.anfe.fr

www.who.int/fr/ (site internet de l'organisation mondiale de la santé)

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Modèle conceptuel des différentes variables liées aux habiletés et aux compétences sociales.....	
Annexe 2 : Les différents niveaux des traitements de la schizophrénie	
Annexe 3 : Organisation du programme IPT (<i>Integrated Psychological Treatment</i>).....	
Annexe 4 : Modèle intégratif des relations entre facteurs cognitifs et facteurs subjectifs dans le handicap psychique	
Annexe 5 : Présentation schématique du programme INT (Thérapie Neuropsychologique intégrée).....	
Annexe 6 : Modèle de l'apprentissage en interaction réciproque	
Annexe 7 : Modèle des relations entre la cognition, les symptômes et l'insertion professionnelle dans la schizophrénie	
FICHE DE LECTURE	
Annexe 8 : Fiche de lecture numéro 1	
Annexe 9 : Fiche de lecture numéro 2	
Annexe 10 : Fiche de lecture numéro 3	
Annexe 11 : Fiche de lecture numéro 4	
GRILLE D'ANALYSE	
Annexe 12 : Grille d'analyse de la partie I « Etat civil ».....	
Annexe 13 : Grille d'analyse pour le groupe IPT	
Annexe 14 : Grille d'analyse pour le groupe non-IPT.....	
QUESTIONNAIRE	
Annexe 15 : Questionnaire pour le groupe IPT	
Annexe 16 : Questionnaire pour le groupe non IPT	
QUESTIONNAIRE REPONSE	
Annexe 17 : Questionnaire réponse participant numéro 2.....	
Annexe 18 : Questionnaire réponse participant numéro 5.....	
Annexe 19 : Questionnaire réponse participant numéro 6.....	
Annexe 20 : Questionnaire réponse participant numéro 7.....	
Annexe 21 : Questionnaire réponse participant numéro 8.....	
Annexe 22 : Questionnaire réponse participant numéro 9.....	
Annexe 23 : Questionnaire réponse participant numéro 10.....	

Annexe 24 : Questionnaire réponse participant numéro 11.....

Annexe 25 : Questionnaire réponse participant numéro 12.....

Annexe 26 : Questionnaire réponse participant numéro 13.....

Annexe 27 : Questionnaire réponse participant numéro 14.....

Annexe 28 : Questionnaire réponse participant numéro 15.....

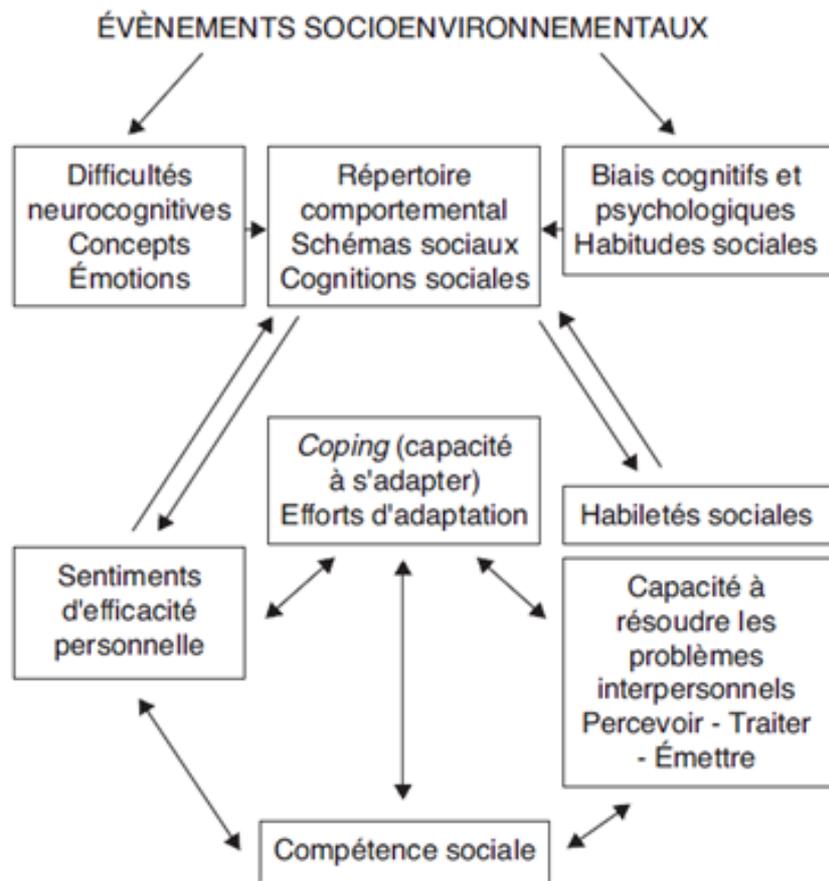
Annexe 29 : Questionnaire réponse participant numéro 16.....

