

Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes

**Eveil des sens et troubles cognitifs
chez l'adulte schizophrène :**

*L'exemple de l'atelier percussions en
ergothérapie.*

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

LE LOUET Céline

Juin 2008

Remerciements :

Je remercie Jean- Philippe Guihard, mon maître de mémoire, qui m'a accompagné tout au long de ce travail.

Je remercie les différents professionnels que j'ai rencontré dans le cadre de ce mémoire pour avoir accepté de répondre à mes questions.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier Sylvie Le Gouëz pour son aide et ses précieux conseils.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. LA SCHIZOPHRENIE	3
1. Définition et généralités	3
1.1. Le délire	4
1.2. La dissociation	4
1.3. Le repli autistique	5
2. Les troubles cognitifs	6
2.1. Troubles de l'attention	6
2.2. Troubles de la mémoire	7
2.2.1. Mémoire de travail	7
2.2.2. Mémoire à long terme	8
2.3. Troubles des fonctions exécutives	10
3. Formes cliniques et traitement	12
3.1. Les formes cliniques	12
3.2. Traitement	13
II. L'EVEIL DES SENS	14
1. Les sens	14
2. Le passage du « sens » sensorialité au « sens » sentiments	15
2.1. La sensation	16
2.2. La perception	16
2.3. La conscience	17
III. L'ATELIER PERCUSSIONS	19
1. L'activité percussions, une activité utilisée en ergothérapie	19
1.1. L'ergothérapie	19
1.2. Les objectifs de l'activité	19
1.3. Le déroulement de l'activité	20
1.4. Ergothérapie et percussions	20
2. Percussions, éveil des sens et troubles cognitifs	23
IV. VERIFICATION DE L'HYPOTHESE	26
1. Choix de méthode	26
1.1. Etude de cas	26
1.2. Entretiens	26
2. Recueil de données	29
2.1. Etude de cas	29
2.1.1. Présentation de Mr P	29
2.1.2. Evaluations	30
2.1.3. Description de temps de séances de l'atelier percussions	31
2.1.4. Observations de Mr P lors de l'atelier percussions	32
2.1.5. Synthèse	33
2.2. Entretiens	34
2.2.1. Analyse des entretiens	34

3. Discussion..... 41

V. SYNTHÈSE ET LIMITES DE MON TRAVAIL..... 43

CONCLUSION 45

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Les sens : l'ouïe, la vue, l'odorat, le toucher et le goût, parce qu'ils sont la première chose qui nous relie au monde extérieur, sont le reflet de notre vie.

C'est au cours de mes stages que j'ai pris conscience de l'importance de l'éveil des sens en ergothérapie, que ce soit auprès des aveugles et sourds, des enfants, des personnes âgées ou encore auprès des personnes souffrant de handicaps psychiques présentant des pathologies diverses.

J'ai alors décidé d'explorer le rôle de l'éveil des sens dans les différentes activités thérapeutiques que j'ai rencontré au cours de mes stages.

Un stage en hôpital de jour pour adultes en santé mentale a particulièrement retenu mon attention. En effet de nombreuses activités étaient basées sur la stimulation d'un ou plusieurs sens, notamment l'activité percussions que j'ai expérimentée avec des patients schizophrènes.

J'ai donc décidé de cibler mon étude sur la psychiatrie et de m'interroger sur le rôle de l'éveil des sens dans la prise en charge en ergothérapie de l'adulte jeune schizophrène à travers l'activité percussions.

Puis, à travers lectures et témoignages j'ai remarqué que de plus en plus d'études s'intéressaient aux troubles cognitifs présents chez le schizophrène. En effet, on observe que plus de 85% des personnes atteintes de schizophrénie présentent des troubles cognitifs¹. J'ai alors décidé de centrer mon travail sur ces symptômes en particulier.

Suite à mes questionnements et mes recherches, je me suis demandée si l'éveil des sens pouvait avoir un intérêt dans la prise en charge des troubles cognitifs chez les patients schizophrènes. Ainsi, j'ai défini la problématique suivante : L'éveil des sens permet-il de travailler les troubles cognitifs présents chez les personnes schizophrènes ?

Dans une première partie je présenterai la schizophrénie ainsi que les troubles présents dans cette pathologie. Dans un second temps je définirai l'éveil des sens, puis, dans une troisième partie je vous présenterai un atelier percussions.

¹ LEMPERIERE T., FELINE A., *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, 2004, (collection Abrégés), p343

Enfin, dans une quatrième partie j'illustrerai mon travail et je vérifierai mon hypothèse à travers un cas clinique et des entretiens réalisés auprès d'ergothérapeutes.

I. LA SCHIZOPHRENIE

1. Définition et généralités²

La schizophrénie, terme défini par Bleuler³ en 1911 est un état mental caractérisé par une désorganisation progressive de la personnalité entraînant une incohérence des conduites sans affaiblissement primaire de l'intelligence. D'un point de vue étymologique, schizo vient du grec *schize* qui signifie « coupure » et *phrénie* qui vient du grec *phrêne* qui veut dire « esprit ».

Il s'agit d'un trouble acquis débutant en fin d'adolescence ou chez l'adulte jeune (18 à 25 ans). Son évolution est longue, touchant la plus grande partie de l'existence. Sa fréquence est de 1% de la population.

Concernant l'origine, plusieurs facteurs⁴ peuvent intervenir :

- Des facteurs biologiques : hypothèse d'un dysfonctionnement au niveau de la neurotransmission (dopamine, sérotonine...), une hypothèse génétique « le risque de schizophrénie est notablement plus élevé pour les individus apparentés à un schizophrène que pour les sujets de la population générale »⁵.

- Des facteurs psychologiques : l'approche psychodynamique (la relation à l'objet demeure primitive, de type fusionnel, il existe une carence des processus d'individuation à l'origine de l'absence des limites du Soi), l'approche cognitive : mise en évidence de certaines particularités chez la personne atteinte de psychose, dans les domaines de la perception, l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives.

- Des facteurs sociaux : le niveau social entre autre « la schizophrénie est proportionnellement plus fréquente dans les couches sociales inférieures que dans les classes élevées » ; les influences culturelles, le rôle de la famille ; l'environnement au sens large joueraient également un rôle prépondérant.

² Les définitions sont issues des cours que j'ai reçus au cours de ma formation à l'IFER (Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes) et de mes lectures.

³ BLEULER E (Zollikon près de Zurich) 1857-1939 : Psychiatre allemand connu pour avoir introduit les termes de Schizophrénie et Autisme.

⁴ BERTHOLON F. (psychiatre), *Optimisation de la prise en charge des patients souffrant de psychose* : formation, Plouguernevel, 13-14 mars 2006, pp. 4-6

⁵ LEMPERIERE T., FELINE A., *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, 2004, (collection Abrégés), p 331

D'après le Psychiatre F. Bertholon il pourrait s'agir d'une pathologie multifactorielle associant : une fragilité neuropsychologique d'origine génétique, des dysfonctionnements psychiques (attention, mémoire...) et des traumatismes éducatifs ou affectifs.

La schizophrénie est caractérisée par un ensemble de troubles comme l'ambivalence des sentiments et des actes, les troubles du cours de la pensée, les idées délirantes vagues et mal systématisées.

Il existe plusieurs formes cliniques qui se différencient suivant la prédominance des symptômes.

Il existe 3 grands symptômes :

1.1. Le délire

« *Le délire est une déformation subjective de la réalité* »⁶. Le délire schizophrénique (également appelé paranoïde) est souvent polymorphe (plusieurs thèmes et mécanismes) mais souvent hallucinatoire, non systématisé (mal organisé, sans construction logique, flou, contradictoire), sujets à changements (plusieurs délires peuvent se succéder) et, souvent, non congruent à l'humeur c'est-à-dire sans rapport avec l'humeur.

On distingue plusieurs thèmes : persécution, mégalomanie, mysticisme, jalousie, transformation corporelle (dysmorphophobie), influence, hypochondrie, filiation, politique ; et plusieurs mécanismes : l'intuition, l'interprétation, l'imagination, les illusions et les hallucinations auditives ou visuelles (le plus souvent rencontrées).

1.2. La dissociation

La dissociation est la perte de l'unité de la personne dans l'ordre de la pensée, de l'affectivité, de la communication et du comportement.

Au niveau de la sphère intellectuelle on remarque :

« Des troubles du cours de la pensée » : affaiblissement de l'attention et de la concentration, barrages, difficultés dans l'association des idées, propos incohérents.

⁶ BERTHOLON F., op.cit., p6

« Des troubles du langage » : les plus fréquents sont le mutisme ou le semi mutisme, les stéréotypies⁷, les réponses à côté.

« Des troubles du système logique » : pensée magique, pensée déréelle, caractère « symbolique » des propos qui correspondent à une incapacité à comprendre la métaphore, coexistence de contraire...

Au niveau de la sphère affective on peut remarquer : l'indifférence, le désintérêt, l'ambivalence⁸ des sentiments, l'absence de concordance entre les affects et la situation...

Et enfin, au niveau de la sphère comportementale on remarque : des rires immotivés, des mimiques non adaptées au récit, l'apragmatisme⁹, des stéréotypies comme les balancements et les phénomènes d'écho tel que l'écholalie (répétition des paroles en écho) ou l'échopraxie (pour les gestes).

De plus en plus, les troubles schizophréniques sont considérés comme des anomalies de la conscience de soi. Dans le cas des symptômes dits « positifs », comme dans les automatismes mentaux, le patient ressent que le cours de sa pensée lui échappe, qu'il est contrôlé par une force supérieure ou dans d'autre cas il peut avoir l'impression que sa pensée est diffusée, que tout le monde peut en avoir connaissance. Ces symptômes altèrent la différenciation entre le « soi » et le monde externe, menaçant ainsi le sentiment élémentaire de soi.

1.3. Le repli autistique

Le terme « autisme », utilisé actuellement pour désigner un trouble du développement et de la communication de l'enfant, a été forgé par Bleuler en 1912 pour qualifier le repli sur soi de l'adulte Schizophrène. Le sujet est replié sur lui-même, il vit dans un monde intérieur.

⁷ « Répétition inadaptée à la situation, indéfinie, quasi- automatique d'une expression verbale, d'un geste, d'une attitude. » POSTEL J, *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris : Larousse, 2003, p448

⁸ « Disposition psychique d'un sujet qui éprouve ou manifeste simultanément deux sentiments, deux attitudes opposées à l'endroit d'un même objet, d'une même situation. » ROBERT P, *Petit Robert*, Paris : robert, 1996, p68

⁹ « Incapacité psychique de réaliser des actes élémentaires dont le sujet possède les moyens instrumentaux de réalisation. », Ibid.

2. Les troubles cognitifs

Au cours de ces dernières années, les recherches s'intéressent aux dysfonctionnements cognitifs observés chez les personnes schizophrènes. Elles ont pour objectif de décomposer les symptômes en un ensemble de faits cognitifs élémentaires, et susceptibles d'être mis en rapport avec le fonctionnement cérébral par la neuropsychologie cognitive.

Ces différentes études utilisent des méthodes expérimentales pour définir les anomalies dans le traitement de l'information.

Chez les personnes schizophrènes on distingue principalement : des troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives.

2.1. Troubles de l'attention

D'après la CIF¹⁰, il est entendu par fonctions de l'attention : « *Fonctions mentales spécifiques de concentration sur un stimulus externe ou une expérience interne pour la période de temps requise* »

De plus l'attention peut être définie comme « *Les processus attentionnels correspondant aux mécanismes qui vont permettre à un sujet de se focaliser sur un stimulus (attention sélective) ou sur une succession de stimulus dans le temps (attention soutenue) et de réaliser des premières opérations mentales rapides (stimulus familier, dangereux, association pertinentes de plusieurs stimulus, etc.)* »¹¹

Les troubles de l'attention sont très fréquemment rencontrés dans la schizophrénie.

La distraction des patients schizophrènes est connue depuis longtemps par les cliniciens. Ils témoignent d'une difficulté à sélectionner les informations pertinentes et seraient interpellés par toutes les informations proposées par l'environnement. Tissot, psychiatre suisse, définit en 1979 que ces troubles proviendraient d'un déficit de « la réaction d'habituation »¹² : les patients schizophrènes parviennent difficilement à développer une habitude aux signaux d'alerte répétés et continuent à réagir comme si chaque stimulus était nouveau.

¹⁰ OMS., *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, 2001, p53

¹¹ LESIEUR P., Rééducation cognitive : un enjeu en psychiatrie, l'exemple de la schizophrénie, in *Réadaptation*, mars 2004, n°508, p26

¹² PERETTI, MARTIN, FERRERI, *Schizophrénie et cognition*, Edition John Libbey Eurotext, mai 2004, collection pathologie science, p 48

Ces troubles de l'attention peuvent également avoir des conséquences sur les autres fonctions cognitives comme la mémorisation ou la résolution de problèmes (nécessité de maintenir son attention pour retenir une succession de consignes, faire des choix pertinents entre plusieurs possibilités).

D'après le Dr P. Lesieur, « lorsqu'ils sont rencontrés ces troubles présentent une certaine stabilité au cours de la maladie. De plus des études sur des populations à risque montrent qu'ils sont présents dès l'enfance, c'est-à-dire avant l'apparition des premiers symptômes positifs (hallucination, délire) et représente peut-être un facteur de vulnérabilité au développement de la maladie. »¹³

2.2. Troubles de la mémoire

D'après la CIF, la mémoire est définie comme : « fonctions mentales spécifiques d'enregistrement et d'emmagasinage d'information et, au besoin, de remémoration ».

Dans les schizophrénies le déficit mnésique n'est pas global car les altérations de certaines fonctions mnésiques sont modérées voir minimales.

2.2.1. Mémoire de travail

Chez les personnes schizophrènes sont remarqués des troubles de la mémoire de travail, c'est la capacité de maintien (dans un temps bref) d'une information pendant la réalisation d'une activité cognitive complexe de type raisonnement, résolution de problème, ou compréhension par exemple. Elle est étroitement liée avec la mémoire à court terme. La mémoire à court terme est définie comme : « fonctions mentales qui produisent une réserve mnémonique temporaire et pouvant être perturbée, d'une durée d'environ 30 secondes, d'où l'information est perdue si elle n'est pas consolidée dans la mémoire à long terme. »¹⁴.

