



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

La créativité de la personne atteinte de schizophrénie au sein du groupe thérapeutique.



L'arbre rouge, Piet Mondrian, 1909

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

Sous la direction de Mme Audrey Ménil

Cécile Galizzi

Session Juin 2017

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

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu se faire sans le concours de nombreuses personnes auxquelles je souhaiterais exprimer ma reconnaissance.

En premier lieu, je désire adresser ma profonde gratitude à Audrey Ménil, ma directrice de mémoire pour son investissement, son soutien, et ses conseils avisés.

Ma reconnaissance va également aux ergothérapeutes ayant participé aux entretiens exploratoires qui ont su m'éclairer sur mon sujet de recherche: Marie Vujanovic, Dominique Sement, Muriel Launois, Christine Bagnères et Monique Donaz.

Ensuite, j'aimerais remercier tous les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mon enquête. Leur expérience qu'ils ont bien voulu me transmettre a considérablement enrichi le contenu de cette étude.

J'exprime mes remerciements à l'équipe pédagogique de l'ADERE qui m'a guidée dans ce processus d'initiation à la recherche.

Enfin, un grand merci à mes proches qui m'ont sans cesse soutenue et conseillée.

La créativité de la personne atteinte de schizophrénie au sein du groupe thérapeutique.

Mots clés : Créativité - schizophrénie - ergothérapie - groupe – interactions

Les capacités créatives permettent d'entrer en relation avec l'environnement par la création d'une perception subjective compatible avec la réalité. Ces capacités peuvent être défaillantes chez la personne atteinte de schizophrénie à prédominance dissociative. L'objectif de ce mémoire est de déterminer si les interactions groupales au sein des groupes fermés et semi-fermés étayent la créativité de la personne atteinte de schizophrénie. L'outil d'étude est un questionnaire adressé aux ergothérapeutes exerçant en extrahospitalier sur le territoire français et travaillant la créativité auprès de patients atteints de schizophrénie. Dix ergothérapeutes y ont répondu. Les résultats montrent que les interactions groupales d'un groupe fermé ou semi-fermé participent au soutien de la créativité de la personne schizophrène. Cette qualité d'étayage est cependant fortement conditionnée par les compétences et l'attitude de l'ergothérapeute qui guide le groupe. Par ailleurs, d'autres moyens d'étayage ont été mis en évidence dans cette étude.

Keywords : Creativity –schizophrenia- Occupational therapy- group – interactions

Creative abilities allow to establish a relation with the environment, through the creation of a subjective perception, which is compatible with reality. These abilities may be failing for the person with schizophrenia with predominant dissociation. The goal of this study is to determine whether participants' interactions in closed or semi-closed groups, supports the creativity of the person with schizophrenia. The study tool was a questionnaire addressed to occupational therapists working in outpatient day structures in France, and working on creativity with patients suffering from schizophrenia. Ten occupational therapists responded to the questionnaire. The results show that closed or semi-closed groups' interactions contribute to the creativity of the person with schizophrenia. However, the quality of support is actually conditioned by the skills and attitude of the occupational therapist guiding the group. Otherwise, other means of creativity support were identified in this study.

Cécile Galizzi

Sous la direction de Madame Audrey Ménil

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
A) LE CADRE CONCEPTUEL	4
D) La schizophrénie	4
1) Généralité	4
a) La sémiologie	4
b) Schizophrénie et prédominance de la dissociation.....	5
2) Une définition de la créativité	7
3) Les origines de la créativité.....	7
a) Le passage de l'illusion à la désillusion	7
b) L'objet transitionnel et les phénomènes transitionnels	8
4) Créativité et schizophrénie : Troubles du développement psychoaffectif.....	9
5) Conséquences d'une défaillance de la créativité chez la personne schizophrène	9
II) L'ergothérapie : l'agir créatif	11
1) Intérêt de la créativité dans l'épanouissement psychique et la vie quotidienne.	11
a) Créativité et quête de soi	11
b) Créativité : de la dépendance totale à l'autonomie.....	11
c) Créativité : les capacités d'adaptation créative	12
d) Créativité : communication et relation	12
e) Créativité : de l'être au faire.....	13
2) La médiation.....	13
3) Le rôle de l'ergothérapeute	15
4) Le cadre-dispositif.....	17
III) Le groupe en ergothérapie.....	19
1) La formation du groupe.....	19
2) Les interactions groupales	19
3) La taille du groupe : le groupe restreint	20
4) Protéger contre les angoisses archaïques que suscite le groupe	21
5) Les règles fondamentales du cadre-dispositif groupal	22
6) Les différents dispositifs groupaux	23
7) La médiation dans le groupe	24
8) L'étayage groupal.....	25
9) La socialisation : groupe et créativité.....	26
B) METODOLOGIE D'ENQUÊTE	27

D)	La méthode.....	28
1)	Choix de l’outil d’enquête.....	28
2)	Sélection des professionnels.....	29
3)	Anticipation des biais.....	30
II)	L’enquête.....	30
1)	Présentation des résultats	30
a)	Profil des ergothérapeutes interrogés en fonction de leurs expériences et de leurs influences théoriques.....	31
b)	La « créativité » : sa définition et sa place dans la pratique des ergothérapeutes.	32
c)	La schizophrénie au regard de la créativité.....	33
d)	Le groupe fermé ou semi-fermé au regard de la créativité du patient schizophrène	37
2)	Analyse des résultats	39
a)	Profil des ergothérapeutes interrogés en fonction de leurs expériences et de leurs influences théoriques.....	39
b)	La « créativité » : sa définition et sa place dans la pratique des ergothérapeutes.	40
c)	La schizophrénie au regard de la créativité.....	41
d)	Le groupe fermé ou semi-fermé au regard de la créativité du patient schizophrène	46
C)	DISCUSSION	49
D)	La méthode d’analyse des résultats.....	49
II)	Schizophrénie et créativité.....	51
III)	L’étayage de la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative.....	54
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	60
	Annexe I : Courriel de lancement de l’enquête.....	i
	Annexe II : Le questionnaire.....	ii
	Annexe III : Les réponses au questionnaire	ix

INTRODUCTION

Je choisis de traiter dans ce mémoire le thème de « la créativité chez la personne atteinte de schizophrénie au sein du groupe thérapeutique ». Je m'appuierai sur la définition que D.W.Winnicott donne de la créativité. En effet, d'autres auteurs comme Didier Anzieu se sont penchés sur cette notion mais la dimension « universelle » de la définition de Winnicott (1971, p 61) permet de faire le parallèle avec les problématiques rencontrées dans la schizophrénie. D'ailleurs cet auteur fait de nombreuses fois le lien entre le fait de ne pas vivre de manière créative et la schizophrénie. Il indique qu'il peut y avoir une « défaillance *ab initio* » des capacités créatives (p 96). De plus J-F. Lançon explique en 2014 (p134) que l'ergothérapie est « très enracinée » dans la vision qu'a Winnicott de la créativité. Par ailleurs, je m'attacherai plus particulièrement aux schizophrènes dont le syndrome dissociatif est prédominant. Ce choix sera justifié par la suite. Le groupe thérapeutique sera un dispositif fermé ou semi-fermé afin d'observer sur le long terme, dans un contexte relativement stable, l'évolution des capacités créatives du patient, des interactions des membres du groupe.

Au cours de mon premier stage en psychiatrie, j'ai fait la « non-rencontre » de Mme T, une patiente souffrant de schizophrénie. Cette expérience m'a posé question et m'en pose encore. J'accompagnais Mme T dans ses réalisations en atelier. A ce moment là, je ne comprenais pas pourquoi elle possédait une apparence très rigide, stéréotypée, inaccessible, qui constituait, d'après mon ressenti, une barrière hermétique à la relation. Elle me semblait en retrait dans la relation et répondait généralement « Oui, très, très bien ». Elle présentait également une difficulté majeure à faire des choix et à décoller du modèle. Par exemple, lors de la réalisation d'une mosaïque, Mme T choisit de réaliser trois poissons alignés comme sur la page du livre alors qu'ils représentaient en réalité trois modèles différents. Au cours de l'année suivante, ma compréhension s'affine grâce à la lecture de D.W. Winnicott au sujet de sa théorie de l'espace transitionnel et de la créativité. Ainsi j'ai émis l'hypothèse que la patiente avait difficilement accès à un espace transitionnel dans lequel les éléments environnementaux peuvent être façonnés de manière créative, en fonction de ses désirs et permettant leur appropriation. Par conséquent, cela expliquerait cette adhésion passive aux modèles des poissons. Parce qu'elle n'a pu élaborer une façon personnelle et créative de représenter les poissons, elle a complètement collé au modèle. Par ailleurs, la relation entre Mme T et autrui ne peut s'établir aisément car

l'espace du lien est probablement défaillant. Mme T semble passive, soumise et ne s'adapte pas dans sa relation aux autres. Ainsi, cette expérience m'a amenée à vouloir traiter la schizophrénie à travers ce qui me semble une problématique centrale : la difficulté d'accès à l'espace transitionnel de la personne et à ses capacités créatives qui permettent la création du lien à soi, et du lien à l'autre nécessitant une adaptabilité active. Nous verrons dans la suite de ce mémoire comment l'ergothérapie peut aborder cette problématique. Lors de ce stage en psychiatrie, j'ai également participé au groupe « cartes à tirer ». Le médiateur est un jeu de société dans lequel chaque participant tire une carte présentant une problématique. Par exemple, « Comment réagir lorsque l'on se sent agressé ? ». Les participants sont invités à donner des éléments de réponse qui sont retranscrits sur un tableau. Ce groupe m'a interpellée car j'ai pris conscience des ressources que pouvait apporter chaque individu aux autres. Les patients pouvaient élaborer des solutions ensemble et les mettre en commun. En effet, il peut être question d'une forme de créativité dans l'élaboration de solutions dans l'espace intermédiaire. Cette capacité d'adaptation permet de solutionner des conflits internes, des problématiques de la vie courante, mais elle permet aussi l'appropriation de ces solutions et une nouvelle perception du problème. Dans un autre genre, le groupe « dessins et peintures » a mis en lumière l'importance des interactions groupales sur la créativité individuelle. En effet, les interactions, les remarques, les échanges, les conseils, le regard du groupe sur les objets de chacun semblaient favoriser la recherche de solutions aux problématiques individuelles, la circulation des idées, le partage de significations, l'appropriation de l'objet et de ce qu'il représente.

Cette réflexion m'amène donc à élaborer la question de recherche suivante : « Comment le dispositif groupal de l'ergothérapeute peut-il favoriser la créativité de la personne atteinte de schizophrénie à prédominance dissociative ? » Je souhaite étudier l'apport du groupe pour l'individu car nous remarquons, comme l'explique M. Billard et C. Costantino (2011), que les institutions encouragent particulièrement à l'heure actuelle, la mise en place de dispositifs groupaux. À travers mon expérience de stage et mes lectures professionnelles, la créativité me semble au cœur de la problématique de la personne schizophrène car la défaillance de créativité rend difficile la création de la relation entre une personne dissociée marquée par la rupture au monde et son environnement. Cette défaillance peut ressurgir dans tous les domaines de la vie intime, relationnelle et

quotidienne qui sont au centre des préoccupations de l'ergothérapeute. En effet, « Il n'y a rien qui soit en dehors du territoire de la créativité » (Winnicott, 1970, p 69).

J'ai effectué cinq entretiens exploratoires auprès d'ergothérapeutes en psychiatrie. Ces entretiens m'ont permis d'éclaircir les notions de « créativité », de « schizophrénie » et de « groupe ». J'ai ainsi pu davantage faire le lien entre mes lectures théoriques et la pratique. Lors de ces entretiens, il apparaît que la majorité des professionnels perçoivent globalement la créativité par une définition commune, celle de Winnicott, mais l'abordent par des aspects différents. Il en ressort que les groupes fermés ou semi-fermés semblent d'avantage établis en extra-hospitalier. De plus, ces échanges m'ont amenée à cibler plus précisément ma population. Je ne considérerai donc pas les profils de schizophrénie paranoïde qui présentent un semblant de créativité via le délire, mais plutôt les schizophrénies à prédominance dissociative. En outre, je m'intéresse aux patients en phase d'état et non aigue afin que les angoisses archaïques soient moins exacerbées et permettent la mise en groupe et le travail de la créativité. Cela explique également mon choix d'effectuer l'enquête en extra-hospitalier.

La première partie traitera du cadre conceptuel. Nous nous intéresserons tout d'abord à la schizophrénie et ses répercussions sur la créativité de la personne. Ensuite, nous aborderons une manière de travailler la créativité en ergothérapie auprès de ces patients, puis nous étudierons de quelle façon le groupe pourrait étayer la créativité individuelle de la personne schizophrène. La seconde partie portera sur l'enquête qualitative. Cette enquête se fera sous forme d'un questionnaire destiné aux ergothérapeutes. Nous débiterons donc par l'exposé de la méthodologie d'enquête. Une présentation et une analyse des résultats permettront de valider ou d'invalidier, partiellement ou complètement l'hypothèse. Enfin, la troisième partie sera consacrée à la discussion théorico-clinique dans laquelle seront abordées les divergences entre l'élaboration conceptuelle et les résultats de l'enquête.

A) LE CADRE CONCEPTUEL

I) La schizophrénie

1) Généralité

T. Lemperière et al. (1983, p245) rapportent que la schizophrénie est une « affection mentale chronique » qui se révèle à l'adolescence ou chez le jeune adulte. Cette pathologie est polymorphe car les signes cliniques et les symptômes sont extrêmement variables d'une personne à l'autre. L'étiologie de la schizophrénie est « poly-factorielle ». Les différents facteurs pouvant favoriser la maladie par leur association sont notamment les facteurs biologiques, héréditaires et psycho-dynamiques¹.

a) La sémiologie

La schizophrénie se caractérise par une dissociation de l'esprit comme l'indiquent J. Laplanche et J-B. Pontalis (2011, p433). En effet, « schizo » d'après son étymologie grecque signifie « cliver » et « phren » fait référence à l'« esprit ».

La sémiologie de la schizophrénie est classée par le DSM IV² en trois syndromes : les syndromes dissociatif, délirant et autistique (A-L. Pontonnier et I. Jalenques, 2008). Le syndrome dissociatif se définit par une dissociation de la sphère intellectuelle³, de la sphère affective et psychomotrice. Cette dissociation se révèle sous forme de signes cliniques tels que le barrage, la schizophasie, l'athymhormie, l'hyperkinésie... (T. Lemperière et al.1983). Le syndrome délirant dans la schizophrénie se construit à travers des mécanismes⁴, autour de thèmes⁵ et possède une organisation non systématisée. Le syndrome autistique est une attitude de retrait relationnel et d'isolement social.

Dans une approche psycho-dynamique, le syndrome délirant comme le syndrome autistique permettent au sujet de fuir la réalité pour réduire l'angoisse de désintégration du Moi, liée à la dissociation (Winnicott, 1971). Le délire est selon Freud, « une tentative de guérison » de la dissociation (cité par J-Cl. Maleval, 1996, p 33). C'est une sorte de « trompe l'œil » (P. Wiener, 1983, p51) qui permet de remplacer la réalité traumatique et

¹ Biochimiques, polygéniques et relatif au développement psychoaffectif.

² « Diagnostic and statistical manual of mental disorders »

³ de la pensée et du langage

⁴ Intuitions, hallucinations psycho-sensorielles...

⁵ Mégalomaniaque, mystique...

qui tente de compenser une défaillance de créativité en comblant le sentiment de vide relatif à la pathologie. En effet, d'après Winnicott (1970), seule l'omnipotence du délire fait parfois office de créativité.

b) Schizophrénie et prédominance de la dissociation

Parce que du point de vue de la psychologie dynamique, les syndromes délirant et autistique sont considérés comme des moyens défensifs contre la dissociation, ce mémoire traitera plus particulièrement des patients atteints d'une schizophrénie à prédominance dissociative. La schizophrénie sera effectivement abordée ici en terme de syndromes et non de catégories cliniques référencées afin de rester dans une vision non cloisonnée, plus proche de celle de Winnicott (1970). En effet, selon cet auteur, il n'y a pas de délimitation distincte entre la bonne santé et la maladie. Il n'appréhende pas la maladie sous forme de classements, mais de façon linéaire, faisant intervenir la question du degré d'atteinte.

La schizophrénie amène de nombreux patients à subir des crises appelées « décompensations ». Selon A. Bécache (2012, p 179) ces décompensations correspondent à la perte d'équilibre entre « les investissements narcissiques » et « les investissements objectaux ». En effet, lorsque la personne est en bonne santé, elle fait reposer son investissement, ses espoirs de satisfaction à la fois sur sa propre personne et sur son environnement. À travers la relation d'objet, l'individu a la capacité de transférer son investissement d'un objet à l'autre si nécessaire afin d'assouvir ses désirs mais peut également différer la satisfaction en fonction des contraintes extérieures. Cependant, contrairement aux personnes en bonne santé, le patient schizophrène montre généralement, en cas de perte de l'objet investi, des difficultés à investir un objet de substitution. Ainsi, le désir ne peut être comblé et l'individu ne peut accéder au plaisir et à la satisfaction. L'investissement s'éteint alors progressivement car il n'est ni reporté sur le Moi comme dans la paranoïa, ni sur un autre objet. Ceci permet de comprendre l'apparition de certains symptômes négatifs tels que l'aboulie et l'anhédonie, autrement dit la perte du désir et du plaisir.

L'objet premier d'investissement est à l'origine, la mère (la fonction maternelle). La mère joue le rôle du miroir qui permet la construction du Moi et de sa narcissisation, à travers le reflet unifié et positif qu'elle renvoie à l'individu de lui-même. Cependant dans la schizophrénie, la fonction de miroir a été absente, inconstante ou incohérente, et n'a pu renvoyer une image intègre de l'individu. L'objet qui est à la fois objet pulsionnel et miroir

est perdu, ce qui empêche l'image de l'individu de se refléter à lui. Le patient est donc absent à lui-même, ce qui crée des ruptures dans sa psyché à l'origine de la dissociation. La dissociation est pour G. Pankov (1993) un morcellement de l'image du corps dans lequel il n'y aurait pas de lien entre les parties et la totalité, ce qui provoquerait l'absence d'un sentiment d'unité et la dispersion des fragments constitutifs de la personne dans l'environnement extérieur. Cela explique notamment l'indifférenciation présente dans la schizophrénie, autrement dit, les difficultés qu'a la personne de discerner ce qui appartient au Moi ou au non-Moi, car la barrière qui sépare le dedans du dehors n'est pas unifiée, structurée, contenante. Ainsi, des éléments du non-Moi peuvent infiltrer le Moi et des éléments du Moi peuvent se répandre à l'extérieur.

A. Bécache (2012) rappelle que la dissociation est source d'une angoisse incommensurable de « morcellement », de « néantisation » qui tétanise, fige la personne. Le patient dissocié est pris d'une terreur de disparaître, d'être annihilé, son sentiment d'exister est perturbé et laisse place au sentiment de vide. Si le Moi, qui d'ordinaire a pour fonction d'apaiser les tensions entre le ça, le surmoi et la réalité, est fragilisé par la dissociation, l'angoisse va s'accroître et rapidement dépasser les mécanismes de défense archaïques de la personne schizophrène. Cette dernière ne sera plus en mesure de s'adapter aux aléas de la vie et cherchera à s'extraire de la réalité pour réduire l'angoisse. Les mécanismes de défense de l'individu souffrant de schizophrénie sont principalement le déni, le clivage, la projection et l'introjection. Ces mécanismes, notamment le déni crée une « paradoxalité au cours de laquelle des propositions incompatibles et inconciliables sont renvoyées l'une à l'autre de façon indéfinie et indécidable. Exister consiste alors à ne pas exister, jusqu'à aboutir au vertige de l'inanité » (A. Bécache, 2012, p 192). Par conséquent, la discordance, les incohérences présentes chez la personne schizophrène peuvent s'expliquer à la fois par l'usage de mécanismes de défense empreints de paradoxes et par le manque de liens en rapport à la dissociation.

En conclusion, la dissociation est une fragmentation du vécu corporel en conséquence d'une perte de l'objet investi, et à l'origine d'une angoisse intense de néantisation. La personne schizophrène fuit cette angoisse en rejetant la réalité car elle ne peut pas reporter son investissement sur d'autres objets pulsionnels environnementaux qui pourrait lui renvoyer une image positive et cohérente d'elle-même. Parce que la dissociation est une rupture du lien à soi et au monde, il sera vu ultérieurement comment l'individu peut créer du lien par ses capacités créatives.

2) Une définition de la créativité

La créativité peut présenter de nombreuses acceptions. Cependant, elle sera abordée dans ce mémoire au sens où D.W.Winnicott (1971, p91) l'expose, car il considère que la créativité est un phénomène appartenant au développement psychoaffectif de l'individu qui « témoigne d'une bonne santé ». Selon cet auteur, les personnes souffrant de schizophrénie, peuvent montrer des difficultés à vivre de manière créative. En effet, ici la créativité ne doit pas être comprise au sens artistique des œuvres d'art qui nécessitent un talent, mais dans son acception universelle, qui concerne tout être humain. Winnicott parle alors d'impulsion créatrice qui naît du désir d'agir. La créativité est un « mode créatif de perception » et une « attitude face à la réalité extérieure ». Cette apperception permet au sujet de ne pas subir la perception brutale du monde extérieur, en créant une vision du monde adaptée à ses besoins. Winnicott ajoute que « vivre créativement donne le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ».

3) Les origines de la créativité

Comme la créativité est un phénomène universel, il est nécessaire de se référer aux étapes du développement psychoaffectif du nourrisson, décrites par Winnicott (1971). Ceci aura ensuite pour objectif, de mieux comprendre pourquoi les personnes schizophrènes peuvent présenter des difficultés à vivre de manière créative.

a) Le passage de l'illusion à la désillusion

Lors de la phase d'illusion, le nourrisson est indifférencié de sa mère, du monde extérieur. Il vit une expérience d'omnipotence car il croit créer le sein de façon magique. Ce sont les capacités d'adaptation de la mère aux besoins de l'enfant qui permettent à ce dernier d'être illusionné.

La phase suivante de la désillusion est marquée par l'expérience de la frustration. En effet, la mère diffère la réponse aux demandes de son bébé. L'enfant perd alors son omnipotence car il réalise que le monde, l'autre, existe en dehors de lui et de son contrôle magique. Cette phase permet à l'enfant de débiter sa différenciation du milieu extérieur car, en considérant l'existence d'un monde extérieur, il peut commencer à appréhender le monde intérieur. Ainsi, le Moi de l'enfant débute sa construction. Par ailleurs, la mère joue le rôle du miroir qui renvoie à l'enfant son image, ce qui contribue à sa construction.

Il sera vu ultérieurement, pourquoi la problématique schizophrénique repose notamment sur le déroulement de ces deux premières phases du développement psychoaffectif.

b) L'objet transitionnel et les phénomènes transitionnels

Afin de supporter le manque, l'absence de la mère, l'enfant choisit un objet transitionnel, sa première possession qui n'appartient ni à l'espace intérieur de l'enfant, ni à l'environnement extérieur. De cette façon, l'enfant accède à l'imaginaire, et sa dépendance affective devient alors moins absolue. L'enfant peut ainsi agir sur son objet transitionnel qui se substitue en quelque sorte à la mère. Il va pouvoir porter son affection, son investissement, tout comme sa haine sur cet objet, qui doit survivre à la destruction pour sécuriser l'enfant. Cette étape marque le début de la relation d'objet. L'objet transitionnel est localisé dans une aire intermédiaire d'expérience nouvellement formée. Cet espace relie et sépare l'enfant de l'environnement. C'est un terrain de jeu dans lequel l'enfant peut « jouer à faire semblant » (M. Ménard, 2007, p45).

D.W.Winnicott (1971, p71) nous rappelle qu'il ne parle pas des « jeux » au sens de « games », mais de « jouer » au sens de « playing ». Les games sont des jeux organisés tandis que playing est une expérience de vie créative dans l'espace transitionnel. Jouer, au sens de playing, permet à l'être humain de manipuler les phénomènes extérieurs pour qu'ils soient conformes à ses désirs afin qu'il puisse se les approprier. En effet, l'objet créé de manière subjective durant la phase d'illusion, puis perçu objectivement au cours de la désillusion, va être conçu subjectivement grâce à la créativité. Partant de cette théorie, il peut être dit que jouer est un acte créateur qui permet de s'extraire d'une posture passive face à l'environnement, pour devenir acteur par la création.

En conclusion, l'impulsion créative naît du désir d'agir sur l'environnement, qu'il soit matériel mais surtout humain. Par ses capacités créatives, l'individu commence à manipuler l'environnement dans l'espace transitionnel pour qu'il réponde au mieux à ses désirs et besoins tout en prenant compte des contraintes de la réalité. Il peut donc y avoir le début d'une relation entre l'individu et son environnement qui agissent l'un sur l'autre en étant en lien. Lorsque l'individu agit, l'environnement lui renvoie une réponse, un résultat ; alors l'individu s'adapte en trouvant de nouvelles solutions afin d'aboutir à un consensus. Cette manipulation permet de construire une perception subjective et adaptée de l'objet, pour que la personne puisse ressentir de la satisfaction et s'approprier son environnement.

4) Créativité et schizophrénie : Troubles du développement psychoaffectif

Le processus permettant le développement des capacités créatives de la personne a été abordé pour mieux comprendre les possibles causes développementales d'une défaillance des capacités créatives chez les personnes souffrant de schizophrénie. Selon Winnicott (1971, p 158), la personne schizophrène aurait subi une « déprivation »⁶, durant la phase d'illusion de telle sorte que l'enfant n'a pu s'illusionner suffisamment et intérioriser les expériences de satisfaction.

Ainsi, la phase suivante de désillusion constitue un choc insurmontable pour l'enfant (M. Menard, 2007). Par conséquent, l'enfant ne trouvera pas d'issue transitionnelle à la désillusion. Cette issue transitionnelle consiste à reporter une part de l'investissement porté sur la mère, sur l'objet transitionnel, puis sur d'autres objets et de créer ces objets conformément à ses désirs en prenant compte des contraintes de la réalité. Ces objets nouvellement créés renvoient à la personne son image et étayent son Moi. Par conséquent, l'enfant qui ne dépasse pas la désillusion, restera donc indifférencié du monde extérieur, et lui sera soumis, parce que le Moi et l'environnement ne sont pas clairement séparés.

Par conséquent, l'enfant reste bloqué dans cette phase d'illusion/désillusion sans pouvoir terminer ce « processus initiatique » (C. Bagnères, 2014, p 319), sans accéder à la formation de l'espace transitionnel qui facilite le développement de sa créativité. Cette créativité permet à la personne de construire son Moi et de s'émanciper des contraintes de la réalité de façon adaptée.

5) Conséquences d'une défaillance de la créativité chez la personne schizophrène

La personne schizophrène oscille entre des phases d'omnipotence absolue de l'illusion (délires), et les phases de dépression de la désillusion (soumission) en trouvant difficilement l'équilibre, une issue transitionnelle (M. Ménard, 1999). Cet enfermement dans une boucle répétitive fige la personne. Cette situation peut essouffler le désir de l'individu et l'empêcher de se projeter dans l'avenir (Y. Gannac et N. Costeja, 1997).

