



SCHIZOPHRENIE ET MEDIATION EN ERGOTHERAPIE : IMPACT DE LA DYNAMIQUE DES GROUPES FERMES

Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention du D.E. d'ergothérapie



MAËLLE DAVID
SOUS LA DIRECTION D'AURELIA BECARD
Promotion 2018-2021

Engagement sur l'honneur

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

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

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

Le mémoire peut être :

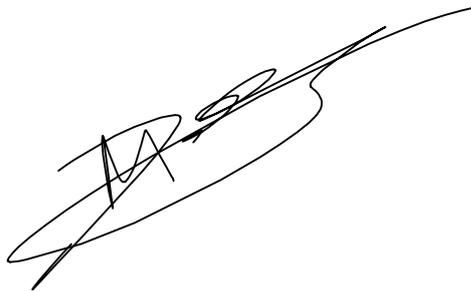
- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire. Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, DAVID, Maëlle, étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

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

A Paris, le 28/05/2021

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Maëlle David', written in a cursive style. The signature is positioned at the bottom center of the page.

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 ou de l'institut de formation concerné », ici l'IFE de Créteil en France.

Remerciements

La réalisation de ce mémoire aurait été complexe sans la présence et le soutien de nombreuses personnes auxquelles il me paraît important d'adresser ces remerciements.

Tout d'abord, je souhaite remercier Aurélia BECARD, ma maîtresse de mémoire, pour ses précieux conseils, ainsi que pour sa disponibilité, sa bienveillance et sa confiance. Je tiens aussi à remercier Cynthia ENGELS et Gwenaëlle DELOURME pour les réponses qu'elles ont pu apporter à mes questions tout au long de l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Je souhaite remercier les six ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mon enquête, celle-ci demandant un investissement en temps non négligeable. Merci à eux pour leur disponibilité et leur générosité.

Je tiens à remercier tout particulièrement Marlyse PELLETIER, pour les différents échanges que nous avons pu avoir et qui ont fait germer chez moi des questionnements m'amenant à la problématique de ce mémoire.

Pour finir, je remercie l'ensemble des personnes qui m'ont apporté leur soutien et qui ont cru en moi tout au long de la réalisation de ce projet.

Table des matières

Introduction	1
Cadre Conceptuel.....	3
I. La schizophrénie, une pathologie au cœur de la santé mentale	3
A. Santé mentale	3
B. Psychose	4
C. Schizophrénie.....	5
D. Traitements.....	8
II. L’ergothérapie, une profession concernée par la schizophrénie	9
A. Ergothérapie.....	9
B. Médiations en ergothérapie	12
III. La dynamique des groupes fermés	16
A. Dynamique de groupe	16
B. Dynamique des groupes fermés en ergothérapie.....	19
C. Dynamique de groupe et émotions.....	20
IV. La régulation émotionnelle.....	21
A. Emotions	21
B. Régulation émotionnelle	23
C. Régulation émotionnelle et schizophrénie	25
V. Hypothèse :	27
Cadre expérimental.....	28
I. Méthodologie de l’enquête	28
A. Objectifs :.....	28
B. Population :.....	28
C. Outil :	30
D. Echantillon	32
II. Présentation des résultats et analyse linéaire	32
A. Groupe 1	33
B. Groupe 2	35
C. Groupe 3	37
D. Groupe 4	39

E. Groupe 5	42
F. Groupe 6	44
III. Analyse croisée des résultats	46
A. Identités de l'ergothérapeute et du patient	46
B. Nature de la médiation	47
C. Perturbation et stabilité du cadre	47
D. Temporalité.....	48
E. Corrélation des variations.....	48
IV. Discussion	48
A. Indépendance totale des concepts	49
B. Existence d'un facteur d'influence commun.....	50
C. Lien de causalité	51
V. Evaluation de l'enquête	52
A. Limites de l'enquête	52
B. Intérêts de l'étude	53
Conclusion.....	54
Bibliographie.....	56
Annexes	63