Annexe 30 : Questionnaire réponse participant numéro 17.....

Annexe 31 : Questionnaire réponse participant numéro 18.....

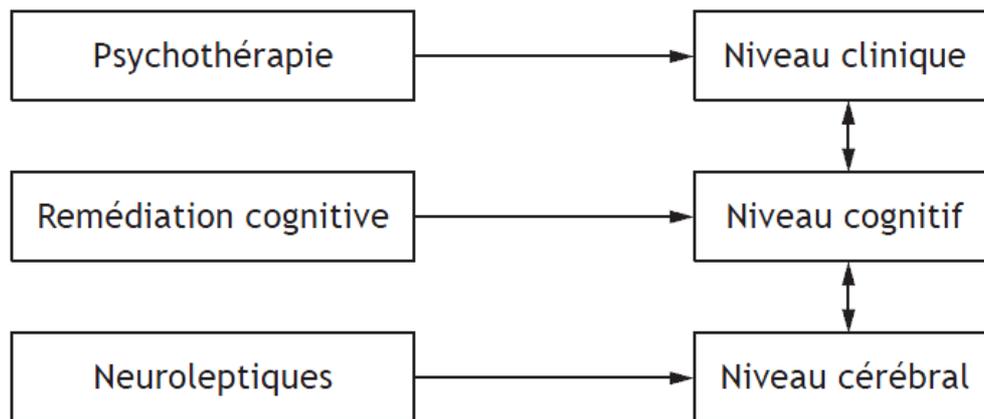
ANNEXE 1

Modèle conceptuel des différentes variables liées aux habilités et aux compétences sociales selon Liberman et al (1986) cité par Simonet et Brazo (2005)



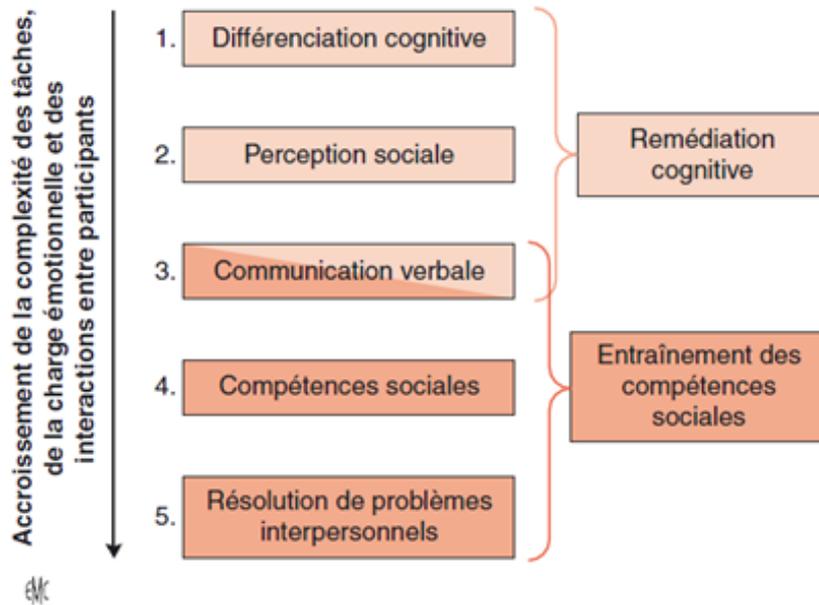
ANNEXE 2

Les différents niveaux des traitement de la schizophrénie selon Demily et Franck (2008)