Les caractéristiques de l'information utilisées par la mémoire de travail correspondent aux attributs intrinsèques de l'information à traiter (verbal / non verbal, auditif/visuel) mais également de la source de l'information (dit ou entendu). Frith¹⁵ en 1995 dit que la

¹³ LESIEUR P., op.cit., p 27

¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé., op.cit., p54

¹⁵ FRITH Christopher D., chercheur anglais en psychologie cognitive expérimentale, professeur de Neuropsychologie à Londres. Ses travaux portent depuis plus de quinze ans sur la schizophrénie.

reconnaissance de la source de l'information serait assimilée à une fonction : « le monitoring de la source »¹⁶, c'est le déficit de reconnaissance de ses propres intentions. Si le « monitoring de la source » est préservé, une personne est capable de se souvenir de la réalisation d'un événement et de sa source (interne ou externe au sujet). Différentes procédures expérimentales¹⁷ ont permis d'observer chez les patients schizophrènes « *un excès d'attribution d'éléments autogénérés à une source extérieure* ». Ce déficit concernerait essentiellement les patients présentant des symptômes positifs à savoir hallucinations ou délires.

2.2.2. Mémoire à long terme

La mémoire à long terme est définie par : « *fonctions mentales qui produisent un système mnémonique permettant le stockage à long terme d'informations à partir de la mémoire à court terme et à la fois la mémoire autobiographique des événements passés et la mémoire sémantique de la langue et des faits.* »¹⁸

Dans la mémoire à long terme, nous pouvons distinguer deux formes : la mémoire explicite (déclarative) et la mémoire implicite (non déclarative).

D'une part, la mémoire explicite qui regroupe la mémoire épisodique et la mémoire sémantique. La mémoire épisodique permet au sujet « *d'enregistrer et de se souvenir d'informations référencées dans un environnement spatial et temporel, donc de se souvenir d'événements de sa propre histoire personnelle, familiale ou sociale* »¹⁹. Elle est très liée au contexte affectif. Quant à la mémoire sémantique, elle concerne « *le corpus des connaissances d'un individu, affranchies de toute référence spatio-temporelle.* »²⁰

¹⁶ SAOUD M., D'AMATO T., *La schizophrénie de l'adulte, des causes aux traitements*, Masson, août 2006, (collection les âges de la vie), p 54

¹⁷ Ibid, : « *Les procédures les plus simples consistent à demander au sujet de générer des mots appartenant à une catégorie, de lire à voix haute des mots présentés ou d'écouter l'expérimentateur lire des mots supplémentaires appartenant à la même catégorie. Après un certain délai on demande au sujet de reconnaître les mots utilisés dans l'expérience et d'identifier leur source : mots autogénérés et mots proposés par l'expérimentateur* ».

¹⁸ OMS., *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, 2001, p54

¹⁹ GIL R., *Neuropsychologie*, 4ème édition, Masson, 2006, (collection abrégés), p183

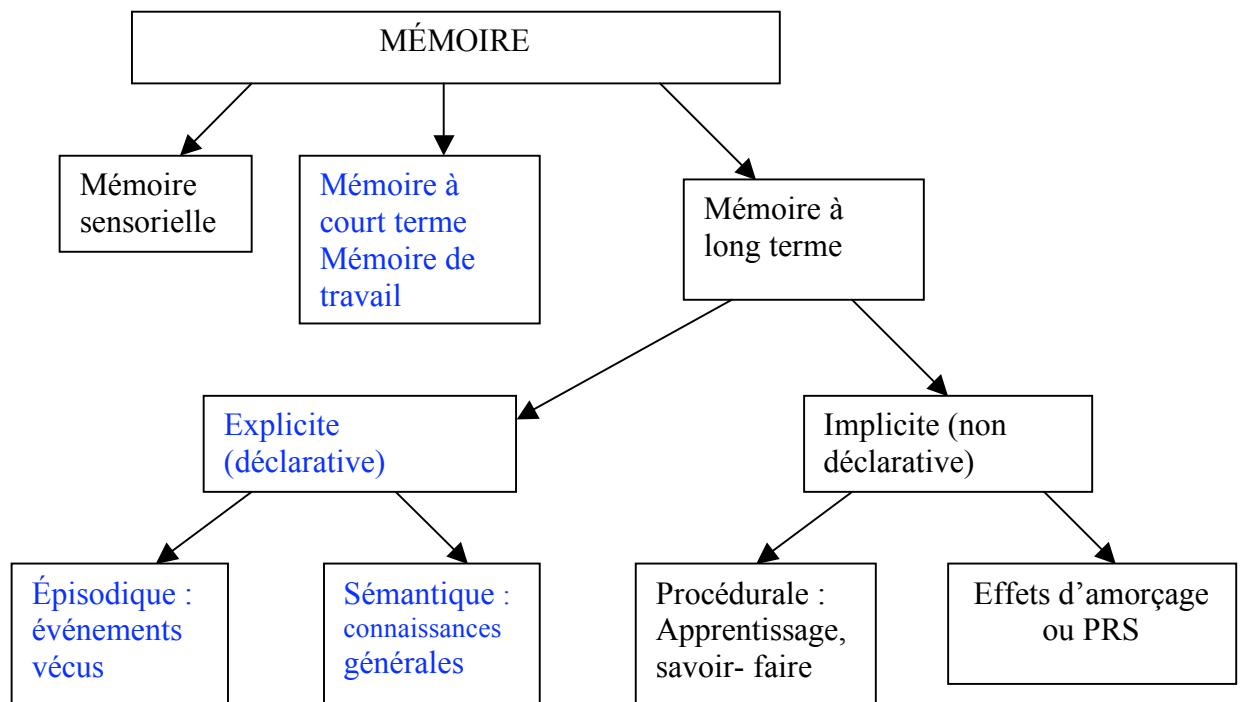
²⁰ Ibid.

D'autre part, la mémoire implicite qui regroupe la mémoire procédurale et les effets d'amorçages (ou PRS). On entend par mémoire procédurale, la mémoire qui permet « d'acquérir des « habiletés » ou « savoir- faire » perceptivo- moteurs sans qu'il ne soit nécessaire de faire une référence explicite aux expériences antérieures. »²¹

Les effets d'amorçages ou système de représentation perceptif (PRS)²² permettent une facilitation d'une performance à la suite d'une présentation d'informations ciblées.

Chez les patients schizophrènes, il est constaté que la mémoire implicite serait généralement préservée, leur capacité à acquérir une habileté motrice ou cognitive par un apprentissage ne serait pas atteinte. Cependant, concernant la mémoire explicite (ou déclarative), il est constaté que la mémoire épisodique semble être perturbée. Ce déficit de la mémoire épisodique pourrait être dû à un déficit d'encodage (processus par lequel les informations sont stockées et conservées en mémoire). De même, le rappel libre pour la restitution de connaissances (phase de récupération) serait très déficitaire chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Schéma récapitulatif de la mémoire. (En bleu les composantes déficientes dans la schizophrénie)



²¹ Ibid.

²² Le **système de représentation perceptif** (PRS) défini par Tulving (psychologue cognitif) opère à un niveau pré-sémantique (avant l'accès à la signification), et sous-tend des expressions non conscientes de la mémoire (on mémorise ce que l'on perçoit de manière passive). Ce système serait composé de 3 sous - systèmes partageant des propriétés communes mais différenciés selon le type d'information qu'ils traitent.

2.3. Troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus cognitifs utilisés pour la résolution de problèmes. On distingue :

La stratégie : cette composante permet d'effectuer le choix auto généré du ou des moyens le(s) plus approprié(s), pour parvenir au but donné.

La planification : Ce sont les « *fonctions mentales permettant de coordonner les parties en un tout, de systématiser ; la fonction mentale impliquée dans le développement d'une méthode pour procéder à quelque chose ou pour agir* »²³. Elle permet l'agencement et l'ordonnancement temporel, et en terme de priorité des différentes étapes nécessaires à la mise en place de la stratégie.

Le maintien de l'attention : il permet le maintien en activation du plan jusqu'à sa réalisation complète.

La flexibilité mentale : Est définie comme « *Fonctions mentales permettant de changer de stratégie ou de passer d'une disposition mentale à une autre, particulièrement dans le cadre de la résolution de problème* »²⁴ cette composante est nécessaire pour pouvoir adapter son plan d'action en fonction des contingences environnementales.

L'inhibition : Correspond aux « *Fonctions mentales permettant d'inférer des idées générales, des qualités ou des caractéristiques à partir de réalités concrètes, d'objets précis ou des circonstances réelles mais distinctes d'elles.(abstraction)* »²⁵. C'est la capacité à résister aux interférences et à renoncer à tout comportement inadapté ou automatique.

Cliniquement ces troubles des fonctions exécutives se manifestent dans la schizophrénie par une perte de la capacité d'abstraction (comprendre le sens abstrait des proverbes par exemple) et par des comportements erronés et persévérants (reproduire la même action même si elle est vouée à l'échec) et ce malgré des capacités intellectuelles préservées.

Les déficits des fonctions exécutives peuvent avoir des répercussions importantes dans le fonctionnement quotidien et dans les interactions sociales. En effet, exécuter une action nécessite un ajustement permanent de celle-ci à la situation, jusqu'à ce que le but soit

²³ Organisation Mondiale de la Santé, op.cit., p 58

²⁴ Ibid

²⁵ Ibid

atteint. Des mécanismes de contrôle (flexibilité mentale...) permettent cet ajustement en confrontant à chaque instant, pendant l'exécution, les données issues de la situation externe. Les anticipations sont générées à partir de la mémoire et des expériences antérieures. Elles sont intégrées aux perceptions pour interpréter la situation, lui donner un sens. Elle permet également de ne pas attribuer à la réalité externe des événements résultants de nos propres actes. Selon Frith « *Si la perception n'est plus corrigée par les anticipations des conséquences sensorielles de l'action engagée, le sujet perçoit les effets de sa propre action exactement de la même manière qu'il perçoit les événements sensoriels produits par une cause externe ou un autre agent.* »²⁶. Ceci favorisant alors les hallucinations.

D'autre part, selon le Dr Lesieur « *certaines études montrent que les troubles des fonctions exécutives sont présents dès l'enfance, avant les premiers symptômes positifs. Ils représenteraient comme les troubles de l'attention, un facteur de vulnérabilité au développement ultérieur de la schizophrénie* »²⁷.

Chaque trouble cognitif interfère donc avec le pronostic fonctionnel. Ainsi les troubles de l'attention, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives (planification, contrôle et représentation de l'action) sont fortement impliqués dans les capacités occupationnelles et de socialisation.

²⁶ GEORGIEFF N., *Qu'est ce que la schizophrénie ?*, Dunod, août 2004, (Collection Les Topos), p96

²⁷ LESIEUR P., Op.cit., p27

3. Formes cliniques et traitement

3.1. Les formes cliniques

Principalement nous pouvons distinguer :

- La Schizophrénie paranoïde : Dans cette forme c'est le délire qui prédomine, il est accompagné de discordance. Bien que les thèmes soient multiples, on note la fréquence des expériences de dépersonnalisation, des expériences de transformations corporelles. La prédominance du délire masque au début des éléments dissociatifs qui deviennent de plus en plus évidents.

- La catatonie : Le syndrome dissociatif se repère au niveau du comportement, de la psychomotricité. La perte de l'initiative motrice est à l'origine d'un aspect figé, d'un négativisme avec stupeur. On retrouve une angoisse majeure, des stéréotypies gestuelles, des échopraxies, écholalies...

- La Schizophrénie hébéphrénique : Le tableau clinique est dominé par un syndrome dissociatif avec discordance idéique et verbale, indifférence affective, un apragmatisme : le délire est absent ou peu exprimé. L'évolution se fait par poussées au cours desquelles les troubles de la pensée s'accroissent avec installation d'un état déficitaire.

- La Schizophrénie simple ou résiduelle : Elle constitue le passage en 10 à 15 ans d'une personnalité schizoïde (tendance à l'isolement, à l'abstraction, inhibition) à une schizophrénie longtemps masquée par une vie sociale pauvre faite de conduites stéréotypées.

L'évolution dépend de la forme de schizophrénie et de la prise en charge thérapeutique.

Il existe 3 évolutions possibles :

- Une rémission qui peut être assimilée à une guérison complète : la personne conserve quelques signes discrets sans traitement (25%), mais il existe des risques de rechute.
- Accès récurrents : aggravation régulière des troubles (50%).
- Un état chronique et persistant : La personne résiste au traitement, il n'y a donc pas d'amélioration (25%).

3.2. Traitement

Au niveau médicamenteux, il est principalement proposé des neuroleptiques, ces derniers ont pour action de « *calmer l'agitation et l'hyperactivité neuro musculaire* »²⁸. Il existe différentes familles.

Parmi les neuroleptiques « *certaines sont surtout sédatifs, calmant l'agitation et l'agressivité (ex : la chlorpromazine, la réserpine, Haldol) ; d'autres dits incisifs ou antipsychotiques agissent sur les idées délirantes et les hallucinations (ex : la fluphénazine, Solian*, Leponex*) Ces médicaments peuvent présenter des effets indésirables comme une prise de poids, du diabète ou des effets indésirables extra pyramidaux (dystonies aiguës, dyskinésies...)* »²⁹

En complément peut être proposé d'autres thérapies :

- TCC : Thérapie cognitives et comportementales, qui repose sur l'analyse des pensées, des croyances et des comportements.
- La psychoéducation : techniques développer afin de mieux informer les patients et leur famille sur la maladie et les traitements.
- La psychothérapie
- L'ergothérapie...

²⁸ GARNIER, DELAMARE, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, Maloine, 29 ème édition, 2006, p597

²⁹ *ibid*

II. L'EVEIL DES SENS

Durant mon stage de psychiatrie, diverses activités m'ont permis de travailler autour de l'éveil des sens. Ceci m'a amené à me poser plusieurs questions : Que signifie l'éveil des sens et l'éveil des sens peut-il permettre de travailler les troubles cognitifs présents chez l'adulte schizophrène ?