Introduction

Dans le contexte actuel de pandémie mondiale, la santé est au cœur de tous les débats. Si dans un premier temps l'accent a pu être mis sur la santé physique, de plus en plus de prévention est réalisée concernant la santé mentale de la population. Souvent négligé, cet aspect de la santé n'en est pas moins important, comme en témoigne le plan Psychiatrie et Santé Mentale mis en place par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale entre 2011 et 2015. Ce plan s'inscrit dans le cadre du Pacte européen. Ce pacte est en partie basé sur la reconnaissance de la santé mentale comme un droit de l'Homme, plaçant ainsi la santé mentale comme un enjeu de santé publique majeur. Le plan Psychiatrie et Santé Mentale s'inscrit dans la lignée de la loi du 11 février 2005, loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. En effet, ce plan accorde une place importante à la participation sociale et à la citoyenneté des personnes atteintes de troubles mentaux, psychiques ou psychiatriques du fait du retentissement de ces troubles sur leur autonomie et leur vie quotidienne (Ministère chargé de la Santé ; Ministère chargé des Solidarités, 2011-2015). Dans cette optique d'optimisation de l'autonomie et d'amélioration du quotidien, l'ergothérapie prend toute sa place. En effet, cette optique est la définition même du rôle de l'ergothérapeute. De ce fait, durant leur cursus, les étudiants en ergothérapie ont l'obligation de réaliser un de leur stage auprès d'une population présentant des troubles de la santé mentale.

J'ai eu l'occasion de réaliser un stage au sein d'un hôpital de jour accueillant des adultes atteints de troubles psychiatriques. N'ayant jamais eu d'expérience avec ce type de population, je suis arrivée en stage avec de nombreux a priori, notamment concernant la schizophrénie. La représentation véhiculée par la société tend à rattacher cette pathologie à la folie, vision peu rassurante et souvent deshumanisante. Cela est principalement dû à la méconnaissance de ce trouble. En effet, l'étude internationale Thornicroft, menée avec la WPA (Fédération Mondiale de la Psychiatrie), montre que la France fait partie des pays les plus stigmatisants parmi les 27 pays étudiés, et se place loin derrière tous les grands pays européens (Thornicroft, 2009). J'ai donc commencé à me questionner sur cette pathologie, mes préjugés étant mis à l'épreuve par ma rencontre avec les patients atteints de schizophrénie. J'ai ainsi développé une curiosité et un intérêt à l'égard de la schizophrénie et de sa complexité. En me questionnant sur cette pathologie, je me suis intéressée aux différentes formes de traitements, et notamment à la médiation en ergothérapie. Dans la structure où j'effectuais mon stage, l'ensemble des médiations proposées étaient des médiations de groupe. L'intérêt principal du groupe m'a été présenté comme étant la possibilité de pouvoir prendre en soin

plus de patients sur un temps donné. Néanmoins, j'ai trouvé cet intérêt restrictif au vu de la richesse du groupe et de sa dynamique. Au fil de mes réflexions, baignée dans un contexte où la santé mentale est décrite comme un enjeu majeur de santé publique, je suis arrivée à la problématique suivante :

En quoi la dynamique des groupes fermés peut-elle impacter les patients souffrant de schizophrénie lors des médiations de groupe en ergothérapie ?

Cadre Conceptuel

I. La schizophrénie, une pathologie au cœur de la santé mentale

A. Santé mentale

Il paraît important ici de commencer par définir la notion de « santé ». L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (OMS, 1978) L'OMS décrit donc la composante mentale comme nécessaire au bien-être et à la santé d'une personne. De ce fait, un trouble au niveau de cette composante mentale pourrait être à l'origine d'une dégradation de l'état de santé. Le DSM-5 définit un trouble mental comme étant « *un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, **la régulation des émotions**, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental* » (American Psychiatric Association, 2013). Afin d'assurer « l'état de complet bien-être » (OMS, 1978) des personnes présentant un trouble mental, « *la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.* » (OMS, 2019)

Cette prise en charge des troubles mentaux dans leur globalité paraît nécessaire au vu des chiffres liés à ceux-ci. En effet, à l'échelle mondiale, « *Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances représentent 10% de la charge mondiale de morbidité et 30% de la charge de morbidité non mortelle* » et « *près d'un enfant ou adolescent sur cinq dans le monde est atteint d'un trouble mental.* » (OMS, 2019) En France, « *les troubles mentaux (maladies psychiatriques ou consommations de psychotropes) représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et maladies cardio-vasculaires, soit 19,3 milliards d'euros* » et « *le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an* » (Comité stratégique de la Santé mentale et de la Psychiatrie, 2018). Tant dans sa prévalence que dans ses conséquences, les troubles mentaux sont donc un enjeu de santé publique majeur au niveau mondial et national.

Les perturbations décrites dans le DSM-5 regroupent plusieurs types de troubles, parmi lesquels on retrouve les troubles du spectre autistique, les névroses et les psychoses (American Psychiatric Association, 2013).