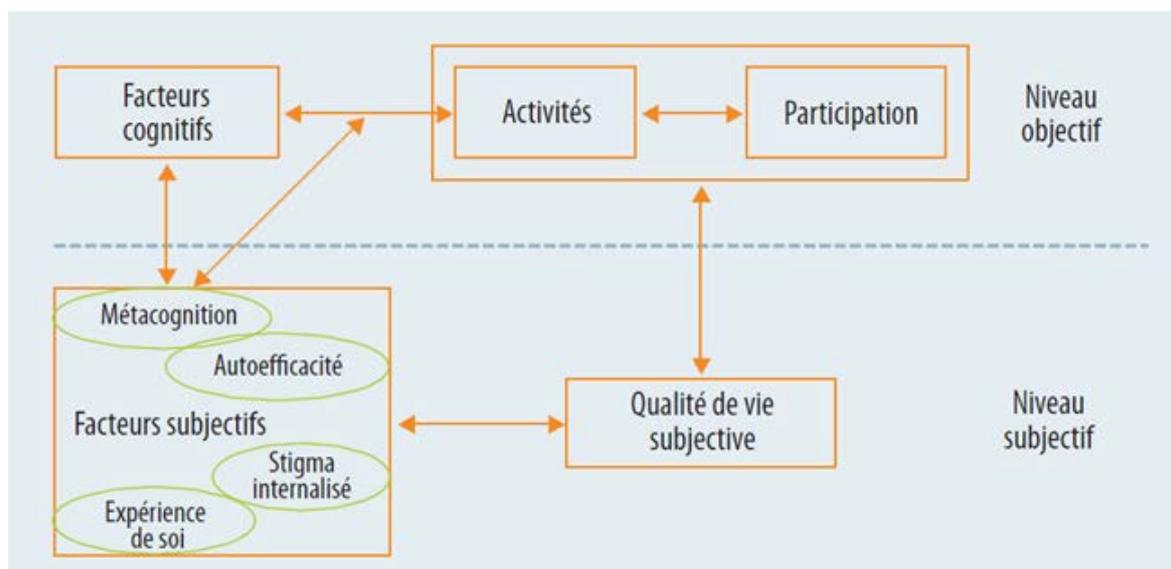
ANNEXE 3

Organisation du programme IPT selon Roder, Mueller et Franck (2011)



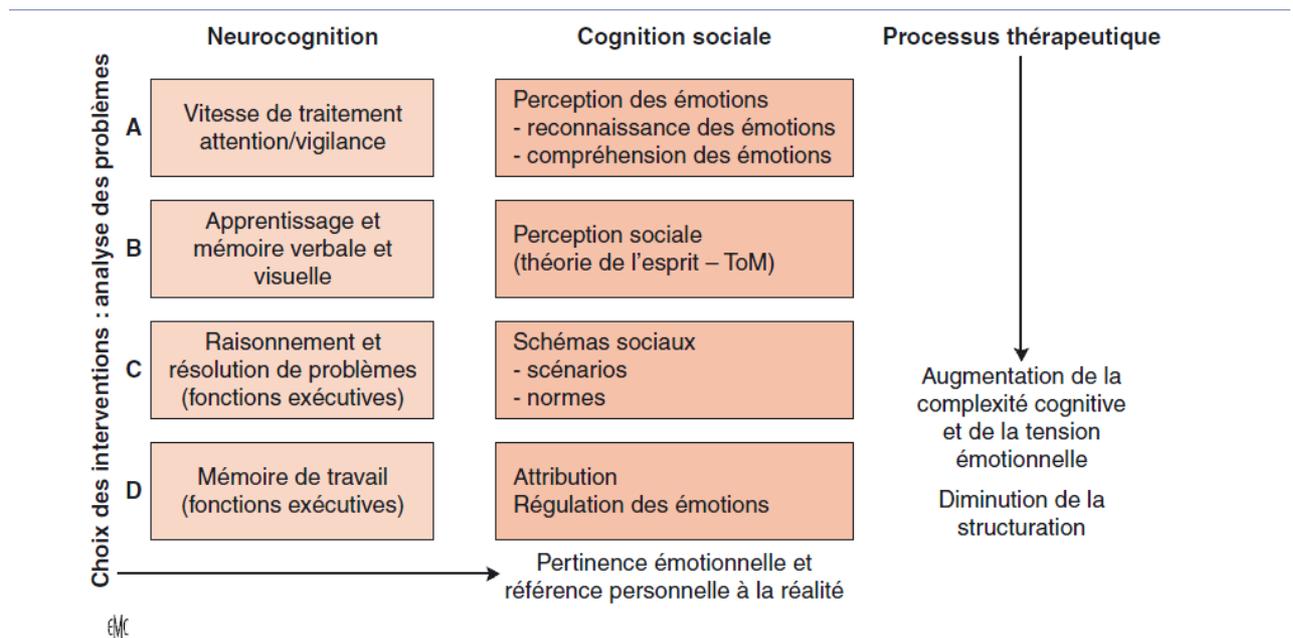
ANNEXE 4

Modèle intégratif des relations entre facteurs cognitifs et facteurs subjectifs dans le handicap psychique selon Poutreau (2010)