Parce que la personne schizophrène possède un espace transitionnel déstructuré et des capacités créatives souvent entravées, elle éprouve selon M. Donaz (2007) des difficultés à s'approprier ses expériences, à agir sur l'environnement selon ses désirs. Winnicott (1971,

⁶ Un défaut de présence maternelle, une incohérence relationnelle.

p 91) dit qu'il a le sentiment d'être « pris dans la créativité de quelqu'un d'autre ». C'est-à-dire que cette personne a tendance à être soumise, frustrée, dans sa relation au monde, à l'autre. Elle ne peut être actrice de son existence car généralement elle réagit passivement, plus qu'elle n'agit selon ses désirs. En effet, lorsque la réaction de l'environnement s'oppose à ses aspirations, la personne peut difficilement utiliser ses capacités créatives pour élaborer une nouvelle action plus adaptée aux contraintes extérieures et répondant tout autant à ses désirs. Cette personne éprouve donc des difficultés à être autonome car la réalité s'impose à elle sans qu'elle ne puisse la façonner. Cette soumission peut susciter chez l'individu « un sentiment de futilité, associé à l'idée que rien n'a d'importance » (p 91) parce que cette forme d'émancipation pérenne en accord avec la réalité que constitue la créativité lui est difficile d'accès.

Certaines personnes schizophrènes n'ont principalement accès qu'à une perception presque objective de la réalité et ne peuvent la concevoir subjectivement (Winnicott, 1971). D'autres, ont une perception toute subjective et utilisent le délire en guise de créativité pour tenter de remplir le vide qu'ils ressentent (J-F. Lançon, 2014).

Selon A. Fohr (2014, p 261) la relation à soi mais aussi au monde est souvent un échec car elle oscille de la fusion au clivage. Sans espace transitionnel efficient, l'individu n'est ni séparé, ni relié à l'environnement, ce qui entrave la création du lien. Les projections et les introjections de la personne indifférenciée se font généralement de manière pathologique (M. Mutis et J-P. Khan, 2005). Effectivement, l'introjection qui est pour ces personnes une « incorporation » est perçue comme un corps étranger non assimilable, car restée brut. Finalement, il y a perte d'éléments morcelés du Moi dans l'environnement et violation du Moi par l'environnement. Ainsi, la relation des personnes souffrant de schizophrénie avec leur environnement, est vécue comme menaçante.

Par conséquent, l'absence d'espace transitionnel suffisamment structuré et la défaillance de créativité ont des conséquences sur la construction de l'être, la relation au monde, l'autonomie, la liberté et l'agir de la personne schizophrène. Cette dernière n'aura pas le sentiment d'être un individu unifié avec une personnalité, des émotions, des sensations propres et une identité à la fois séparée de son environnement et en relation avec lui. Cependant, Winnicott (1971) explique que la créativité ne peut être entièrement annihilée chez le sujet. Ainsi, il semble important d'étayer la créativité des individus atteints de schizophrénie en ergothérapie afin de soutenir certaines fonctions nécessaires au

développement psychique de l'être humain. En effet, alors que la schizophrénie est la rupture du lien à soi et à l'autre, la créativité est la création de ce lien.

II) L'ergothérapie : l'agir créatif

Selon I. Pibarot (1977, p4) l'ergothérapie est une « thérapie par l'acte ». Elle consiste à « reprendre les mouvements relationnels tels qu'ils existaient au début de la vie » (2007, p20). L'objectif est donc de favoriser le lien à soi et à l'autre par l'agir, chez des patients qui présentent une rupture psychique et sociale. Il a été vu précédemment que la schizophrénie peut entraîner des souffrances relatives au sentiment d'être, à la soumission et la perte d'autonomie, à la limitation des capacités d'adaptation, aux difficultés d'entrer en relation et d'agir sur l'environnement. Par conséquent, les apports de la créativité pour l'individu vont être étudiés afin de comprendre quel peut être l'intérêt de la développer en ergothérapie avec des patients qui souffrent de schizophrénie.

1) Intérêt de la créativité dans l'épanouissement psychique et la vie quotidienne.

a) Créativité et quête de soi

Selon Winnicott (1971), la quête de soi débute lors du stade de désillusion, par la différenciation. Pour construire son Moi, les mondes intérieur et extérieur se rencontrent dans l'espace intermédiaire. Ce sont les capacités créatives de l'individu qui lui permettent de rencontrer son l'environnement extérieur sans être menacé car il peut créer une perception de l'environnement qui lui est adaptée. Le monde interne est déposé dans cette aire pour que l'individu puisse le découvrir et l'enrichir au contact de l'environnement. Si cet espace d'expérience n'existait pas, les deux mondes tantôt fusionneraient, tantôt se confronteraient violemment. Dans ces deux cas, le Moi du sujet ne pourrait se développer librement car il serait soit confondu au monde, soit soumis complètement à la réalité. Par conséquent, l'individu explore et construit son Moi au cours de sa vie, grâce à ses capacités créatives; ainsi, la créativité permet la quête de soi.

b) Créativité : de la dépendance totale à l'autonomie

Lorsque l'enfant accède à l'imaginaire, il prend progressivement de l'indépendance affective et gagne en autonomie. Selon Winnicott (1958) l'enfant passe de la dépendance absolue à la dépendance relative en prenant conscience de sa dépendance et en faisant le lien entre ses besoins et les soins qui répondent à ceux-ci. Cette compréhension nouvelle

lui permet d'exprimer ses besoins pour obtenir les soins nécessaires. Lorsque l'enfant se dirige vers l'indépendance, il acquiert la capacité de répondre à ses besoins, car les soins sont intériorisés : il a recréé un environnement satisfaisant par ses capacités créatives. Parce que « l'indépendance n'est jamais absolue » (Winnicott, 1965, p 44), cette perception créative de l'environnement répond à la fois aux besoins de l'individu, tout en restant compatible avec les contraintes de la réalité. Par conséquent, la créativité pourrait jouer un rôle dans la gestion des dépendances de l'individu, c'est-à-dire participer à son autonomisation.

c) Créativité : les capacités d'adaptation créative

Afin de répondre à ses désirs tout en considérant les contraintes extérieures, l'individu doit sans cesse trouver des solutions et s'adapter. L'adaptabilité requiert une souplesse psychique. Or, les personnes schizophrènes, du fait de leur indifférenciation au monde, n'ont que peu d'espace d'élaboration à l'origine de cette souplesse. Toutefois, l'adaptabilité, n'est pas assimilable à l'adaptation passive, la soumission à l'environnement, mais correspond à l'adaptation active qui consiste à trouver un équilibre entre ses désirs et les contraintes de la réalité. En conclusion, la créativité qui se développe dans l'espace intermédiaire, permet à la personne d'acquérir une souplesse psychique, une adaptabilité active face à la réalité. Ces capacités d'adaptation sont nécessaires pour créer une relation, plus terre à terre et pérenne, avec le monde, l'autre.

d) Créativité : communication et relation

D'après E. Marc, D. Picard, G-N. Fischer (2015, p6), la relation est « la forme et la nature du lien qui unit deux ou plusieurs personnes ». Autrement dit, elle correspond à ce que chacun représente pour l'autre. Selon G-N. Fischer (1999, p4), l'individu « se définit comme lien à autrui. ». Il ajoute que « chacun de nous est à sa manière un nœud de relations. » Par conséquent, l'identité de l'individu se construit à travers sa relation à l'environnement car elle s'enrichit des apports extérieurs et de l'image que l'autre lui renvoie de lui-même. Les relations se construisent par la communication. La communication engage la rencontre entre et les objets externes et les représentations internes des objets. Selon Winnicott (1971, 1970), la communication se fait à travers l'espace transitionnel résultant d'un chevauchement des aires intermédiaires de chacun. Cet espace accueille des mouvements bidirectionnels de projection et d'introjection et

garantit la préservation de l'intimité de la vie psychique. Ainsi, l'espace transitionnel est un espace de communication utile à l'établissement du jeu de la relation.

e) Créativité : de l'être au faire

Pour Winnicott (1970, p55), la créativité concerne tous les domaines de la vie : les relations, la rêverie, les activités de la vie quotidienne... Cependant, le sentiment d'exister est le socle de l'agir. Le « faire » nécessite donc « d'être » au préalable, mais c'est de l'agir que se renforce ce sentiment d'exister face au monde. Toutefois, il faut distinguer le « faire-par-impulsion » qui relève de la créativité et du désir, du « faire-par-réaction » qui est une réponse passive et stéréotypée en réaction à la menace, à la soumission dans laquelle le sujet n'est pas acteur. Ainsi, le faire-par-réaction qui prédomine chez certains patients, nuit finalement au sentiment d'exister sur lequel le faire-par-impulsion s'édifie. C'est donc le faire-par-impulsion relatif au playing, à l'agir qui est recherché en ergothérapie.

En conclusion, l'intérêt d'étayer les capacités créatives du patient en ergothérapie est de favoriser son individuation, développer une meilleure capacité d'adaptation et de participation dans les relations, faciliter l'autonomie du patient et de l'aider à se positionner comme être agissant, conduit par le désir et encre dans la réalité. Maintenant, la médiation va être abordée afin de comprendre quel est son rôle dans l'agir créatif du patient.

2) La médiation

I. Pibarot (1977, p3-4) explique qu'au début de l'accompagnement, la médiation est l'intermédiaire relationnel entre l'ergothérapeute et le patient. La médiation est le tiers qui relie et sépare ces deux personnes. Une fois la confiance installée, la relation peut devenir « triangulaire » entre le patient, la matière et l'ergothérapeute. Ainsi, la créativité du patient va pouvoir prendre place à la fois dans la transformation de l'objet et à la fois dans la relation avec l'ergothérapeute. C. Bagnères (2016) indique qu'une fois la triangulation installée, le regard et l'action de l'ergothérapeute va se porter plus précisément sur la relation qu'entretien le patient avec son objet. Par ailleurs A. Fohr (2014, p 263) note que « L'objet est ce qui nous relie, et nous sépare. ». La matière peut alors potentiellement symboliser un espace transitionnel dans lequel le patient va tenter exercer un pouvoir créateur viable, c'est à dire agir sur l'objet selon ses désirs mais de manière adaptée. Il

pourrait essayer de jouer tout en étant limité par les contraintes de cette matière. Ainsi, l'ergothérapeute tente d'aider le patient qui souffre de schizophrénie à s'extraire de sa position passive d'objet et se positionner en tant que sujet qui agit sur l'environnement, sans pour autant basculer dans une forme d'omnipotence et rompre avec la réalité. Cette impulsion créative doit naître du désir d'agir et l'acte de création peut apporter du plaisir, de la satisfaction et permettre l'appropriation de l'environnement. Concrètement, dans un contexte de confiance, le patient va commencer à explorer l'environnement. M. Donaz (2007, p81) remarque qu'il agit initialement sur un mode « stéréotypé », puis gagne en spontanéité, en authenticité. Au début, il se raccroche, en effet, aux apprentissages techniques, aux procédures, aux modèles, puis progressivement il personnalise ses objets, ses façons de faire, il fait des choix. Le patient commence alors à jouer de façon créative, à rencontrer et étayer son Moi, à percevoir le monde à sa manière.

C. Bagnères (2016) explique que l'expérience du patient ne doit pas être considérée qu'à travers l'objet du moment, mais doit être perçue dans sa continuité, à travers ses objets successifs. C'est l'ergothérapeute qui guide ce processus en influant sur lui à travers le cadre-dispositif, par son attitude, sa manière de participer, d'être présent, le type d'accompagnement qu'il prodigue. En effet, B. Simmonet-Guériau (2014) note que l'ergothérapeute doit ajuster sa distance, son degré de neutralité, d'authenticité et de directivité. Par conséquent, tous les éléments sur lesquels l'ergothérapeute influe, doivent être adaptés de manière évolutive afin que le patient puisse poursuivre ses expériences et progresser dans sa rencontre avec son environnement.

Les médiateurs en ergothérapie peuvent être multiples. Chacun a des propriétés, des contraintes techniques, des caractéristiques sensorielles différentes, ce qui entraîne des questionnements, des ressentis diversifiés pour le patient. Effectivement, selon I. Pibarot (2007, p20) « La diversité des matériaux proposés en ergothérapie offre de multiples possibilités de mobilisation psychique. ». La diversification des médiateurs a pour but d'aider le patient à vivre des expériences créatives variées et d'espérer soutenir ses capacités créatives. En effet, le patient, accompagné par l'ergothérapeute, va tenter de s'adapter, de résoudre les problèmes rencontrés durant la création pour que l'objet puisse correspondre à ce qu'il souhaite dans la mesure du possible. Selon C. Bagnères (2016), les écueils que peut rencontrer le patient sont de tenter d'imposer son bon vouloir à la matière qui va le rappeler violemment à la réalité ou de suivre passivement les suggestions de la matière, ce qui va altérer son sentiment d'être. Le travail de la créativité aiderait alors le

patient à s'extraire de ces deux situations extrêmes qui l'empêchent d'accéder à la satisfaction d'entretenir une relation équilibrée avec son environnement.

Puisque les personnes schizophrènes n'ont pas toujours le sentiment d'exister, l'objectif recherché par la médiation, est à la fois que le patient puisse tenter d'agir sur l'environnement, d'entrer en relation avec un autre, de percevoir ce que l'objet lui renvoie de lui. Si cela se produit, même partiellement, le patient atteint de schizophrénie renforcerait son sentiment d'être en se percevant et se façonnant dans la matière, mais aussi en existant par son agir face à la matière (I. Pibarot, 1977).

Parce que F. Klein (2016) considère que l'objet n'est pas thérapeutique indépendamment de la faculté qu'a l'ergothérapeute de concevoir un terrain de jeu pour le patient, le rôle de l'ergothérapeute va être abordé.

3) Le rôle de l'ergothérapeute

Au début de l'accompagnement, le patient souffrant de schizophrénie peut vivre la relation avec l'ergothérapeute de façon symbiotique car il n'est pas bien différencié de l'autre (B. Simonnet-Guériau, 2014). La distance thérapeutique est donc indispensable pour que l'ergothérapeute puisse préserver son intimité et pour obtenir le recul nécessaire à la qualité de la relation d'aide. Selon A. Fohr (2014, p 264) « La distance thérapeutique est une position interne qui nous permet d'être disponible pour le patient dont nous investissons le suivi, tout en nous protégeant de confusion affective et émotionnelle ». Cette distance ne correspond donc pas à une mise à distance du patient, mais au positionnement psychique de l'ergothérapeute. Cela signifie que l'ergothérapeute vit la relation thérapeutique de façon authentique tout en maintenant un regard distancié sur ce qui s'y passe et sur ses propres émotions. Ce positionnement de l'ergothérapeute permet de conserver un espace psychique personnel et de libérer un espace psychique délimité, pour tenter d'accueillir ce que le patient exprime. Dans ce jeu relationnel, l'ergothérapeute doit nécessairement utiliser ses facultés d'adaptation créative et analyser ses ressentis pour pouvoir s'adapter aux capacités du patient et conserver cette distance thérapeutique intérieure.

Par ailleurs, Y. Gannac et N. Costeja (1997) rappellent qu'il serait illusoire d'attendre que le désir, la vie, proviennent du patient schizophrène. Par conséquent, l'agir initial est impulsé au départ par l'ergothérapeute qui va ensuite accompagner progressivement le

patient vers une création et l'appropriation de son propre agir (I. Pibarot, 2007). Dès lors, il est primordial pour le patient d'être face à un ergothérapeute vivant, c'est-à-dire authentique, capable de créer, de s'adapter et de dynamiser la relation (Simonnet-Guéréau, 2014). De plus, F. Klein (2016, p51) ajoute que l'ergothérapeute est « une présence vivante, qui peut donner envie au patient de s'ouvrir, de chercher en lui ses propres ressources et faire un véritable travail de (re)connexion, de soi à soi, et de soi à l'autre, d'élaboration ». Cela laisse à penser que l'ergothérapeute peut essayer de transmettre son investissement, de partager son désir d'agir, de créer, de rencontrer la matière. Cependant il ne s'agit surtout pas de soumettre le patient à son propre désir. Ce désir doit être offert au patient, pour le patient. Pour partager ce désir, il est nécessaire que l'attitude impliquée de l'ergothérapeute renvoie au patient que son agir est important, précieux au regard de l'ergothérapeute afin que l'agir du patient prenne de la valeur à ses yeux et lui donne envie d'agir. Toutes démarches créatives provenant du patient sont à encourager par l'ergothérapeute.

Selon J-F. Lançon (2014, p 119), « Prêter son appareil psychique à l'autre, c'est faire don de nos propres processus créatifs ». Par conséquent, l'ergothérapeute va tenter de partager sa créativité pour aider le patient à sortir du vide, de son fonctionnement répétitif. Concrètement cela peut signifier que l'ergothérapeute est capable d'élaborer des propositions à soumettre au patient lorsqu'il est bloqué sur sa création, de le questionner pour le guider vers ses propres solutions, de réduire les choix qu'il propose au patient... Toutefois, le thérapeute doit faire preuve d'une certaine neutralité, pour ne pas soumettre le patient à sa propre créativité (B. Simonnet-Guereau, 2014), d'autant plus avec le patient schizophrène, car sa difficulté d'appropriation lui donne le sentiment d'être « pris dans la créativité de quelqu'un d'autre » (Winnicott, 1971, p 92). Ainsi, cet étayage initial a pour but d'aider le patient à trouver en lui ses propres ressources, ses solutions afin d'évoluer.

C. Bagnères (2007) note que ce qui se joue au cours des séances est restitué au patient par l'ergothérapeute. Bien évidemment, cette restitution se fait de manière suffisamment bonne, adaptée. Ainsi, l'ergothérapeute, tel un miroir, renvoie au patient une part de lui qu'il peut appréhender, comme si elle avait été déposée dans son espace transitionnel.

Néanmoins, M. Mutis et J-P. Kahn (2005) expliquent qu'il serait utopique de croire que nous puissions reconstruire un espace transitionnel mal établi. Il est plutôt question de l'étayer, sur plusieurs années d'ergothérapie, en faisant vivre au patient une succession

d'expériences transitionnelles. Cela permet à la personne d'introjecter des expériences de satisfaction. Cependant, l'environnement du patient doit être adapté par l'ergothérapeute pour faciliter le travail de la créativité.

4) Le cadre-dispositif

L'ergothérapeute organise l'environnement dans lequel évolue le patient en ergothérapie afin de lui permettre de vivre des expériences créatives enrichissantes et structurantes. Il faut entendre le terme d'environnement au sens large. Il est question aussi bien de l'environnement humain, de l'attitude de l'ergothérapeute, que du contexte spatio-temporel, de l'environnement matériel, ou encore des règles de l'institution, de l'atelier, du groupe... Cet environnement est le cadre-dispositif. M. Donaz (2007) rappelle que le cadre a une portée symbolique car il représente le cadre initial du sujet. Cela signifie que l'ergothérapeute cherche, à travers la mise en place d'un cadre-dispositif, à étayer la structure interne de la personne qui se construit dès les premiers temps de son développement. Il s'agit de reproduire des conditions extérieures qui favorisent au mieux la créativité du patient. Le cadre-dispositif est garanti par l'ergothérapeute et vient sécuriser le patient pour que son mouvement créatif puisse y prendre forme.

Selon B. Simmonet-Guériau (2014), le cadre-dispositif doit naître de la créativité de l'ergothérapeute, et de sa capacité d'adaptation au patient. L'ergothérapeute doit jouer sur tous les paramètres variables afin de faciliter l'agir du patient et doit les faire évoluer en fonction des besoins de ce dernier. Par exemple, concernant l'attitude de l'ergothérapeute : un accompagnement très directif peut contenir et sécuriser le patient, alors qu'un accompagnement très peu directif lui permet de rencontrer la matière dans des conditions moins aménagées, plus proches de celles de la réalité. En effet, chaque individu a besoin d'un dispositif différent et le besoin du patient peut également changer au cours du temps. Il faut donc des éléments fixes comme le cadre et des éléments adaptables comme le dispositif (B. Cadoux, 2008). Ainsi, le cadre-dispositif doit être solide pour sécuriser tout en étant suffisamment souple pour permettre au patient d'y faire des choix, dans un souci d'appropriation et d'autonomisation. Il peut s'apparenter à un game organisé par l'ergothérapeute pour que le playing du patient puisse y prendre place et y être contenu (L. Berges, 2007). C'est donc l'ergothérapeute qui construit, garanti la fiabilité et fait évoluer le cadre-dispositif.

Cependant, Y. Gannac et N. Costeja (1997) mettent en garde les ergothérapeutes sur l'importance de ne pas laisser une liberté totale au patient en séance, sous-couvert d'accéder à la satisfaction et à l'autonomie. En effet, le patient s'enfermera dans un processus de répétition psychotique. C'est-à-dire que parfois, il aura l'illusion de maîtriser la matière, et lorsque celle-ci s'opposera à sa volonté, il retombera inmanquablement dans la dépression et la soumission. Par conséquent, un cadre, des règles, des contraintes adaptés qui rappellent la réalité sont indispensables pour briser la répétition, procurer un sentiment de liberté, et accéder à la créativité.

Le dispositif de l'ergothérapeute peut être individuel ou groupal. Parfois, la relation duelle est perçue comme une menace par le patient (A. Fohr, 2014). Le groupe permet alors « l'ajustement de la distance relationnelle » (B. Simonnet-Guéréau, 2014, p208). D'autres fois c'est le groupe qui peut être vécu comme menaçant pour le Moi de l'individu. M. Billard et C. Costentino (2011) avancent que l'établissement d'un groupe ne doit pas être systématique, mais étudié et décidé en fonction des indications, et des bienfaits thérapeutiques qu'il peut offrir à chaque patient. Par conséquent, le dispositif groupal, doit être adapté à tous les membres du groupe. De plus, la plupart des éléments du dispositif doivent impérativement s'appliquer à tous les membres du groupe, tels que les règles de l'atelier, pour conserver l'équité et la cohésion de groupe. Cependant, l'attitude, l'accompagnement de l'ergothérapeute peuvent être flexibles pour s'adapter à toutes les situations rencontrées par chaque patient. Il s'agit de considérer à la fois l'évolution, les problématiques du groupe et celles des individus. L'intérêt du groupe est qu'il peut présenter une fonction transitionnelle : il relie tout en séparant les individus entre eux, ce qui constitue la base de la relation.

En conclusion, un jeu peut s'établir en ergothérapie, entre le patient et le cadre, la matière, l'ergothérapeute. Ils doivent tous trois posséder des qualités communes : la fiabilité, la solidité et la malléabilité. Ils favorisent le déploiement de l'espace potentiel du patient dans lequel sa créativité peut prendre place. La notion de réalité, présente à travers ces trois éléments est indispensable pour aider le patient à s'extraire de son processus de répétition et d'accéder à la transitionnalité. L'ergothérapeute tente d'étayer le patient sans le soumettre, grâce à ses capacités créatives, la transmission du désir et d'un savoir être authentique. Ceci a pour objectif de permettre au patient de rencontrer, de jouer, de créer du lien avec le monde et avec les parties éparses de son être. Le travail de la créativité va

permettre au patient d'éprouver de la satisfaction à se positionner comme sujet tout en s'enrichissant des relations et de retrouver une forme de liberté et d'autonomie.

Cependant, selon M. Duprez, (2008, p20) le « traitement de l'aliénation mentale ne peut être séparé de celui de l'aliénation sociale » parce qu'il n'y a « pas d'accomplissement personnel sans société » (Winnicott, 1970, p221). Ainsi, nous allons donc aborder la dimension du groupe et plus particulièrement l'intérêt du dispositif groupal en ergothérapie, pour la créativité du patient souffrant de schizophrénie.

III) Le groupe en ergothérapie

1) La formation du groupe

D'après D. Anzieu et J-Y. Martin (1979, p8), le « groupe » provient de l'étymologie latine « gruppo » qui signifie « nœud ». Le groupe n'est pas un simple rassemblement d'individus, c'est une enveloppe qui maintient ses membres en cohésion, en lien. Cette enveloppe correspond à un « réseau de règlements explicites et implicites, [...] de rites [...] qui enserrent les pensées, les paroles, les actions, permet au groupe de constituer un espace interne » (D. Anzieu, 1999, p1). L'enveloppe groupale se forme à partir d'une instance organisatrice commune aux membres. Cette enveloppe possède une double face : une face protectrice tournée vers l'extérieur, et une face de projection tournée vers l'intérieur du groupe.

Le groupe est assimilé à un corps (D. Anzieu, 1999) qui possède un appareil psychique propre. Le cerveau est le leader et les membres, les personnes appartenant au groupe. Ce corps possède également une énergie. En effet, à travers des interactions, des circulations, on aborde la notion de dynamique de groupe. Elle est un champ de forces qui influe sur les comportements des membres, dans lequel des « phénomènes d'influence, de cohésion, de norme, de tensions, d'attraction » (D. Anzieu et J-Y Martin, 1979, p93) apparaissent. La dynamique de groupe dépend donc des interactions groupales.

2) Les interactions groupales

Selon E. Morin (1977, p 51) « Les interactions sont des actions réciproques modifiant le comportement ou la nature des éléments, corps, objets, phénomènes en présence ou en influence. ». Par conséquent, les interactions sont des échanges mutuels pouvant influencer sur les comportements des membres du groupe. La communication au sens large est donc constituée d'interactions. D'après D. Anzieu et J-Y Martin (1979, p131) la communication

dans le groupe est « l'ensemble des processus physiques et psychologiques » soutenant la relation. Elle peut être verbale ou non verbale, consciente ou inconsciente, mais elle est toujours pourvoyeuse de sens, de symboles.

Cependant, dans le cas d'une communication verbale, lorsque la compréhension de la personne schizophrène se fait mot-à-mot, cette communication se vide de sa signification car le lien est absent. En effet, pour conserver le sens, la compréhension doit se faire à travers un « filtre » qui sélectionne les mots significatifs, puis par un « halo », sorte de « résonance symbolique » qui associe les représentations de l'interlocuteur aux mots, afin de se les approprier. Par conséquent, l'aspect symbolique de la communication par le langage peut être déficient chez la personne schizophrène car les capacités créatives qui permettent d'associer un élément extérieur, le mot, à un élément intérieur, la représentation affective du mot, sont généralement défaillantes.

La communication a pour but de « faire agir », de susciter des sentiments chez l'autre qu'il puisse exprimer, d'influer sur « l'équilibre émotionnel et la santé psychique » des membres du groupe afin d'atteindre les objectifs groupaux, et les objectifs individuels thérapeutiques dans le cadre de l'ergothérapie. Par ailleurs, lorsque la communication s'établit directement entre les membres du groupe sans passer systématiquement par l'ergothérapeute, la capacité du groupe à résoudre les problèmes est meilleure (D. Anzieu et J-Y. Martin, 1979). Par conséquent, le travail de l'ergothérapeute peut consister à faciliter les interactions entre les membres du groupe.

Pour conclure, bien que la symbolique du langage puisse être défaillante chez la personne souffrant de schizophrénie, si l'ergothérapeute encourage l'installation d'un réseau de communication globale entre tous les membres, il facilitera l'élaboration créative du groupe et agira sur les comportements individuels.