1. Les sens

Les sens sont le reflet de notre vie. Ils nous renseignent sur notre environnement et nous informent sur les dangers. C'est grâce aux sens que l'on peut éprouver du plaisir, nourrir notre conscience, ressentir des émotions.

Ils nous permettent de communiquer, de développer une place et un rôle par rapport aux autres.

Les sens jouent un rôle important dans notre vie et même avant la naissance : dans le ventre de sa mère l'enfant perçoit les sons extérieurs.

Après la naissance, avant d'avoir un rapport cognitif ou conceptuel avec l'environnement, l'enfant l'explore avec ses cinq sens. Selon Montessori³⁰, c'est de la précision des perceptions sensorielles de l'enfant que dépend sa capacité future à percevoir toutes les subtilités de son environnement.

De plus, on peut remarquer que l'atteinte des organes des sens, inéluctable lors du processus normal de vieillissement, affecte progressivement tous les aspects du comportement, entraînant entre autres, une modification de son image corporelle, une désorientation temporo-spatiale, un repli sur soi, une désocialisation, voire un danger pour sa propre sécurité. La perception fait appel aux cinq sens, qui permettent à l'individu de garder contact avec son milieu.

On peut distinguer deux types de sens dont le fonctionnement diffère chez l'être humain : les sens qui jouent sur la distance et ceux de la proximité.

³⁰ Montessori (1870-1952) : Médecin et pédagogue Italienne. Elle est l'auteur d'une méthode destinée à favoriser le développement des enfants par la manipulation d'objets, de matériels et par le jeu et la maîtrise de soi.

Les sens qui jouent sur la distance : la vue et l'ouïe. Elles ont les mêmes caractéristiques paradoxales : elles sont souvent diminuées avec l'âge et leur diminution est souvent compensable par des appareillages.

D'une manière générale, la vue nous permet d'appréhender rapidement un espace, d'en prendre connaissance sans être obligé de s'y déplacer. La vue porte loin, elle précède l'action ou l'accompagne. L'ouïe et la vue sont les deux sens qui nous transmettent des informations les plus importantes sur le temps et l'espace. De plus, l'ouïe permet de véhiculer des informations de l'ordre des émotions, des sentiments.

Les sens de proximité : l'odorat, le toucher et le goût. Ces sens ne se rapprochent pas, ils jouent dans la proximité, une proximité relative pour l'odorat chez l'homme, une très grande proximité pour le toucher et même une intimité pour le goût, puisque cette sensation se passe à l'intérieur de soi. Ils ne sont pas appareillables.

Le toucher est un système sensoriel aux fonctions et qualités uniques. C'est un sens fondamental dans la constitution de la personne : il nous enseigne la différence qu'il y a entre moi et l'autre. Concernant l'odorat, une odeur inattendue, passagère, furtive, un parfum, peut réveiller un souvenir. La mémoire olfactive est une des mémoires les plus puissantes en termes de réminiscence. C'est une « perception » délaissée par l'être humain et utilisée parfaitement par les animaux. Le goût et l'odorat sont très liés, lorsque l'on mange, il y a stimulation des deux organes (bouche et nez) en même temps. On distingue 4 goûts : le salé, le sucré, l'amer et l'acide.

2. Le passage du « sens » sensorialité au « sens » sentiments

L'éveil des sens signifie stimuler les sens (c'est-à-dire un organe sensoriel) afin d'obtenir des réactions. Si l'on prend la définition du mot « sens » dans le grand robert³¹ on remarque que l'éveil des sens est passé d'une situation de sensorialité purement corporelle à une dimension de sensibilité qui est affective et sentimentale. Au départ, il s'agit de nourrir la conscience d'une plus grande quantité de sensation (message nerveux reçu de façon consciente par le système nerveux central, à la suite de la stimulation des récepteurs d'un organe sensoriel, et qui influence le comportement immédiat ou futur de l'individu). De plus il faut attribuer à une sensation des qualités de contour, surface, volume, poids, densité, qui

³¹ Cf. annexe n° 1 : *Définition « sens »*

permettront de développer des perceptions de limite, de solidité, de sécurité, d'intégrité, et des sentiments d'unité profonde, et d'estime de soi.

Tout ceci fait donc intervenir trois notions essentielles :



2.1. La sensation.

C'est un phénomène psychophysiologique par lequel une stimulation externe ou interne a un effet modificateur spécifique sur l'être vivant et conscient. La sensation est la première étape d'une chaîne d'événements biochimique et neurologique, allant du stimulus énergétique d'un organe sensoriel à la perception ou l'impression perçue directement par les organes des sens. Dans certaines littératures, on retrouve le terme de sensation désignant les ressentis et recouvrant aussi les émotions. Je considérerai pour mon étude la première définition c'est-à-dire la sensation comme première étape d'une chaîne d'événements allant du stimulus à la perception.

2.2. La perception

Les fonctions perceptuelles sont définies comme : « *fonctions mentales spécifiques de reconnaissance et d'interprétation des stimuli sensoriels.* »³²

La perception est le phénomène psychologique qui nous relie au monde par l'intermédiaire de nos sens, c'est le processus de recueil et de traitement de l'information sensorielle. Elle est définie comme la réunion de sensations en image mentale. Les perceptions sont traitées par les centres nerveux périphériques et transmises au cerveau.

L'homme, grâce à ses représentations et à ses capacités de conceptualisation, les interprète pour les percevoir et les reconnaître.

³² OMS., *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, 2001, p56

2.3. La conscience

Le processus de conscience s'appuie sur les structures physiologiques de l'axe d'intégration neurologique. La communication d'un niveau à un autre se fait par un processus de transduction de l'information. L'information arrive sous une forme spécifique (image, sensation, perception...) et est transmise à un autre niveau sous une autre forme (pensée, émotion). Ces transformations se font par l'intermédiaire de libération de médiateurs chimiques ou de molécules messagères, au niveau synaptique. Tous les niveaux de l'arc totalisateur communiquent entre eux. Il y a « conscience » à chaque niveau. Le processus de conscience s'appuie également sur des processus énergétiques invisibles.

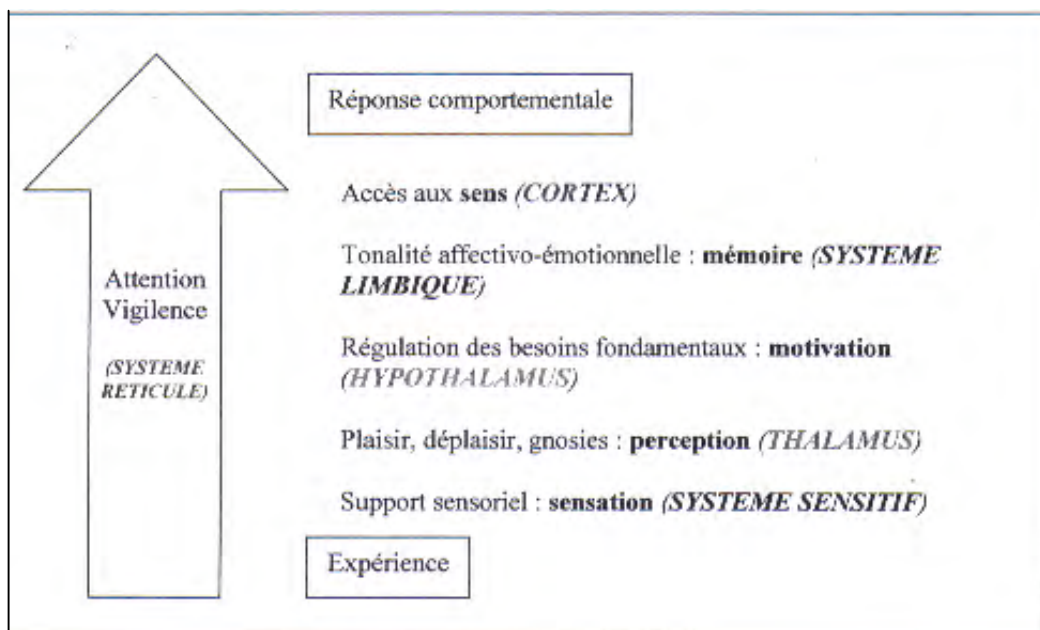


Fig 1. Axe d'intégration neurologique

L'information effectue tout un chemin en partant des organes sensoriels, puis traverse le cerveau, pour être traitée et interprétée, et enfin revient à un organe effecteur. Cela fait intervenir tous les processus cognitifs à savoir attention, mémoire et fonctions exécutives. L'attention est effectivement présente tout au long du processus de conscience.

L'émotion intervient également dans le traitement de l'information, l'émotion est définie comme : « *fonctions mentales associées au sentiment et à la composante affective du processus mental* »³³. Une information chargée en émotions sera retenue plus facilement. Si la

³³ Ibid.

personne éprouve du plaisir à réaliser une activité, elle s'en souviendra beaucoup plus facilement.

L'éveil des sens a pour but de permettre au patient de ressentir des choses, d'exprimer ses ressentis et ce que cela lui évoque comme sentiments.

L'éveil des sens à donc deux champs d'interventions, un au niveau des sens en termes de sensation, de perception sensorielle et un autre au niveau des sens en tant qu' intervenant dans le traitement de l'information (compréhension). Ces deux champs d'applications sont indissociables.

Au cours de ma formation, j'ai pu expérimenter une activité basée sur l'éveil de sens et qui permet de travailler les fonctions cognitives. Il s'agit d'une activité « percussions ». C'est pourquoi dans la partie suivante, je vous propose de voir en quoi cette activité fait intervenir l'éveil des sens et en quoi cet éveil des sens est intéressant pour travailler les troubles cognitifs chez l'adulte schizophrène.

III. L'ATELIER PERCUSSIONS

1. L'activité percussions, une activité utilisée en ergothérapie

1.1. L'ergothérapie

L'ergothérapie est une thérapie par l'activité. Le but de l'ergothérapie est de favoriser le maintien ou l'accession au maximum d'autonomie des individus en situation de handicap et ceci dans leur environnement. La loi du 11 février 2005³⁴ définit le handicap comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant* ».

Le décret n°86-1195 du 21 novembre 1986³⁵, précise que les ergothérapeutes contribuent : « *aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychiques ou intellectuels, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle traitées, pour permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.[...]L'ergothérapie s'inscrit dans les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation et de restructuration* »

L'ergothérapeute exerce sur prescription médicale.

1.2. Les objectifs de l'activité

L'atelier percussions est un atelier d'expression rythmique et d'exploration musicale à travers l'expérimentation d'instruments de percussions. C'est une activité de groupe puisqu'elle demande un travail collectif, une attention sur l'ensemble de ce qui se passe.

Cet atelier permet de travailler divers objectifs :

- Favoriser l'écoute de l'autre et la communication non verbale ;

³⁴ Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (Loi 2005- 102 du 11 février 2005)

³⁵ Cf annexe n° 2 ; *Décret d'actes*

- Favoriser une participation active impliquant la prise en compte des autres vers l'acceptation et l'assurance de soi ;
- Travailler la relation à l'espace, son espace propre et l'espace musical ;
- Développer des capacités d'expression et de plaisir ludique à travers une incitation à l'action et la créativité ;
- Travailler le rythme, trouver son propre rythme ;
- Etre un autre support à une verbalisation ;
- Travailler les troubles cognitifs (favoriser un travail de mémorisation, développer les capacités attentionnelles, fonctions exécutives).

1.3. Le déroulement de l'activité

L'atelier percussions que j'ai suivi se déroulait en séances d'environ 1H30. Cette activité est composée d'un groupe semi ouvert d'environ 8 patients. L'ergothérapeute est accompagné d'un infirmier. L'atelier a lieu à la même heure, tous les vendredis après midi et au même endroit à l'école de musique ce qui permet de garantir un cadre rassurant pour le patient. Les séances sont menées en collaboration avec un professeur de musique (percussions et contrebasse), formé en psychopédagogie. L'activité peut être menée par un ergothérapeute s'il possède des connaissances suffisantes dans ce domaine.

1.4. Ergothérapie et percussions

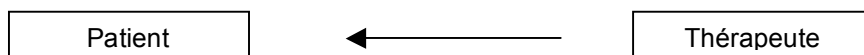
L'atelier percussions répond à des objectifs thérapeutiques que l'ergothérapeute peut se fixer suite à une prescription médicale. Selon les objectifs décrits précédemment nous pouvons considérer que l'activité percussions est ergothérapique.

En effet, l'ergothérapeute en psychiatrie utilise l'activité³⁶ comme médiateur à la relation. D'après *l'analyse des champs de compétences de l'ergothérapeute*, il « met en œuvre les activités en tenant compte de leurs qualités gestuelles, d'apprentissage, de technologie, de production, de créativité et de relation. En fonction de la personne et de son environnement, il utilise les techniques spécifiques de traitement, individuelles ou de groupe. »

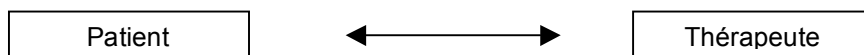
³⁶ Selon la CIF : « Une activité signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose. », Organisation Mondiale de la Santé, 2001, p 125

Selon I.Pibarot³⁷, « l'activité n'a de valeur curative que si elle permet la relation entre soignant et soigné ». L'ergothérapeute doit donc proposer l'activité dans le but d'établir un contact avec ses patients. L'activité sert ainsi de médiation : la médiation est définie comme un processus thérapeutique singulier qui s'appuie sur la matérialisation du médiateur et la participation active du thérapeute et des patients.

Lorsqu'un nouveau patient se présente à l'atelier, il va découvrir par lui-même ce lieu afin que progressivement, il réussisse à l'investir. A ce moment précis, le thérapeute indique à la personne le fonctionnement de l'atelier, et doit se montrer disponible et à l'écoute.