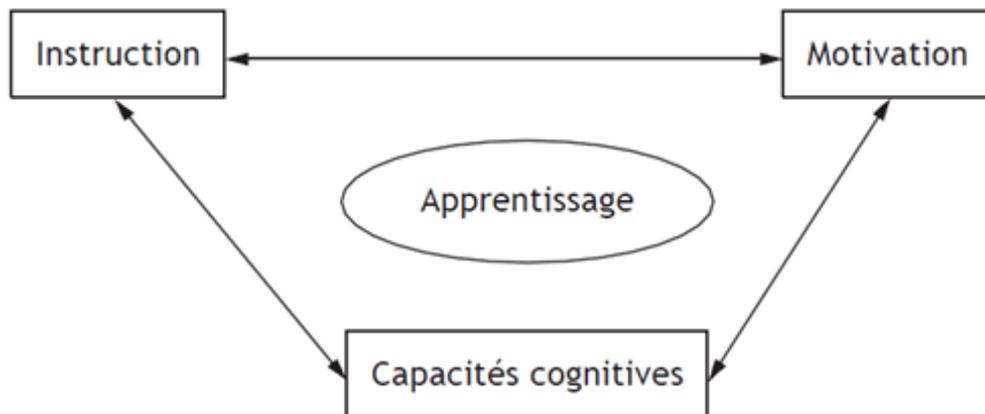
ANNEXE 5

Présentation schématique du programme INT (Thérapie Neuropsychologique intégrée) selon Roder, Mueller et Franck (2011)