Les interactions ne se présentent pas de la même manière suivant la taille du groupe, c'est pourquoi la notion de groupe restreint en ergothérapie va être abordée.

3) La taille du groupe : le groupe restreint

Le dispositif groupal de l'ergothérapeute est généralement un groupe « restreint ». Selon D. Anzieu et J-Y Martin (1979) les groupes restreints comptent 3 à 20 personnes: 8 à 12 individus étant l'intervalle optimal. Ce type de groupe est adapté au contexte thérapeutique car il permet à chaque membre d'être perçu et de percevoir les autres participants

individuellement. Ainsi, chaque membre est différencié dans le groupe, ce qui pourrait constituer une base favorable à la différenciation du patient schizophrène et à la rencontre avec l'autre. En effet, si le groupe est trop large, tous les membres ne vont pas pouvoir interagir les uns avec les autres, mais plus il y a de personnes dans le groupe restreint, plus il peut y avoir des interactions diversifiées. Le groupe restreint permet également d'engager des relations et de voir naître un sentiment de solidarité et d'appartenance. Le groupe thérapeutique est porteur d'objectifs communs à tous, de règles et valeurs qui relient les individus. C'est là encore, l'ergothérapeute qui guide le groupe vers les objectifs communs, dans le respect des règles et des valeurs groupales.

En conclusion, le groupe restreint favorise la différenciation du patient dans le groupe, facilite les interactions, l'entrée en relation, la naissance d'un sentiment de solidarité et permet la mise en place d'objectifs, de règles et de valeurs communes. Ces qualités sont importantes pour réduire les angoisses psychotiques générées par la mise en groupe.

4) Protéger contre les angoisses archaïques que suscite le groupe

D. Anzieu (1999) explique que le groupe peut susciter des angoisses psychotiques d'annihilation, de morcellement, de persécution et de dépression, qui plus est chez des patients atteints de schizophrénie. Ainsi, les moyens de protection mis en place contre ces angoisses sont généralement le clivage, souvent utilisé par la personne schizophrène, et l'identification projective. Toutefois, l'alternative à l'usage de ces mécanismes de défense peut être la restauration du lien.

Cependant, si le groupe est trop large et que la figure dominante est absente, les angoisses prennent de l'ampleur et les liens affectifs ne peuvent se créer. Les attentes multiples de nombreuses personnes qui vont se porter sur l'individu schizophrène, risquent alors de menacer l'intégrité de son Moi déjà précaire.

Au contraire, le Moi individuel sera protégé si l'ergothérapeute en place de leader, unit par un objectif commun les différents membres. Il doit également aider chaque patient à trouver sa place et faciliter sa participation dans le groupe pour qu'il puisse y être présent en tant que membre à part entière. Ainsi, le patient pourra développer ses « capacités d'exister en présence de l'autre » (M. Donaz, 2014, p 12).

De plus, le report de l'attention sur la création de l'objet peut protéger le patient des angoisses suscitées par le groupe. L'objet peut également relier le sujet aux autres

membres, et au groupe. C'est le cas de l'objet collectif par exemple. Selon B. Simonnet-Guèreau (2014), il permet d'« asseoir l'identité de son auteur dans le groupe » et va faciliter l'entrée en relation. En effet, l'objet de l'individu renvoie une part de lui au groupe. Chaque objet à une forme singulière, tout comme la personnalité de son auteur. L'objet peut être initiateur d'interactions entre les membres du groupe, un support de communication. En effet, à travers leurs objets les patients peuvent plus facilement se rencontrer, se découvrir, échanger. L'objet dans le groupe a donc un rôle individualisant et socialisant qui est fondamental pour la personne schizophrène afin d'être reliée et séparée des autres membres. À d'autres moments, c'est le groupe, par son rôle de contenant, qui protège des angoisses liées à la survenue du processus créatif (B. Cadoux 2008). Il peut être effectivement effrayant de se confronter à la réalité de la matière et à ce qu'elle peut renvoyer au patient. Il s'agira alors pour l'ergothérapeute d'essayer de comprendre ce qui se produit pour le patient à différents moments de l'accompagnement afin d'adapter son attitude et le cadre-dispositif.

Par conséquent, le cadre-dispositif, les objectifs communs, la médiation, les interactions, la relation, et le positionnement de l'ergothérapeute auront un rôle de protection contre ces angoisses archaïques car ils faciliteront la restauration du lien et l'individuation du patient au sein du groupe. Le sentiment de sécurité du patient va également dépendre des règles de groupe établies et garanties par l'ergothérapeute.

5) Les règles fondamentales du cadre-dispositif groupal

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler que les règles destinées aux patients doivent être garanties, appliquées par l'ergothérapeute et étudiées dans leur symbolique, au risque de provoquer une décompensation ou un passage à l'acte chez les patients.

D. Anzieu (1999, p 9 à 20), définit deux règles fondamentales dans l'accompagnement de groupes : la « règle d'abstinence » qui consiste à s'abstenir de créer avec les patients, un rapport personnel réel et la règle de « non-omission » qui correspond à la liberté de parole dans le groupe. Certaines règles temporelles, spatiales et d'action correspondent aux horaires, au lieu et à la médiation. Des règles complémentaires sont instaurées telles que la confidentialité afin de préserver l'intimité partagée ou encore la bienveillance vis-à-vis des objets des autres. Enfin, d'autres règles peuvent être établies par l'ergothérapeute en fonction des objectifs thérapeutiques, des spécificités du groupe, des patients et de l'institution.

Seul un contexte sécurisé par des règles adaptées que nous pouvons qualifier de game, pourra favoriser la créativité, la relation et l'établissement de processus groupaux supposés étayant tels qu'une dynamique de groupe, des interactions enrichissantes pour le groupe et pour l'individu. Les règles générales du groupe varient selon le type de dispositif groupal.

6) Les différents dispositifs groupaux

Le groupe peut être ouvert, semi-fermé ou fermé. Le groupe fermé se distingue par sa stabilité temporelle. Les membres s'engagent à être présents durant toute une session prédéterminée (B. Simonnet-Guéréau, 2014). Personne n'entre, ni ne sort en cours de session. Par conséquent, les départs inopinés ou les arrivées de patients dans l'établissement en cours de session peuvent rendre difficile la mise en place de tels groupes en intra-hospitalier du fait des durées de séjours plus courtes qu'en extrahospitalier (A. Fohr, 2014). Ainsi existe-t-il des groupes semi-fermés (B. Cadoux, 2008) qui sont plus souples que les groupes fermés. En effet, la durée des sessions n'est pas déterminée à l'avance et il peut y avoir des entrées et des sorties de groupe de manière régulée. Enfin, le groupe ouvert accueille les patients librement (M-P. Lamour Verniaud, 1993). Les patients pouvant être différents à chaque séance, « le processus groupal en tant que tel » ne se mettra pas en place selon B. Cadoux (2008, p 45).

Par ailleurs, Anzieu et Martin (1979, p 103) ajoutent que « l'horizon temporel et le niveau d'engagement ne sont pas les mêmes lorsqu'on participe à une ou deux réunions » que lorsque l'on est présent à un « nombre relativement élevé de réunions consécutives du même groupe artificiel, une dizaine au moins [...] Un certain seuil d'accroissement quantitatif entraîne un changement qualitatif. ». Par conséquent, ce mémoire ne traitera pas la question du groupe ouvert, mais s'intéressera plus particulièrement au groupe fermé et semi-fermé dans lesquels les membres ne changent pas d'une séance à l'autre. En effet, ces deux types de dispositifs permettent la rencontre des membres du groupe séances après séances pour favoriser la création du lien, la relation. Les patients peuvent progressivement développer de la confiance les uns vis-à-vis des autres, créer leur objet dans une intimité de groupe et commencer à s'entraider à travers leurs interactions. Toutefois, ces deux dispositifs ont été choisis pour les besoins du mémoire, mais il faut rappeler que tout dispositif, qu'il soit ouvert, fermé, semi-fermé ou individuel, peut avoir des vertus thérapeutiques concernant la créativité des patients ciblés. Cela dépend du besoin de

chaque patient, à chacune des étapes de son accompagnement. Une fois le type de groupe défini, le type de médiation va être abordé.

7) La médiation dans le groupe

Tout comme le groupe, la médiation peut relier et séparer les membres du groupe. Selon A. Brun (2011), l'objet au sein du groupe fait office de médiateur entre l'individu, l'ergothérapeute et les membres entre eux. Il a été vu précédemment que l'objet médiateur, permettait d'affirmer l'identité de l'individu, de le positionner au sein du groupe et que les interactions entre les membres pouvaient être facilitées en utilisant l'objet comme intermédiaire. L'objet médiateur a donc des qualités d'individuation, de séparation et de mise en relation de l'individu vis-à-vis du groupe, de socialisation au sein du groupe. Ici, il est question d'un objet médiateur, mais le médiateur peut bien évidemment être immatériel tel que la musique, le théâtre...

Les objets dans le groupe en ergothérapie, peuvent être individuels ou collectifs. L'objet collectif est tout à fait intéressant car selon A. Redouloux-Jouaud (2005), il favorise les échanges, la collaboration, l'organisation autour d'un projet commun. Cependant, selon les entretiens exploratoires, l'objet commun entraîne également la question de l'appartenance de cet objet et la possibilité d'exister parmi les autres. Par conséquent, seule la démarche de création individuelle sera considérée dans ce mémoire afin de conserver de façon claire l'appartenance de l'objet à l'individu correspondant à la population sélectionnée. Dans le cadre d'objets individuels, les interactions entre les membres peuvent être favorisées par l'utilisation d'un médiateur commun. En effet, les sensations éprouvées face au même matériau peuvent être échangées, les problématiques rencontrées peuvent être similaires.

Le choix d'un médiateur particulier ne sera pas précisé, car F. Klein (2016) explique que le médiateur n'est pas, en lui-même, thérapeutique. C'est-à-dire que la fonction que peut remplir le médiateur dépend en grande partie de l'interaction des éléments constituant le cadre-dispositif et de l'attitude de l'ergothérapeute. C'est l'ensemble environnemental qui va permettre de faciliter la créativité.

En conclusion, le médiateur relie et sépare les membres du groupe entre eux. Il peut donc représenter un espace intermédiaire commun, et constituer à la fois un support de la créativité individuelle mais aussi des interactions groupales. Maintenant, l'intérêt va se

porter sur la manière dont le groupe va pouvoir étayer la créativité de l'individu souffrant de schizophrénie.

8) L'étayage groupal

La créativité passe par la mise en commun du monde intérieur et extérieur. D'après M. Billard et C. Costantino (2011), la fonction contenante du groupe va sécuriser le sujet lors de cette mise en commun dans l'espace transitionnel symbolisé par le dispositif groupal.

Selon M. Donaz (2011) des phases d'illusion et de désillusion vont rythmer la dynamique du groupe à chaque séance. Nous pouvons donc en déduire que l'un des objectifs du groupe sera de chercher une issue transitionnelle (B. Cadoux, 2008) avec l'aide de l'ergothérapeute, pour sortir de ce cycle mortifère bien connu des patients schizophrènes. Pour s'extraire de ce cycle après une phase de désillusion, il va falloir élaborer des solutions pour créer une situation satisfaisante et réaliste. Cette élaboration créative passe nécessairement par des interactions qui permettent la mise en commun des capacités créatives, des idées, des perceptions des membres du groupe. Dans le cas d'objets individuels, l'ergothérapeute va devoir faciliter la communication entre les membres du groupe pour encourager l'entraide, le partage. Par exemple, M. Donaz (2007) explique que la mise en mots en fin de séance peut permettre d'amorcer le dialogue autour des objets, des ressentis, des perceptions, de l'imaginaire, des problématiques rencontrées par chacun au cours de la réalisation...

D'après D. Anzieu et J-Y. Martin (1979), l'hétérogénéité du groupe fournit une énergie initiant la progression du groupe et de sa créativité. En effet, pour sortir du cycle psychotique, le groupe ou l'individu dans le groupe, a besoin de l'énergie fournie par les interactions. Il peut donc en être déduit, que moins le groupe est homogène et plus les interactions seront riches et diversifiées. Cependant, si le groupe est trop hétérogène, il pourra être générateur de tensions. Cela est bien entendu conditionné par la capacité qu'a l'ergothérapeute à gérer la dynamique de groupe. D'un point de vue individuel, E. Lecourt (2008) explique que le groupe va stimuler l'activité psychique du sujet pour engager un processus profond de changement. La créativité de chaque membre est ainsi étayée et amplifiée par le groupe à travers son discours, par exemple (M. Donaz, 2007). Ces capacités créatives étayées peuvent être mises au service de la relation à l'objet, de la relation avec l'autre. Cette créativité se révèle à travers la progression de l'objet et par la

transformation du groupe: la création des liens relationnels dans le groupe à travers les interactions des membres du groupe.

Pour conclure, l'ergothérapeute pourrait étayer les capacités créatives du groupe et de ses membres, en favorisant les interactions groupales, pour faciliter la relation avec leurs objets mais aussi pour permettre la création de relations entre eux. Par le développement de ces capacités relationnelles, la socialisation du patient atteint de schizophrénie pourrait être favorisée.

9) La socialisation : groupe et créativité

M. Billard et C. Costantino (2011) rappellent que l'être humain est un être social qui s'inscrit dans des groupes à diverses échelles. Le défi est donc de construire son individualité dans la groupalité qui peut être, fondatrice comme aliénante. Pour ce faire, l'accès à un espace intermédiaire dans lequel se situe un pouvoir créateur permet que la rencontre du soi et du non soi ne constitue pas un brutal affrontement. Ainsi, la mise en groupe de la personne schizophrène a pour but de réduire son isolement par la création de liens. En effet, le groupe est une « matrice de socialité » (B. Cadoux, 2008, p45) c'est-à-dire un réseau de liens aux autres, qui s'édifie à travers la médiation, l'objectif commun et les interactions.

Au cours de ces recherches théoriques, il a été vu que la problématique de la schizophrénie est relative au manque du lien car cette maladie est caractérisée par un morcellement psychique ainsi que par une rupture avec la réalité et l'autre. Le travail de la créativité consistant à créer du lien dans un espace intermédiaire semble tout à fait indiqué pour le patient schizophrène. Cela favoriserait son individualisation, l'appropriation de son agir, le développement de ses capacités d'adaptation et relationnelles et susciterait le sentiment de liberté et d'autonomie. L'ergothérapeute pourrait, au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé, étayer la créativité du patient schizophrène en facilitant les interactions groupales au travers desquelles les idées peuvent circuler et nourrir le patient bloqué dans sa créativité. Ces capacités créatives faciliteront la mise en relation du patient avec son environnement, les autres. L'hypothèse émergeant de cette élaboration conceptuelle est donc : « Les interactions groupales facilitées par l'ergothérapeute au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé, étayent les capacités créatives de la personne atteinte de schizophrénie à prédominance dissociative ».

B) METODOLOGIE D'ENQUÊTE

L'intérêt de l'enquête est de déterminer quel(s) caractéristique(s) ou phénomène(s) groupaux pourraient favoriser la créativité chez un patient schizophrène?

Ainsi, l'enquête s'intéressera plus particulièrement aux groupes fermés ou semi-fermés car il a été vu précédemment que ces deux dispositifs permettent la possible installation de liens relationnels à long terme. La population cible correspond aux personnes atteintes de schizophrénie dont la dissociation est au premier plan. Comme expliqué précédemment, le type de médiation ne sera pas précisé car c'est l'ensemble du dispositif et l'attitude de l'ergothérapeute qui permettent que l'activité puisse favoriser le développement de la créativité. Le choix s'est également porté sur des objets individuels pour une même médiation et non sur un objet collectif afin de conserver l'appartenance de l'objet au patient ciblé.

L'enquête sera menée de manière qualitative car d'après A. Brun (2011, p49 et 57) la créativité n'est pas quantifiable: « il est impossible d'évaluer en soi le taux de créativité d'une personne, ainsi que de sérier les formes prévisibles de cette créativité, en revanche l'évaluation d'un processus créatif peut être envisagée, au sein d'un atelier à médiation, de façon individuelle ou groupale. ». Ce même auteur ajoute de façon plus générale : « Les travaux récents sur l'évaluation des psychothérapies⁷ mettent l'accent sur les limites et les échecs de l'évaluation selon une médecine fondée sur des preuves et sur une critique des essais contrôlés, randomisés qui ont occupé une place prédominante pendant une vingtaine d'années. ».

Par conséquent, l'enquête du mémoire ne se fera pas sous forme d'observations qui consisteraient à évaluer les processus créatifs de la personne schizophrène dans le groupe car cela semble difficilement réalisable. En effet, il faudrait évaluer l'évolution des processus créatifs, les mécanismes groupaux mis en jeu et la nature de l'influence des derniers sur les premiers. De plus, une telle enquête serait ici techniquement inenvisageable du fait de la contrainte temporelle. Par conséquent, J'ai décidé d'interroger des ergothérapeutes sur leur regard par rapport à la question de la créativité du patient schizophrène dans le groupe. La sollicitation d'ergothérapeutes qui observent des patients sur la durée, paraît bien plus adaptée pour obtenir des réponses à l'enquête qu'une

⁷ « Fischmann et coll., Evaluation des psychothérapies et de la psychanalyse, 2009 »

évaluation par mes soins sur une trop courte période avec des critères inadaptés car imprévisibles. Ainsi, l'évaluation des processus créatifs et des répercussions des interactions groupales sur ces derniers reste donc clinique et de l'ordre de la subjectivité des ergothérapeutes interrogés.

I) La méthode

1) Choix de l'outil d'enquête

Cette enquête qualitative se fera sous forme d'un questionnaire destiné aux ergothérapeutes sélectionnés au préalable selon certains critères et sera envoyé par courriel. L'usage du courriel est plus rapide qu'une rencontre et offre un temps de réflexion aux personnes interrogées. Ces dernières pourront y répondre dans un délai de quinze jours.

L'intérêt du questionnaire est d'obtenir des réponses suffisamment synthétiques, de manière à faciliter leur comparaison et analyse. De plus, un questionnaire permet d'obtenir un plus grand nombre de réponses que des entretiens. Les entretiens exploratoires ont montré que les points de vue concernant la créativité et le groupe pouvaient diverger d'un ergothérapeute à l'autre. Par exemple les ergothérapeutes qui définissaient la créativité à la manière de Winnicott s'attachaient à des aspects différents de cette définition, comme la "capacité de jouer", de "s'adapter", "d'agir sur l'extérieur", de "ressentir du plaisir à vivre"... Bien que cette enquête sous forme de questionnaire ne soit pas quantitative et ne puisse être représentative de l'opinion de l'ensemble des ergothérapeutes car elle repose sur la subjectivité d'un nombre modeste de professionnels, certaines tendances représentatives de l'échantillon pourront tout de même espérées y être dégagées compte tenu du nombre de participants moins restreint que pour l'entretien.

Néanmoins, il est possible qu'il y ait moins de participation, comparé à la population initialement sélectionnée car les professionnels devront répondre par courriel sur un temps donné, ce qui demande une assiduité. Cependant, la rédaction écrite des réponses au questionnaire permet un temps de réflexion, de structuration des idées, notamment concernant les questions ouvertes, bien que l'entretien favorise la spontanéité des réponses. Toutefois, le feed-back rédactionnel peut aussi bien permettre de préciser sa pensée que de s'autocensurer (S. Blais-Michaud et S. Tétreault, 2014). De plus, le questionnaire ne permet pas d'obtenir un complément d'information dans le cas d'une réponse imprécise.

Ce questionnaire comportera des questions ouvertes, fermées et semi-fermées afin de s'adapter au mieux au contenu de chaque question et aux types de réponses attendues. S. Tétreault et S. Blais-Michaud (2014) expliquent que les questions ouvertes permettent aux répondants de s'exprimer à leur manière, mais elles leur demandent une réflexion importante. En outre, le contenu peut être difficile à analyser et les réponses peuvent être incomplètes, imprécises, hors-sujet. Les questions fermées influencent nécessairement les répondants et les contraignent à faire des choix mais leur analyse est moins soumise à la subjectivité de l'analyste que celle des questions ouvertes. Les questions semi-fermées permettent d'ajouter une justification ou un complément de réponse.

2) Sélection des professionnels

Un échantillon de 20 ergothérapeutes travaillant en psychiatrie extrahospitalière, a été sélectionné en prenant directement contact par téléphone avec les établissements. Cette prise de contact préalable permettra de sélectionner les ergothérapeutes en fonction des critères d'inclusion et garantira un taux minimal de réponses. Les structures extrahospitalières ont été recherchées à la fois dans les classeurs répertoriant les terrains de stage qu'ils se situent en Ile-de-France ou en province et sur internet. Parce que les entretiens exploratoires ont montré que le groupe fermé est davantage mis en place en extrahospitalier, les ergothérapeutes sélectionnés devront tous exercer dans ce type de structure afin de réduire le risque de sélectionner des ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé en groupe fermé. Cependant, cette éventualité constitue un biais envisagé qui ne peut être complètement évité car la question du groupe ne doit être évoquée dans les critères de sélection afin de ne pas attirer l'attention des participants sur les dispositifs groupaux. En effet, l'un des intérêts de l'enquête est notamment de percevoir si les ergothérapeutes évoquent spontanément ou non, les qualités d'étayage du groupe dans la créativité du patient ciblé. Toutefois, les entretiens exploratoires n'ayant pas montré la pertinence de dissocier les hôpitaux de Jour (HDJ), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et centres médicaux psychologiques (CMP), au regard du sujet traité dans ce mémoire, ces trois types de structures ont donc été retenues sans faire de distinction. Par ailleurs, les ergothérapeutes sélectionnés pour l'enquête, devront remplir d'autres critères d'inclusion : travailler auprès de patients schizophrènes et avoir pour moyen thérapeutique de favoriser la créativité.

3) Anticipation des biais.

Les critères de sélection vont limiter le nombre de participants et donc la puissance de l'enquête, mais permettront de sélectionner une population adaptée qui garantira d'avantage la qualité de réponses. De plus, afin d'éviter l'influence d'opinions entre les ergothérapeutes se connaissant ou l'organisation d'une réflexion commune autour du questionnaire, un seul ergothérapeute a été invité à participer dans chaque structure.

Par ailleurs, comme le montrent les entretiens exploratoires précédents, la notion de « créativité » peut être interprétée et comprise différemment selon les interlocuteurs, ce qui pourrait être à l'origine de malentendus et d'erreurs d'analyse. En effet, lors de ces entretiens, les ergothérapeutes qui se référaient à la définition de Winnicott, l'abordaient sur des versants différents. Par conséquent, une citation de D.W.Winnicott, définissant la créativité de manière suffisamment large pour aborder l'ensemble des aspects de cette notion, sera jointe au questionnaire pour réduire ce biais. Les ergothérapeutes seront aussi invités à compléter ou modifier cette définition si besoin, en fonction de leur représentation de cette notion afin d'analyser leurs réponses au regard celle-ci. Les groupes « ouvert », « fermé » et « semi-fermé » seront également définis pour que chacun se réfère à des définitions identiques.

Enfin, le questionnaire en ligne (annexe II) a été préféré au questionnaire classique car il ne permet pas d'être parcouru dans son intégralité avant d'y répondre. En effet, les cinq rubriques constituant le questionnaire ont été remplies dans l'ordre, sans que les répondants ne puissent s'influencer des questions suivantes pour répondre aux précédentes.

II) L'enquête

1) Présentation des résultats

Sur les 20 ergothérapeutes sollicités, 11 ont répondu au questionnaire, ce qui correspond à une participation de 55%. En effet, le taux de participation par rapport au nombre d'ergothérapeutes engagés initialement paraît réduit compte-tenu de la méthode de prise de contact téléphonique préalable : présentation de l'enquête et demande d'accord de participation. Les réponses d'un ergothérapeute n'ont pas été prises en compte car il a déclaré ne jamais travailler la créativité en séance, ce qui correspondait à l'un des critères d'inclusion. Par conséquent, les réponses de dix ergothérapeutes ont été analysées. Les résultats de l'enquête sont donc à pondérer du fait de la faible puissance de l'enquête. Ce

faible taux de participation peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Effectivement, l'enquête proposée lors de l'appel à la participation présentait des modalités différentes qui ont été modifiées entre-temps. De ce fait, l'enquête a également été retardée d'un mois et réduite à 15 jours. Bien que les ergothérapeutes aient été prévenus de cette éventualité dès le premier contact, puis informés des modifications, cela a pu démobiliser certains d'entre eux. En outre, le délai de réponses a pu être trop court pour quelques participants, compte tenu de leurs disponibilités. Enfin, d'autres répondants ont rencontré des difficultés d'accès au questionnaire en ligne car le service de sécurité informatique de leur établissement en a bloqué l'accès. Certains ergothérapeutes m'ont sollicitée, comme stipulé dans le message qui a fait suite au courriel de lancement de l'enquête (Annexe D), mais il est possible que d'autres participants n'aient pas répondu au questionnaire pour cette raison, sans m'en informer. Pour faire face à ce problème d'accès au questionnaire en ligne, la proposition d'utiliser leur adresse électronique personnelle leur a été faite.

a) Profil des ergothérapeutes interrogés en fonction de leurs expériences et de leurs influences théoriques.

Les trois premières questions (annexe III, Q1, 2, 3) montrent que la population interrogée possède majoritairement une expérience supérieure à 15 ans. En effet, parmi les dix ergothérapeutes ayant participé, deux ont une **expérience en ergothérapie** entre 0 et 5 ans, un entre 5 et 10 ans, un entre 10 et 15 ans, et six supérieure à 15 ans. Le classement du nombre d'ergothérapeutes en fonction de leurs années d'**expérience en psychiatrie** est identique à celui de l'expérience en ergothérapie. Enfin, deux ergothérapeutes ont une **expérience auprès de patients atteints de schizophrénie** comprise entre 0 et 5 ans, un entre 5 et 10 ans, trois entre 10 et 15 ans et quatre supérieure à 15 ans. Quel que soit le type d'expérience renseignée (en ergothérapie, en psychiatrie, ou auprès de patients schizophrènes), les ergothérapeutes interrogés ont majoritairement une expérience supérieure à 15 ans, soit six à quatre professionnels sur dix.

La **question 4** (annexe III, Q4) interroge les professionnels sur les courants de pensée dont ils s'inspirent dans leur pratique. Parmi les dix participants, sept s'inspirent exclusivement du courant psychodynamique et psychanalytique dans leur pratique, un ergothérapeute se réfère aux trois courants psychodynamique/psychanalytique, systémique et cognitivo-comportemental. Le neuvième ergothérapeute s'inspire des courants

psychodynamique/psychanalytique et systémique. Le dernier participant s'identifie aux courants psychodynamique/psychanalytique et humaniste.