Ainsi, naît chez le patient un sentiment de sécurité : il se sent reconnu et accueilli dans sa globalité, c'est-à-dire tel qu'il est et avec ce qu'il a, ce qui le met en confiance. Il va par la suite transférer cette confiance sur le thérapeute :



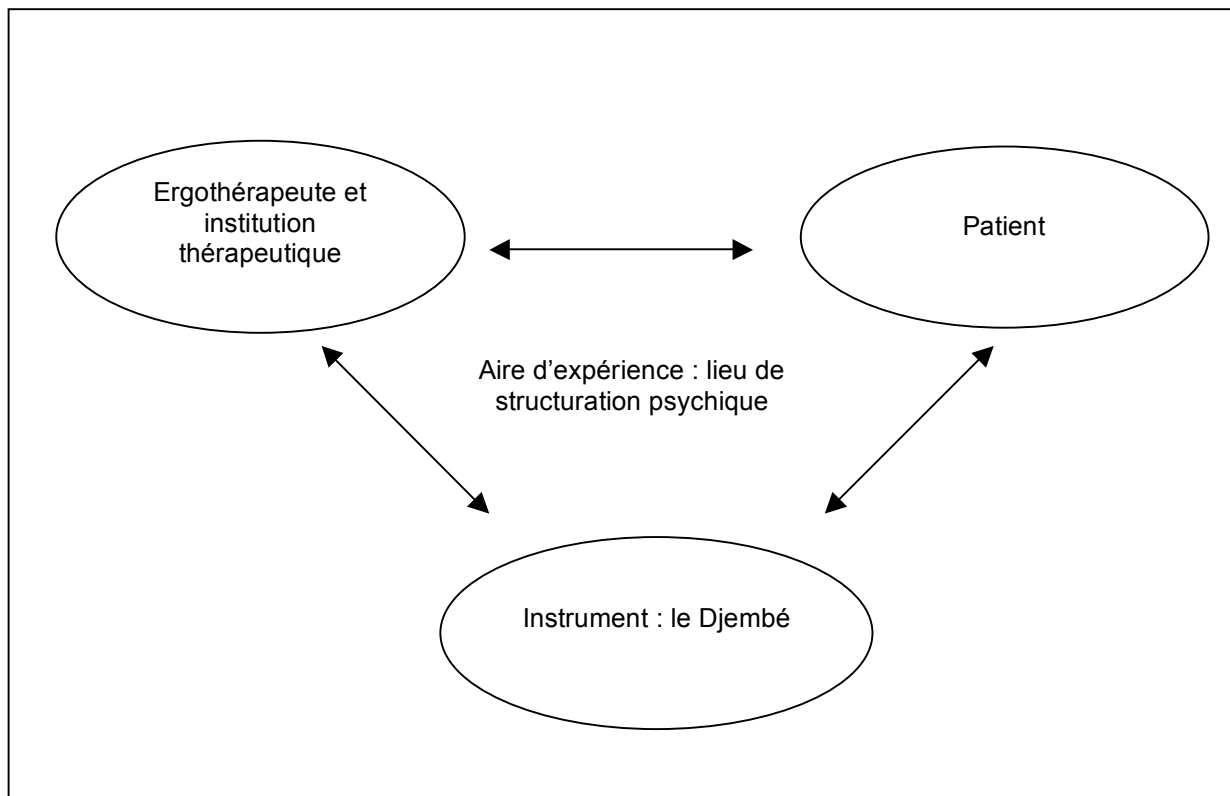
Le patient, se sentant objet de tant de sollicitude, est alors prêt à se « jeter » dans l'action et le thérapeute va pouvoir introduire la matière, ici l'instrument le Djembé (à travers le rythme et les sons). L'instrument représente le lien entre le thérapeute et le malade, c'est le médiateur à la relation.

Puis, progressivement, l'espace relationnel entre l'ergothérapeute et le malade se modifie : un processus de différenciation entre le thérapeute et le matériau se met en place. L'aire d'expérience se modifie alors en aire de créativité et une relation triangulaire s'instaure. Selon Winnicott³⁸ le contexte est alors « suffisamment bon » pour ouvrir un espace de relation, appelé l'aire transitionnelle (ou aire d'expérience).

Le patient agit directement sur la matière et devient créatif avec elle, sous la bienveillance du thérapeute : il se détend et débute son travail.

³⁷ PIBAROT I. (Ergothérapeute Moniteur Cadre, Psychanalyste), L'activité, outil thérapeutique, in *Journal d'ergothérapie*, 1982, n°4, pp 28-29

³⁸ Winnicott, *Jeu et réalité*, 1984



D'après Winnicott, « *c'est en jouant et peut-être seulement quand il joue que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière*³⁹ ».

Dans l'activité percussive, la personne s'investit dans la réalisation d'un son, d'une mélodie en étant confrontée à la réalité (frustrations et contraintes liées à l'activité), en mettant en jeu son corps et en exprimant ses affects, son humeur et son état psychique du moment.

Au fur et à mesure que le patient « transforme la matière », la relation se poursuit, les regards et les commentaires que lui renvoie l'ergothérapeute le guident, le rassurent et lui donnent une idée sur ce qu'il a fait.

Un temps de verbalisation en fin de séance permet à l'activité de prendre un sens thérapeutique supplémentaire. En effet ce temps permet aux patients d'exprimer leurs ressentis de la séance, ce que cela a provoqué en eux. Ce temps permet également de prendre un recul, de conscientiser ce qui s'est passé.

L'activité percussive peut donc vraiment être considérée à ce stade comme une activité ergothérapeutique.

³⁹ Winnicott, *Jeu et réalité*, 1984, p59

2. Percussions, éveil des sens et troubles cognitifs

Jouer des percussions nécessite d'utiliser plusieurs de ses sens. En effet, c'est grâce à l'ouïe que l'on peut entendre, écouter les autres jouer et s'écouter soi-même, c'est grâce à la vue que l'on peut voir l'instrument, voir le rythme induit par les autres ; à travers le toucher que l'on tape sur l'instrument, que l'on ressent des vibrations, que l'on fait intervenir notre sensibilité profonde...

Produire un son nécessite de produire un geste, dans l'exemple du djembé il s'agit en effet de taper sur « une peau », de rentrer en contact avec cette matière dure et souple à la fois. Lorsque la personne tape sur son djembé, elle utilise un processus descendant du traitement de l'information. Elle anticipe son action puis produit un son. Le son entraîne un stimulus qui suivra le processus inverse du traitement de l'information à savoir le traitement ascendant : le stimulus est interprété suivant le modèle sensation - perception - pensée décrit précédemment. La sensation éprouvée par le patient (par exemple : des vibrations) lorsqu'il tape sur le djembé lui délivre une perception (ex : fourmillement) qui arrive alors à sa conscience où elle sera interprétée grâce à ses représentations et ses capacités de conceptualisation et pourra permettre la réalisation d'un comportement adapté.

Un autre « sens » intervient également celui de la proprioception : la sensation interne liée au toucher. La proprioception peut être très perturbée chez la personne schizophrène (cas des dysmorphophobies).

Lors des ateliers percussions, nous travaillons beaucoup sur le rythme. « Rythme » vient du grec « *rythmos* » qui signifie « mouvement mesuré et ordonné ». C'est aussi une alternance périodique de phénomènes ou d'événements apparaissant à intervalles plus ou moins réguliers. En séance est produite une succession de sons et de silence plus ou moins importante. Le silence est une rupture du son et permet de faire une pause entre chaque succession de son et de « *mettre en lumière les futurs sons produits* »⁴⁰. En effet, le sujet peut se trouver facilement « entraîné » et « enfermé » dans un rythme ne permettant pas une ouverture à l'autre.

⁴⁰CLAVREUL H., *Rythme et psychose*, in journal d'Ergothérapie, mars 1998, pp 2-11

Selon H.Clavreul⁴¹ « *le rythme est crée par l'existence de repères, de ruptures de la linéarité du temps. Ces repères sont très importants pour les psychotiques pour qui la perte de la notion du temps peut générer l'angoisse ou au contraire des mécanismes obsessionnels (rituels). La prise de conscience de la régularité, c'est-à-dire d'une logique ou cohésion rythmique fait appel à une prise de conscience directe de la réalité.* » Le travail sur la gestuelle et donc le rythme, qui fait intervenir la proprioception et le toucher va permettre au patient de faire un lien entre le geste réellement produit, les sensations et les perceptions ressenties.

L'information effectue tout un chemin avant qu'une réponse comportementale en référence au stimulus soit produite. Les perceptions sont interprétées au niveau du cortex. A ce niveau interviennent la mémoire et la motivation qui constituent le vécu du patient, ainsi que l'attention, présente, comme nous l'avons précédemment, tout au long du processus de conscience. Or nous avons vu que, chez les patients schizophrènes il est constaté une déficience au niveau de l'attention, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives. De plus, l'activité percussive nécessite de l'attention, de la concentration, une anticipation et un contrôle de ses actions permanentes. C'est pourquoi, on peut penser qu'en travaillant à partir des sens : le toucher, l'ouïe et la vue à travers la percussion, grâce au cheminement de l'information jusqu'à la conscience on pourrait améliorer les fonctions déficitaires chez les personnes schizophrènes. À travers l'action que doit produire le patient (ici un geste), les fonctions cognitives sont mises en jeu et permettent une conscientisation de l'action réalisée.

C'est aussi par le plaisir de l'activité, le plaisir dans la relation à l'autre que le patient pourra percevoir correctement. En effet, la notion de plaisir intervient dans la perception, pour qu'une information soit correctement retenue il faut qu'elle soit répétée mais aussi qu'elle ait une dimension émotionnelle.

Enfin, à travers ce que le patient ressent, ce qu'il nous verbalisera, un travail pourra être effectué avec lui autour de la prise de conscience de sa pathologie.

⁴¹ Ibid.

Cette réflexion m'amène à l'hypothèse suivante :

L'activité percussions en favorisant un éveil de plusieurs sens permet de travailler les troubles cognitifs chez l'adulte schizophrène.

IV. VERIFICATION DE L'HYPOTHESE

1. Choix de méthode

Afin de valider ou non mon hypothèse, j'ai choisi de présenter une étude de cas concernant un patient schizophrène et de réaliser plusieurs entretiens d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes schizophrènes.

1.1. Etude de cas

J'ai choisi d'exploiter l'étude de cas d'un patient que j'ai suivi lors de mon stage de psychiatrie car cette méthode permet d'illustrer concrètement ma problématique et aussi de mieux situer l'activité percussions. (Ce qui y est demandé, comment...)

D'un point de vue méthodique, pour réaliser mon étude de cas j'ai cherché des renseignements concernant le patient, l'histoire de sa pathologie, ses habitudes de vie... dans le dossier médical et en questionnant le médecin, le patient et l'équipe pluridisciplinaire. Puis, il a fallu réaliser des évaluations qui ont été faites grâce à des observations en séances d'ergothérapie et avec ce que rapportaient les différents professionnels qui intervenaient auprès de Mr P.

Enfin, lors des séances d'activités percussions, j'ai pu noter diverses observations et comportements du patient qui m'ont permis de voir son évolution. Durant ces observations je faisais partie intégrante de la séance.

1.2. Entretiens

Afin de compléter mon étude de cas et mon expérience j'ai choisi de réaliser des entretiens. J'ai effectué ces entretiens afin de me permettre de savoir :

- si les troubles cognitifs présents chez les personnes schizophrènes sont pris en charge en ergothérapie
- si l'éveil des sens est utilisé auprès des patients schizophrènes, et s'il peut permettre de travailler les troubles cognitifs présents chez ces personnes
- et enfin si l'activité percussions à travers l'éveil des sens peut permettre de travailler les troubles cognitifs.

J'ai choisi de réaliser des entretiens plutôt que des questionnaires car cela me semblait plus pertinent vis-à-vis de mon sujet d'effectuer des entretiens. Ces derniers grâce à une relation duelle permettent de mettre en place un échange interactif et d'expliquer si l'interlocuteur ne comprenait pas exactement mes questions.

Il existe différents types d'entretiens utilisés selon le but recherché :

FINALITE DE L'ENTRETIEN	TYPE D'ENTRETIEN		
	NON DIRECTIF	SEMI DIRECTIF	DIRECTIF
CONTRÔLE			♦
VÉRIFICATION		♦	♦
APPROFONDISSEMENT	♦	♦	
EXPLORATION	♦		

Dans le cadre de ma recherche j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs c'est à dire « *qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises* »⁴². Il offre donc la possibilité d'amener des éléments auxquels je n'avais pas pensé dans ma partie théorique.

J'ai donc réalisé un guide d'entretien⁴³ et je n'ai pas remis mes questions avant les entretiens. Ils se sont déroulés en duel durant environ 20 minutes pour chacun d'eux. J'ai réalisé six entretiens⁴⁴ auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès de patients schizophrènes mais dans des structures différentes :

Entretien 1 : une ergothérapeute travaillant en UMD (Unité pour Malades Difficiles)

Entretien 2 : une ergothérapeute travaillant en UPA (Unité de Psychiatrie Active)

Entretiens 3, 4, 5 : trois ergothérapeutes travaillant en Hôpital de Jour pour Adultes (HJA) dans des structures différentes.

Entretien 6 : une ergothérapeute travaillant dans un SEDOM (Service d'Ergothérapie à DOMicile).

⁴² QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 2007, p174

⁴³ Cf. Annexe n°3 : *Guide d'entretien*

⁴⁴ Cf. Annexe n°4 : *Entretien réalisé avec une ergothérapeute travaillant en HJA*

Volontairement, j'ai choisi de ne pas inclure l'ergothérapeute référente de mon stage afin de ne pas influencer les résultats.

J'ai également veillé à interviewer des ergothérapeutes ayant pratiqué une activité « percussions » avec des schizophrènes et d'autres non. Ceci m'a permis d'avoir des témoignages et interprétations les plus divers possibles et ainsi pouvoir comparer les points de vue.

J'ai interrogé des ergothérapeutes sortis du DE, il y a 4 ou 5 ans et des ergothérapeutes ayant eu leur DE il y a dix ans ou plus. Je trouvais ce critère intéressant car l'intérêt porté aux troubles cognitifs dans la schizophrénie est récent et il me semblait pertinent de voir si des ergothérapeutes diplômées depuis plus de dix ans prenaient en compte cette déficience. Cette méthode de recueil de données m'a permis « *de pouvoir retirer des informations et des éléments de réflexion riches et nuancés* »⁴⁵.