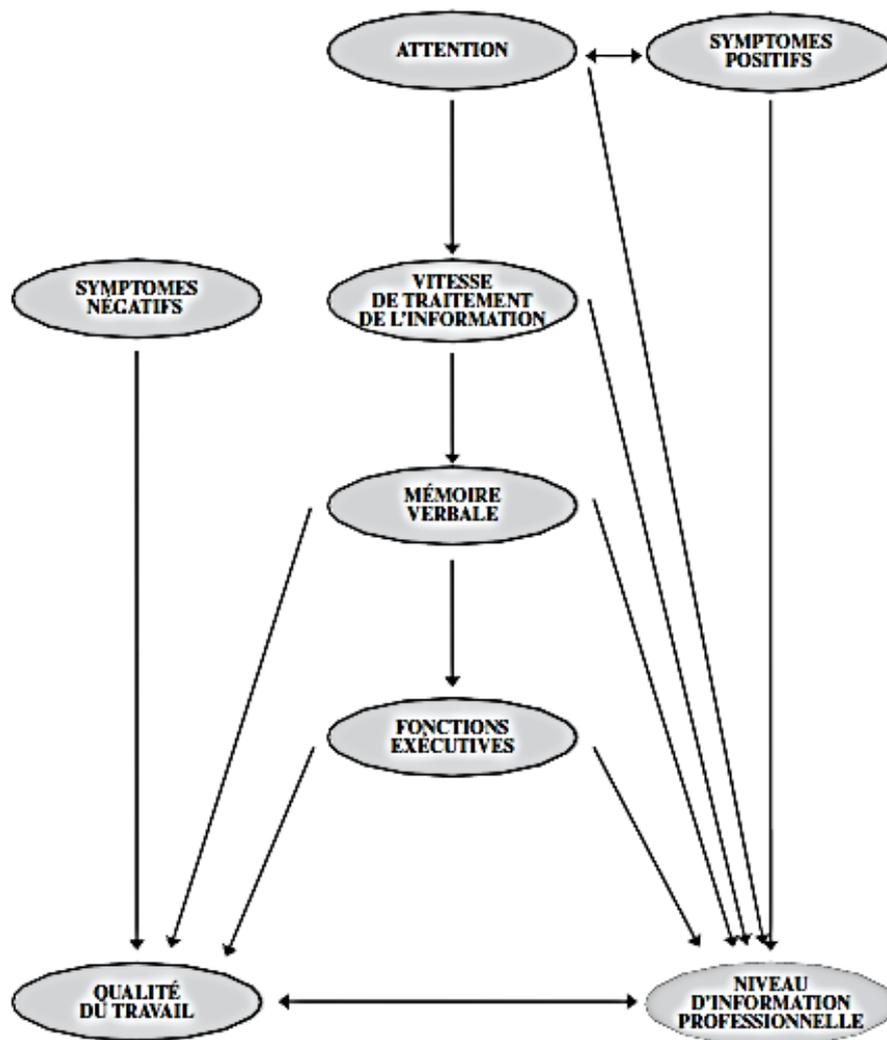
ANNEXE 6

Modèle de l'apprentissage en interaction réciproque (Schunk et Zimmerman, 2008) selon Correard et al (2005)



ANNEXE 7

Modèle des relations entre la cognition, les symptômes et l'insertion professionnelle dans la schizophrénie (McGurk et Mueser, 2004) selon Levaux, Offerlin-meyer, Laroie, Danion et Van der Linden (2009)



ANNEXE 8

Fiche de lecture n°1 :

ISTR Lyon	FICHE DE LECTURE N°1
Type de document	Le document est un article scientifique de synthèse. Il reprend des données récentes de la littérature scientifique
Auteur, année, Titre	Demilly C., Franck N. 2008. Remédiation cognitive dans la schizophrénie.
Revue, volume, numéro, collection	EMC (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, 38-820-A-55.
Page	5 pages
Editeur (livre)	
Sujets-thèmes	La remédiation cognitive dans la schizophrénie, les différents programmes de remédiation cognitive, la visée symptomatique de ces programmes, utilisation des jeux de société à titre de remédiation.
Mots-clés	Déficits cognitifs, troubles de la mémoire, troubles de l'attention, cognition sociale.
Facteur étudié (variable, argument, domaines...)	L'auteur présente différentes thérapies par remédiation cognitive. Il présente notamment le programme IPT, RECOS, REHACOM. L'auteur expose aussi la remédiation cognitive sur le versant symptomatique de la schizophrénie (symptôme positif...). Enfin, l'auteur explique que certains jeux de société comme les échecs ont un potentiel thérapeutique important.
Résumé et commentaires personnelles	<p>Les troubles cognitifs sont très déficitaires au fonctionnement social des personnes souffrant de schizophrénie. Ils sont moins visibles que certains symptômes positifs mais restent nettement plus invalidant dans la vie quotidienne. La remédiation cognitive vient en complément de la psychothérapie et du traitement pharmacologique.</p> <p>Les symptômes positifs de la schizophrénie sont aujourd'hui interprétables en termes de dysfonctionnement cognitifs. Les hallucinations impliqueraient la mémoire de la source et le monitoring (souvenir d'avoir agi alors qu'ils ont fait que penser).</p> <p>Les jeux de société ont un potentiel important pour certaines fonctions cognitives. Les échecs ont fait leurs preuves sur le processus de planification.</p> <p>Cet aspect pourrait être repris pour des activités réalisées en ergothérapie. En effet, le jeu est couramment employé dans les prises en charge. L'effet des jeux de société sur certains processus cognitifs pourrait donc être évalué.</p>
Conclusion des auteurs	Les auteurs rappellent que la remédiation cognitive est encore trop peu utilisée en France. Cela semble regrettable car elle touche des domaines non-exploitable par la psychothérapie et le traitement pharmacologique. De plus, le programme IPT a été validé par une vaste méta-analyse. Les techniques prenant en charge les troubles cognitifs favoriseraient la réinsertion des patients souffrant de

	schizophrénie. Les auteurs insistent sur le fait qu'à l'heure actuel, on ne sait pas à quel moment la remédiation cognitive doit être introduite dans l'arsenal thérapeutique pour être la plus efficace possible.
Définition (s) à retenir	Ce n'est pas une définition mais plus une précision : « La remédiation cognitive se distingue de la réhabilitation psychosociale à laquelle elle peut néanmoins être associée efficacement comme dans l'IPT ».
Citation favorites pour le mémoire	

ANNEXE 9

Fiche de lecture n°2 :