En conclusion, l'échantillon n'est pas hétérogène. Il est composé en majorité d'ergothérapeutes ayant une expérience (toutes expériences confondues) supérieure à 15 ans. Les dix répondants s'inspirent en partie ou totalement du courant psychodynamique/psychanalytique. Ensuite, deux répondants se réfèrent également au courant systémique et une personne au courant cognitivo-comportemental ou humaniste. En outre, les ergothérapeutes qui possèdent plus de 15 ans d'expérience s'identifient uniquement aux courants psychodynamique/psychanalytique alors que les ergothérapeutes qui ont moins de 15 ans d'expérience, s'appuient également sur d'autres courants.

b) La « créativité » : sa définition et sa place dans la pratique des ergothérapeutes.

La **question 5** cherche à déterminer si les ergothérapeutes conçoivent la créativité telle que Winnicott la définit dans la citation extraite de l'ouvrage « Jeu et réalité ». Huit ergothérapeutes sur les dix (annexe III, Q 5), ont déclaré que cette définition correspondait à leur conception de la créativité. Deux ergothérapeutes ont répondu qu'ils adhéraient à cette définition de façon partielle. Le premier professionnel a indiqué que cette définition n'était pas assez étendue si l'on considère que la créativité consiste à créer quelque chose de nouveau. Il ajoute que la soumission à la réalité et l'absence du "sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue" ne constitue pas une entrave totale à la créativité. Le deuxième ergothérapeute enrichit la définition de la créativité, par la notion de découverte de soi, de confrontation à ses limites et capacités, et d'accès au plaisir. Cette dernière personne a pris en compte son complément de réponse dans la suite du questionnaire.

En **question 6**, il est demandé aux ergothérapeutes s'ils travaillent « toujours », « souvent », « parfois » ou « jamais » la créativité en séance (annexe III, Q6). Quatre répondants sur dix, ont répondu qu'ils travaillaient « toujours » la créativité en séance. Six ergothérapeutes la travaillent « souvent ». Personne n'a répondu « parfois ».

Pour conclure, huit répondants sur dix considèrent que la conception qu'a Winnicott de la créativité correspond totalement à la leur, alors que deux professionnels estiment qu'elle leur correspond partiellement. Par ailleurs, la créativité est très présente dans la pratique des ergothérapeutes interrogés.

c) La schizophrénie au regard de la créativité

Défaillance de créativité chez la personne schizophrène ?

À la question 7 : « Pensez-vous que les patients atteints de schizophrénie, avec un syndrome dissociatif prédominant peuvent parfois présenter un manque de créativité ou une défaillance de leurs capacités créatives ? » (annexe III, Q 7), neuf ergothérapeutes sur dix ont répondu « oui » et un a répondu « non ». Toutefois, le professionnel explique son « non » car il considère que « tous les symptômes (délire, violence, agressivité, dissociation) sont de toute façon des tentatives de modalités d'existence créatives pour se défendre de leur souffrance psychique. ».

Question 8 : « Pensez-vous que les patients schizophrènes dont la dissociation prédomine, puissent être plus sévèrement touchés par une défaillance de créativité que les patients schizophrènes présentant une prédominance du délire ? » (annexe III, Q8). Parmi les neuf ergothérapeutes ayant répondu à cette question, cinq ont déclaré que les patients souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative sont plus sévèrement touchés par une défaillance de créativité que les patients atteints de schizophrénie présentant un délire au premier plan. Trois de ces répondants ont justifié leur réponse du fait que les personnes plus dissociées ont généralement de plus grandes difficultés attentionnelles dans la prise d'initiative, de planification, un apragmatisme plus important, une imperméabilité qui entrave l'extériorisation de leur intériorité et un affaiblissement global des capacités et du désir. Toutefois, parmi ces professionnels, un ergothérapeute pense que les patients délirants ne sont pas forcément créatifs pour autant alors qu'un autre répondant considère que les patients ayant un profil plus délirant sont davantage spontanés et se recentrent plus facilement sur la création. Ensuite, un ergothérapeute indique que le délire est de nature créative. Pour finir, un participant n'a pas justifié sa réponse.

Concernant les quatre ergothérapeutes ayant répondu « non », c'est-à-dire que les patients plus dissociés ne sont pas davantage touchés par une défaillance de créativité que les patients plus délirants. L'un explique que les patients dissociés ou délirants ont pour la plupart une grande créativité. Un autre ergothérapeute s'interroge : le travail de la créativité n'est pas aisé avec les patients dissociés ce qui nécessiterait au préalable un travail de recentrage et de renforcement du sentiment d'être. Cependant, il peut être également difficile de discerner ce qui relève de la créativité ou du délire chez un patient plus délirant. L'ergothérapeute suivant pense que la difficulté d'accès à la créativité, quel

que soit le type d'atteinte, dépend de la gravité des syndromes qui peut entraver la relation entre l'intériorité et l'environnement extérieur. Le dernier répondant n'a pas explicité sa réponse.

En conclusion, neuf ergothérapeutes sur dix considèrent que les patients souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative peuvent présenter une défaillance de créativité. Cinq d'entre eux pensent que ces patients sont davantage touchés par cette problématique que les patients plus délirants : soit du fait de l'appauvrissement global lié à la dissociation, soit du fait de l'apport créatif du délire. Quatre de ces dix participants estiment que les patients dissociés ne sont pas plus touchés par une défaillance de créativité que les patients délirants : soit parce que les patients correspondant aux deux profils présentent généralement une grande créativité, soit parce qu'au contraire, ils peuvent tous deux avoir des difficultés dans leur créativité. Par conséquent, les ergothérapeutes qui étaient majoritairement d'accord pour dire que le patient davantage dissocié pouvait présenter une défaillance de créativité, ont exprimé des divergences quant à la nature créative ou non du délire.

Schizophrénie et créativité : l'évaluation, les objectifs et les moyens

Les trois questions suivantes portent sur les signes observables d'une défaillance de créativité chez la personne schizophrène, l'intérêt de travailler la créativité et les moyens de l'étayer.

La **question 9** (annexe III, Q9) « D'après vos observations cliniques, quels sont les éléments concrets qui vous montrent que les patients schizophrènes présentant une prédominance de la dissociation, peuvent manquer de créativité ? ». Ces signes caractéristiques d'une défaillance de créativité peuvent être regroupés en sept catégories : les symptômes négatifs, c'est-à-dire la perte du désir, du plaisir et du « faire » (10 réponses), les symptômes dissociatifs (9 réponses), la fragilité des capacités d'élaboration et d'adaptation (7 réponses), ne pouvoir prendre des décisions (5 réponses), la difficulté ou l'erreur d'interprétation (5 réponses), l'indifférenciation et le défaut d'appropriation (3 réponses), les difficultés d'expression (1 réponse). Parmi les **symptômes négatifs**, les ergothérapeutes ont cité « tous les "a" » privatifs tels que l'aboulie, l'anhédonie, l'apragmatisme et l'émoussement affectif. Les **symptômes dissociatifs** comprennent la fuite des idées, le barrage, le sentiment de vide, le manque du lien à travers le discours et le comportement. La faiblesse des **capacités d'élaboration et**

d'adaptation se décline à travers des difficultés de planification, d'organisation, d'élaboration cohérente qu'elle soit concrète ou imaginaire, d'« accès au play » et une rigidité psychique. Concernant **la prise de décision**, la « prise d'initiative » est apparue (dans quatre réponses) ainsi que le fait de « coller » au désir d'autrui. **Les difficultés ou erreurs d'interprétation** sont indiquées sous forme d'interprétations erronées de l'environnement, d'erreurs d'utilisation des outils et matériaux, d'incompréhension de la symbolique des mots ou des expressions et le défaut de reconnaissance de ses sensations et émotions. Ensuite, **l'indifférenciation et le défaut d'appropriation** sont perçus à travers une indifférenciation entre soi et l'objet extérieur, une déréalisation, un sentiment d'étrangeté que le patient ressent vis-à-vis de son propre objet. Enfin, concernant **l'expression**, des difficultés d'extériorisation sont relevées.

La **question 10** : « Qu'est-ce-que le travail de la créativité pourrait apporter aux patients souffrant de schizophrénie? ». Les dix professionnels (annexe III, Q10) pensent à l'unanimité que le développement de la créativité permet au patient schizophrène de **renforcer son sentiment d'être**, de **ressentir de la satisfaction** et de **créer du lien relationnel avec les autres**. Pour huit ergothérapeutes la créativité permet de **ressentir du plaisir**, de **faire des choix**, **prendre des décisions** et **favorise l'autonomie**. Ensuite, sept participants considèrent que la créativité permet de **s'adapter face aux contraintes**, d'**agir sur l'environnement en position de sujet** et facilite **l'appropriation** de son agir, objet, environnement. Six professionnels se prononcent en faveur de la réponse: **d'élaborer des solutions aux problématiques** concrètes, relationnelles, intérieures. Puis, quatre participants ont considéré que la créativité permettait au patient de **ne plus être soumis par l'environnement**. Pour finir, deux ergothérapeutes ont répondu « **autre** ». L'une de ces deux réponses est une remarque et l'autre explique que la créativité permet de « renforcer l'estime de soi par la valorisation » par le groupe ou l'entourage présent.

La **question 11** : « Qu'est-ce-qui pourrait favoriser, faciliter, étayer ou stimuler la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative? » (annexe III, Q11). Les réponses des ergothérapeutes ont pu être classées en sept catégories : l'attitude et les compétences de l'ergothérapeute (21 réponses), la contenance et la fiabilité du cadre-dispositif (7 réponses), la médiation (4 réponses), le médiateur (4 réponses), la sensorialité (3 réponses), les modèles (2 réponses), et le type de dispositif (1 réponse). **L'attitude de l'ergothérapeute** se décline en neuf sous-catégories : *la valorisation et la réassurance*, encourager *la verbalisation* par le patient et étayer par la

reformulation de l'ergothérapeute, *la présence et la disponibilité* de ce dernier, la *recherche d'autonomie* en permettant la prise d'initiative, *imposer pour mieux contenir*, *accompagner les étapes d'élaboration et de réalisation* du projet, chercher *ce qui touche* le patient, *jouer avec lui* et *ajuster le dispositif* progressivement. **La contenance et la fiabilité du cadre-dispositif** ont été abordées à travers les règles, la stabilité et l'organisation spatio-temporelle, le matériel proposé. **La médiation** peut également étayer la créativité du patient à travers la part de réalité qu'elle renvoie au patient et la question du positionnement relationnel qu'elle soulève. La créativité peut être favorisée par le choix de **médiateurs** contenant, malléables, et diversifiés qui concourent à stimuler le désir. Ensuite, le travail autour de **la sensorialité** par une stimulation multi-sensorielle ou la proposition d'un fond musical, prend également une part importante dans l'éveil de la créativité. Les ergothérapeutes évoquent aussi la possibilité de soutenir la créativité en proposant de nombreuses sources d'inspiration, des **modèles** et fiches techniques qui pourraient faciliter l'émergence du désir et de l'autonomie. Pour finir, un ergothérapeute interrogé indique spontanément que le choix d'un **type de dispositif individuel ou groupal** peut avoir une influence positive sur la créativité du patient.

En conclusion, selon les ergothérapeutes, la défaillance de créativité transparaît particulièrement à travers les symptômes négatifs et dissociatifs qui constituent près de la moitié des réponses. Les difficultés d'élaboration, d'adaptation, de prise de décision et d'interprétation sont également des signes importants pouvant révéler une problématique de créativité. L'intérêt de travailler la créativité est, à l'unanimité, de renforcer le sentiment d'être, d'éprouver de la satisfaction, de favoriser la création du lien relationnel. La créativité permet d'accéder à l'autonomie, à la prise de décision, au sentiment de plaisir pour une grande majorité des répondants. Plus de la moitié des ergothérapeutes considèrent que la créativité permet l'appropriation, l'adaptation, d'agir et d'élaboration des solutions. L'étayage de la créativité se fait en grande partie grâce à l'attitude adaptée de l'ergothérapeute pour plus de la moitié des réponses. Cependant, la contenance et la fiabilité du cadre, la médiation, le médiateur et la proposition de stimulations sensorielles, de modèles et de dispositif individuels ou groupaux peuvent également participer à l'étayage de la créativité. À travers ces quatre derniers moyens d'étayage ressort la notion de diversification des propositions qui paraît importante dans l'étayage de la créativité, pour trois ergothérapeutes interrogés.

d) Le groupe fermé ou semi-fermé au regard de la créativité du patient schizophrène

La **question 12** : « Avez-vous remarqué dans votre pratique, que certains de ces trois dispositifs (ouvert, semi-fermé, fermé) facilitent plus particulièrement l'étayage la créativité du patient schizophrène présentant une prédominance de la dissociation ? ». Six ergothérapeutes sur les dix, ont répondu (annexe III, Q12) qu'ils avaient remarqué qu'un ou plusieurs dispositif(s) groupaux (ouvert, semi-fermé ou fermé) favorisaient davantage l'étayage de la créativité des patients souffrant d'une schizophrénie dont la dissociation prédomine. Parmi les six, deux participants ont nommé **le groupe fermé ou semi-fermé** pour leur qualité de stabilité, de contenance, qui sécurise l'expression. Cependant, l'un d'eux nuance en ajoutant que c'est surtout le cadre interne du thérapeute qui favorise la mise en relation. Le troisième ergothérapeute mentionne **le groupe fermé** car il permet l'installation d'une reconnaissance et d'une attention individuelle par le collectif et l'ergothérapeute. Le quatrième professionnel nomme **le groupe semi-fermé** pour sa souplesse et sa contenance. Finalement, le cinquième et le sixième répondant ne tranchent pas. L'un trouve que le groupe ouvert favorise la spontanéité lors d'une création instantanée et que le groupe fermé peut faciliter la relation entre les membres du groupe. L'autre pense que les qualités d'étayage du dispositif groupal dépendent des objectifs thérapeutiques et du contexte institutionnel.

Enfin, quatre ergothérapeutes sur les dix ont répondu « non » à la question 12, c'est-à-dire qu'aucun dispositif groupal ne favorise plus qu'un autre la créativité du patient ciblé, qu'un autre. Trois participants ont justifié leur réponse en expliquant que la qualité de l'étayage de la créativité au sein d'un dispositif groupal dépendait des besoins des patients, des dynamiques existant ou pas au sein du groupe, de la qualité de l'accompagnement, de la relation de confiance avec le thérapeute. L'important est également de disposer de dispositifs variés à proposer aux patients.

Aux vues des résultats, il peut être considéré que seuls quatre et non six ergothérapeutes sur dix, portent leur choix sur un ou deux des trois dispositifs groupaux car deux d'entre eux ont décrit l'avantage de chaque dispositif. Lorsqu'un choix est effectué, le dispositif fermé et semi-fermé sont privilégiés.

À la **question 13** « Le groupe en ergothérapie pourrait-il, selon-vous, étayer la créativité de la personne schizophrène? », quatre ergothérapeutes ont répondu « oui », six ont répondu « oui mais sous-conditions » (annexe II, Q13). Cependant, parmi les quatre participants qui

ont dit « oui », deux ont ajouté des conditions. Par conséquent, huit ergothérapeutes considèrent que le groupe peut étayer la créativité sous-conditions. Certaines conditions sont relatives à l'établissement du dispositif tels que la taille restreinte du groupe, le type de médiation, la proposition d'un thème, la réalisation de l'objet en une séance et l'aménagement d'un temps de parole au cours de celle-ci. D'autres conditions traitent des compétences de l'ergothérapeute comme sa capacité à gérer la dynamique de groupe en laissant la liberté aux échanges entre les membres, que ce professionnel empêche l'établissement de comparaisons dans le groupe mais favorise les interactions positives, constructives, qu'il établisse un climat de confiance qui permette le dynamisme et l'étayage groupal et que l'ergothérapeute connaisse bien chaque patient. Les dernières conditions sont liées à l'indication du groupe pour le patient : si ses capacités relationnelles et d'individualisation sont suffisantes.

Question 14 (annexe III, Q14) « Quels caractéristiques, processus, mécanismes groupaux, vous semblent favoriser, faciliter, étayer ou stimuler la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative ? ». Un ergothérapeute n'a pas répondu à la question. Les réponses des neuf professionnels qui ont répondu peuvent être classées en sept catégories : les valeurs du groupe (9 réponses), les qualités du cadre (6 réponses), les caractéristiques du dispositif (5 réponses), la communication au sein du groupe (3 réponses), la dynamique de groupe (2 réponses), l'influence créative entre membres (2 réponses) et l'historique du groupe (1 réponse). **Les valeurs du groupe** comprennent, la tolérance, le respect, la bienveillance, la valorisation, la réassurance, la reconnaissance. **Les qualités du cadre** incluent la contenance, la fiabilité, l'absence d'interférences, la capacité du groupe à galvaniser ses membres et son rôle de miroir qui renvoie à chaque membre son image. À travers **les caractéristiques du dispositif**, sont abordées la proposition d'un thème, la réalisation d'objets collectifs, la création d'un objet en une séance, l'utilisation d'un médiateur nécessitant peu de technique. Ensuite, les ergothérapeutes ont relevé que la **communication** pouvait étayer la créativité ainsi que la **dynamique de groupe** engageant un jeu à plusieurs et **l'influence créative** par l'observation de ce que font les autres. Enfin, la construction d'une **histoire du groupe** semble également soutenir cette créativité.

À la **question 15** (annexe III, Q15), « Les interactions groupales, la communication entre les membres au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé peuvent-elles favoriser la créativité chez un patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative ? », les

dix ergothérapeutes ont répondu « oui ». Par conséquent, les professionnels interrogés déclarent à l'unanimité que les interactions groupales au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé favorisent la créativité chez un patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative.

Pour conclure, les résultats montrent que tous les ergothérapeutes interrogés considèrent que le groupe peut soutenir la créativité et huit d'entre eux y émettent des conditions liées aux caractéristiques du dispositif, aux compétences de l'ergothérapeute, aux qualités du groupe et à la situation du patient. En outre, six ergothérapeutes pensent qu'il n'y a pas de dispositif groupal plus favorable au développement de la créativité que d'autres. Parmi les quatre participants restants, le dispositif fermé et semi-fermé sont privilégiés de manière équivalente. Pour les ergothérapeutes interrogés, les valeurs du groupe, les qualités du cadre et les caractéristiques du dispositif paraissent jouer un rôle important dans l'étayage de la créativité du patient en recueillant entre 9 et 5 réponses sur 26 pour chacun d'eux, soit plus ou moins un quart des réponses. La dynamique de groupe, la communication, l'influence créative au sein du groupe qui correspondent aux interactions groupales y participent également à hauteur de 7 réponses sur 26, soit plus d'un quart des réponses. Pour finir, l'ensemble des professionnels pense que les interactions groupales peuvent favoriser la créativité du patient atteint de schizophrénie à prédominance dissociative.

2) Analyse des résultats

a) Profil des ergothérapeutes interrogés en fonction de leurs expériences et de leurs influences théoriques.

Les ergothérapeutes interrogés qui ont plus de 15 ans d'expériences (toutes confondues), ont unanimement déclaré qu'ils s'appuyaient uniquement sur le courant psychodynamique et psychanalytique dans leur pratique. Tous les ergothérapeutes (sauf un) ayant moins de 15 ans d'expérience se réfèrent à d'autres courants en plus du courant psychodynamique/psychanalytique. Le nombre élevé de réponses en faveur de ce courant était présagé car l'un des critères de sélection était d'avoir comme moyen ou objectif thérapeutique de travailler la créativité. Cette notion se rattache aisément à ce courant de pensée, notamment la créativité telle que la définit Winnicott. Cependant, le choix de ce modèle par les ergothérapeutes est-il en relation avec des convictions personnelles, leur formation initiale, l'influence de l'institution dans laquelle ils exercent? En effet, la psychiatrie française a connu une forte influence psychanalytique au cours de la deuxième

moitié du XX^{ème} siècle. Actuellement, elle voit notamment davantage s'implanter le courant comportementaliste, comme l'explique D. Widlöcher, (2004). Ainsi, les ergothérapeutes qui ont moins de 15 ans d'expérience intègrent t'ils plusieurs courants dans leur pratique parce que certains d'entre-deux se développent davantage en France à l'heure actuelle? Dans ce cas, pourquoi les ergothérapeutes de plus de 15 ans ne s'appuient que sur un seul courant et ne sont pas influencés par l'intégration plus récente d'autres courants en psychiatrie ?

b) La « créativité » : sa définition et sa place dans la pratique des ergothérapeutes.

Tous les participants conçoivent la créativité telle que Winnicott l'entend, de façon totale pour une majorité ou partielle pour d'eux d'entre eux qui ont ajouté un complément de réponse. Bien que la quasi-totalité des ergothérapeutes ait répondu aux questions suivantes en se référant à la définition donnée, un professionnel a choisi de se référer à sa propre définition. Je cite donc le complément d'information de ce répondant : « La créativité est un moyen réel pour le patient de se découvrir, de se confronter à ses limites et ses capacités. Après, je ne songe pas au jeu quand je suis en atelier. Je suis vigilante au plaisir qu'il prend. » Après examen du complément d'information apporté à la définition proposée, il ne semble pas en contradiction avec la définition de Winnicott. En effet, Winnicott (1971, p76 et 72) indique que « C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi ». Il ajoute que lorsque l'enfant joue, « le moment clé est celui où l'enfant se surprend lui-même ». Il peut donc être considéré que la créativité est également pour Winnicott une découverte de soi et de ses capacités. Ensuite, Winnicott déclare « La créativité est inhérente au jeu, peut-être même ne peut-on la trouver ailleurs. » (1970, p 92). Il ajoute ensuite, « heureux celui ou celle qui est tout le temps créateur » (1970, p69). De plus, le 4^{ème} stade de la théorie du jeu consiste à « permettre le chevauchement de deux aires de jeu et y prendre plaisir » (1971, p68). Parce que Winnicott relie la créativité au jeu puis les rattachent tous deux au plaisir, bien que l'ergothérapeute ne prenne pas en compte le concept du jeu lors de sa pratique, il peut être considéré que le fait qu'il prenne en compte le plaisir éprouvé par le patient lorsqu'il est dans l'agir, n'est pas incompatible avec cette notion de créativité. De plus, les réponses de ce répondant sont cohérentes avec celles des autres participants. Par conséquent, l'analyse des autres réponses de ce professionnel a été réalisée de la même manière que l'ensemble des répondants. Les deux compléments de réponse apportés par les professionnels, laissent à penser que la définition proposée,

construite à partir de citations sélectionnées par mes soins, pouvait paraître réductrice ou trop générale. L'ensemble des répondants aurait peut-être été satisfait si la définition avait été plus précise et étoffée. Toutefois, le choix subjectif inhérent à la sélection et à l'exclusion de telle ou telle citation engage nécessairement un défaut de représentativité de l'ensemble des travaux de Winnicott portant sur la créativité. Bien que la définition proposée a permis à la majorité des professionnels de s'accorder sur la notion théorique de la créativité afin d'analyser des réponses comparables aux questions suivantes, elle ne permet pas de savoir si les ergothérapeutes ont également une vision commune de l'expression concrète de cette créativité en atelier, par exemple.

L'enquête montre que la créativité prend une place importante dans la pratique des ergothérapeutes interrogés. Par ailleurs, l'un des répondant a indiqué ne « jamais » travailler la créativité en séance. Cette réponse n'était pas attendue, car le fait de travailler la créativité en séance faisait partie des critères d'inclusion de l'enquête. Pour cette raison, la réponse « jamais », faite par un ergothérapeute est surprenante, d'autant plus que ce professionnel a déclaré concevoir la créativité à la manière de Winnicott et donc qu'il s'y référerait pour la suite du questionnaire. Par conséquent, cette réponse n'a pu être motivée par la vision différente que l'ergothérapeute porterait sur le terme de créativité. Ne répondant pas aux critères d'inclusion, les réponses de ce professionnel ont été retirées.

c) La schizophrénie au regard de la créativité

Les ergothérapeutes interrogés s'accordent majoritairement à dire que les patients dont la dissociation est au premier plan peuvent présenter une défaillance de créativité. Une faible majorité considère que cette défaillance est plus importante chez ces patients que chez des patients davantage délirants. Enfin, les autres professionnels pensent soit que les patients peuvent avoir des difficultés de créativité, peu importe leur profil, soit qu'ils sont très créatifs tous profils confondus.

La question 7 a été formulée de cette manière : « Pensez-vous que les patients atteints de schizophrénie, avec un syndrome dissociatif prédominant peuvent parfois présenter un manque de créativité ou une défaillance de leurs capacités créatives ? ». Un ergothérapeute sur dix a répondu qu'il ne pensait pas que les patients atteints de schizophrénie à prédominance dissociative puissent présenter une défaillance de créativité. Ce professionnel justifie sa réponse par le fait que tous les symptômes sont des « tentatives de modalités d'existence créatives pour se défendre de leur souffrance psychique ». En effet,

l'origine du problème de la personne schizophrène ne serait pas une défaillance de créativité mais plutôt une souffrance psychique à laquelle l'individu tenterait d'échapper par des modalités créatives, bien que pathologiques. L'usage du mot « tentatives » signifie-t-il que ces modalités créatives que sont les symptômes, ne réussissent pas à apaiser la souffrance, ou bien que ces modalités qui se veulent relever de la créativité échouent à l'être? Par ailleurs, si nous considérons que le délire est une « tentative de modalité d'existences créatives », est-il une production créative au sens de création ou au sens de créativité ? Une création peut ne pas relever de la créativité et la créativité peut ne pas engendrer de création matérielle, comme c'est le cas pour la rêverie. Selon E. Esquirol, (cité par J-CI Maleval, 1996, p 7) « Un homme est en délire lorsque ses sensations ne sont point en rapport avec les objets extérieurs [...] lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations sont indépendants de sa volonté ». Par conséquent, la rêverie, considérée par Winnicott (1970) comme une forme de créativité, se différencie du délire parce qu'elle est considérée comme une construction imaginaire par le sujet, tandis que le délire est perçu comme étant la réalité. Alors que la personne ne contrôle pas son délire et le subit, elle est actrice de la construction de sa rêverie : elle appréhende consciemment des éléments extérieurs et transforme leur représentation en gardant à l'esprit la nature imaginaire de cette construction. Par conséquent, les limites du questionnaire sont de ne pas pouvoir obtenir de précisions sur le sens que donne le professionnel à sa réponse. Néanmoins, le point de vue de cet ergothérapeute ne paraît pas être en contradiction totale avec le sens de la question mais plus avec sa formulation car ce même répondant a indiqué qu'il travaillait « toujours » la créativité avec les patients. Je suppose donc que pour cet ergothérapeute, il peut être important de favoriser l'accès à des modalités créatives alternatives, non pathologiques en séance. Cela signifierait-il que la créativité est présente chez ces patients mais qu'elle émerge difficilement sous une forme non pathologique ? Ainsi, je considère qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer une analyse différenciée des autres ergothérapeutes dans la suite de ses réponses. En effet, il est possible que ce répondant soit davantage en désaccord sur le terme « défaillance » employé dans la question que sur le sens de celle-ci. Cependant, le nombre élevé de réponses des ergothérapeutes en faveur d'une défaillance de créativité chez les patients davantage dissociés, montre que la majorité des ergothérapeutes ne semble pas rejeter l'usage de ce terme.