⁴⁵ QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., Op.cit., p 173

2. Recueil de données

2.1. Etude de cas

2.1.1. Présentation de Mr P

- *Histoire de vie*

M. P est né en 1980 en Bretagne. Il a deux frères avec qui, il entretient peu de relation. M. P a obtenu un BAC ES puis a effectué une 1^{ère} année en IUT technique de commercialisation. Il est passionné par la boule bretonne, aime l'informatique, la musique et le sport. Il est fumeur et présente une hygiène vestimentaire et corporelle correcte.

- *Présentation de la maladie*

M. P a été hospitalisé pour la 1^{ère} fois début 2003 à la demande d'un tiers pour raison de troubles psychotiques. Il souffre d'une Schizophrénie (plusieurs décompensations, bouffées délirantes suite à la prise de toxiques).

Suite à cette hospitalisation M. P devait être suivi en hôpital de jour mais devant effectuer un stage en entreprise de mars à juillet 2003, un compromis a été trouvé pour concilier les deux. Il est alors suivi en consultation externe par un CMP (Centre Médico Psychologique). Il vit chez ses parents et alterne plusieurs petits emplois. Il est stable par rapport à ses troubles psychotiques, mais présente une thymie triste. Il emménage dans un appartement personnel en 2004 et veut reprendre ses études mais c'est un échec, il continue donc les petits boulots. Fin 2004, M. P se présente davantage loquace et présente quelques idées délirantes. Puis, petit à petit, les relations avec ses frères et ses parents se dégradent. Ces derniers disent ne plus supporter l'apragmatisme et la clinophilie⁴⁶ de Mr P.

⁴⁶ « Comportement d'un sujet qui reste couché en dehors des périodes habituelles de sommeil, parfois en permanence. C'est une réaction de retrait du milieu social et de désintérêt pour la vie quotidienne familiale et professionnelle », POSTEL J, *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris : Larousse, 2003, p98

En août 2006, M. P accepte un essai de prise en charge à l'hôpital de jour avec un appartement thérapeutique. Suite à cela il garde très peu de relations avec ses parents, mais continue à voir une de ses grand-mères tous les jours. La TISF (technicienne d'intervention sociale et familiale) passe à l'appartement thérapeutique une fois par semaine. Au début de sa prise en charge, M. P présente un comportement difficile et peut avoir parfois des propos agressifs envers les autres patients. Il a également un sommeil irrégulier.

A son entrée à l'hôpital de jour est constaté des troubles de l'attention, une mémoire parasitée par des idées délirantes et une relation aux autres difficile. M. P est très renfermé sur lui-même, présente une thymie triste, un comportement parfois frustré et est également très dispersé.

2.1.2. Evaluations

Ces évaluations sont basées sur des observations en séances.

- *Evaluation de l'attention*

A la fin de chaque séance en ergothérapie, chaque patient verbalise autour de ses ressentis par rapport à la séance qui vient de se dérouler. Durant ce temps M. P avait de grandes difficultés à rester attentif à ce que chacun disait, il écoutait une personne puis se laissait distraire par des gens dehors ou des objets sur la table.

Lors des ateliers « actualités » animés par des infirmiers, les patients devaient lire un article puis le résumer. Durant cette activité M. P avait de grandes difficultés à rester concentré sur le texte qu'il devait lire et se laissait distraire par des idées extérieures. Il avait de grandes difficultés à se concentrer et à réaliser un résumé, celui-ci devenait alors « une thèse », il s'éparpillait, donnait beaucoup de détails et même un avis personnel.

Aussi lors d'un autre atelier, l'activité danse, lorsque l'ergothérapeute expliquait une consigne, il était difficile pour M. P d'écouter les informations sans rien faire, il ne pouvait s'empêcher de jouer avec un ballon présent dans la pièce ou une chaise...

Nous avons donc pu observer dans diverses situations que M. P présentait des troubles attentionnels.

- Evaluation de la mémoire de travail

Lors des ateliers « activité manuelles » en ergothérapie, M. P avait décidé de commencer un motif en perles, pour cela l'ergothérapeute lui explique une technique que M. P réussi deux ou trois fois puis, pour la quatrième ligne, il ne savait plus dans quel sens démarrer. De même, lors de la réalisation d'un bracelet en macramé, au bout de quelques lignes Mr P ne savait plus où il en était.

- Evaluation des fonctions exécutives

On a pu observer lors de différents ateliers en ergothérapie que M. P présente des difficultés pour anticiper ce qu'il a à faire : par exemple lors de l'atelier « activités manuelles » lorsqu'il veut commencer un nouvel objet, il a beaucoup de difficultés à réfléchir avant de commencer. Il est beaucoup dans l'action et ne prend pas le temps de se poser afin de définir le but à atteindre, les moyens pour y parvenir, le matériel dont il aura besoin ainsi que les différentes étapes nécessaires pour la réalisation. De ce fait il demande énormément d'aide. De plus, s'il se trompe, il adopte des comportements persévérants même s'ils sont voués à l'échec, il continue dans son erreur et ne cherche pas à refaire.

2.1.3. Description de temps de séances de l'atelier percussions

Lors d'une séance, le meneur qui peut être un professeur de musique, l'ergothérapeute voir un patient propose un exercice. Les patients sont, en effet, incités à être acteur de la séance. Les thérapeutes ont également un rôle en tant qu'observateur, tout en participant à la séance.

Un des premiers exercices est le trio. Trois personnes jouent ensemble et les autres patients peuvent intervenir de deux façons :

- un des trois participant du trio initial arrête et un autre prend la place
- ou un participant s'impose et une des trois personnes du trio doit s'arrêter.

Cet exercice permet de travailler l'écoute, l'ouverture au groupe, la prise d'initiative : oser intervenir si personne du trio ne s'arrête de jouer. Cela fait également travailler l'attention, en effet chaque participant doit être attentif : visuellement il doit regarder les autres pour voir s'il y a bien 3 personnes à jouer, il doit également s'adapter au rythme en cours et rester en éveil auditif.

Lors d'une autre séance : un participant crée un rythme avec une certaine intensité et une certaine vitesse, les autres doivent alors suivre le rythme imposé à l'identique. Cet exercice permet de travailler la mémoire de travail, en effet chacun doit retenir le rythme qui a été produit afin de pouvoir le reproduire. L'activité percussions permet également la prise de conscience de ses propres actes à travers le son émis car c'est à travers le son émis que l'on peut alors prendre conscience que ce que l'on produit est adapté ou non et ainsi anticiper c'est-à-dire modifier son geste si ce qui est fait ne correspond pas à ce qui est demandé. Ceci permet donc de travailler aussi la flexibilité mentale, déficitaire chez le schizophrène.

2.1.4. Observations de Mr P lors de l'atelier percussions

Lors du premier exercice, nous remarquons que M. P a des difficultés, il ne regarde pas du tout le groupe, s'enferme sur son instrument et répète le même rythme en boucle. L'ergothérapeute lui rappelle alors à plusieurs reprises d'écouter et de regarder les autres mais il fait corps avec son instrument et dit ne pas pouvoir jouer sans le regarder. Cet exercice lui a permis d'éveiller ses sens, l'ouïe et la vue, mais aussi les sens kinesthésiques et proprioceptifs afin de pouvoir jouer sans regarder son instrument. Cet exercice a également permis de stimuler son attention. De plus M. P entend très bien les remarques et après plusieurs essais, ils les applique et prend davantage conscience de ses difficultés d'être avec le groupe ici et maintenant.

Durant l'activité M. P vit pleinement les séances, il éprouve du plaisir à jouer et hésite de moins en moins à prendre des initiatives. Mr P apprécie les séances et dit avoir l'impression de progresser par rapport aux remarques qui lui sont faites sur son manque d'attention par exemple.

Les percussions lui permettent de s'exprimer, en effet nous avons remarqué à plusieurs reprises que M. P tape très fort sur son djembé, comme pour se défouler, M. P s'exprime, mais ne communique pas car il n'écoute pas les autres. Cela montre donc l'intérêt d'utiliser les percussions car ces dernières nécessitent une écoute des autres. Par exemple, à travers la mise en éveil d'un sens comme l'ouïe (par cette écoute de l'autre) il est possible de travailler l'attention et l'attention à l'autre, et aussi permettre une entrée en relation.

Lors du second exercice précédemment décrit où le meneur propose de créer une suite de son avec un certain rythme et que chacun à leur tour, les participants reproduisent cette

mélodie, nous avons remarqué que M. P présente des difficultés pour retenir la mélodie et la reproduire à l'identique. Au bout de plusieurs passages toujours sur la même mélodie nous avons observé une amélioration (Travail de la mémoire de travail et fonctions exécutives dans le sens de l'interruption des persévérations). Au fur et à mesure de l'exercice M. P se rend compte que ce qu'il produit est différent de la mélodie attendue et sait s'arrêter, persévère de moins en moins dans l'erreur et anticipe son geste afin de produire le rythme demandé. Mr P verbalise de plus en plus ses ressentis, cherche à comprendre pour bien faire, se concentre davantage et de ce fait progresse énormément.

A travers plusieurs sens : l'ouïe pour l'écoute et le rythme ; la vue pour s'adapter à l'autre, à la vitesse ; le toucher pour l'intensité du geste, la proprioception et la kinesthésie, le patient peut alors prendre conscience des sensations réelles provoquées par ses gestes, les bruits environnants et ce qu'il voit ; ce qui fait aussi intervenir les fonctions cognitives. En effet les sensations et perceptions, quand elles arrivent à la conscience pour être interprétées, impliquent d'utiliser les fonctions cognitives :

- la mémoire à long terme (procédurale et expériences antérieures)
- la mémoire de travail (retenir la consigne imposée tout au long de l'exercice)
- l'attention et la concentration (pour réaliser une action)
- et les fonctions exécutives.

Effectivement, selon l'interprétation de la perception, il faudra ajuster ou non le contrôle du geste par rapport à la consigne de l'exercice, anticiper, planifier le geste à produire et résister aux interférences.

2.1.5. Synthèse

Ce cas clinique illustre bien comment l'activité percussion peut permettre de travailler les troubles cognitifs. L'éveil des sens permet de travailler les fonctions exécutives et d'améliorer l'état de veille et de présence. Cela permet de ramener le patient au moment présent. Mr P a beaucoup évolué depuis le début de sa prise en charge. Pour ce patient cette activité est très porteuse, elle permet à Mr P de travailler ses troubles cognitifs, de prendre conscience de ses difficultés et de les compenser.

De plus, la co-animation de cette activité par deux soignants (un infirmier et un ergothérapeute) permet par une confrontation de deux regards, une meilleure observation des patients.

2.2. Entretiens

2.2.1. Analyse des entretiens

J'ai fait le choix pour mon recueil d'informations de regrouper mes questions d'entretiens par thèmes :

- Les troubles cognitifs
- L'éveil des sens
- L'activité percussions

Lors de la réalisation de mon guide d'entretiens j'ai choisi de suivre mon plan de mémoire pour l'ordre des questions.

Je vais reprendre une à une les questions en les regroupant par thème afin de pouvoir en ressortir les idées essentielles et principales.

- Les troubles cognitifs

Question 1 : « **Avez-vous déjà observé la présence de troubles cognitifs chez les personnes schizophrènes ? Si oui, quels sont-ils ?** »

A travers cette question je cherchais à savoir si, dans la pratique, des troubles des fonctions cognitives étaient également observés au niveau de l'attention, la mémoire de travail et des fonctions exécutives.

A cette question j'ai remarqué une uniformité des réponses. En effet, toutes les ergothérapeutes interrogées constatent des troubles cognitifs chez les personnes schizophrènes : toutes remarquent des troubles de l'attention et de la concentration.

Parmi les 6 ergothérapeutes interrogées, 4 retiennent également des troubles des fonctions exécutives « *troubles de la planification, de l'organisation, de la mémoire de travail* ». Une ergothérapeute a rajouté en plus des troubles du langage : néologisme.

Une ergothérapeute précise : « *On remarque aussi des troubles de la mémoire, des difficultés à retenir les consignes, le déroulement séquentiel d'une activité* ».

Ces troubles sont observés lors des activités, exemple d'un témoignage sur l'activité menuiserie : « *Effectivement une activité comme la menuiserie qui est très très rigoureuse techniquement, on ne peut pas passer d'une étape à une autre sans avoir vraiment terminé la*

première... Où, on demande beaucoup d'anticipation, où il faut se projeter, effectivement, ça se voit très vite. »

Aucune n'utilise d'échelles d'évaluation pour évaluer les troubles cognitifs, *« tout ce que l'on observe, on le note »*.

Question 2 : « Quelles activités proposeriez-vous afin de travailler les troubles cognitifs chez les schizophrènes ? »

Ici, il me semblait intéressant de savoir ce qui peut être proposé pour travailler autour des troubles cognitifs, si cela est proposé et pris en considération en ergothérapie.

Toutes pensent que n'importe quelle activité peut permettre de travailler les fonctions cognitives, tout dépend *« de la manière dont on amène les choses »*. Lorsque la personne est en situation de faire, elle utilise forcément ses fonctions cognitives. Parmi les activités citées on retrouve : la danse, la musique, l'écriture, la menuiserie, l'encadrement, toutes les activités manuelles et l'expression théâtrale.

Une ergothérapeute travaillant en HJA souligne le fait de travailler sur un support unique et n'a donc pas le choix dans la proposition d'activités. Cependant, parmi les autres activités présentes au sein de l'hôpital de jour, certaines permettent de travailler également les troubles cognitifs, mais elle souligne : *« très franchement, je crois qu'au jour d'aujourd'hui dans l'équipe je dois être la seule à prendre ça en considération. »*

Une autre ergothérapeute HJA, dit, ne pas avoir une démarche théorique dans le cadre cognitif.