ISTR Lyon	FICHE DE LECTURE N°2
Type de document	Article de synthèse regroupant l'ensemble des données scientifiques récentes sur le domaine.
Auteur, année, Titre	Levaux M-N., Laroï F., Danion J-M., Van der Linden M. 2009. Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophone.
Revue, volume, numéro, collection	EMC (Esevier Masson, Paris) Psychiatrie, 37-295-E-12, 2009
Page	7 pages
Editeur (livre)	
Sujets-thèmes	Les auteurs nous expliquent comment la remédiation cognitive peut être mise en place. En effet, elle peut être utilisée en groupe, sur ordinateur, en application mixte et en application individuel. Enfin, les auteurs nous parlent d'une remédiation cognitive spécialisée dans l'aménagement de l'environnement. Il s'agit par exemple des aides cognitives comme les agendas électroniques.
Mots-clés	Schizophrénie, remédiation, cognitive, déficits cognitifs, fonctionnement psycho-social, activités de la vie quotidienne.
Facteur étudié (variable, argument, domaines...)	Les auteurs présentent les résultats des différents types de remédiation que j'ai exposés plus haut. De plus, ils exposent des recommandations pour les futures pratiques.
Résumé et commentaires personnelles	<p>Les auteurs nous exposent les trois approches couramment utilisées dans des thérapies cognitives. Il s'agit dans la première méthode de traiter spécifiquement une tâche affectée dans la schizophrénie (WCST). La deuxième stratégie est dite centrée sur les processus avec notamment la stratégie de restauration et de réorganisation. Enfin, la dernière méthode agit sur l'aménagement de l'environnement.</p> <p>Les différents programmes présentés sont très intéressants. Cependant, je pense que les applications en groupe permettent une dynamique de groupe très intéressante. Les applications assistées par ordinateur montrent de bons résultats sur les tests type papiers crayon. Je pense que le transfert sur les activités de la vie quotidienne est difficile à réaliser dans ce type de prise en charge. Dans ce sens, l'approche de remédiation cognitive individualisée et centrée sur les activités de la vie quotidienne est vraiment très pertinente, notamment dans une prise en charge en ergothérapie.</p>
Conclusion des auteurs	Les auteurs recommandent d'être humble face à la remédiation cognitive. Peu des programmes que je présente ont été validés scientifiquement. De plus, il serait intéressant de savoir comment les programmes peuvent s'articuler pour mieux prendre en charge les patients.
Définition (s) à retenir	Ce n'est pas vraiment une citation mais plus une phrase d'introduction intéressante : « La schizophrénie est associée à des

	déficits cognitifs variés qui affectent les capacités fonctionnelles des patients : relations sociale, insertion professionnelle, activité de la vie quotidienne. »
Citation favorites pour le mémoire	

ANNEXE 10

Fiche de lecture n°3 :

ISTR Lyon	FICHE DE LECTURE N°3
Type de document	L'article que je vais vous présenter est un article de synthèse de différentes revues scientifiques. Il permet au lecteur de replacer l'article dans son contexte général.
Auteur, année, Titre	Simonet M., Brazo P., 2005. Modèle cognitivo-comportemental de la schizophrénie.
Revue, volume, numéro, collection	EMC (Elsevier Masson, Paris). 37-290-A-10
Page	13 pages
Editeur (livre)	
Sujets-thèmes	Les auteurs expliquent en détail le modèle cognitivo-comportemental de la schizophrénie. Après une partie historique, le modèle de vulnérabilité est détaillé. De plus, les auteurs finissent par des explications sur les entrainements des habilités sociales, les programmes structurés cognitivo-comportementaux et les programmes psycho-éducatifs.
Mots-clés	Schizophrénie, modèle cognitivo-comportemental, modèle stress-vulnérabilité, case management, psycho-éducation, habilités sociales, résolution de problèmes, coping
Facteur étudié (variable, argument, domaines...)	Les auteurs développent le modèle cognitivo-comportemental à travers toutes les applications récentes qui se sont développées sur celui-ci.
Résumé et commentaires personnelles	Les auteurs précisent que le but de la réinsertion ne peut être atteint qu'en associant le traitement neuroleptique à des actions psychothérapeutiques et psycho-sociales. De plus, les déficits fonctionnels sont aujourd'hui plus appréhendés comme un trouble à part entière que pour une conséquence de la maladie. Le modèle vulnérabilité-stress est un modèle accessible et pertinent dans le cadre de la schizophrénie. Cette approche permet très bien de conceptualiser l'entrée dans une crise psychotique mais il explique moins comment la pathologie influence le patient sur l'ensemble des facteurs environnementaux et sociaux. A la fin de l'article, les auteurs précisent que le but ultime de la réinsertion est la réinsertion professionnelle. C'est un point à développer dans la discussion.
Conclusion des auteurs	Les auteurs expliquent que les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale se développent très vite pour les patients souffrant de schizophrénie. De plus, ils insistent sur l'importance du développement du « case management » ou « projet de soin ». En effet, celui-ci permet de mobiliser le patient, son entourage et l'équipe thérapeutique vers un objectif commun.
Définition (s) à retenir	Définition du modèle cognitivo-comportemental de la schizophrénie : « Le modèle cognitivo-comportemental prend en compte le patient souffrant de schizophrénie dans la totalité de son