Concernant l'importance de cette défaillance suivant le profil plus dissocié ou plus délirant du patient, une majorité d'ergothérapeutes considère que la dissociation peut être une

entrave à la créativité, alors que les opinions varient quant à la nature créative ou non du délire. En effet, un ergothérapeute qui considère que la défaillance de créativité est plus grande chez les patients davantage dissociés, indique à propos du délire, qu'il est " en lui-même une production "créative" et peut être comme une source d'inspiration pour le patient dans ses réalisations selon le thème délirant. ". Un autre professionnel s'interroge : "il est difficile de savoir ce qui est réellement créatif ou issu de ce délire, de cette déformation de la réalité, (agrégat, concrétion avec l'univers fantasmatique... ce qui en soit est une forme de création ?). Le délire protège soit, mais avant d'entamer un réel processus créatif facteur de changement, il y a un pas qui peut être d'importance...? ". Ainsi, nous remarquons que les réponses des professionnels suscitent de nombreux questionnements. En effet, l'emploi de l'adjectif "créatif" par les professionnels peut se rapporter à la fois à la créativité et à la création. Le délire est-il alors de la créativité telle que l'entend Winnicott ou uniquement une création? Qu'est-ce que l'inspiration et s'inscrit-elle dans le cadre de la définition de la créativité ? Par conséquent, bien que les ergothérapeutes conçoivent théoriquement la créativité à la manière de Winnicott, ces questionnements révèlent qu'il n'est pas possible de déterminer de quelle manière cette vaste notion est conçue de façon concrète sur le terrain par les répondants. En effet, le cadre conceptuel apporte une dimension théorique de la créativité, l'enquête y amène une dimension palpable, mais il est difficile de savoir si cette notion n'a pas été remaniée de la théorie à la pratique: chaque professionnel a sa propre manière d'interpréter ce qu'est la créativité à travers sa subjectivité.

Enfin un professionnel a indiqué "Les patients de profil schizophrénique pour une majorité présentent une grande créativité qu'ils soient délirants ou non ". Il a également déclaré "Je ne fais pas la distinction de profil dans ma pratique". Par conséquent, lorsque ce participant répond que les patients sont majoritairement créatifs quelque soit leur profil, cela laisse à penser que selon lui, les syndromes dissociatif ou délirant n'ont pas de répercussion sur la créativité de la personne. D'ailleurs, il ne donne pas de signes cliniques révélateurs d'une défaillance de créativité. Cependant ce même professionnel a répondu qu'il travaillait toujours la créativité en séance. S'il considère que les patients présentent rarement une défaillance de créativité, dans quel but travaille-t'il cette créativité ? Une de ses réponses qui a été donnée pour préciser la définition de la créativité, offre une piste de réflexion : " La créativité est un moyen réel pour le patient de se découvrir, de se confronter à ses limites et ses capacités". Par conséquent, l'étayage de la créativité n'est pas un objectif

mais un moyen. Bien que les patients ne présentent pas, pour la plupart, de défaillance de créativité, s'agira-t-il de les aider à utiliser leur créativité à des fins précises, à la diriger, l'orienter vers l'objectif de la découverte de soi ?

Les ergothérapeutes pensent majoritairement que la dissociation pourrait restreindre la créativité car ils considèrent que les patients principalement dissociés sont plus touchés par une défaillance de créativité que les patients principalement délirants. Le rôle de la dissociation dans la défaillance de créativité se confirme car selon les répondants, les signes caractérisant une défaillance de créativité sont prioritairement les symptômes négatifs et dissociatifs. Ces résultats sont donc en faveur d'un lien entre dissociation et défaillance de créativité. Néanmoins, les ergothérapeutes qui ont cité les symptômes négatifs et dissociatifs comme étant des signes d'une défaillance de créativité, sont principalement ceux qui ont répondu que les patients plus dissociés étaient davantage touchés par une défaillance de créativité que les patients plus délirants. Leur réponse est donc cohérente d'une question à l'autre. Cependant si la dissociation entraîne une défaillance de créativité mais en est également le signe révélateur, cela signifie-t-il que parce que la dissociation caractérise la schizophrénie, tous les patients schizophrènes présentent une défaillance de créativité? Par conséquent, il aurait été intéressant que la question 7 qui interroge les ergothérapeutes sur la possible défaillance de créativité des patients schizophrènes présentant principalement une dissociation, soit une question à choix multiples avec pour propositions « toujours », « souvent », « parfois », « rarement », « jamais ». Ces propositions auraient probablement permis d'évaluer plus précisément la perception qu'ont les ergothérapeutes de la fréquence d'une défaillance de créativité chez ces patients.

Concernant la question 10 qui traitait des apports de la créativité pour le patient schizophrène, certaines propositions étaient porteuses d'un contenu très similaire ou complémentaire afin d'éviter que des propositions soient rejetées du fait de leur formulation. L'un des répondants ayant complété la case « autre », l'a effectivement remarqué en déclarant "Ces items se recoupent ou s'incluent". Les réponses similaires étaient « ressentir de la satisfaction » et « ressentir du plaisir », « favoriser l'autonomie » avec « faire des choix et prendre des décisions », alors que « s'adapter face aux contraintes de la réalité » et « élaborer des solutions aux problématiques », « agir sur l'environnement en tant que sujet » avec « ne plus être soumis par l'environnement » correspondaient aux réponses complémentaires. Les propositions similaires ont été davantage sélectionnées que

les propositions complémentaires. Cependant le nombre d'ergothérapeutes ayant sélectionnées les propositions similaires ou complémentaires est identique ou relativement proche d'un item à l'autre. Effectivement, l'écart maximal de sélection est de trois voix entre deux items complémentaires. Cela montre que la formulation n'a pas été un frein dans le choix des réponses. Toutefois, intéressons-nous aux propositions complémentaires présentant l'écart le plus important, qui se réfèrent à « l'agir » et à la « soumission ». L'item concernant « l'agir » a été sélectionné par plus de la moitié des répondants, comme tous les autres items alors que celui qui traite de la « soumission » n'est choisi que par un peu plus d'un tiers des professionnels. Pourquoi la proposition portant sur la soumission a été davantage écartée que les autres? Les six participants qui n'ont pas sélectionné cette réponse, l'ont-ils écartée suite à un désaccord vis-à-vis de son sens ou de sa formulation? Si ces ergothérapeutes contestent le sens de cette proposition, ce désaccord se situe-t-il dans l'idée que la créativité permet de s'extraire d'une posture passive face à l'environnement ou bien qu'il est nécessaire pour les patients schizophrènes de s'extraire de cette posture par la créativité? Pour ce qui est de l'apport de la créativité dans l'émancipation de la personne, Winnicott (1970, p 57) indique « Par vie créatrice, j'entends le fait de ne pas être tué ou annihilé continuellement par soumission ou par réaction au monde qui empiète sur nous. ». En ce qui concerne l'intérêt pour le patient schizophrène de développer sa créativité afin de s'extraire d'une soumission à l'environnement, il est possible que les ergothérapeutes n'associent pas la notion de passivité à leur conception de la schizophrénie. Bien que des hypothèses aient été formulées, il n'est pas possible de déterminer la ou les raisons pour lesquelles cette proposition a été la moins sélectionnée de toutes. Par ailleurs, la proposition « Renforcer l'estime de soi par la valorisation du groupe pour le travail du patient, ou valorisation de la part de son entourage quand il est présent », qui a été ajoutée par un répondant, n'apparaît pas dans les propositions tirées du cadre conceptuel en tant qu'apport de la créativité pour le patient. Effectivement, cette réponse ne fait pas référence à un apport direct de la créativité pour l'individu, car ce n'est pas la créativité qui va directement renforcer l'estime de soi, mais plutôt ce que l'entourage ou le groupe va renvoyer au patient de sa création, de son agir. Cela correspond alors d'avantage à un apport indirect.

La moitié des réponses à la question 11 qui interroge les professionnels sur les moyens d'étayer la créativité, montre l'importance de l'attitude et des capacités de l'ergothérapeute, dans le soutien de la créativité du patient. Nous pouvons également

remarquer que le dispositif groupal est très peu évoqué de façon spontanée comme un élément pouvant étayer la créativité du patient ciblé. En effet, un seul ergothérapeute aborde la question du groupe, ce qui représente une réponse sur quarante-et-une. De plus, ce professionnel soulève l'intérêt d'un accompagnement groupal alors qu'il a été le participant le plus exhaustif dans l'ensemble de ses réponses. Ensuite, l'influence du courant cognitivo-comportemental s'est ressentie dans certaines réponses de l'ergothérapeute qui s'y appuie dans sa pratique. En effet les termes de "planification", "troubles attentionnels" n'appartiennent pas au vocabulaire imputable au courant psychodynamique/psychanalytique et font plus écho à des troubles cognitifs. Cependant, les autres réponses de ce professionnel sont en adéquation avec les réponses des autres participants. La multiple influence de cet ergothérapeute soulève la question suivante : est-ce que la représentation qu'ont les professionnels d'une défaillance de créativité est concordante sur tous les points avec celle de Winnicott ? En effet, Winnicott explique ce qu'implique une défaillance de créativité mais n'évoque pas les signes concrets de cette défaillance dans un contexte donné comme une séance d'ergothérapie. Les répondants sont donc amenés à faire des interprétations d'une notion plutôt théorique.

d) Le groupe fermé ou semi-fermé au regard de la créativité du patient schizophrène

Alors que les ergothérapeutes n'indiquent pas spontanément que le groupe peut soutenir la créativité du patient ciblé, tous des ergothérapeutes approuvent cette idée lorsque la question leur est posée directement. Pour comprendre cet écart, il faut s'intéresser aux réponses de la question 11 qui montrent que les moyens qui étayent la créativité, dépendent en grande partie des capacités et de l'attitude de l'ergothérapeute. Certaines réponses de la question 12 qui traite de l'étayage de la créativité par les trois types de dispositifs groupaux, avancent aussi l'influence de l'accompagnement de l'ergothérapeute sur la qualité de cet étayage. En parallèle, les réponses à la question 13 indiquent que les conditions nécessaires pour qu'un groupe puisse étayer la créativité du patient ciblé dépendent des capacités de l'ergothérapeute à concevoir les caractéristiques du dispositif, à faire émerger les valeurs et qualités du groupe et à proposer l'accompagnement groupal aux patients pour lesquels ce type d'accompagnement est tout indiqué. Par conséquent, il est probable que les ergothérapeutes considèrent que le dispositif groupal peut être un outil qui étaye la créativité de l'individu mais, comme tout dispositif, cette qualité d'étayage est totalement conditionnée par la manière qu'a l'ergothérapeute de l'utiliser. Cela pourrait

expliquer que le groupe n'ait quasiment pas été mentionné de façon spontanée comme moyen d'étayer la créativité. Une autre explication éventuelle peut être développée. Il est également possible que lorsque les ergothérapeutes ont cité les moyens d'étayer la créativité du patient ciblé en question 11, ils se soient davantage projetés dans un accompagnement individuel. En effet, à cette question qui portait sur les moyens d'étayage en général, les ergothérapeutes n'ont pas mentionné les mécanismes groupaux, qu'ils ont pourtant jugés étayant dans les questions suivantes portant sur le groupe. Enfin, la dernière explication envisagée serait que les ergothérapeutes connaissent les moyens d'étayage groupal mais les utilisent moins dans leur pratique que les autres moyens d'étayage qui peuvent également être employés en individuel. Cela pourrait être la raison pour laquelle les moyens d'étayage groupal n'ont pas été évoqués spontanément.

Pour un peu plus de la moitié des professionnels, aucun dispositif groupal n'est plus favorable qu'un autre en termes d'étayage de la créativité. En effet, les justifications montrent qu'au-delà du type de dispositif, l'étayage groupal de la créativité du patient ciblé, dépend des capacités qu'a l'ergothérapeute d'accompagner le groupe et de composer un dispositif adéquat. Ces éléments sont cohérents avec les réponses données aux questions précédentes en faveur de l'importance des compétences de l'ergothérapeute. Ensuite, pour un peu moins de la moitié des professionnels, le groupe fermé et/ou semi-fermé possède tout de même des qualités intéressantes dans ce domaine.

Enfin, un participant qui n'a pas répondu à la question mais a tout de même indiqué ne travailler qu'en groupe ouvert ou semi-fermé. Ainsi, une question supplémentaire, s'intéressant aux types de groupe déjà mis en place par les professionnels au cours de leur carrière aurait pu être posée. Cette question ne devait pas être posée en début du questionnaire avant que la question du groupe n'ait été abordée afin de ne pas attirer l'attention des ergothérapeutes sur ce type de dispositif en amont. Cependant, elle aurait pu être posée après la question portant sur les dispositifs groupaux pour croiser les résultats de ces deux questions. En effet, l'intérêt aurait été de savoir si les ergothérapeutes qui évoquent les qualités d'un dispositif par rapport aux autres ont également utilisé les autres dispositifs dans leur pratique. Il est évidemment moins facile pour les répondants d'évaluer les qualités d'un dispositif groupal qu'ils n'ont jamais expérimenté. Cela constitue donc un biais éventuel vis-à-vis des réponses des ergothérapeutes, qui considèrent à la question 12 qu'un des trois dispositifs groupaux étaye davantage la créativité du patient ciblé.

Lorsque les participants sont interrogés (question 14) sur les caractéristiques et processus groupaux qui favoriseraient la créativité du patient ciblé, les valeurs du groupe, la qualité du cadre, et les caractéristiques du dispositif sont évoquées en majorité dans plus de deux tiers des réponses. Toutefois, plus d'un quart des réponses sont en faveur des interactions groupales qui peuvent inclure les réponses concernant la dynamique de groupe, la communication et l'influence dans le groupe. Par ailleurs, les 7 réponses concernant ces interactions groupales ont été données par deux tiers des ergothérapeutes alors que comparativement, les 9 réponses qui ont été attribuées aux valeurs du groupe (catégorie recueillant le plus de réponses) ont été évoquées par à peine plus d'un tiers de participants. Ainsi, les interactions groupales sont suggérées par plus d'ergothérapeutes, alors que les valeurs groupales sont davantage abordées, mais par moins de professionnels. Cela montre que selon les participants, les interactions groupales prennent également une part importante dans l'étayage de la créativité des patients atteints de schizophrénie à prédominance dissociative.

Alors qu'un peu plus de deux tiers des ergothérapeutes évoquent spontanément les qualités d'étayage des interactions groupales, tous déclarent en question 15 que les interactions groupales peuvent étayer la créativité du patient ciblé. Par ailleurs, cette question a été formulée ainsi : « Les interactions groupales, la communication entre les membres au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé, peuvent-elles favoriser la créativité chez un patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative ? ». Le mot « communication » a été mentionné dans le but de mieux préciser le terme d'« interactions » bien que les deux termes ne soit pas exactement des synonymes. En effet, l'interaction est le processus d'influence réciproque de deux ou plusieurs éléments entre eux (E. Morin, 1977). L'interaction est donc le mécanisme dans lequel s'inscrit la communication. Selon D. Picard (1992, p83 et 70) elle est effectivement « l'aspect dynamique de la communication » qui considère la « rétroaction » ou le « feed-back » que perçoit l'émetteur sur la réception de son message par le récepteur. Cette vision dynamique de la communication n'est pas linéaire mais circulaire : cela entraîne ce phénomène d'influence. Par conséquent, il n'était probablement pas nécessaire d'assimiler la notion d'« interactions » au mot « communication » dans la question car les interactions humaines ont forcément pour nature la communication.

Pour conclure, l'enquête a montré que les patients atteints de schizophrénie à prédominance dissociative, pouvaient présenter une défaillance de leurs capacités créatives

car la dissociation était susceptible d'entraver celles-ci. D'ailleurs, les signes cliniques marquant une défaillance de créativité sont, pour une majorité des réponses, les symptômes négatifs et dissociatifs. Cependant les opinions restent partagées concernant la nature créative ou non du délire. Ensuite, les répondants considèrent à l'unanimité que les interactions groupales d'un groupe fermé ou semi fermé, favorisent la créativité de la personne atteinte de schizophrénie à prédominance dissociative. Deux tiers des participants l'ont évoqué spontanément. Enfin, l'enquête révèle l'importance de l'attitude et des compétences de l'ergothérapeute dans l'étayage de cette créativité. Cette opinion apparait de façon prégnante dans les réponses à toutes les questions qui se rapportent aux moyens d'étayer la créativité. Par conséquent, aux vues de cette analyse, pour la question de recherche suivante : « Comment le dispositif groupal de l'ergothérapeute peut-il favoriser la créativité de la personne atteinte de schizophrénie à prédominance dissociative? » l'enquête semble valider l'hypothèse selon laquelle : « Les interactions groupales facilitées par l'ergothérapeute au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé, étayent les capacités créatives de la personne atteinte de schizophrénie à prédominance dissociative ».

Les questionnements générés par la confrontation des aspects théoriques développés dans le cadre conceptuel aux résultats de l'enquête, vont maintenant être discutés au regard de la question de recherche et de l'hypothèse.

C) DISCUSSION

I) La méthode d'analyse des résultats

La méthode utilisée pour le traitement des questions ouvertes est une méthode d'analyse par thématique (R. Quivy et L. Van Campenhoudt, 2011). Alors que les questions fermées sont directement recensées et ne laissent aucune place à la subjectivité de l'analyste, le traitement des questions ouvertes lui impose nécessairement de faire certains choix qui peuvent influencer sur l'analyse.

En effet, les réponses aux questions ouvertes ont dû être classées dans des tableaux. Le choix des catégories du tableau ainsi que le choix du classement de chaque élément de réponse dans l'une ou l'autre des catégories ont pu influencer l'analyse des résultats. Certaines réponses pouvaient effectivement être classées dans plusieurs catégories, un choix a dû être fait.

Par ailleurs, les réponses peu détaillées pouvaient donner lieu à des doutes concernant leur interprétation car l'analyste ne pouvait connaître avec précision la pensée sous-jacente du participant. Par conséquent, ces réponses ont pu éventuellement être attribuées à la mauvaise catégorie. Les réponses trop vagues ou hors-sujet ont quant à elles été retirées. Cela réduit bien évidemment la participation de ces répondants vis-à-vis des autres.

En outre, les réponses davantage détaillées prennent plus de poids dans l'analyse que les réponses courtes ou synthétiques. Cette problématique ne s'applique pas aux questions fermées dans lesquelles chaque voix prend une part égale dans les résultats finaux. Par conséquent, la subjectivité à l'œuvre durant la classification et la différence du volume d'informations dans les réponses de chaque participant, réduit la fiabilité et la représentativité d'une analyse se reportant au décompte des réponses par catégorie. C'est pourquoi, il a été jugé bon de confronter le nombre de réponses au nombre de répondants par catégorie. L'analyse en fonction du nombre d'ergothérapeutes par catégorie a montré un intérêt pour une seule des trois questions ouvertes. En effet, à la question 14, seulement 7 réponses ont été attribuées aux interactions groupales mais tout de même deux tiers des répondants y ont fait référence. En parallèle, 9 réponses ont été octroyées à la catégorie correspondant aux valeurs du groupe alors que seulement un tiers des participants les ont évoquées. Ainsi, pour l'une des catégories, moins de réponses ont été faites mais plus d'ergothérapeutes y ont concouru alors que les réponses plus nombreuses recueillies par l'autre catégorie ont été données par moins de professionnels. Pour les deux autres questions ouvertes, le nombre de réponses et d'ergothérapeutes par catégorie est globalement proportionnel. Il n'y a donc aucun intérêt d'effectuer une analyse comparative entre le nombre de réponses et de professionnels par catégorie pour les autres questions.

Néanmoins, cette analyse a mis en évidence que les réponses plus développées de certains ergothérapeutes ont pris plus d'ampleur dans les résultats de l'enquête. Toutefois, il n'est pas anormal qu'une personne qui ait davantage exprimé son opinion sur un sujet, prenne une part plus importante dans le recueil des réponses qu'une personne qui se soit exprimée de manière plus succincte. En effet, lors de questions fermées, il semble évident que les répondants qui se sont exprimés, influencent le résultat final alors que ceux qui n'ont pas répondu n'y concourent pas.

II) Schizophrénie et créativité

L'enquête montre que la majorité des ergothérapeutes interrogés pensent que les patients souffrant de schizophrénie avec une dissociation au premier plan, peuvent présenter une défaillance de créativité. De plus, ils rattachent en grande partie cette défaillance à la dissociation du patient. Alors que Winnicott établit également le lien entre la schizophrénie et le fait de ne pas vivre de façon créative, il n'utilise d'aucun terme précis pour qualifier cette problématique. Bien que l'auteur déclare « Dans le cas le plus extrême une défaillance *ab initio* peut se révéler dans l'établissement d'une capacité personnelle à vivre créativement » (1971, p96) il n'indique pas explicitement que cette défaillance concerne les personnes atteintes de schizophrénie. En outre, un ergothérapeute a répondu que les patients schizophrènes ne présentaient pas de « défaillance » de créativité. L'analyse de cette réponse et de sa justification ont amené à la déduction que la formulation en terme de « défaillance » ne convenait probablement pas à ce professionnel. Cela m'a donc questionnée sur le vocable « défaillance » que j'ai choisi d'employer ici. Il peut être intéressant de revenir sur les paroles de Winnicott pour ouvrir une discussion sur la terminologie à employer. Winnicott dit que la schizophrénie « est un schisme de l'esprit qui peut être très profond » (1970, p 95). Il précise que la schizophrénie « se caractérise par un phénomène de désintégration, particulièrement la crainte de désintégration et l'organisation des défenses pathologiques destinées à signaler la désintégration. » (1970, p38). Par conséquent, la schizophrénie est caractérisée par la dissociation et l'angoisse de néantisation inhérente. Winnicott compare la bonne santé à la maladie mentale en ajoutant qu'il y a un « terrible contraste qui existe entre ceux qui sont libres de jouir de la vie et qui vivent d'une manière créatrice, et ceux qui ne sont pas libres parce qu'ils sont sans cesse aux prises avec l'angoisse ou la dépression » (1970, p 345). Selon Winnicott, ce manque de liberté s'explique également du fait que l'« espace libre dans l'aire de l'organisation des défenses n'existe pas » (1970, p 340). Ainsi, l'angoisse de désintégration, la position dépressive et l'absence d'espace disponible dans l'aire transitionnel peuvent empêcher les patients schizophrènes de jouir de leur créativité au quotidien. Ensuite, cet auteur indique, en évoquant la célèbre anecdote de la cuisson des saucisses, que « Si l'individu est constamment menacé d'extinction créatrice, il y a alors deux solutions ; ou bien il faut supporter la soumission et l'ennui, ou bien l'originalité doit atteindre de telles proportions que les saucisses auront un aspect épouvantable » (1970, p 73). Ces deux positions pourraient se rapporter à la soumission de la désillusion et l'omnipotence de l'illusion,

entre lesquelles le patient schizophrène oscille. Par conséquent, les patients schizophrènes peuvent rencontrer, selon l'auteur, des difficultés à être créatif car leur sentiment d'être est gravement perturbé. En effet, « Pour être créateur, l'individu doit exister et sentir qu'il existe ». (1970, p 54). Pour conclure, il est évident que d'après Winnicott, ces patients peuvent rencontrer des difficultés de créativité mais il n'est pas aisé de déterminer le bon qualificatif à employer. Les capacités créatives du patient sont-elles dans ce cas défailtantes, perturbées, inhibées, entravées, ou le développement de la créativité est-il exclusivement limité par l'absence de structuration de l'espace transitionnel, elle-même due à l'indifférenciation? Winnicott nuance cependant ces propos en indiquant « Certains individus peuvent [...] réaliser quelque chose d'exceptionnellement valable, et pourtant être schizoïde ou schizophrène. » (1971, p93). Il en vient également à dire « même le schizophrène grabataire, en retrait, peut vivre créativement dans une activité mentale secrète, et être heureux en un sens. » (1970, p 62). Cela rejoint l'opinion de certains répondants qui avaient indiqué que les patients pouvaient faire preuve d'une grande créativité. Toutefois, Winnicott ajoute « mais il faut que quelqu'un soit là pour que ce qui a été créé devienne réel. S'il n'y a personne pour faire cela, l'enfant peut, à la limite, être autiste_ créateur dans le vide _ et se montrer passivement soumis dans ses relations. (Schizophrénie de l'enfance). » (1970, p 70). De cela, il peut être déduit que la créativité de la personne schizophrène peut être cachée et peut s'exercer plus difficilement en dehors de l'imaginaire. Dans ces conditions, elle ne peut être mise au service des relations car le patient n'arrive pas à exercer sa créativité dans la réalité. Si cette créativité peut difficilement se développer dans le réel, cela signifie - t'il qu'elle soit défailtante, réduite, tenue ? S'agira-t-il donc de faire émerger cette créativité enfouie et d'aider le patient à utiliser cette créativité dans le réel, pour renouer le lien à l'autre ? En effet, selon l'auteur, dans « la maladie schizoïde, la relation aux objets fonctionne mal, le patient établit une relation avec un monde subjectif ou n'arrive à établir de relation avec un objet en dehors du soi. L'individu affirme l'omnipotence au moyen d'idées délirantes. » (1970, p 41). Par conséquent, je pense qu'il est question d'une défailtance de créativité chez la personne schizophrène car cette créativité qui peut s'exercer dans l'imaginaire, ne remplit pas son rôle de liaison entre l'individu et son environnement au contact de cette réalité.

À la question qui traite d'une défailtance de créativité en fonction des deux profils de patients schizophrènes, un ergothérapeute a déclaré : « Je ne fais pas la distinction de profil dans ma pratique ». Cette remarque a suscité mon questionnement sur la manière dont j'ai

ciblé la population de patients. En effet, j'ai décrit le type de patient concerné en fonction des trois syndromes pouvant caractériser la schizophrénie, sachant que la dissociation est pathognomonique des schizophrénies. Ensuite, parce que j'ai choisi de m'intéresser aux répercussions de cette dissociation sur la créativité du patient schizophrène, j'ai décidé de cibler plus précisément les schizophrénies dont la dissociation prédomine, ce qui implique un délire minoré. Toutefois, le participant qui a répondu ne pas faire de distinction entre les profils plus dissociés ou plus délirants, met en exergue la complexité de cette distinction. Cette complexité réside dans la variabilité de l'ampleur de ces trois syndromes : la diversité des tableaux cliniques. Par exemple, pour certains patients, l'un des syndromes prédomine mais pour d'autres, plusieurs syndromes sont présents de façon plus ou moins équivalente. Par conséquent, lorsqu'il est question de patients majoritairement dissociés et de patients majoritairement délirants, je n'englobe pas la totalité des patients atteints de schizophrénie car certains sont tout autant dissociés qu'ils sont délirants. En effet, cette façon de décrire l'ampleur d'un syndrome par rapport à un autre ne doit pas être considérée comme des catégories cliniques. Elle a uniquement pour but que de déterminer ce que les ergothérapeutes pensent de l'influence du syndrome dissociatif sur la défaillance de créativité dans le cadre de ce mémoire. Par conséquent, il est possible que le professionnel ait déclaré ne pas faire de distinction entre les patients plus dissociés ou plus délirants parce que les patients très délirants peuvent souvent être très dissociés.