Toutes les ergothérapeutes interrogées observent les troubles cognitifs chez les schizophrènes mais toutes ne les prennent pas forcément en considération dans le choix de leurs activités.

- L'éveil des sens

Question 3 : « Qu'évoque pour vous l'éveil des sens ? »

A quoi l'éveil des sens fait-il référence pour ces professionnelles.

A cette question j'ai pu observer différents avis :

- Lors de l'entretien 1 : l'ergothérapeute associe l'éveil des sens à : « *la sérénité, l'ouverture aux autres et l'environnement...l'éveil sensori moteur de l'enfant, Snoezelen* »
- Lors de l'entretien 2 : Elle fait référence « *aux stimulations, aux émotions, à l'éveil chez l'enfant* ».
- Lors de l'entretien 3 : l'ergothérapeute a essentiellement fait référence « *aux stimulations de l'environnement qui nous entoure* ».
- Lors de l'entretien 4 : L'ergothérapeute fait référence « *aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, le goût, la vue et le toucher mis en éveil* ».
- Lors de l'entretien 5 : L'ergothérapeute fait référence à l'éveil sensoriel chez l'enfant puis parle de l'éveil des sens dans son activité menuiserie « *...l'atelier menuiserie l'éveil des sens, il est là pour les patients que l'on accueille et qui viennent à la menuiserie pour la première fois, qui sont en adoration parce que ça sent bon le bois...Et beaucoup sur le toucher, un ébéniste ça travaille beaucoup sur le toucher, c'est leur deuxième vue, le toucher pour voir si le collage est bien fait, on est vraiment là- dedans. Et c'est pour ça que certains travaillent plus facilement certaines essences que d'autres, ils ont des préférences par rapport à ça, entre les bois durs et les bois tendres...L'éveil des sens je le vis avec mes patients, effectivement, mais je pense que certains développent ça et d'autres pas tant que ça.*».
- Enfin lors de l'entretien 6 : L'ergothérapeute ne voyait pas à quoi ça pouvait faire référence et disait ne pas tenir compte spécifiquement des sens en psychiatrie.

On peut donc remarquer que beaucoup font référence à l'éveil sensoriel chez l'enfant, une seule ergothérapeute fait un lien avec son travail en psychiatrie.

Question 4 : « Utilisez- vous des activités basées sur l'éveil des sens en ergothérapie avec des patients schizophrènes ? Si oui, dans quelles mesures et pour quels objectifs ? Selon vous, que peuvent apporter ces activités ? »

Cette question me permet de savoir si l'éveil des sens est utilisé en ergothérapie et dans quel but.

Quatre ergothérapeutes m'ont répondu que les activités en psychiatrie faisaient forcément appel aux sens et que « *c'est l'activité en elle-même qui veut ça* », l'éveil des sens n'est pas quelque chose qui est travaillé à part entière, « *ce n'est pas quelque chose que l'on met en avant* ».

Une ergothérapeute souligne : « *moi je travaille ça à travers la menuiserie mais c'est pas l'essentiel loin de là. Avec la menuiserie on travaille sur un support unique, maintenant, ça me semble intéressant de travailler l'éveil des sens avec des patients pour qui l'on sent que c'est un bon support* ».

Voici les activités qui ont été citées parmi les ergothérapeutes utilisant les sens : le modelage, la terre, la pâte fimo, la poterie, la menuiserie, le dessin au doigt, la musique, la danse, l'expression théâtrale et l'activité cuisine.

Les objectifs pour lesquels ces activités sont utilisées :

« *Ces activités ont pour objectifs de travailler le schéma corporel, le toucher, mais aussi l'attention et la mémoire car je prévois toujours un temps de verbalisation à la fin de la séance pour que les patients puissent exprimer leurs ressentis.* » ou « *trouver une porte d'entrée par des stimuli pour arriver à un éveil, ouvrir un sens, avoir conscience de la matière ; extérioriser ses pulsions et les conflits internes, créativité, arriver à un confort physique et mental.* »

Une autre ergothérapeute⁴⁷ m'a répondu « *oui forcément tout le temps, mais ce n'est pas un atelier précis où l'on travaille un sens. Quand je propose une activité, je propose tout de suite des matières...* ». Elle donne en exemple une activité faisant intervenir les sens : « *un atelier danse, au niveau du son, le propre son de son corps... forcément le toucher, on crée un contact... L'objectif est de réveiller les choses qui sont là mais qu'on ne pense pas... c'est de*

⁴⁷ Entretien 2 : réalisé avec une ergothérapeute travaillant en UPA

réveiller chez eux des choses qui sont endormies, dire que ça existe, de rappeler, de prendre conscience de ses capacités »

Nombreux sont les professionnelles qui utilisent des activités faisant intervenir les sens et y trouvent un intérêt mais toutes ne le mettent pas forcément en avant dans la présentation de leur atelier. L'éveil des sens permet de travailler beaucoup de choses, entre autre une prise de conscience de ses capacités et également sont ressortis une fois l'attention et la mémoire. Une ergothérapeute ajoute que l'éveil des sens peut apporter du plaisir et cette notion de plaisir est très importante et présente un avantage pour la prise en charge.

Lorsque j'ai demandé à une ergothérapeute⁴⁸ si elle pensait que l'on puisse travailler le cognitif à partir de l'éveil sensoriel elle m'a répondu :

« Oui complètement, je reste persuadée, je l'ai vécu avec des enfants mais je pense avec mes patients aussi que prendre du temps à cet éveil là, ça puisse permettre de travailler le cognitif, oui. Tout est susceptible de travailler le cognitif de toute façon, l'éveil des sens d'autant plus, tout est prétexte. »

- L'activité percussions

Question 5 : « Avez-vous déjà proposé une activité utilisant des percussions (djembé ou autre) à des patients schizophrènes ? »

Cette question me permet de cibler la population d'ergothérapeute.

Trois ergothérapeutes avaient déjà pratiqué l'activité percussions, une l'avait déjà vue, mais pas expérimentée en tant que professionnelle et deux ne connaissaient pas cette activité.

Question 6 : « Pensez- vous qu'une activité utilisant des percussions puisse permettre de travailler les troubles des fonctions cognitives atteintes chez les personnes schizophrènes (à savoir l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives) ? »

Je cherche à savoir si l'activité percussions est une activité ergothérapique permettant de travailler les troubles cognitifs. Voire, si les ergothérapeutes font un lien entre éveil des sens, percussions et troubles cognitifs ?

⁴⁸ Entretien 5 : réalisé avec une ergothérapeute travaillant en HJA

Réponses des ergothérapeutes n'ayant jamais pratiqué les percussions : les deux ergothérapeutes pensaient qu'il était possible de travailler ces éléments-là avec le rythme, la mémorisation de rythmes, en structurant l'activité de manière à faire ressortir ces éléments. Les mots clés qui en sont ressortis sont rythme et mémoire.

Concernant les autres ergothérapeutes, j'ai pu observer à l'unanimité que toutes pensaient que les percussions permettaient de travailler les fonctions cognitives.

« La percussion fait travailler la mémoire gestuelle, mais aussi la mémoire du jeu, quand on fait des répétitions, il faut retenir ce qui a été fait. Ça demande de respecter les temps de jeu et les temps de silence aussi. Cette activité demande de l'attention, de la rigueur, il faut être capable de répondre aux appels quand on demande à quelqu'un de jouer. Ça demande de l'improvisation, il faut savoir lâcher prise ne pas persévérer quand on n'arrive pas à reproduire ce qui est demandé si c'est le cas, ça demande aussi de la créativité car on peut aussi travailler sur la création de rythme. » Entretien 4

« Oui et beaucoup de choses peuvent être travaillées de manières ludiques et de façon tout à fait accessible avec la percussion. Tu mets la personne en situation de faire et déjà l'écoute de quelqu'un qui te guide sur une base du rythme... Pour que le son puisse continuer il faut que tu sois à l'écoute, que tu comprennes le son et d'où il vient. La mémoire, l'attention sont mises en jeux ainsi que toutes les fonctions exécutives. Tu pars d'une sensation, un bruit à reproduire, un son à inventer qui demande de se concentrer, de mémoriser et avant cela cette sensation doit être reconnue. Beaucoup de sens sont sollicités : l'ouïe, la vue, le toucher. La personne doit faire abstraction de ce qui se passe autour afin d'optimiser son action ce qui n'est pas évident chez les personnes schizophrènes. Il y a beaucoup d'efforts à faire. Mais de ce que j'ai pu voir, toutes les manifestations symptomatiques de la schizophrénie étaient diminuées pendant les séances » Entretien 1

« Au niveau de l'attention, oui, parce que c'est aussi la part que tu prends en compte de l'autre, de toi, du son que tu produis, mais ça va aussi de la place que tu concèdes à l'autre, dans le groupe c'est d'écouter l'autre pour lui laisser le temps par exemple de jouer, d'exprimer, de produire un son à un moment donné. Et puis quelle place aussi tu prends dans le groupe : est ce que tu entends ? Est ce que tu n'entends pas ?, écouter l'autre... J'en suis intimement persuadé que ça va jouer sur l'attention, sur les fonctions exécutives » Entretien 2

« Oui ça c'est sûr, je pense que ce serait même une activité phare. La percussion permet de travailler tout ce qui est attentionnel, il faut faire vraiment attention, garder le rythme, même pour quelqu'un qui n'est pas schizophrène, c'est vachement compliqué, donc effectivement en plus avec la maladie... Il y a aussi tout ce qui est mémoire qui est énorme parce que les rythmes il faut pouvoir s'en souvenir, tout ce qui est apprentissage et mémoire, d'une séance sur l'autre il faut s'en souvenir, l'attention, la concentration... Tout ce qui est théorie de l'esprit également, parce que là c'est dans le regard de l'autre, c'est dans la mimique de l'autre. On sait que, souvent il y a un animateur qui va changer de rythme, et c'est à force de voir cette attitude là que l'on sait qu'il va y avoir un changement de rythme et finalement les patients sont très réceptifs par rapport à ça et ça marche, vraiment ça marche ! » Entretien 5

D'après les entretiens, il semble donc pertinent d'utiliser les percussions afin de travailler les troubles cognitifs. Les percussions font travailler l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives. La plupart des ergothérapeutes soulignent l'utilisation des sens l'ouïe, la vue, le toucher dans cette activité.

3. Discussion

Dans cette partie je discuterai les résultats des entretiens en lien avec la partie théorique.

Grâce à mes entretiens, j'ai pu remarquer que les troubles cognitifs sont bien présents et observés chez les schizophrènes et ce quelque soit la structure. Pour certaines ergothérapeutes, les troubles cognitifs sont certes présents, mais ce n'est pas un critère pris en compte dans le choix des activités ou dans leur démarche en ergothérapie.

On pourrait alors se demander pourquoi les troubles cognitifs ne sont-ils pas spécifiquement pris en charge en ergothérapie. Plusieurs répondent que « *ce sont de nouvelles théories* », que « *peut être ces troubles sont liés au traitement* » et « *qu'ils ne sont pas habitués à prendre en charge les patients schizophrènes sous cet angle là* ». Elles disent en tenir compte, mais ne choisissent pas leurs activités en fonction de ces troubles. Certes le traitement peut entraîner des troubles cognitifs, mais même en l'absence de traitement, ces troubles cognitifs sont observés et si l'on reprend ce que le Dr Lesieur disait dans la revue Réadaptation : « *certaines études montrent que les troubles de l'attention et des fonctions exécutives sont présents dès l'enfance, avant les premiers symptômes positifs* »⁴⁹, donc le traitement n'est pas la seule cause des troubles cognitifs.

De plus, l'intérêt porté aux troubles cognitifs dans la schizophrénie est relativement récent et ce n'est pas encore pris en considération dans la pratique de tous les ergothérapeutes.

Enfin, pour les évaluations en psychiatrie, il est constaté que rare sont les ergothérapeutes qui utilisent des évaluations pour spécifier les troubles cognitifs. Des évaluations existent mais ne sont pas forcément spécifiques à la schizophrénie (même si elles sont utilisables pour cette pathologie), ce qui peut expliquer le fait qu'elles ne soient pas utilisées. La réalisation d'évaluations en ergothérapie en psychiatrie tenant compte de l'ensemble des symptômes de la schizophrénie pourrait permettre une meilleure prise en considération des troubles cognitifs.

Concernant l'éveil des sens, j'ai pu constater que cet outil permettait de travailler de nombreuses choses et en outre les fonctions cognitives. En effet, l'éveil des sens de part le cheminement de l'information permet de travailler les fonctions cognitives mais il permet

⁴⁹LESIEUR P, Op.cit., p 27

également de travailler d'autres troubles à savoir le schéma corporel, la délimitation du corps, la prise de conscience de ses capacités. De ces entretiens l'éveil des sens est ressorti davantage dans sa dimension sensorielle.

Cependant les sens sont très utilisés dans les activités ergothérapeutiques et beaucoup y trouvent un intérêt mais cela est très peu souligné. C'est un élément qui est souvent considéré comme sous-jacent à l'activité donc très peu avancé dans la présentation d'une activité. En effet, à partir du moment où l'on est en situation de faire quelque chose les sens interviennent, cependant ils sont très peu mis en avant car ils ne sont pas nécessairement considéré comme une porte d'entrée pour le travail des troubles cognitifs. Or, les sens ont également un impact sur la dimension cognitive : ils interviennent dans le traitement de l'information, la compréhension. Même si ces deux dimensions sont indissociables l'une a été davantage mise en avant.

A propos de l'activité percussions, nous avons pu constater que cette activité est un bon support au travail des troubles cognitifs mais que ce n'est pas le seul et que de nombreuses activités peuvent être proposées à condition d'orienter cette dernière vers ce que l'on veut travailler. Il a été souligné l'importance de la notion de plaisir dans l'activité, en effet c'est un élément essentiel pour faciliter la « thérapeutique » de l'activité et l'accompagnement du patient en ergothérapie. De plus, tout ce qui a été souligné dans la partie conceptuelle sur l'activité percussions s'est retrouvé vérifié par les entretiens auprès des ergothérapeutes. Les percussions permettent de travailler l'attention, la mémoire de travail ainsi que les fonctions exécutives. Certains disent même observer une diminution des symptômes lors de l'activité. Tous les ergothérapeutes ayant pratiqué cette activité auprès de patients schizophrènes y ont trouvé un grand intérêt pour le patient.