	écologie pour lui permettre un fonctionnement adéquate de son environnement »
Citation favorites pour le mémoire	

ANNEXE 11

Fiche de lecture n°4 :

ISTR Lyon	FICHE DE LECTURE N°4
Type de document	Article de synthèse regroupant l'ensemble des avancées d'une technique récente : la remédiation cognitive individualisée et centrée sur les activités de la vie quotidienne.
Auteur, année, Titre	Laroi F., Van der Linden M. 2007. Revalidation cognitive et schizophrénie : Pour une approche individualisée et centrée sur les activités de la vie quotidienne.
Revue, volume, numéro, collection	La lettre du psychiatre, vol 3, Num°7, juillet-aout.
Page	4 pages
Editeur (livre)	
Sujets-thèmes	Les auteurs expliquent le lien entre la schizophrénie et la cognition. Dans un second temps, les chercheurs expliquent l'intérêt d'une méthode récente : la remédiation cognitive centrée sur les activités de la vie quotidienne. Cette technique à l'avantage d'être personnalisé donc parfaitement adapté aux besoins de la personne. Ce type de thérapie propose d'utiliser des facteurs d'optimisation, l'apprentissage d'habilités et l'aménagement de l'environnement.
Mots-clés	Schizophrénie, revalidation cognitive, vie quotidienne, réinsertion sociale et professionnelle.
Facteur étudié (variable, argument, domaines...)	Le facteur étudié est la pertinence d'un programme qui prend en compte les difficultés quotidiennes de la personne
Résumé et commentaires personnelles	Il apparaît clairement que les difficultés cognitives et l'adaptation dans la vie quotidienne ont un lien. Cependant, trop peu d'études s'intéressent à cet aspect de la cognition. Néanmoins, l'approche centrée sur les difficultés quotidiennes me paraît très prometteuse dans ce type de prise en charge. De plus, il est assez facile de faire le lien avec les approches centrées sur le client en ergothérapie. Les objectifs de la thérapie sont fixés en fonction des besoins de la personne. Je pense que cette approche « taillée sur mesure » a un réel potentiel concernant le transfert des acquis sur la vie quotidienne. En effet, les programmes appliqués à tous comme le programme IPT montrent des difficultés sur ce point.
Conclusion des auteurs	Les auteurs concluent sur la pertinence d'un tel programme. Cependant, ils précisent que des études sur les effets à long terme doivent être réalisées. Les auteurs insistent que les différents traitements doivent être juxtaposés plutôt que synchronisés. En effet, si un traitement neuroleptique induit un déficit mnésique, il ne serait pas pertinent d'appliquer une remédiation cognitive centrée sur les difficultés mnésiques.
Définition (s) à retenir	

ANNEXE 12

Grille d'analyse de la partie I « Etat Civil » :

Question	Participant	Réponse	Statistique
Quel est votre âge ?	1	Ne peut pas répondre	Moyenne d'âge = 37,46 ans Moyenne d'âge groupe IPT= 38,6 ans Moyenne d'âge groupe non IPT= 36, 6 ans
	2	33 ans	
	3	Ne peut pas répondre	
	4	Ne peut pas répondre	
	5	31 ans	
	6	33 ans	
	7	28 ans	
	8	54 ans	
	9	53 ans	
	10	48 ans	
	11	34 ans	
	12	38 ans	
	13	57 ans	
	14	30 ans	
	15	29 ans	
	16	30 ans	
	17	32 ans	
	18	32 ans	
Question 2	Participant	Réponse	Statistique
Quel est votre sexe ?	1	Ne peut pas répondre	Moyenne totale= 80% de femme 20% d'homme Groupe IPT= 100% femme Groupe non IPT= 33% des patients sont des hommes et 66% sont des femmes
	2	Féminin	
	3	Ne peut pas répondre	
	4	Ne peut pas répondre	
	5	Féminin	
	6	Féminin	
	7	Féminin	
	8	Féminin	
	9	Féminin	
	10	Féminin	
	11	Féminin	
	12	Masculin	
	13	Féminin	
	14	Masculin	
	15	Féminin	