Ensuite, les résultats de l'enquête indiquent que les signes d'une défaillance des capacités créatives peuvent correspondre aux symptômes négatifs et dissociatifs, mais aussi, aux difficultés d'élaboration et d'adaptation, de prise de décision, d'interprétation, d'appropriation en lien avec l'indifférenciation et d'expression. Si nous étudions la question au regard du cadre conceptuel, nous retrouvons la notion de soumission face au monde qui est antinomique de la prise de décision, les difficultés que rencontre le patient à s'approprier ses expériences. Les difficultés d'élaboration, d'adaptation et d'expression sont évoquées indirectement dans l'apport de la médiation pour le patient. Toutefois, les difficultés et les erreurs d'interprétation liées à la défaillance de créativité, n'ont pas été abordées dans le cadre conceptuel, excepté à travers les problématiques d'accès à la symbolique du langage. En effet, « la mauvaise utilisation de matériaux et outils » et le fait de ne pas réussir à interpréter ses « sensations, affects et émotions » ne sont apparus que dans l'enquête.

Les différents apports de la créativité pour l'individu, qui ont été extraits de la théorie, ont tous été sélectionnés par au moins un tiers des ergothérapeutes ayant participé à l'enquête. La réponse ayant recueilli le moins de voix est « Ne plus être soumis par l'environnement ». En effet, Winnicott aborde la notion de soumission lorsqu'il déclare « Par vie créatrice, j'entends le fait de ne pas être tué ou annihilé continuellement par soumission ou par réaction au monde qui empiète sur nous » (1970, p 57). Par conséquent l'utilisation du terme soumission prend tout son sens mais la manière dont la proposition a été rédigée n'était peut être pas claire sachant que la proposition complémentaire, « agir sur l'environnement en position de sujet » a été, quant à elle, sélectionnée par près des trois quart des ergothérapeutes.

III) L'étayage de la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative

La partie théorique et les participants indiquent que la créativité est étayée par l'attitude et les compétences de l'ergothérapeute, la contenance et la fiabilité du cadre-dispositif, la médiation et le médiateur. L'usage de modèles est également suggéré dans l'enquête pour susciter le désir. Alors que Winnicott (1970, p 74) notifie que « pour ceux qui ne sont pas Picasso, dessiner comme lui ne serait qu'une imitation servile, et pas de la création. », un ergothérapeute indique que le patient « sera par la suite libre de s'écarter ou non » du modèle. En effet, M. Donaz (2007, p 81) annonce qu'avec « le temps ils vont alors pouvoir se dégager de leurs attitudes stéréotypées ou des apprentissages académiques ». Par conséquent, bien que le patient puissent dans un premier temps coller au modèle, comme le fait très justement remarquer le répondant; l'objectif, dans une dynamique de développer la créativité du patient serait donc de l'aider progressivement à s'en éloigner pour pouvoir transformer l'objet à sa manière et se l'approprier. Le modèle est alors le point d'encrage à la réalité tout comme la matière mais la création devient propre à son auteur. Cependant, pour ce faire, le rythme du patient doit être respecté. Nous remarquons ensuite, que l'étayage de la créativité du patient se fait grâce à l'attitude et aux capacités de l'ergothérapeute, qui ont recueilli plus de la moitié des réponses lors de l'enquête. Cette attitude nécessaire au soutien de la créativité se décline en plusieurs aspects. La théorie, tout comme les répondants de l'enquête mentionnent l'importance de la valorisation et la réassurance du patient, de l'ajustement du dispositif aux besoins de la personne. La « recherche d'autonomie » en permettant la prise de décision et le fait « d'imposer pour mieux contenir » ont été évoqués dans le cadre dispositif par la proposition d'un

accompagnement plus ou moins directif. La citation de J-F. Lançon (2014, p 119) qui déclare que « Prêter son appareil psychique à l'autre, c'est faire don de nos propres processus créatifs » pourrait être assimilée à l'accompagnement du patient dans l'élaboration du projet, évoqué lors de l'enquête. Cependant, l'intérêt de la « verbalisation » par le patient et l'ergothérapeute, « la disponibilité » de ce dernier, le fait de rechercher « ce qui touche » le patient, n'ont pas été indiqués dans le cadre conceptuel. De plus, l'importance de « jouer » avec le patient qui se réfère au *playing* de Winnicott y a été mentionné sous une autre forme. En effet, F. Carlier (2016, p 191) aborde la notion de jeu en expliquant que dans « l'atelier s'instaure un jeu soignant/soigné, teinté de bienveillance, d'écoute, d'empathie, de permission, de réassurance, dont les deux sortiront gagnants car plus riches d'une rencontre particulière. Une rencontre a lieu dans ce célèbre « espace transitionnel » ». Par conséquent, lorsque l'ergothérapeute tente d'entrer en relation avec le patient, il cherche à établir une forme de jeu relationnel, il joue donc avec lui. Au sujet de la « verbalisation » par le patient, F. Klein semble adhérer à l'opinion des participants en énonçant « Ce travail autour du langage me semble très important [...] c'est cela qui rend présent et existant l'œuvre et son auteur » (2016, p 51). Cependant, B. Simonnet-Guéréau modère son avis sur la « verbalisation » en expliquant qu'il faut également « être attentif à ne pas mettre des mots (sauf nécessité thérapeutique) ni à penser à la place des patients qui sont souvent très suggestibles. » (2014, p 205). Enfin, la recherche de « ce qui touche » le patient, pour stimuler le désir à l'origine de l'impulsion créatrice par la diversité des propositions, a été évoquée dans les réponses au questionnaire. Cet aspect est abordé différemment dans le cadre conceptuel. En effet, selon F. Klein (2016, p 51), le désir peut être stimulé par « une présence vivante, qui peut donner envie » d'élaborer, de faire et d'entrer en relation avec soi-même et l'autre. Alors que la diversité des matériaux et des propositions est perçue par les répondants comme un moyen de stimuler le désir, elle a été abordée dans le cadre conceptuel plutôt comme un moyen d'expérimenter des expériences créatives variées. Effectivement, selon I. Pibarot (2007, p 20) la diversité des matériaux offre « de multiples possibilités de mobilisation psychiques ». Par conséquent, il y a des divergences entre le cadre conceptuel et l'opinion des répondants. Selon les répondants, la diversité stimule le désir alors que pour les auteurs, elle permet une mobilisation psychique variée. D'après ces derniers, le désir est stimulé par le savoir être de l'ergothérapeute.

Maintenant nous allons aborder la manière dont le groupe peut étayer la créativité de la personne atteinte de schizophrénie dont la dissociation prédomine. Tout d'abord, la question 12 du questionnaire qui porte sur les trois types de dispositifs groupaux montre que la majorité des répondants considère que les caractéristiques de chaque dispositif n'étayaient pas de manière intrinsèque la créativité du patient ciblé. De la même manière, la plupart des ergothérapeutes pensent que le groupe fermé ou semi-fermé ne favorise la créativité de ce patient que sous certaines conditions essentielles. Aussi bien les réponses au questionnaire que la partie théorique désignent la taille restreinte du groupe, les qualités du cadre telle que sa contenance et les interactions groupales comme étant des éléments qui participent à l'étayage de la créativité du patient ciblé. À travers les interactions, sont indiquées la mise en communs des idées, la communication transversale entre les membres du groupe, la dynamique de groupe et l'observation de l'autre comme étant une source d'inspiration de son propre agir créatif. Par ailleurs, parce que les groupes fermés et semi-fermés n'ont pas été choisis dans cette étude pour leur qualité supposée intrinsèque d'étayage de la créativité mais pour la nature potentiellement différente des interactions groupales, comparés aux groupes ouverts, une question sur la différence entre les interactions groupales dans les différents groupes aurait pu être pertinente. Effectivement, selon B. Cadoux (2008, p 45) « Le processus groupal en tant que tel ne peut être élaboré que dans un groupe fermé ou semi-fermé. » Cela signifie que d'après cet auteur, l'enveloppe groupale ne s'établirait pas dans les groupes ouverts. Lorsqu'il aborde la question de l'enveloppe groupale, D. Anzieu (1975, p 1) ajoute « Ce réseau quienser les pensées, les paroles, les actions, permet au groupe de constituer un espace interne (qui procure un sentiment de liberté dans l'efficacité et qui garantit le maintien des échanges intra-groupe) ». Ainsi, il semblerait que la mise en place de l'enveloppe groupale ait une influence sur les interactions groupales par son rôle de contenant. Par conséquent, la dynamique et la nature des interactions ne pourraient-elles pas être différentes selon les dispositifs groupaux ? Les interactions sont-elles amplifiées par la contenance de l'enveloppe groupale ? De plus, l'installation ou non du sentiment d'appartenance, de solidarité, de confiance (...) dans cette intimité groupale ne pourrait-elle pas influencer sur ces interactions ?

Alors que l'hétérogénéité du groupe n'apparaît pas dans l'enquête comme facteur soutenant la créativité, l'historique du groupe ne figure pas dans le cadre conceptuel. Bien que les valeurs du groupe telles que la bienveillance soient aussi abordées dans la partie

théorique, elles sont présentées comme des facteurs sécurisant le patient afin qu'il puisse se montrer créatif. Cependant, le discours du groupe, également porteur de valeurs, a pour intérêt de stimuler, de nourrir la créativité de l'individu. Par conséquent, il est difficile de déterminer si tel ou tel moyen d'étayage a été cité par les ergothérapeutes parce que selon eux il procure un sentiment de sécurité permettant le déploiement de la créativité ou parce qu'il stimule la créativité directement. Le questionnaire montre ici ses limites car il n'est pas possible d'obtenir un complément d'information qui indiquerait le rôle exact de chaque moyen dans l'étayage de la créativité. Concernant les caractéristiques du dispositif, des divergences existent. Bien que l'intérêt de mettre en place une création commune au sein du groupe a été relevé par plusieurs auteurs, le choix avait été fait de se concentrer sur des créations individuelles dans le cadre théorique. Le choix d'un médiateur précis avait également été écarté. Toutefois, l'enquête montre que l'objet collectif a été considéré par deux ergothérapeutes comme favorisant la créativité, tout comme les activités moins techniques pour l'un d'entre eux. Par conséquent, même si des choix ont été effectués afin de cibler d'avantage le thème de ce mémoire, d'autres arguments tout aussi pertinents auraient pu être avancés pour justifier le choix contraire. Aucun choix ne semblent donc erroné, il s'agit de rendre cohérent l'ensemble de son dispositif.

CONCLUSION

La partie théorique comme l'enquête montrent que les interactions groupales peuvent étayer la créativité de la personne atteinte de schizophrénie dont la dissociation prédomine. Toutefois, les réponses à l'enquête signalent que les moyens d'étayage sont multiples telles que les valeurs du groupe introduites par l'ergothérapeute, la qualité du cadre dispositif, la médiation, la sensorialité... Cela pose la question suivante : le soutien de la créativité s'effectue-t'il par l'accumulation d'éléments étayants ou par l'interaction de ces éléments? En effet, les éléments étayants sont nombreux mais leur pouvoir d'étayage est-il supérieur lorsqu'ils sont agencés d'une manière adaptée? Des processus groupaux sont considérés comme un soutien efficace de la créativité, notamment les interactions groupales. Ces dernières favorisent la créativité pour deux raisons soulevées lors de l'enquête. Premièrement, elles sont à l'origine d'une dynamique de groupe stimulant la mise en mouvement de l'individu dans une démarche de créativité. Deuxièmement, ces interactions induisent à la fois un échange de perceptions entre les membres du groupe et une influence par l'observation de l'autre dans un acte créateur. Par conséquent, ne pourrait-il pas y avoir

deux phénomènes complémentaires qui se renforcent l'un et l'autre ? Le premier phénomène serait de stimuler la créativité qui s'exprime dans la création de l'objet individuel par la mise en relation du patient ciblé avec les membres du groupe. Le phénomène inverse serait de faciliter la création de relations entre le patient ciblé et les autres membres grâce à la créativité qui opère dans la réalisation de l'objet. Par ailleurs, les ergothérapeutes interrogés ont mis en exergue l'importance de l'attitude et des capacités de l'ergothérapeute dans l'étayage de la créativité. Alors que Winnicott indique qu'il peut exister, dans certains cas, une « défaillance » précoce de la créativité et qu'il décrit les difficultés que rencontrent les personnes schizophrènes dans leur créativité, l'enquête confirme l'existence d'une défaillance de créativité chez les patients schizophrènes et rattache aisément cette problématique à la dissociation. Cependant, l'enquête montre ici ses limites car il n'est pas possible d'affirmer de manière certaine que la conception théorique qu'a Winnicott de la créativité coïncide exactement avec la vision concrète qu'ont les ergothérapeutes de cette notion dans leur pratique professionnelle. En effet, une part d'interprétation personnelle est nécessaire pour concevoir ce qu'est la créativité, ce qu'est la défaillance de créativité et pour transposer ces notions dans différentes situations cliniques. L'enquête atteste également de l'apport du développement de la créativité en ergothérapie, pour ces patients. En effet, cette créativité vient soutenir les fonctions indispensables à l'épanouissement psychique et social de l'être humain, telles que le renforcement du sentiment d'être, l'expérience de la satisfaction, de l'agir, de l'autonomie et de la relation à l'autre, qui sont souvent mises à mal chez les patients schizophrènes. La créativité relie l'individu au monde de façon satisfaisante et apaisante. Pour aller plus loin dans cette recherche, il serait intéressant de déterminer quelle est la nature de l'étayage de chaque moyen évoqué par les participants de l'enquête. En effet, l'enquête n'a pas stipulé si tel ou tel moyen soutenait la créativité car il procurait un sentiment de sécurité propice à l'émergence de l'impulsion créatrice, ou parce qu'il stimulait cette créativité directement. Il pourrait être également envisageable de s'intéresser aux possibles spécificités que possèdent les interactions d'un groupe fermé ou semi fermé concourant à l'étayage de la créativité du patient ciblé.

Si nous nous intéressons de nouveau à la situation de Mme T, nous remarquons que les difficultés qu'elle rencontre dans la prise de décision, le manque de souplesse psychique (palpable physiquement) et l'émoussement affectif qu'elle présente sont considérés par les participants de l'enquête, comme étant des signes d'une défaillance de créativité. La

plupart du temps, Mme T était très effacée dans la relation, elle acquiesçait à toutes propositions. Cependant, les rares moments où elle s'opposait et tentait d'imposer un choix, il n'était pas compatible avec les contraintes de la réalité : comme lorsqu'elle a voulu réaliser un porte-clés en cuir dans un morceau de tissu trop petit. Cette situation évoque la difficulté qu'ont les patients schizophrènes à s'extraire, par la créativité, des deux attitudes extrêmes qui sont d'imposer leur toute-puissance à la matière ou de suivre les propositions de celle-ci en perdant de vue leurs désirs (C. Bagnères, 2016). Il semblerait que Mme T oscille entre ces deux positions. Par conséquent, l'un des objectifs pourrait être de faciliter la rencontre avec la matière par l'étayage de ses capacités créatives. Parce que Mme T est restée très hermétique dans la relation duelle qui n'a pas permis à ce moment là de créer une véritable relation, un accompagnement groupal aurait pu lui être favorable. Il aurait effectivement été possible que les valeurs et la contenance du groupe puissent la sécuriser dans son ouverture aux autres et que les interactions groupales l'aident à se mettre en mouvement et la nourrissent. En effet, un jour elle réalisa un collier de perles sans réclamer ou sans avoir nécessité de rechercher mon aide alors que la création était jusqu'alors laborieuse. Lorsqu'elle passa le collier à son cou pour me le montrer, son visage s'anima pour la première fois et s'illumina de ce qui ressemblait à de la fierté, ou encore un soulagement intense, un émerveillement peut-être. Elle avait découvert quelque chose me semblait-il ! Plus tard, j'appris quelle avait exprimé sa joie auprès de l'ergothérapeute qui avait été absente ce jour là. Puisque Mme T semblait avoir besoin d'un regard témoin de son expérience, un dispositif groupal aurait probablement pu soutenir et lui renvoyer son sentiment de satisfaction.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET REVUES

- Anzieu, D., Martin, J-Y., (1979). *La dynamique des groupes restreints*. 6^{ème} Edition PUF (Œuvre originale publiée en 1968), p8-192.
- Anzieu, D., (1999). *Le groupe et l'inconscient : L'imaginaire groupal*. 3^{ème} Edition Dunod (Œuvre originale publiée en 1975), p1-193.
- Bagnères, C., (2007). La relation avec l'objet, dans H. Hernandez., (coord.), *Ergothérapie et psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, p96-101. Edition Solal.
- Bagnères, C., (2014). Le processus de création en ergothérapie, un acte symbolique à valeur initiatique, dans F. Klein (dir.), *Etre ergothérapeute en psychiatrie*, p315-325. Edition Erès.
- Bagnères, C., (2016). La relation avec l'objet, dans H. Hernandez., (coord.), *Ergothérapie et psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, p147-156. De Boeck supérieur.
- Becache, A., (2012). Structure psychotique, dans J. Bergeret., (dir.), *Psychologie pathologie théorie et clinique*, p177-197. 11^{ème} Edition Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux.
- Berges, L., (2007). Bien faire et laisser dire, dans H. Hernandez., (coord.), *Ergothérapie et psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, p69. Edition Solal.
- Blais-Michaud, S., et Tétreault, S., (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation : Méthodes, techniques et outils d'intervention, dans P. Guillez., et S. Tétreault., (dir.), *Louvain-la-Neuve : De boeck-Solal (1ere édition)*, p247 à 267.

- Brun, A., (2011). Repères pour une évaluation de la créativité, dans B. Puijalon., (coord.), Gériologie et société n° 37, Caisse nationale d'assurance vieillesse, p49-62.
- Cadoux, B., (2008). Atelier et groupes d'expression. Santé mentale : Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, 130, p42-45.
- Carlier, F., (2016). « Et si on donnait la parole aux doigts », dans H. Hernandez., (dir.), Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation, p 191. 2^{ème} Edition De Boeck supérieur.
- Donaz, M., (2007). Entre créativité et soin psychique : Etre ou ne pas être ergothérapeute en psychiatrie ?, dans H. Hernandez., (coord.), Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation, p71-91. Edition Solal.
- Donaz, M., (2011). Entre créativité, groupe et soin psychique du sujet âgé en mal de vieillir, dans B. Puijalon., (coord.), Gériologie et société n° 37, p99-105, caisse nationale d'assurance vieillesse.
- Fohr, A., (2014). Se voir en particulier : Une pensée du suivi individualisé en ergothérapie, dans F. Klein., (dir.), Etre ergothérapeute en psychiatrie, p247-264. Edition Erès.
- Gannac, Y., Costeja, N., (1997). Principe de plaisir / Principe de réalité et leur application dans la prise en charge des patients psychotiques, dans Izard. M-H., Nespoulous. R., (dir.), Rencontre en médecine physique et de réadaptation n°3. p 213-215. Expérience en ergothérapie, dixième série. Edition Masson.
- Klein, F., (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ?, dans H. Hernandez., (dir.), Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation, p 45-51. 2^{ème} Edition De Boeck supérieur.

- Lamour Vergnaud, M-P., (1993) Re-création ou r ecr ation, dans H. Izard., M. Moulin et R. Nespoulous., (dir.), Rencontre en médecine physique et de réadaptation n  7, p.90. Expérience en ergothérapie, 6 me série. Edition Masson.
- Lançon, J-F., (2014). Curieux endroit pour une rencontre : Une expérience d'ergothérapie pour les patients placés en isolement, dans F. Klein., (dir.), Etre ergothérapeute en psychiatrie, p119-134. Edition Erès.
- Laplanche, J., et Pontalis. J-B., (2011). *Vocabulaire de la psychanalyse*. 5 me édition PUF, collection Quadrige, ( uvre originale publiée en 1967), p 433.
- Lecourt, E., (2008). Quelles indications de groupe ? Santé mentale : Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, 130, p36-40.
- Lemper re, T., Féline, A., Gutmaa, A., Ades. J., Pilate. C., (1983). *Psychiatrie de l'adulte*, Masson 5 me tirage, p 245   256.
- Maleval, J-Cl., (1996). *Logique du délire*, Médecine et psychothérapie, Masson Paris, p 7 et 33.
- Ménard, M., (1999). La créativité en ergothérapie : J'aurais voulu être un artiste, dans M.-H. Izard., R. Nespoulous., (dir.), Rencontre en médecine physique et de réadaptation n 12. p147-154. Expérience en ergothérapie, dix-neuvième série. Edition Masson.
- Ménard, M., (2007). La fabrique du cadre en ergothérapie dans H. Hernandez (coor.), Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation, p 40-49. Edition Solal.
- Morin, E., (1977). *La méthode : La nature de la nature*, vol.6, t. 1. Edition du Seuil, p 51.

- Mutis, M., Kahn, J-P., (2005). Espace intérieur et espace extérieur, dans M.-H. Izard., R. Nespoulous., (dir.), Rencontre en médecine physique et de réadaptation n°11. p261-263. Expérience en ergothérapie, dix-huitième série. Edition Masson.
- Pankov. G., (1993). L'homme et sa psychose. Edition Flammarion, p 10 à 19.
- Pibarot, I., (1978). Dynamique de l'ergothérapie. Journal d'ergothérapie : Essais conceptuel, 26, Association nationale des ergothérapeutes français, p 5-6.
- Pibarot, I., (2007). Activité thérapeutique et ergothérapie, dans H. Hernandez ., (coor.), Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation, p17-20. Edition Solal.
- Quivy, R., et Van Campenhoudt, L., (2011). Manuel de recherche et science sociale, Dunnot (4^{ème} édition), p 208.
- Redouloux- Jouaud, A., (2005). Construction d'une case africaine avec des patients psychotiques en hôpital de jour, dans M.-H. Izard., R. Nespoulous., (dir.), Rencontre en médecine physique et de réadaptation n°11. p261-263. Expérience en ergothérapie, dix-huitième série. Edition Masson.
- Simonnet-Guéréau, B., (2014). Construire la relation en ergothérapie : Une histoire d'attachement ?, dans F. Klein., (dir.), Etre ergothérapeute en psychiatrie, p 193-217. Edition Erès.
- Wiener, P., (1983). *Structure et processus dans la psychose*. Edition Puf, collection Psychiatrie Ouverte.
- Winnicott, D.W., (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Edition Gallimard (Œuvre originale publiée en 1958), p 312-368.
- Winnicott, D.W., (1970). *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Edition Payot (Œuvre originale publiée en 1965), p 22-44.

- Winnicott, D.W., (1986/1988). *Conversations ordinaires*, Collection folio essais, Gallimard (Œuvre originale publiée en 1970).
- Winnicott, D.W., (1996). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Connaissance de l'inconscient, Edition Gallimard (Œuvre originale publiée en 1971/1975), p 4-14.
- Winnicott, D.W., (1996). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Jouer Proposition théorique. Connaissance de l'inconscient, Edition Gallimard (Œuvre originale publiée en 1971/1975), p 55-73.
- Winnicott, D.W., (1996). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Jouer l'activité créative et la quête de soi. Connaissance de l'inconscient, Edition Gallimard (Œuvre originale publiée en 1971/1975), p 75-80.
- Winnicott, D.W., (1996). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. La créativité et ses origines : l'idée de créativité. Connaissance de l'inconscient, Edition Gallimard (Œuvre originale publiée en 1971/1975), p 91-101.
- Winnicott, D.W., (1996). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. La localisation de l'expérience culturelle. Connaissance de l'inconscient, Edition Gallimard (Œuvre originale publiée en 1971/1975), p 134 et 143.

DOCUMENTS INTERNET

- Billard, M., Costantino, C., (2011). Fonction contenant, groupes et institution soignante, *Cliniques*, 1 (1), 54-76. doi : [10.3917/clini.001.0054](https://doi.org/10.3917/clini.001.0054). 2016.09.20.
- Duprez, M., (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84 (10), 907-912. doi : [10.3917/inpsy.8410.0907](https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907). 2016.08.12.

- Fischer, G-N., (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Rencontre, recherche en soins infirmiers*, 56, 4. En ligne <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf> (consulté le 5/04/2017).
- Jaeger, P., (2009). La santé selon Winnicott : Les rapports psyché-soma. *Revue française de psychosomatique*, 36 (2), 129-145. doi : [10.3917/rfps.036.0129](https://doi.org/10.3917/rfps.036.0129). 2016.10.08. p4 et 24.
- Marc, E., Picard, D., Fischer, G-N., (2015). Relations et communications interpersonnelles-3e Edition Dunod. En ligne <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=5Tt7CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=&ots=hGpGjt7fXJ&sig=EO-YtvNUs9znYIUzwhgdr3uRqTg#v=onepage&q&f=false> (consulté le 9/10/2016) p 5-18.
- Organisation Mondiale de la Santé., (2001). Classification Internationale, du Fonctionnement, du handicap et de la santé. En ligne http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf?ua=1 (Consulté le 02/10/2016) p 125.
- Picard, D., (1992). De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. *Communication et langages*, (93) 3, 69-83. doi: [10.3406/colan.1992.2380](https://doi.org/10.3406/colan.1992.2380). 2017.05.23
- Pontonnier, A-L., et Jalenques, I., (2008). Psychose et délire chronique. *La Revue du praticien*, 58(4), 425-433. En ligne http://ecn.bordeaux.free.fr/ECN_Bordeaux/Maladies_et_Grands_syndromes_files/RDP_2008%20psychoses%20et%20delires%20chroniques%20278.pdf (Consulté le 15/10/2016).
- Widlöcher, D., (2004). Psychanalyse et psychiatrie française: 50 ans d'histoire. *Topique*, 88 (3), 7-16. doi: [10.3917/top.088.0007](https://doi.org/10.3917/top.088.0007). 2017.05.10.

SUPPORT PEDAGOGIQUE

- Donaz, M., (2014). Créativité et soin psychique dans les dispositifs de soin groupal médiatisé. Support pédagogique : Formation Continue A.N.F.E. Institut d'Ergothérapie Montpellier, p 12.

SUPPORT VISUEL

- Mondrian, P., (1909). L'arbre rouge. En ligne <http://www.diftyqueparis-memento.com/fr/les-arbres-mondrian/> (Consulté le 18/05/2017).

Annexe I : Courriel de lancement de l'enquête

Bonjour,

Je suis Cécile Galizzi, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'ADERE (Paris).

Dans le cadre de mon **mémoire** axé sur *la créativité du patient atteint de schizophrénie (à prédominance dissociative)*, je vous sollicite pour participer à cette **enquête**:

- Un questionnaire
- Par mail
- Anonymat

Critères de sélection des participants :

- ✓ Ergothérapeute travaillant en **psychiatrie**, en **extrahospitalier**.
- ✓ Accompagner des patients souffrant de **schizophrénie**.
- ✓ Avoir parmi vos objectifs thérapeutiques de favoriser la « **créativité** ».

Déroulé de l'enquête :

- ✓ Suite à ce courriel, **le questionnaire** vous sera envoyé (15 questions).
- ✓ Ma **question de recherche** vous sera révélée en fin d'enquête pour ne pas biaiser vos réponses.
- ✓ En fin d'année, **mon mémoire** vous sera envoyé (format numérique) : il comportera l'analyse de l'enquête, la synthèse de vos réponses (dans le respect de l'anonymat).