De ces entretiens et de l'étude de cas est ressorti le fait que les percussions permettent de travailler à partir de plusieurs sens comme la vue, l'ouïe et le toucher et d'avoir une action sur les capacités cognitives. Les entretiens ont permis de constater que l'éveil des sens n'est pas vu sous un angle « cognitif ». Effectivement, à première vue, l'éveil des sens ne semble pas être utilisé pour travailler les troubles cognitifs, il est plus utilisé dans une démarche de structuration corporelle (schéma corporel, stimulation, réveil, extériorisation des pulsions...). Cependant, il n'a pas été nié que l'éveil des sens puisse permettre de travailler les troubles cognitifs. De plus, l'éveil des sens est ressorti comme étant un support intéressant.

L'activité percussions permet de travailler la dimension « sensorielle » des sens ainsi que la dimension « cognitive ».

V. SYNTHÈSE ET LIMITES DE MON TRAVAIL

Mon hypothèse était : « **l'activité percussion en favorisant un éveil de plusieurs sens permet de travailler les troubles cognitifs présents chez les personnes schizophrènes** ».

De par mon cas clinique et mes entretiens on peut considérer que mon hypothèse est validée, cependant peu d'ergothérapeutes ont perçu à première vue le lien entre éveil des sens et troubles cognitifs et utilisent peu ce mode d'entrée pour travailler les troubles cognitifs présents chez les personnes schizophrènes.

Au cours de cette recherche, mes principales difficultés se sont trouvées dans la réalisation des entretiens tant dans la conception du guide que dans la passation.

Concernant les questions du guide d'entretien je me suis retrouvée confrontée à plusieurs difficultés :

Mes questions n'étaient pas toujours suffisamment claires ou suffisamment ciblées, parfois les ergothérapeutes « débordaient » de la question et il m'a été difficile parfois de recadrer (surtout dans les questions concernant l'éveil des sens et les activités permettant de travailler les troubles cognitifs)

Aussi, je n'ai pas effectué tous mes entretiens à la même période. La réalisation des premiers entretiens a été difficile certainement parce qu'il était moins clair pour moi de savoir exactement ce que je cherchais au départ. Au cours de mon travail ma réflexion a évolué et je me suis sentie plus à l'aise et plus à même d'intervenir et d'échanger lors des entretiens. De ce fait j'ai changé certains points, ajouté certaines questions qui m'ont permis de mieux répondre à ma problématique mais ce qui a également compliqué l'analyse de mes entretiens. Cela a certainement limité le contenu et des éléments n'ont peut-être pas pu être évoqués par les ergothérapeutes lors des premiers entretiens.

A propos des critères de choix des ergothérapeutes, je n'ai pas remarqué de différences par rapport à la considération des troubles cognitifs selon l'âge des ergothérapeutes, mais je n'ai interviewé que 6 personnes ce qui ne me permet pas d'en tirer une conclusion formelle, il faudrait interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes.

Il aurait été intéressant d'interroger des patients pratiquant l'activité percussions afin de voir s'ils exprimaient leurs ressentis par rapport aux sens mis en éveil lors de cette activité, ce que cette activité leur apporte.

Ce travail a été très intéressant et très formateur, je pense que cette initiation à la recherche est essentielle pour évaluer nos pratiques en tant que professionnel et les faire évoluer.

Ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances et une approche dans la prise en charge ergothérapique des patients schizophrènes. Suite à ce travail, je pense qu'en tant que professionnelle je tiendrai compte de l'éveil des sens comme une porte d'entrée intéressante en vue de travailler les troubles cognitifs.

CONCLUSION

Pour conclure, nous pouvons retenir que les troubles cognitifs sont bien présents chez les personnes schizophrènes et que, de plus en plus d'ergothérapeutes commencent à étendre leur pratique vers ce déficit. En effet, la prise en compte des troubles cognitifs semble être un élément à ne pas négliger afin de contribuer à une prise en charge holistique de la personne. Il serait donc intéressant de les prendre en considération dans l'évaluation et la mise en place d'activités ergothérapeutiques auprès de ces patients.

Pour travailler les fonctions cognitives il ne faut négliger aucunes portes d'entrée. Comme nous l'avons vu à travers ce mémoire les sens semblent être une porte d'entrée intéressante. De plus, toutes les activités ergothérapeutiques font intervenir les sens, l'important est donc de les exploiter dans toutes leurs dimensions.

Parmi les activités utilisés en ergothérapie, l'activité percussions même si peu connue et utilisée en ergothérapie, s'est révélée être un moyen intéressant qui par l'éveil des sens permet de travailler les troubles des fonctions cognitives atteintes chez l'adulte schizophrène.

Ce travail par un éveil de plusieurs sens en agissant sur les troubles cognitifs est pertinent dans la mesure où il permet de contribuer à une meilleure autonomie du patient dans la vie quotidienne.

Les troubles cognitifs chez l'adulte schizophrène peuvent être de vrais facteurs limitants, c'est pourquoi le travail des troubles cognitifs peut également avoir un intérêt en vue de la réhabilitation de l'adulte schizophrène.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ANFE, *Techniques psycho corporelles en ergothérapie*, formatrice : marie jaqueline CHEVALIER-GRIMAL, 2005

Association Hospitalière de Bretagne, *Optimisation de la prise en charge des patients souffrant de psychose*, mars 2006, formateur : François BERTHOLON, psychiatre, 21p

BAGOT JD, *Information, sensation et perception*, Paris : édition Armand Colin, 1999, (collection Cursus- psychologie), 192p

CAIRE J M, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, Marseille : Solal, 2008, 358p

DA SILVA Katy, *Ergothérapie au cœur de la réadaptation*, In HERNANDEZ H (directeur de publication), *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance à la réadaptation*, Marseille : Solal, 2007, 326p

DSM-4-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^{ème} édition, texte révisé, Paris : Masson, 2004, 1065p

GARNIER DELAMARE, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 29ème édition, Paris : Maloine, 2006, 1048p

GEORGIEFF N, *La Schizophrénie : un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*, Paris : Flammarion, mai 1995, (collection Dominos), 127p

GIL R, *Neuropsychologie*, 4^{ème} édition, Masson, 2006, (collection abrégés), 414p

GEORGIEFF N, *Qu'est ce que la schizophrénie ?* Paris : Dunod, 2004 (collection Les Topos), 128p

HAOUZIR S, BERNOUSSI A, *Les schizophrénies*, Paris : Armand Colin Editeur, juin 2007, 123p

KUPPERSCHMITT J, *La musicothérapie en clinique adulte, ou l'expérience active de la musique dans un hôpital psychiatrique*, Paris : L'harmattan, 2000, 262p

LEMPERIERE T, FELINE A, *Psychiatrie de l'adulte*, Liège : Masson, 2004, (collection Abrégés), 407p

MOHAMED SAOUD, THIERRY D'AMATO, *La schizophrénie de l'adulte, des causes aux traitements*, Paris : Masson, août 2006, (collection les ages de la vie), 234p

O M S, *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2001, 304p

ROBERT P, *Petit Robert*, sous la direction de Josette Rey- Debove et Alain Rey, Paris : robert, 1996, 2551p

PEDINIELLI J-L, GIMENEZ G, *Les psychoses de l'adulte*, Paris : Nathan, oct. 2002, (collection psychologie 128), 127p

PERETTI, MARTIN, FERRERI, *Schizophrénie et cognition*, Montrouge : John Libbey eurotext), mai 2004, (collection pathologie, science, formation, 131p

PIERQUIN L, ANDRE JM, FARCY P, *Abrégé d'ergothérapie*, Paris : MASSON, nouvelle présentation 1996, 414p

POSTEL J, *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris : Larousse, 2003, 531p

QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3ème édition, Paris : Dunod, 2007, 284p

WINNICOTT, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris : Gallimard, 1975, 212p

Articles :

HERVY BERNARD, les sens de la vie, *Soins gériatrie*, 2006, n°57, pp28- 30

CAULLIEZ Marion et PERRET Julia, La sensorialité en ergothérapie, une nouvelle approche de l'activité thérapeutique, *Journal d'Ergothérapie*, dec 2005, n° 20, p37- 42.

BELL M, FISZDON J, Remédiation cognitives et thérapies occupationnelles dans le traitement ambulatoire du patient souffrant de schizophrénie, *Santé mentale au Québec*, 2004, vol 29, n°2, pp 117-142

PIBAROT ISABELLE, l'activité, outil thérapeutique, *Journal d'Ergothérapie*, ANFE, 1982, n°4, pp28-29

PIBAROT Isabelle, Dynamique de l'ergothérapie, essai conceptuel, *Journal d'ergothérapie*, ANFE, n°26, 1978

Dr LESIEUR Philippe, Rééducation cognitive : un enjeu en psychiatrie, l'exemple de la schizophrénie, *Réadaptation*, mars 2004, n° 508, pp26-28

Mémoires :

Hélène Clavreul, *Rythme et psychose* , Diplôme d'état d'ergothérapie juin 1997, Université Paris 12^{ème} , in *Journal d'Ergothérapie*, vol 20/ 1, Mars 1998 pp 2-11

BRAZO. P, *Schizophrénie : une pathologie de la cognition, dysfonctionnement cognitif et schizophrénie*, 2007, DU neuropsychologie clinique, Université de Caen.

Sites :

Site du gouvernement, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, une définition légale du handicap, *Loi Handicap* [en ligne]. Disponible sur Internet : http://www.handicap.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=3 (consulté le 5 mai 2008)

Site ANFE : Association nationale Française des Ergothérapeutes, *Ergothérapie, réglementation, décret d'actes* [en ligne], date de mise à jour non disponible. Disponible sur Internet : http://www.anfe.fr/espace_etudiant/ergo_public.php?prov=ergo_public&univ=4 (consulté le 27 avril 2008)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition « sens »

ANNEXE 2 : Décret d'actes

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

ANNEXE 4 : Entretien réalisé avec une ergothérapeute travaillant en HJA

ANNEXE 1 : DÉFINITION « SENS »

Le Grand Robert (1997) nous dit pour sens :

Si l'étymologie de sens est : 1080, Chanson de Roland; lat. *sensus* «action, manière de sentir; sentiment; pensée; signification».

◇ 1. Faculté d'éprouver les impressions que font les objets matériels (> Sensation); chaque système récepteur unitaire d'une modalité spécifique de sensations, correspondant, en gros, à un organe déterminé.

◇ 2. (Au pluriel). LES SENS : source de plaisirs.

◇ 3. LE SENS DE..., LE SENS (et adj.) : «faculté de connaître d'une manière immédiate et intuitive (comme celle que paraissent manifester les sensations proprement dites)», Lalande.

*II. Vx. Faculté de bien juger.

◇ 1. > Discernement, entendement, jugement, raison. Un grand sens (– Haut, cit. 45; héros, cit. 10).

◇ 2. (1167). BON SENS. [a] Philos. (chez Descartes). Vx. Raison*.

[b] Mod., cour. Capacité de bien juger, sans parti pris, sans passion, en présence de problèmes, de questions qui ne peuvent être résolus par un raisonnement rigoureux, scientifique.

◇ 3. SENS COMMUN (lat. *sensus communis*) : manière de juger, d'agir commune à tous les hommes (qui équivaut au bon sens). – Égarement, cit. 5; projet, cit. 3.

◇ 4. (Dans à mon, à son sens..., dans le sens, en un sens, etc.). Manière de comprendre, de juger (d'une personne). > Avis, gré, opinion, point (de vue), sentiment.

On trouve alors comme synonyme et antonyme :

> Sensation

> Goût, odorat, ouïe (cit. 1 et 2), tact ou toucher, vue (– Exercice, cit. 9; receler, cit. 1).

> Sensible.

> Sensoriel.

> Saisir (– Attentif, cit. 4; épouvanter, cit. 12; et aussi confondre, cit. 8).

> Palpable, perceptible, tangible, visible.

> Évident (– Industrie, cit. 11).

> Volupté.

> Chair, libido.

> Amoureux, sensuel; chaleur, concupiscence, sensualité, tempérament.

Si l'étymologie renvoie à : Déb. XIIe, *sen*; germanique *sumo* «direction», avec influence de *sens*.

*I.

◇ 1. Math., cour. Ordre dans lequel un mobile parcourt une série de points; mouvement orienté.

◇ 2. (Abstrait). Ordre (des éléments d'un processus).

*II.

◇ 1. Direction*; position* d'une droite dans un plan, d'un plan dans un volume.

◇ 2. Loc. SENS DESSUS DESSOUS [*säd(O)sydsu*] loc. adv. (1562, Ronsard, dans la forme

moderne; pour c'en dessus dessous, anc. franç., littéral «ce (qui est) en dessus (étant) dessous», par rapprochement sémantique; écrit dès le XVIIe sans dessus dessous).

On trouve alors comme synonyme et antonyme :

- > Orienter.
- > Tropisme.
- > Direction (II., 1.).
- > Fil.
- > aussi Réversible.
- > Inversion.
- > Contre-, contre-courant, contrepoil, contresens, rebours (à). -
- > Flèche.

ANNEXE 2 : DÉCRET D'ACTES

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE du 21 novembre 1986
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie

Le Premier ministre.

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi.

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L 372 et L 893

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales

Vu le décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 ponant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète

Art 1^{er} - Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ou la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, 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, pour - leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles

2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L 487 du code de la santé publique, permettant d'accomplir actes définis au 3°

3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail

La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel

La rééducation de la sensori-motricité;

La rééducation des repères temporo-spatiaux

L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante

Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation :

Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations-

La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création

Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social

L'expression des conflits internes.

4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement :

Art. 2. - Peuvent accomplir les actes professionnels mentionnés à l'article 1er :

1° Les titulaires du diplôme d'Etat français d'ergothérapeute

2° Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des établissements hospitaliers publics, les infirmiers et infirmières intégrés, en application des dispositions de l'article L. 893 du code de la santé publique, dans un emploi d'ergothérapeute avant le 11 avril 1983.