	16	Masculin	
	17	Féminin	
	18	Féminin	
Question 3	Participant	Réponse	Statistique
Quelle est l'année d'obtention du DE d'ergothérapie	1	Ne peut pas répondre	Moyenne = 14, 2 ans Moyenne groupe IPT = 16 ans Moyenne groupe non IPT = 13,1 ans
	2	2002 (10 ans)	
	3	Ne peut pas répondre	
	4	Ne peut pas répondre	
	5	2006 (12 ans)	
	6	2002 (10 ans)	
	7	2006 (6 ans)	
	8	1979 (33 ans)	
	9	1986 (25 ans)	
	10	1999 (13ans)	
	11	2001 (11 ans)	
	12	1997 (15 ans)	
	13	1978 (34 ans)	
	14	2005 (7 ans)	
	15	2004 (14 ans)	
	16	2007 (5 ans)	
	17	2002 (10 ans)	
	18	2003 (9 ans)	
Question 4	Participant	Réponse	Statistique
Dans quel type de structure travaillez-vous	1	Ne peut pas répondre	53,3% des personnes interrogées travaillent dans un centre de jour. 73,3% des personnes travaillent en intra 33,3% des personnes travaillent en extra 26,6% des personnes travaillent en intra et extra 26,6% des personnes travaillent en centre de jour + intra 6,6% des personnes travaillent en centre de jour + extra 13,3% associe leur activité avec des ateliers autre.
	2	Centre de jour	
	3	Ne peut pas répondre	
	4	Ne peut pas répondre	
	5	Centre de jour +autre : ateliers thérapeutique	
	6	Centre de jour + service extra-hospitalier	
	7	Centre de jour	
	8	Centre de jour + intra	
	9	Centre de jour + intra	
	10	Intra+extra	
	11	Intra	
	12	Intra	

	13	Intra	
	14	Service intra+ Centre de jour	
	15	Intra	
	16	Centre de jour+ Intra+ Extra + Autre : CJPA	
	17	Intra + extra	
	18	Intra + extra	

ANNEXE 15

Questionnaire pour le groupe IPT

ANNEXE 16

Questionnaire pour le groupe non-IPT

Résumé

La réinsertion sociale, des personnes souffrant de schizophrénie, est un processus complexe. Cet objectif à long terme s'évalue en équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute, en tant que professionnel de soin, participe à ce processus. Ainsi, **on peut se demander comment l'ergothérapeute peut aider le patient souffrant de schizophrénie à se réinsérer socialement ?**

De nombreuses recherches, ont permis de montrer qu'un grand nombre de personnes souffrant de schizophrénie, présentent des troubles cognitifs. Ces troubles cognitifs seraient à la base de difficultés sociales importantes. Ainsi, certaines techniques d'inspiration cognitivo-comportementale ont montré des effets bénéfiques sur l'amélioration des fonctions cognitives et des relations sociales. Le programme de remédiation cognitive IPT (*Integrated Psychological Therapy*) fait partie de ces techniques. Il intègre une remédiation cognitive et un entraînement des habiletés sociales pour améliorer la qualité de vie des patients. Ainsi, **le programme IPT, peu connu et peu utilisé en France, pourrait être un outil pertinent pour l'ergothérapeute dans la démarche de réinsertion sociale des patients souffrant de schizophrénie.**

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer la pertinence du programme IPT. Pour cela, il convient d'interroger par questionnaire les ergothérapeutes qui l'utilisent en France. De plus, il convient aussi de questionner un groupe contrôle d'ergothérapeutes ne pratiquant pas le programme IPT, mais travaillant dans une dynamique de réinsertion sociale. En effet, le but est d'évaluer les besoins et la pratique des professionnels dans ce domaine.

Mots-clefs

Schizophrénie ; Réinsertion sociale ; Remédiation cognitive ; Programme IPT ; Vie quotidienne