Intérêts:

- ✓ Une copie numérique de **mon mémoire** vous sera envoyée en fin d'année (sous réserve de l'accord de l'ADERE).
- ✓ **L'analyse des réponses vous sera restituée** afin que vous puissiez en bénéficier.

Dates d'envoi et de retour du questionnaire :

- ✓ Envoi du questionnaire : **le vendredi 3 mars 2017**
- ✓ Retour du questionnaire attendu le : **le vendredi 17 mars 2017**

Je vous remercie de votre sollicitude et je vous envoie le questionnaire à la date indiquée ci-dessus.

Avec tout mon respect et mes profonds remerciements,

Galizzi cécile

Annexe II : Le questionnaire

QUESTIONNAIRE

Galizzi Cécile : La créativité du patient souffrant de schizophrénie.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

1) Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?

Votre réponse _____

2) Combien d'années d'expérience avez-vous en psychiatrie ?

Votre réponse _____

3) Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de patients souffrant de schizophrénie ?

Votre réponse _____

4) De quel(s) courant(s) de pensée vous inspirez-vous dans votre pratique ?

- Cognitivo-comportemental
- Psychodynamique/ psychanalytique
- Systémique
- Autre :

SUIVANT

Page 1 sur 5

Je me réfère à la définition que fait Winnicott de la créativité :

« Envisager la créativité dans son acception la plus large, sans l'enfermer dans les limites d'une création réussie ou reconnue, mais [...] comme une coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure. Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure ». « C'est en jouant, et peut être seulement lorsqu'il joue, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif » (Jeu et réalité, p 91 et p 75)

5) Concevez-vous la créativité de cette manière ?

- Oui
- En partie
- Non

Si vous avez répondu "En partie" ou "Non" à la question 5, complétez ou donnez votre propre définition:

Votre réponse

Les questions suivantes sont à traiter à travers la définition qu'en fait Winnicott, bien que l'extrait choisi soit très général.

Si vous avez répondu « Non » à la question 5 et que vous êtes désireux de répondre aux questions suivantes à travers votre définition de la créativité, cochez la case ci-dessous :

- «Je me réfère à la définition de la créativité que j'ai moi-même formulée en question 5»

6) Travaillez-vous la créativité en séance?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

RETOUR

SUIVANT

Page 2 sur 5

LA SCHIZOPHRENIE à prédominance dissociative

7) Pensez-vous que les patients atteints de schizophrénie, avec un syndrome dissociatif prédominant, peuvent parfois présenter un manque de créativité ou une défaillance de leurs capacités créatives ?

- Oui
- Non

8) Si vous avez répondu « oui » à la question 7: pensez-vous que les patients schizophrènes dont la dissociation prédomine, puissent être plus sévèrement touchés par une défaillance de créativité que les patients schizophrènes présentant une prédominance du délire ?

- Oui
- Non

Explicitiez votre réponse quelle qu'elle soit :

Votre réponse

9) D'après vos observations cliniques, quels sont les éléments concrets qui vous montrent que les patients schizophrènes présentant une prédominance de la dissociation, peuvent manquer de créativité ?

Répondez par un listing

Votre réponse

10) D'après votre opinion, qu'est ce que le travail de la créativité pourrait apporter aux patients souffrant de schizophrénie?

- Agir sur l'environnement en position de sujet.
- Renforcer le sentiment d'être.
- Créer un lien relationnel avec les autres.
- S'adapter face aux contraintes de la réalité.
- Pouvoir faire des choix, prendre des décisions.
- Elaborer des solutions aux problématiques concrètes, relationnelles, intérieures.
- Favoriser l'autonomie.
- Ressentir de la satisfaction.
- Permettre l'appropriation de son agir, son objet, son environnement.
- Ne plus être soumis à l'environnement.
- Ressentir du plaisir.
- Autre : _____

11) Selon vous, dans le contexte de l'ergothérapie, qu'est ce qui pourrait favoriser, faciliter, étayer ou stimuler la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative?

Répondez par un listing le plus précis et exhaustif possible

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT

Page 3 sur 5

LE GROUPE EN ERGOTHERAPIE

Voici 3 dispositifs groupaux

- Un groupe ouvert** : Les patients viennent librement. Les patients peuvent être différents d'une séance à l'autre.
- Un groupe semi-fermé ou semi-ouvert** : Les entrées et les sorties des patients sont régulées et limitées. Le groupe n'a pas de date de fin et peut être reconduit d'année en année.
- Un groupe fermé** : Aucun patient n'entre ni ne sort du groupe avant la fin de la session. La session comprend un nombre de séances déterminé à l'avance.

12) Avez-vous remarqué dans votre pratique, que l'un ou plusieurs de ces trois dispositifs (ouvert, semi-fermé, fermé) facilit(ent) plus particulièrement l'étayage la créativité du patients schizophrène présentant une prédominance de la dissociation ?

Oui

Non

Si votre réponse à la question 12 est « oui », explicitez lequel ou lesquels et pourquoi d'après vous ?

Votre réponse

Si votre réponse à la question 12 est « non » vous pouvez donner une explication ici:

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT

Page 4 sur 5

LE GROUPE FERME OU SEMI-FERME

« Le groupe » sera considéré dans ce questionnaire comme un dispositif fermé ou semi-fermé. Le groupe ouvert n'est pas pris en compte dans les questions suivantes.

13) Le groupe en ergothérapie, pourrait-il, selon-vous, étayer la créativité de la personne schizophrène ?

- Oui
- Oui mais sous-condition(s)
- Non

Si vous avez répondu "oui mais sous-condition(s)": Selon vous, sous quelle(s) condition(s) le groupe peut-il favoriser la créativité de la personne schizophrène ?

Répondez par un listing de la ou des condition(s)

Votre réponse

Si vous avez répondu "Non" à la question 13, vous pouvez expliciter ici :

Votre réponse

14) Quels caractéristiques, processus, mécanismes groupaux, vous semblent favoriser, faciliter, étayer ou stimuler la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative ?

Répondez par un listing le plus précis et exhaustif possible.

Votre réponse

15) A votre avis, les interactions groupales, la communication entre les membres, au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé, peuvent-elles favoriser la créativité chez un patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Autre : _____

RETOUR

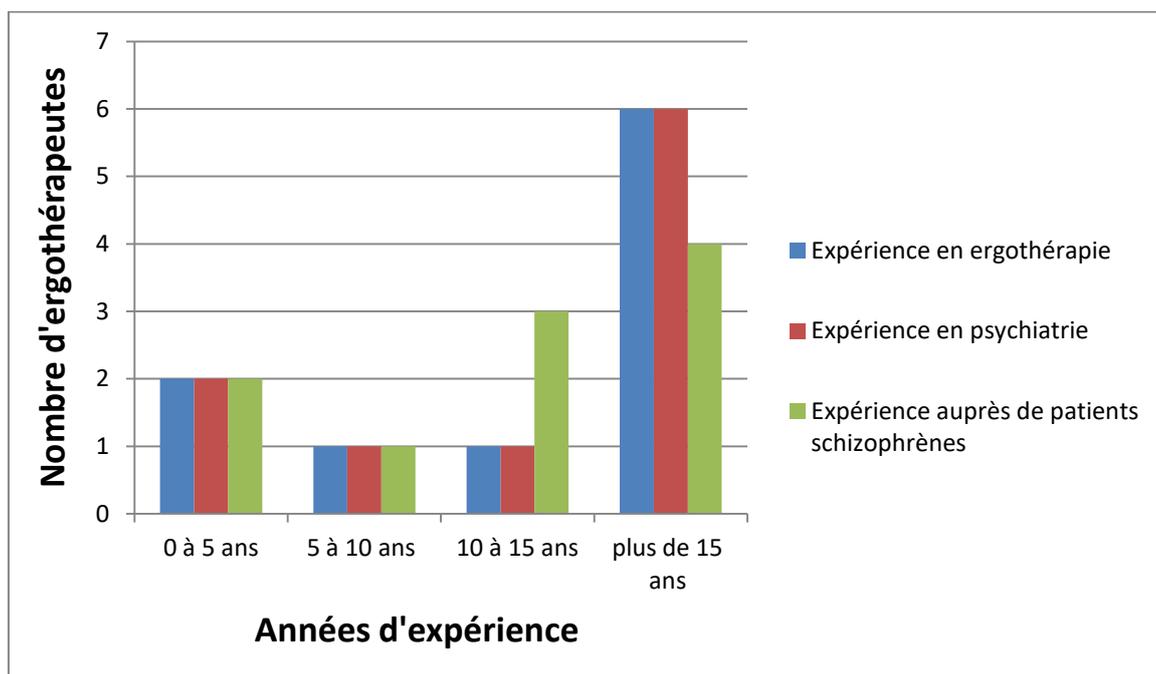
ENVOYER

Page 5 sur 5

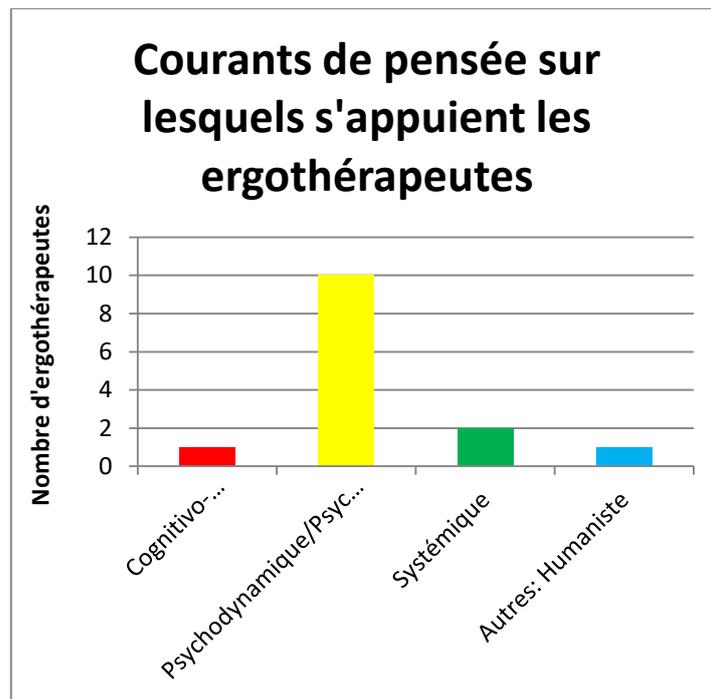
Annexe III : Les réponses au questionnaire

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

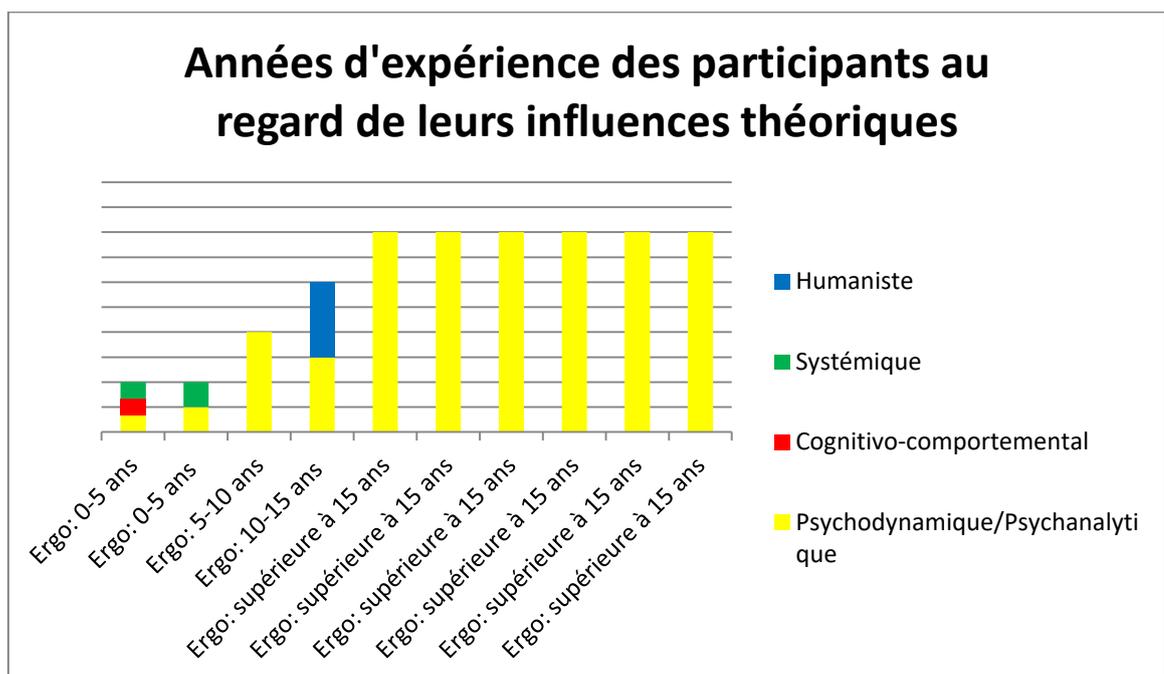
- 1) Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?
- 2) Combien d'années d'expérience avez-vous en psychiatrie ?
- 3) Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de patients souffrant de schizophrénie ?



4) De quel(s) courant(s) de pensée vous inspirez-vous dans votre pratique ?



Nombre d'ergothérapeutes	Courants			Légende des courants
7	Psychodynamique/psychanalytique			
1	Psychodynamique/psychanalytique	Cognitivo-comportemental	Systémique	
1	Psychodynamique/psychanalytique	Systémique		
1	Psychodynamique/psychanalytique	Autres: Humaniste		



CREATIVITE

Je me réfère à la définition que fait Winnicott de la créativité : « Envisager la créativité dans son acception la plus large, sans l'enfermer dans les limites d'une création réussie ou reconnue, mais [...] comme une coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure. Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure ». « C'est en jouant, et peut être seulement lorsqu'il joue, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif » (Jeu et réalité, p 91 et p 75)

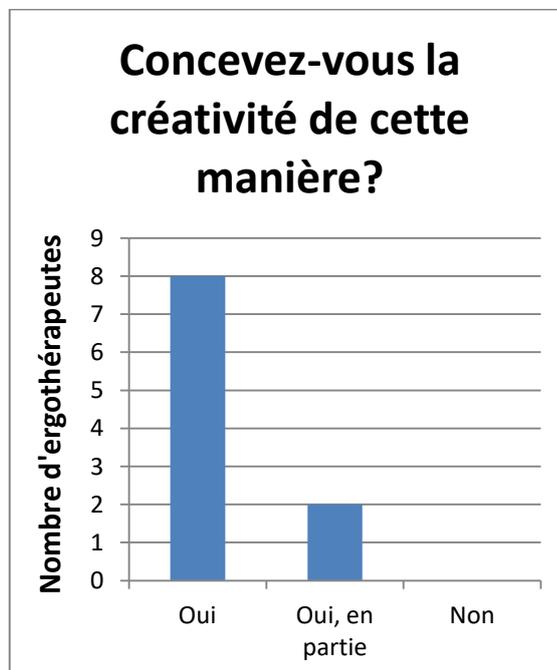
5) Concevez-vous la créativité de cette manière ?

Si vous avez répondu "En partie" ou "Non" à la question 5, complétez ou donnez votre propre définition:

Les questions suivantes sont à traiter à travers la définition qu'en fait Winnicott, bien que l'extrait choisi soit très général.

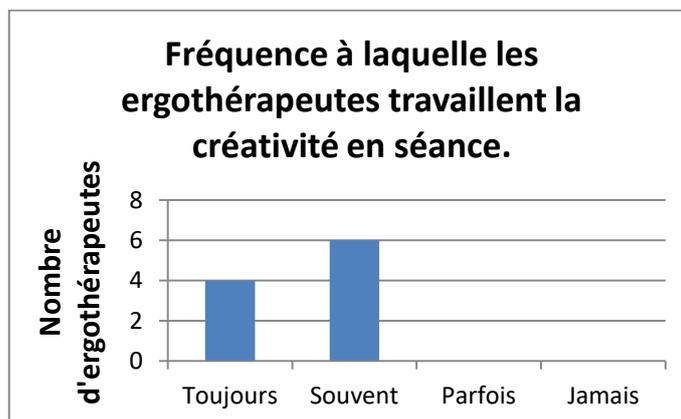
Si vous avez répondu « non » à la question 5 et que vous êtes désireux de répondre aux questions suivantes à travers votre définition de la créativité, cochez la case ci-dessous :

- « Je me réfère à la définition de la créativité que j'ai formulée en question 5 ».



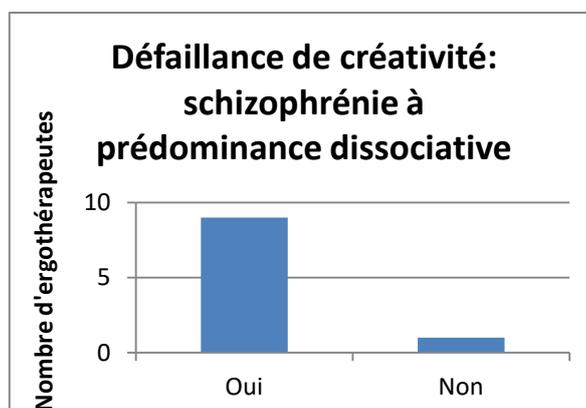
Oui	8
Oui, en partie	2
<u>En partie</u> : Se réfère à la définition donnée.	<ul style="list-style-type: none"> « Je suis d'accord avec la majeure partie de cette définition, mais la partie "qui donne le sentiment [...] la réalité extérieure" me paraît un peu réductrice, si je peux employer ce terme. En effet, les patients schizophrènes, souvent dans leur propre réalité, différente de la notre et donc "soumis" à la "réalité extérieure" (qui n'est pas la leur), peuvent faire preuve de créativité. De même, sans forcément éprouver de plaisir à créer car pour certains apathiques, ou en difficultés avec le ressenti des émotions, peuvent créer des choses très intéressantes sans pour autant être conscient du "sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue". Je pense également que la créativité est travaillée un peu en permanence, en fond, même si ce n'est pas l'objectif premier de certains de nos ateliers ; mais la définition de la créativité peut être très large si on pense que créer quelque chose de nouveau, peu importe ce de quoi il s'agit, fait intervenir la créativité. »
<u>En partie</u> : Se réfère à sa propre définition.	<ul style="list-style-type: none"> « La créativité est un moyen réel pour le patient de se découvrir, de se confronter à ses limites et ses capacités. Après je ne songe pas au jeu quand je suis en atelier. Je suis vigilante au plaisir qu'il prend. »

6) Travaillez-vous la créativité en séance?

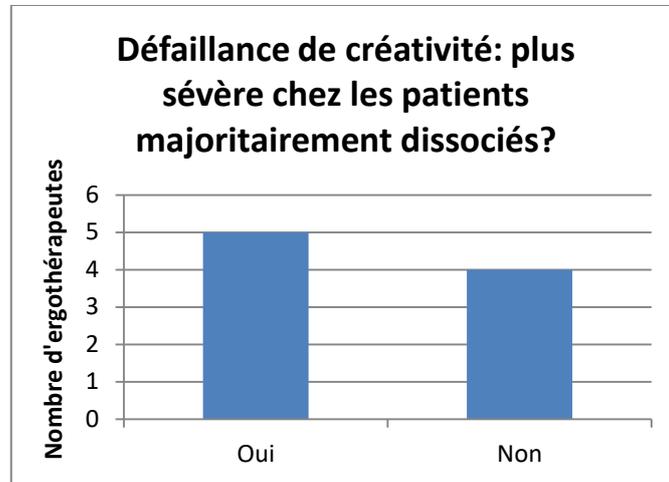


LA SCHIZOPHRENIE (à prédominance dissociative)

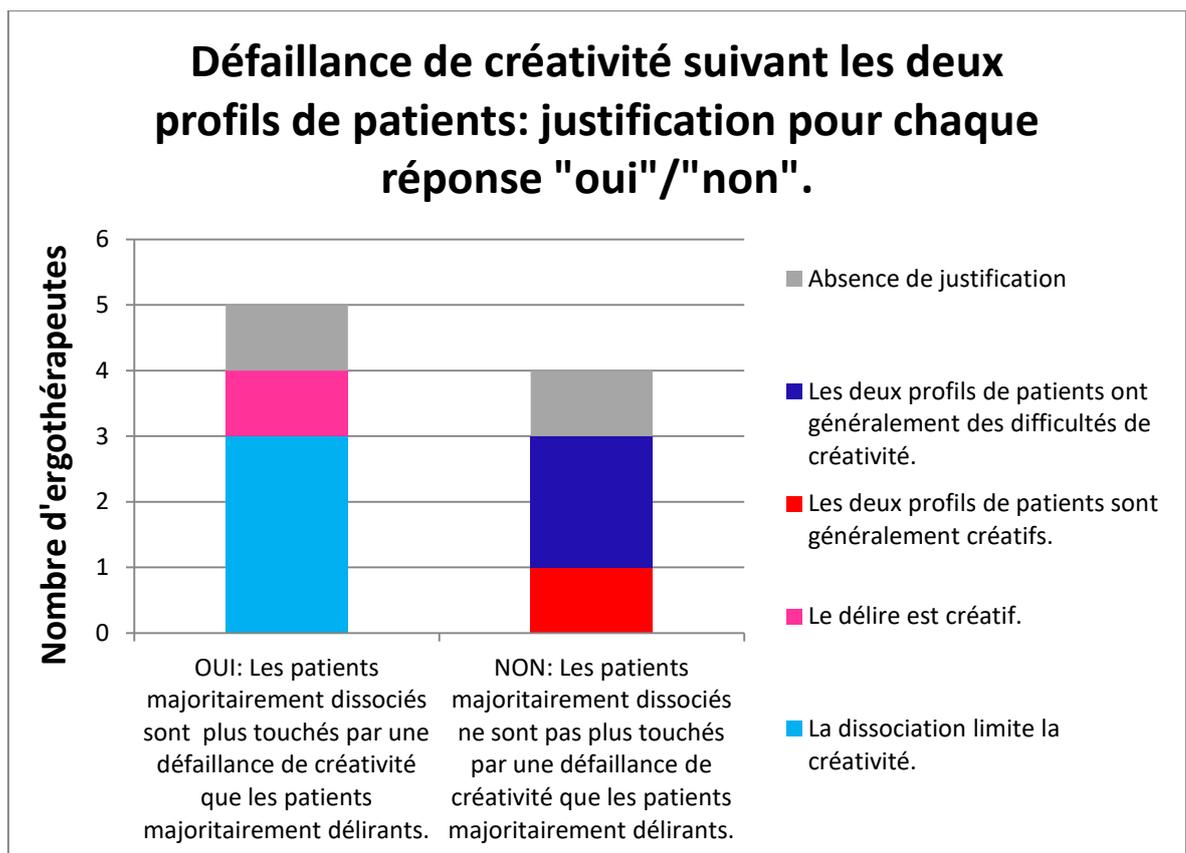
7) Pensez-vous que les patients atteints de schizophrénie, avec un syndrome dissociatif prédominant, peuvent parfois présenter un manque de créativité ou une défaillance de leurs capacités créatives ?



8) Si « oui », pensez-vous que les patients schizophrènes dont la dissociation prédomine, puissent être plus sévèrement touchés par une défaillance de créativité que les patients schizophrènes présentant une prédominance du délire ?

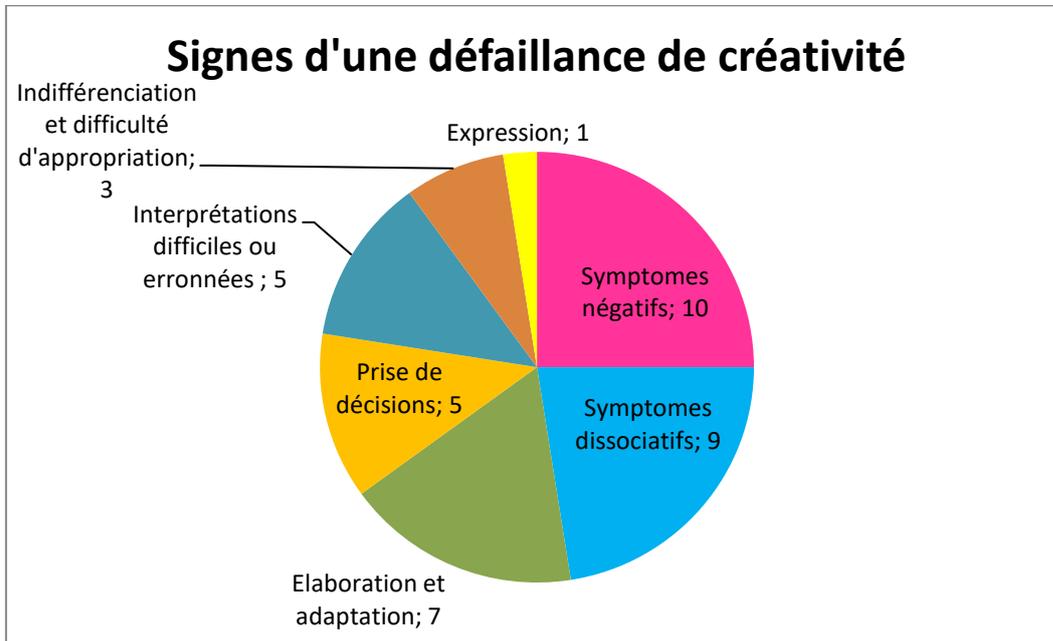


Explicitez votre réponse quelle qu'elle soit :



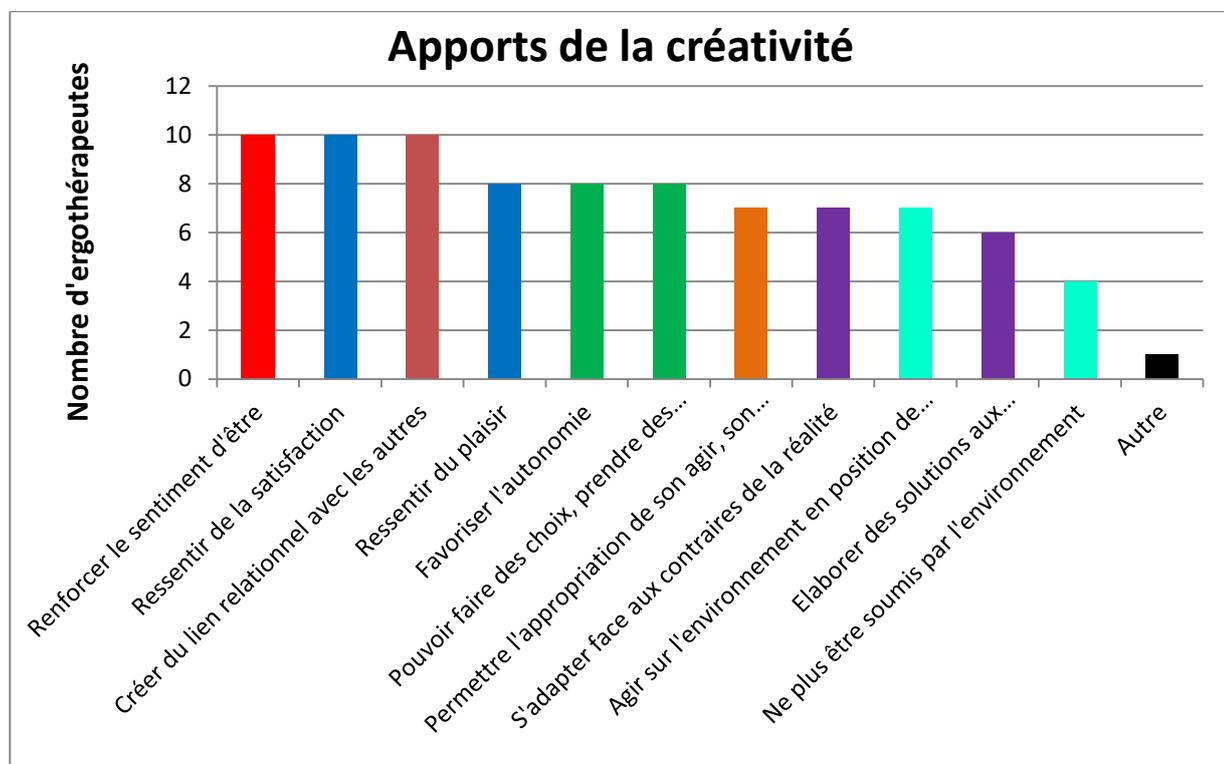
Oui	5/10	<ul style="list-style-type: none"> • « Les patients schizophrènes pour lesquels la dissociation prédomine auront plus de difficultés attentionnelles souvent (même si ce n'est pas une généralité). En tout cas le morcellement sera plus défavorable à la prise d'initiative, ou à la planification nécessaire à la création contrairement aux délires où les patients à prédominance délirantes commenceront à créer plus spontanément, sans forcément avoir de difficultés à se recentrer. » • « Plus grand impact de l'apragmatisme en général chez ces patients. » • « Il est très difficile de répondre de façon aussi générale et schématique. Plutôt oui dans le sens où l'on observe chez les patients très dissociés un "appauvrissement" global des envies et des capacités. Mais les patients très délirants ne sont pas forcément créatifs, loin de là. » • « Le délire en lui-même est une production "créative" et peut être comme une source d'inspiration pour le patient dans ses réalisations selon le thème délirant. La dissociation au contraire aurait tendance à le rendre plus hermétique et moins enclin à "extérioriser sa réalité intérieure". »
Non	4/10	<ul style="list-style-type: none"> • « Les patients de profil schizophrénique pour une majorité présentent une grande créativité qu'ils soient délirants ou non. » • « Tous les symptômes (délires, violence, agressivité, dissociation) sont de toute façon des tentatives de modalités d'existence créatives pour se défendre de leur souffrance psychique. » • « Je trouve que cela dépend, sans forcément envisager une réponse précise... Il me semble que dans la dissociation (syndrome négatif, qui détruit), la difficulté va être de pouvoir se recentrer, toucher au sentiment d'être, avant de pouvoir entamer tout travail créatif, et c'est long, ténu. Quand il y a prédominance du délire (syndrome positif, protection), il est difficile de savoir ce qui est réellement créatif ou issu de ce délire, de cette déformation de la réalité, (agrégat concrétion avec l'univers fantasmatique... ce qui en soit est une forme de création ?) le délire protège soit, mais avant d'entamer un réel processus créatif facteur de changement, il y a un pas qui peut être d'importance...?? C'est ma réflexion provoquée par cette question, à l'état brute. » • « Je pense que dans les deux cas cela peut être invalidant en fonction du degré de gravité et donc de la possibilité d'exprimer le moindre contenu, de confronter sa réalité interne à un extérieur plus ou moins accessible. »

9) D'après vos observations cliniques, quels sont les éléments concrets qui vous montrent que les patients schizophrènes présentant une prédominance de la dissociation, peuvent manquer de créativité ?