Art. 3. - Peuvent également accomplir les actes mentionnés à l'article 1er les salariés ayant exercés à titre principal, l'activité d'ergothérapeute pendant une durée au moins égale à trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à un contrôle des connaissances. Ce contrôle comporte, d'une part des épreuves communes à l'ensemble des candidats, d'autre part, sur option des candidats, des épreuves de vérification des connaissances en matière soit de rééducation et réadaptation fonctionnelles, soit de santé mentale, soit de gériatrie.

les modalités d'organisation du contrôle des connaissances, la nature et le contenu des épreuves ainsi que la composition du jury sont définis par arrêté du ministre de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédical.

Les personnes ayant satisfait à ce contrôle ne peuvent, selon leur option accomplir les actes énumérés à l'article 1er du présent décret que dans des établissements ou services assurant des traitements, respectivement, de rééducation et réadaptation fonctionnelles, de lutte contre les maladies mentales ou de gériatrie.

Art. 4 - Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 21 novembre 1986.

JACQUES CHIRAC

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi.

PHILIPPE SÉGUIN

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille.

MICHÈLE BÂRZACH

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Question 1 : Avez-vous déjà observé la présence de troubles cognitifs chez les personnes schizophrènes ? Si oui, quels sont-ils ?

Question 2 : Comment se manifeste selon vous ces troubles ?

Question 3 : Quelles activités proposeriez- vous afin de travailler les troubles cognitifs chez les personnes schizophrènes ?

Question 4 : Qu'évoque pour vous l'éveil des sens ?

Question 5 : Utilisez vous des activités basées sur l'éveil des sens en ergothérapie avec des patients schizophrènes ?

Si oui, dans quelles mesures et pour quels objectifs ? Selon vous que peuvent apporter ces activités ?

Question 6 : Avez-vous déjà proposé une activité utilisant des percussions (djembé ou autre) à des patients schizophrènes ?

Question 7 : Pensez vous qu'une activité utilisant des percussions puisse permettre de travailler les troubles des fonctions cognitives atteintes chez les personnes schizophrènes (à savoir l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives) ?

ANNEXE 4 : Entretien réalisé avec une ergothérapeute travaillant en

HJA.

Question 1 : « Avez-vous déjà observé la présence de troubles cognitifs chez les schizophrènes ? Si oui, quels sont-ils ? »

« Oui effectivement moi je suis ergothérapeute dans un atelier de menuiserie, et les troubles cognitifs on les voit très rapidement dans l'activité. Ils sont souvent d'ordre exécutifs, des troubles des fonctions exécutives : des troubles de la planification, de l'organisation, de la mémoire de travail. En gros c'est surtout ça. Effectivement une activité comme la menuiserie qui est très très rigoureuse techniquement, où on ne peut pas passer d'une étape à une autre sans avoir vraiment terminé la première, où on demande beaucoup d'anticipation, où il faut se projeter, effectivement, ça se voit très vite. »

Question 2 : « Comment se manifeste selon vous ces troubles ? »

« On sollicite beaucoup les productions personnelles, les patients arrivent ils n'ont pas forcément d'idées sur ce qu'ils vont faire. Mais à force de voir les autres faire ceci ou cela, ils ont des idées, ils vont avoir assez naturellement et assez rapidement envie de se faire une petite table, une étagère selon leur logement, selon leur condition de vie... Et là on commence dès le départ à leur demander de faire un plan de ce qu'ils ont envie de faire selon leurs capacités. Alors, certains ont déjà touché le bois ; ils vont peut être assez rapidement aller vers un objet qui est plus complexe techniquement j'entends, d'autres... jamais, donc ils font des choses plus simples on les oriente, le but n'est pas du tout de les mettre en échec au contraire. Et donc déjà rien que de faire le plan ça sollicite énormément les fonctions cognitives. De manière générale faire un plan en 2D c'est pas évident. Retranscrire ce que l'on a dans la tête, l'idée que l'on a du petit meuble sur papier, ce n'est pas évident avec des cotes, en respectant les cotes de l'appartement. Et dans un deuxième temps, lorsque le plan est fait, donc ça peut prendre plusieurs séances, on les aide, là on se rend compte des difficultés et on commence déjà l'accompagnement, de vraies techniques de rééducation par rapport à ça, on reprend étape par étape, on reprend tout à la base, ensuite on met en place les fiches de débit, c'est-à-dire que l'on demande le calcul du cubage. Donc là les problèmes de mathématiques, ça peut être très compliqué : Combien il faudra de planches ? Combien

vont faire les planches et quelle épaisseur ? On demande le cubage et on se rend compte que ça peut être très très compliqué pour eux. »

« Est-ce que vous évaluez les troubles cognitifs en ergothérapie ? »

« Non, moi j'ai pas de grille du tout, j'ai pas trouvé de grille qui me correspondait bien. Il y a plein de grilles au niveau des traumatisés crâniens qui sont utilisées et qui sont valables en psychiatrie mais qui ne sont pas assez complémentaires parce que effectivement les TC c'est surtout fonctions exécutives et mémoire de travail, des fois le souci est bien plus global ; tout ce qui est difficultés par rapport au corps, à l'espace, c'est pas forcément pris en compte dans ces grilles là donc je me trouve très vite très limitée. Ce que je fais, je note toutes les observations, les difficultés rencontrées et je consulte régulièrement mes notes. »

Question 3 : « Quelles activités proposeriez vous afin de travailler les troubles cognitifs chez les schizophrènes ? »

« Nous, on a pas trop le choix par rapport aux activités, on est dans un atelier de menuiserie avec un support unique, maintenant dans l'unité d'ergothérapie il y a d'autres ateliers. Ce serait plus de la réorientation d'un patient qui est en difficulté avec une technique qui est complexe le bois, si on voit que c'est difficile et qu'il est en échec, que c'est compliqué pour lui on va pas continuer dans le sens là, petit à petit, on va l'amener à choisir un autre atelier, d'autres activités qui lui permettront d'être moins en échec et garder quand même l'activité manuelle comme support. On l'orienterait vers la poterie ou vers l'informatique, ça dépend. Par contre, si on veut pour un patient qui est en difficultés mais qui arrive quand même, mais que l'on veut l'orienter vers une autre activité, et bien là c'est compliqué parce que effectivement s'il change de support il change de thérapeute et donc il aura une autre vision des choses, l'ergothérapeute ne sera pas forcément dans le cognitif ou dans autre chose. Moi, personnellement, je ne peux pas expérimenter d'autres activités. La menuiserie, c'est tout. Maintenant, la menuiserie c'est très vaste. A l'intérieur de l'activité on peut varier les difficultés. »

« Et quelles sont les activités proposées dans la structure ? »

« L'encadrement, la menuiserie, la terre : modelage, atelier de créativité, un atelier bric à brac, cuir, informatique. »

« Sont- elles utilisées dans un but de travailler les troubles cognitifs ? »

« Non, très franchement, je crois que au jour d'aujourd'hui dans l'équipe je dois être la seule à prendre ça en considération. Mais c'est parce que ce n'est pas dans la mouvance mais ça le sera, moi je suis convaincu que ça le sera un jour mais là pour le moment pas du tout. »

Question 4 : « Qu'évoque pour vous l'éveil des sens ? »

« D'emblée, moi je pense aux enfants dans le sens d'éveil, mais avec mes patients je me rends compte avec l'atelier menuiserie que l'éveil des sens il est là pour les patients que l'on accueille et qui viennent à la menuiserie pour la première fois, et qui sont en adoration parce que ça sent bon le bois, c'est agréable. Des choses auxquelles nous nous ne faisons plus forcément attention parce que l'on y est toute la journée, on ne sent plus ces choses et les patients apprécient vraiment et ça leur fait ça longtemps... Et beaucoup sur le toucher, un ébéniste travaille beaucoup sur le toucher, c'est leur deuxième vue, le toucher pour voir si le collage est bien fait, on est vraiment là- dedans. Et c'est pour ça que certains travaillent plus facilement certaines essences que d'autres, ils ont des préférences par rapport à ça. Certains font pas mal de tour à bois ou de sculpture et là le toucher est super important. L'éveil des sens je le vis avec mes patients effectivement mais je pense que certains développent ça, et d'autres, pas tant que ça. Y'en a pour qui c'est difficile. »

Question 5 : « Utilisez vous des activités basées sur l'éveil des sens en ergothérapie avec des patients schizophrènes ? Si oui, dans quelles mesures et pour quels objectifs ? Selon vous que peuvent apporter ces activités ? »

« Alors moi je travaille ça à travers la menuiserie, mais ce n'est pas l'essentiel loin de là. Avec la menuiserie on travaille sur un support unique maintenant ça me semble intéressant de travailler avec des patients pour qui l'on sent que c'est un bon support. »

« Est-ce que vous pensez que l'on puisse travailler le cognitif à partir de l'éveil sensoriel ? »

« Oui complètement, je reste persuadée, je l'ai vécu avec des enfants mais je pense avec mes patients aussi que prendre du temps à cet éveil là, ça puisse permette de travailler le

cognitif, oui. Tout est susceptible de travailler le cognitif de toute façon, l'éveil des sens d'autant plus, tout est prétexte. »

« Qu'est-ce que selon vous l'éveil des sens puisse apporter à un schizophrène ? »

« Si je me réfère à l'atelier terre, c'est vraiment très étonnant de voir que certains patients schizophrène prennent un plaisir quasi primaire quasi infantin de travailler la terre, ce toucher froid, humide, gluant, ils ont un véritable plaisir par rapport à ça, d'autres pour qui c'est insupportable. Là, c'est plus par rapport au toucher.

Sinon, il y a le plaisir aussi, nous à la menuiserie les patients nous arrive, ils ont tous la volonté de travailler le bois donc il y a déjà les trois quarts du boulot de fait, ils sont motivés, parce que l'odeur leur plaît, le support leur plaît, parce qu'ils ont envie de savoir, ils sont tous motivés. Et c'est un avantage, la notion de plaisir elle est là d'emblée. Ca ne m'est jamais arrivé de voir mes patients dégoûtés partir mais ça peut peut-être arriver, ça peut être à cause du cognitif mais il faut prévoir une réorientation vers une autre activité car mettre en échec c'est pas bien du tout. Effectivement on réaxe la prise en charge et on oriente le patient vers une activité moins technique, demandant moins de capacités cognitives. »

Question 6 : « Avez-vous déjà proposer une activité utilisant des percussions (djembé ou autre) à des patients schizophrènes ? »

« Non, mais je l'ai vu faire quand j'étais en stage en hôpital de jour avec des schizophrènes et j'ai davantage développé l'aspect danse et de l'autre côté on avait un animateur, quelqu'un qui venait de l'extérieur pour proposer du djembé. Moi je me suis plus occupée du groupe de danse mais c'est effectivement avec les patients schizophrènes que se faisaient les percussions. J'ai trouvé hallucinant, des gens qui étaient complètement renfermés sur eux, aucune communication n'était possible qui étaient capables de garder un rythme pendant très longtemps, d'être capter par le regard de l'animateur parce que c'est lui qui donnait les changements de rythme. Là, effectivement, les capacités attentionnelles sont telles, que l'on pourrait vraiment s'imaginer que ce serait impossible avec certains patients, et bien si ! »

Questions 7 : « Pensez vous qu'une activité utilisant des percussions puisse permettre de travailler les troubles des fonctions cognitives atteintes chez le schizophrène (à savoir l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives) ? »

« Oui ça c'est sur, je pense que ce serait même une activité phare. »

« Et qu'est ce qui selon vous dans les percussions puisse permettre de travailler les troubles cognitifs ? »

« Tout ce qui est attentionnel, il faut faire vraiment attention, garder le rythme, même pour quelqu'un qui n'est pas schizophrène c'est très compliqué, donc effectivement en plus avec la maladie. Il y a aussi tout ce qui est mémoire de travail, apprentissages, il y a vraiment des choses à faire, attention, concentration. Il y a aussi tout ce qui est mémoire qui est énorme, parce que les rythmes, il faut pouvoir s'en souvenir, tout ce qui est apprentissage et mémoire, d'une séance sur l'autre il faut s'en souvenir. Tout ce qui est théorie de l'esprit également, parce que là, c'est dans le regard de l'autre, c'est dans la mimique de l'autre, on sait que, souvent il y a un animateur qui va changer de rythme, et c'est à force de voir cette attitude là, que l'on sait qu'il va y avoir un changement de rythme et finalement les patients sont très réceptif par rapport à ça et ça marche, vraiment ça marche ! Tout schizophrène peut s'y retrouver, de part déjà, la notion de plaisir. Même si le patient est en difficulté on a toujours du bonheur par rapport à ce qui est sensorielle, on a toujours du bonheur à faire du bruit, à ce que ce soit rythmé et à ce que ça ait un sens .Il faut proposer un support et si le patient en tire des bénéfices et bien il faut continuer dans ce sens là. Et puis, si ça ne plaît pas parce que c'est trop difficile il ne faut pas insister. On met l'activité en expérimentation, ça marche temps mieux, ça marche pas on essaie autre chose. »

Résumé :

La schizophrénie est une maladie chronique qui touche environ 1% de la population en France. Elle se caractérise par plusieurs symptômes : le délire, les hallucinations et le repli autistique entre autre. Mais il ne faut pas oublier que plus de 85% des personnes schizophrènes présentent des troubles cognitifs. Comment sont-ils pris en charge en Ergothérapie ?

La plupart des activités ergothérapeutiques en psychiatrie font intervenir les sens : l'ouïe, l'odorat, le toucher, le goût et la vue. Dans quelle mesure ces cinq sens peuvent-ils être une porte d'entrée à un travail sur les troubles cognitifs ?

Pour étudier ce rapport entre sens et troubles cognitifs, j'ai choisi de m'intéresser à une activité peu utilisée en ergothérapie mais très pertinente : l'activité percussions.

Mots-clefs :

- **schizophrénie**
- **troubles cognitifs**
- **éveil des sens**
- **activité percussions**
- **ergothérapie**