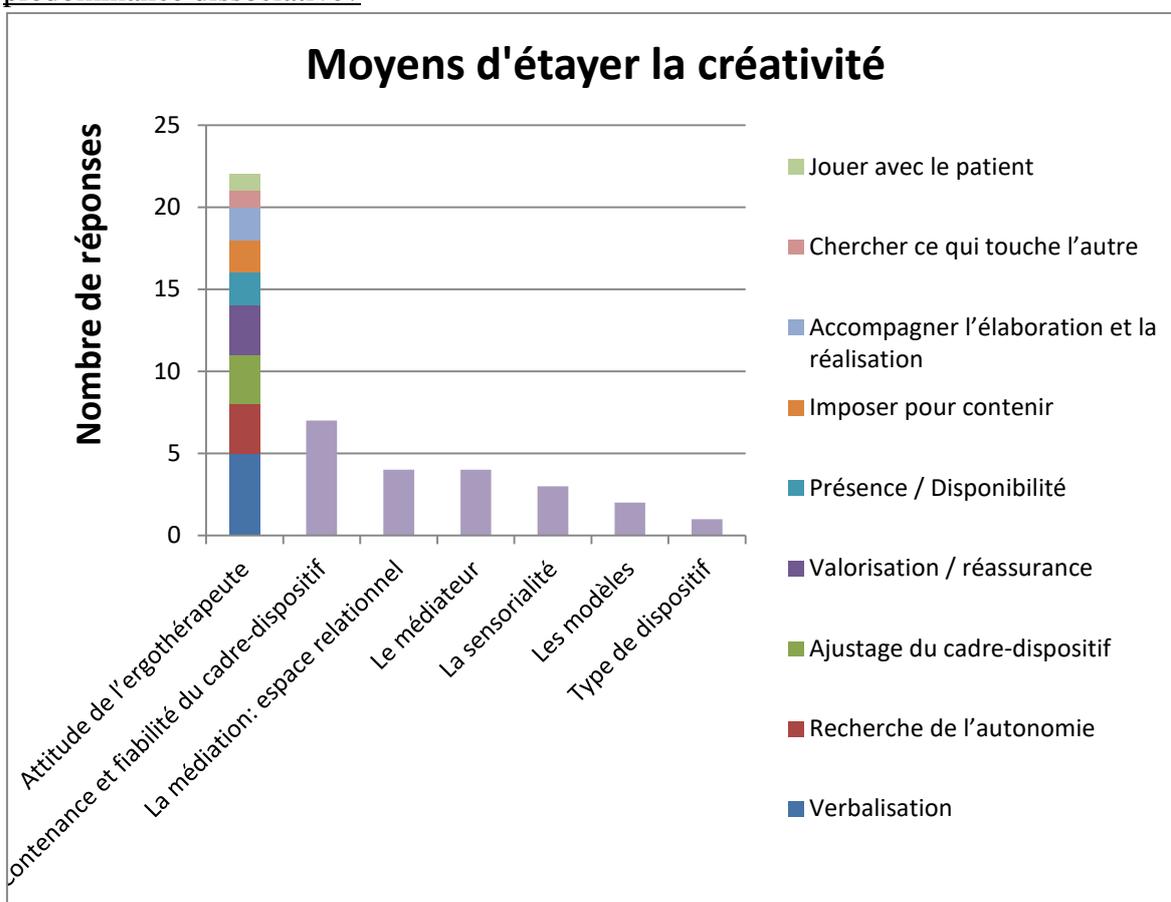
Symptômes Négatifs (perte du désir, du plaisir et du faire) 10 réponses	Symptômes dissociatifs 9 réponses	Capacité d'élaboration et d'adaptation 7 réponses	Prise de décision 5 réponses	Interprétations difficiles ou erronées 5 réponses	Indifférenciation et difficulté d'appropriation 3 réponses	Expression 1 réponse
<ul style="list-style-type: none"> Aboulie Difficulté de trouver de l'envie de faire Aboulie 	<ul style="list-style-type: none"> Dissociation Pas forcément de lien entre leur comportement (attitude, discours) Discours éclaté sans liens 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de souplesse 	<ul style="list-style-type: none"> Difficulté à faire des choix Difficultés d'initiative Difficultés dans les prises d'initiatives 	<ul style="list-style-type: none"> Prenent les choses au pied de la lettre Pas d'accès à la métaphore 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas avoir l'impression de créer une œuvre, un élément extérieur à soi mais plutôt comme un prolongement de soi 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas réussir à extérioriser
<ul style="list-style-type: none"> Apragmatisme Apragmatisme Phase d'apragmatisme 	<ul style="list-style-type: none"> Changement d'idée en cours de réalisation Fuite des idées Fuite des idées, perte du fil conducteur Sentiment de vide, impression de ne pas avoir d'idée. 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés de planification et d'attention. Difficulté à s'organiser Difficulté à élaborer un projet précis Pas d'accès à l'imaginaire Incohérence dans le projet 	<ul style="list-style-type: none"> Les prises d'initiatives Coller au désir de l'autre car n'en ont pas 	<ul style="list-style-type: none"> Une mauvaise utilisation des matériaux, des outils Mauvaise interprétation de l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> Déréalisation Sentiment soudain d'étrangeté vis-à-vis de l'objet en cours 	
<ul style="list-style-type: none"> Anhédonie Anhédonie Anhédonie 	<ul style="list-style-type: none"> Appréhension de ne pas trouver d'idée 	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'accès au "play" 		<ul style="list-style-type: none"> N'arrivent pas à mettre des mots sur les sensations, affects, émotions 		
<ul style="list-style-type: none"> Emoussement affectif 	<ul style="list-style-type: none"> Barrages. 					

10) D'après votre opinion, qu'est ce que le travail de la créativité pourrait apporter aux patients souffrant de schizophrénie?



PROPOSITIONS	REPNSES
Renforcer le sentiment d'être.	10 (100%)
Ressentir de la satisfaction.	10
Créer un lien relationnel avec les autres.	10
Ressentir du plaisir.	8
Favoriser l'autonomie.	8
Pouvoir faire des choix, prendre des décisions.	8
Permettre l'appropriation de son agir, son objet, son environnement.	7
S'adapter face aux contraintes de la réalité.	7
Agir sur l'environnement en position de sujet.	7
Elaborer des solutions aux problématiques concrètes, relationnelles, intérieures.	6
Ne plus être soumis par l'environnement.	4
Autre(s) <ul style="list-style-type: none"> • « Renforcer l'estime de soi par la valorisation du groupe pour le travail du patient, ou valorisation de la part de son entourage quand il est présent. » • « Ces items se recoupent ou s'incluent. Et renvoie à une multitude de notions. » 	2

11) Selon vous, dans le contexte de l'ergothérapie, qu'est-ce qui pourrait favoriser, faciliter, étayer ou stimuler la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative?



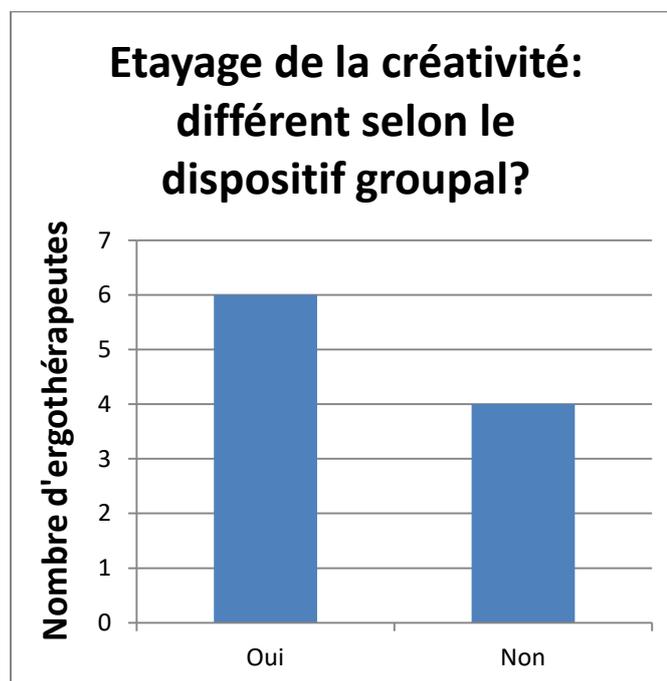
	Attitude de l'ergothérapeute 21 réponses	Contenance et fiabilité du cadre-dispositif 7 réponses	La médiation : espace relationnel 4 réponses	Le médiateur 4 réponses	La sensorialité 3 réponses	Les modèles 2 réponses	Type de dispositif 1 réponse
Verbalisation 5	<ul style="list-style-type: none"> Aider le patient à se formuler à lui même ses envies, les choix à faire, les recherches d'idées, etc. Guidance, aide pour exprimer l'idée de création Verbalisation de l'ergothérapeute pour que cette création puisse être perçue progressivement comme extérieur à soi. Reformulation de l'idée initiale de création lors de barrages. Redonner sens à ce qui émerge avec des propos simples et rassurants. 	<ul style="list-style-type: none"> La tenue du cadre thérapeutique, des repères fiables. Environnement stable, contenant, rassurant. Proposer et garantir la fiabilité d'un cadre thérapeutique suffisamment contenant et conteneur de processus associatifs. Cadre rassurant. Contenance par des règles en atelier, ou par le matériel proposé (réduire la quantité par exemple), ou le temps donné. Temps donné à la prise en charge. Durée de la séance avec les pauses proposées qui rend supportable la durée... 	<ul style="list-style-type: none"> Le travail sur la réalité, le concret, la matière La construction d'une aire de jeu relationnel entre soi et soi, soi et la matière en lien avec l'autre Organiser son travail et sa pensée, en trouvant comment se positionner : lui-même, son travail, sa place dans l'atelier. Construction d'un espace de dédramatisation grâce à la mobilisation de l'imaginaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Médiation contenant e (collage, rotin). Outils, et matériaux divers sources de choix et de positionnement La manipulation d'une matière malléable . Stimuler le désir, l'intérêt par différents propositions, plein différents types de médias (voir si facilitateurs). 	<ul style="list-style-type: none"> Stimulation auditive (musique par exemple , sauf si troubles attentionnels importants). Voies d'accès simples : multiples sensorielles (vision, audition, kinesthésie, olfactive s...). la sensation. 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à disposition des livres, modèles dont il peut s'inspirer, fiches techniques de réalisation (...) pour favoriser son autonomie. Nombreux exemples, matériaux, modèles, qui susciteront une envie (dont on sera par la suite libre de s'écarter ou non). 	<ul style="list-style-type: none"> différents types d'accompagnement : individu el/group e ?
Recherche de l'autonomie 3	<ul style="list-style-type: none"> Incitation aux prises d'initiative. Invitation au choix. <p>Etayage à réduire peu à peu pour une plus grande autonomie</p>						
Ajustage du cadre-dispositif 3	<ul style="list-style-type: none"> Consignes simples à complexifier au fur et à mesure si possible. Etayage à doser, à réduire peu à peu. Essayer beaucoup de choses afin de voir ce qui paraît facilitateur chez le patient : cadres plus ou moins directifs 						
Valorisation /	<ul style="list-style-type: none"> Stimulation verbale 						

réassurance 3	(valorisation, réassurance) <ul style="list-style-type: none"> • Une mise en valeur des choix, reconnaissance • propos simples et rassurants. 					
Présence / Disponibilité 2	<ul style="list-style-type: none"> • Montrer juste au patient que l'on est là et qu'il est là • Disponibilité et ouverture du soignant. 					
Imposer pour contenir 2	<ul style="list-style-type: none"> • Parfois, imposer quelque chose peut-être contenant. • Contenance pour quelqu'un pour qui c'est impossible, angoissant de choisir. 					
Accompagner l'élaboration et la réalisation 2	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement lors de l'élaboration du projet. • Aide dans la réalisation. 					
Chercher se qui touche l'autre 1	<ul style="list-style-type: none"> • Essayer d'aller toucher quelque chose en la personne qui va résonner. 					
Jouer avec le patient 1	<ul style="list-style-type: none"> • Jouer avec le patient. 					

LE GROUPE EN ERGOTHERAPIE

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Un groupe ouvert : Les patients viennent librement. Les patients peuvent être différents d'une séance à l'autre. ○ Un groupe semi-fermé ou semi-ouvert : Les entrées et les sorties des patients sont régulées et limitées. Le groupe n'a pas de date de fin et peut être reconduit d'année en année. ○ Un groupe fermé : Aucun patient n'entre ni ne sort du groupe avant la fin de la session. La session comprend un nombre de séances déterminé à l'avance. |
|--|

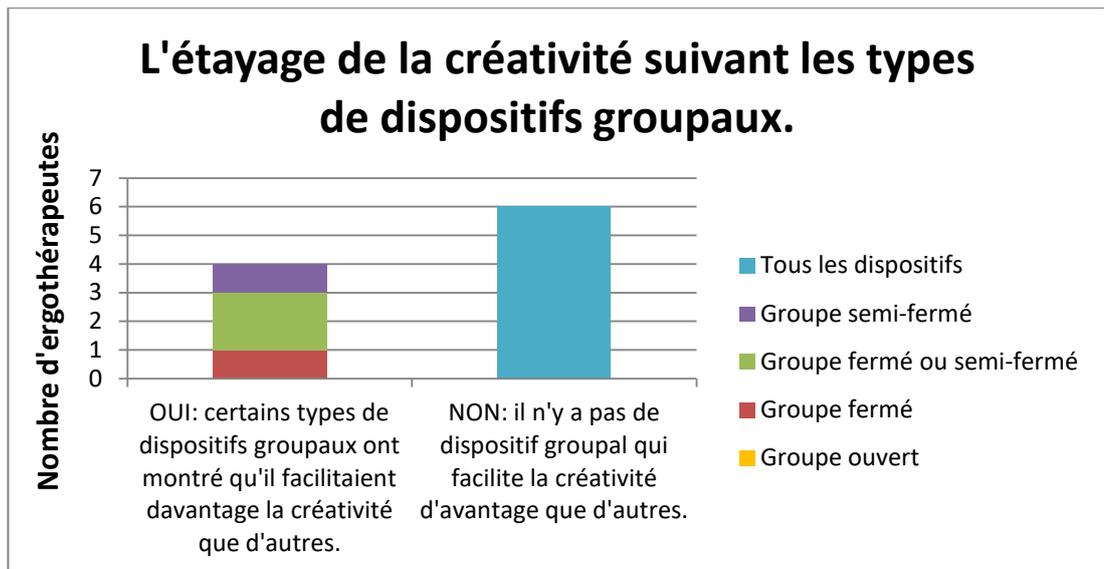
12) Avez-vous remarqué dans votre pratique, que certains de ces trois dispositifs (ouvert, semi-fermé, fermé) facilit(ent) plus particulièrement l'étayage de la créativité du patient schizophrène présentant une prédominance de la dissociation ?



Si votre réponse à la question 12 est « oui », explicitez lequel ou lesquels et pourquoi d'après vous ?.....

Si votre réponse à la question 12 est « non » vous pouvez donner une explication ici.....

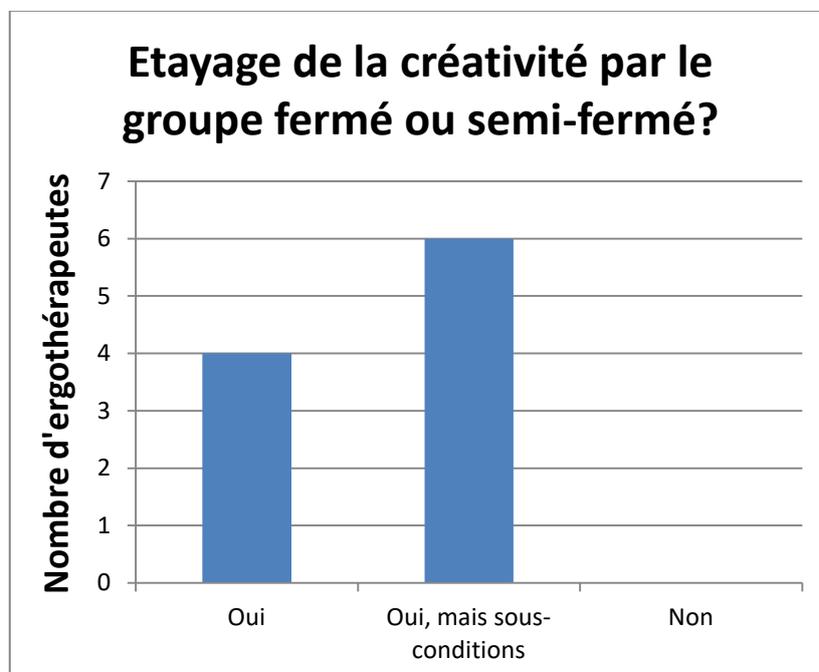
Oui	6 (2 ne tranchent pas, et sont donc reclassés dans la catégorie « Non »)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Groupe fermé</u> : permet « d'être plus attentif à l'émergence de la créativité de chacun. Chaque participant du groupe ayant la reconnaissance et l'attention du collectif. » • <u>Groupe semi-fermé</u> : « est plus souple tout en étant contenant. » • <u>Groupe fermé ou semi-fermé</u> : « car le cadre fixe, ou plutôt contenant les rassure et apporte une stabilité. Cette stabilité permet de se recentrer plus facilement, donc de faire "abstraction" du reste pour se concentrer sur l'activité et laisser s'exprimer sa créativité. » • <u>Groupe fermé ou semi-fermé</u> : plus contenant quand la personne est dissociée, mais ce qui est le plus important « c'est cadre interne que l'on propose au patient ». « C'est surtout à cet endroit là que la relation, la rencontre opère. »
Non	4	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Le groupe ouvert</u> « peut être adapté pour une première approche et lorsque le patient n'est pas encore stabilisé à minima. Cela permet un temps court de séance pendant lequel le patient peut créer quelque chose de manière spontanée et rapide, sans interférence de sa dissociation. <u>Le groupe fermé ou semi-ouvert</u> peut aider dans la relation de confiance avec les autres participants, connus. » • « Tout dépend des objectifs thérapeutiques, du contexte institutionnel. »



LE GROUPE FERME OU SEMI-FERME

« Le groupe » sera considéré dans ce questionnaire comme un dispositif fermé ou semi-fermé. Le groupe ouvert n'est pas pris en compte dans les questions suivantes.

13) Le groupe en ergothérapie, pourrait-il, selon-vous, étayer la créativité de la personne schizophrène ?



Si vous avez répondu « oui mais sous conditions » : Selon vous sous quelle(s) condition(s) le groupe peut-il favoriser la créativité de la personne schizophrène ? Répondez par un listing de la ou des condition(s).

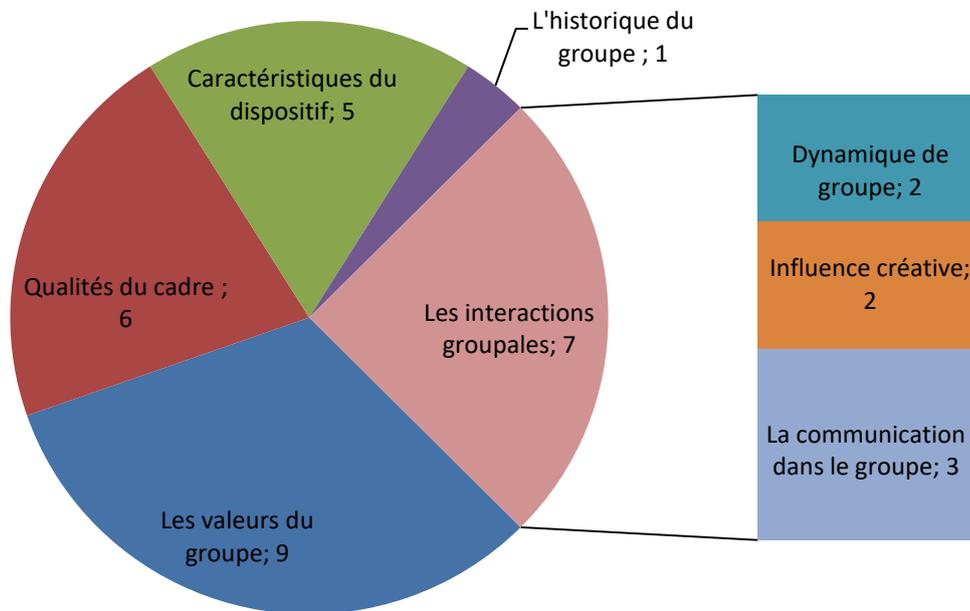
Oui	4	<ul style="list-style-type: none"> « Oui si petit groupe, et selon médiation utilisée. » Si « capacité de l'ergothérapeute à gérer une dynamique de groupe non directive mais en laissant libre cours au processus associatif entre les différents membres, en scandant la séance par un temps du faire, et un temps du dire. »
Oui mais sous-condition	6	<ul style="list-style-type: none"> Il faut « veiller à ce qu'il ne soit pas au contraire un frein, pour les patients dont la notion de niveau est importante, et qui pourraient se dévaloriser face au travail des autres ; ou inversement qui pourraient être blessés sur le plan narcissique face à des patients plus en difficultés. » Si « interactions positives, constructives entre patients et bonne connaissance par le soignant des différentes personnes composant le groupe. » Si « climat de confiance créé par l'ergo amenant à utiliser les fonctions étayantes et dynamisantes du groupe. » Si le patient est « en capacité d'échange, et d'individualisation au sein du groupe. » « thème qui peut servir de guidance, réalisation de la création en une séance. »

14) Quels caractéristiques, processus, mécanismes groupaux, vous semblent favoriser, faciliter, étayer ou stimuler la créativité chez le patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative ?

Répondez par un listing le plus précis et exhaustif possible.

Les valeurs du groupe	Interactions groupales			Qualités du cadre	Caractéristiques du dispositif	L'historique du groupe
9 réponses	7 réponses			6 réponses	5 réponses	1 réponse
<ul style="list-style-type: none"> • Bienveillance • Réassurance du groupe • La tolérance • Valorisation par le groupe • Valorisation du travail • Respect • reconnaissance de chacun dans le groupe • Tolérance • Prise en compte de la personnalité de chacun 	La communication dans groupe 3 réponses <ul style="list-style-type: none"> • Circulation de la parole favorisée par le thérapeute • Echanges • Mutualisation des idées. 	Dynamique de groupe 2 réponses <ul style="list-style-type: none"> • Emergence d'une dynamique de jeu à plusieurs, menant à la créativité • Dynamique de groupe. 	Influence créative 2 réponses <ul style="list-style-type: none"> • Rendre possible la créativité en regardant l'autre. • Inspiration 	<ul style="list-style-type: none"> • contenance • Fiabilité • confiance • Pas d'interférences extérieures (pas d'entrée intempestive de personnel...) • Galvanisant : via la sensation de corps que donne le groupe. • Effet miroir du groupe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Thème • Réalisation de créations en une séance • Possibilité de réalisation d'une création à plusieurs (sur le même objet) dans le même objectif. • Production commune. • Activité nécessitant ou pouvant se mener à bien avec peu de connaissances techniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une histoire du groupe ce qui nécessite un temps assez long d'existence du groupe.

Caractéristiques et phénomènes groupaux pouvant étayer la créativité (nombre de réponses).



15) A votre avis, les interactions groupales, la communication entre les membres, au sein d'un groupe fermé ou semi-fermé, peuvent-elles favoriser la créativité chez un patient souffrant de schizophrénie à prédominance dissociative ?