B. Psychose

Le terme de « psychose » « est introduit en 1845 par Ernst von Feuchtersleben pour désigner l'aliénation mentale. Il est créé en alternative aux mots de « démence », « folie », « manie », ou « vésanie », ce dernier terme signifiant dérèglement, égarement de l'esprit (*vesanus* : insensé)» (Dewez, 2009, p. 208). La psychose est bien souvent définie par opposition à la névrose. Ces deux notions sont, dès leur création, définies bien distinctement. En effet, la psychose se rapporte à un « trouble mental en général, alors que le terme de « névrose », créé par Cullen en 1777, renvoie à une atteinte des nerfs, du système nerveux » (Dewez, 2009, p. 209). Plusieurs définitions se sont ensuite succédé, notamment à la suite des travaux de Freud et Lacan. Le focus est ici dirigé sur la définition du *Dictionnaire de psychiatrie* de Pierre Juillet, celui-ci « témoignant de la clinique de terrain » (Auxéméry, 2015, p. 645).

Selon Juillet, « formant une opposition pertinente, au sens des linguistes, avec les névroses, les aspects typiques des psychoses comportent : une symptomatologie majeure, caractéristique s'il s'agit par exemple d'idées délirantes ou d'hallucinations ; une altération du contact avec ce qu'il est convenu d'appeler la réalité ; une diminution ou une absence de conscience et de critique vis-à-vis du vécu pathologique, avec croyance à son égard ; d'importantes altérations de la personne, fréquemment accompagnées de perturbations de la relation au monde extérieur, en particulier des conduites, avec parfois isolement ; une impression générale d'étrangeté des troubles ; une évolution le plus souvent réservée. » (Juillet, 2000, p. 38). La psychose impacte donc les notions de contact avec la réalité, de conscience des troubles, d'identité et de lien avec le monde extérieur. Dans le manuel de *Psychiatrie de l'adulte*, la psychose est sous divisée en différents troubles : la psychose maniaco-dépressive, les bouffées délirantes, les syndromes délirants chroniques et les syndromes schizophréniques (Lemperière, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006).

Pour la suite, l'attention sera portée sur les syndromes schizophréniques, plus communément nommés schizophrénie.

C. Schizophrénie

1. Un problème de Santé publique

Parmi les psychoses, la pathologie représentant la part démographique la plus importante est la schizophrénie. En effet, 23 millions de personnes souffrent de schizophrénie dans le monde (OMS, 2019) et cela concerne 600 000 personnes en France (INSERM, 2020), soit presque 1% de la population française. La prise en charge de cette pathologie est complexe et représente un enjeu de santé publique considérable car un patient atteint de schizophrénie sur deux fera au moins une tentative de suicide (INSERM, 2020). De plus, *« le risque de mourir prématurément est 2 à 3 fois plus élevé pour les sujets atteints de schizophrénie que dans l'ensemble de la population. Les décès sont souvent dus à des maladies que l'on peut prévenir, cardiovasculaires, métaboliques ou infectieuses, par exemple »* (OMS, 2019). La prise en soin de cette pathologie est donc nécessaire, mais celle-ci représente un coût important. En effet, la schizophrénie étant une affection psychiatrique de longue durée, elle s'inscrit dans la liste des 30 affections de longue durée définies à l'article D-322-1 du code de la Sécurité Sociale après avis du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale (HCMSS). Ces affections nécessitent *« un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse »* et sont donc *« susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie »* (Code de la sécurité sociale, 2011) La sécurité sociale prend donc en charge à 100% les soins impliqués par le trouble schizophrénique. Cette pathologie représente ainsi un défi majeur dans le secteur de la santé publique. Il est alors important de s'intéresser à sa symptomatologie, de manière à connaître au mieux ce trouble et pouvoir limiter l'expression des symptômes qui y sont liés, et ainsi diminuer le coût qu'il représente pour la société et, avant toute chose, la souffrance engendrée chez les personnes atteintes.

2. Symptomatologie

Il est fréquent d'entendre qu'il existe autant de schizophrénies que de patients schizophrènes. En effet, *« il n'existe aucun signe pathognomonique des schizophrénies. La symptomatologie en est d'une extrême richesse, fluctuante et chronique »* (Debray, Granger, & Azaïs, 2010, p. 122). De ce fait, il existe différentes formes de schizophrénies. Celles-ci ont été définies par Eugène Bleuler, psychiatre suisse (1857-1939) ayant introduit le terme de « schizophrénie », en distinguant *« les formes : paranoïde, catatonique, hébéphrénique (l'abêtissement y est au premier plan). Il inclut dans ces sous-*

groupes la *schizophrenia simplex*, en citant l'Écossais Clouston (1890), concernant des sujets observés surtout en ambulatoire, qu'il rapproche de l'héboïdophrénie de K. L. Kahlbaum, les héboïdes se singularisant surtout par le comportement social marginal. » (Bourgeois, 2017, p. 58) Néanmoins, même si l'on dénombre différentes formes de schizophrénie, chacune d'entre elles regroupent trois types de symptômes : la désorganisation conceptuelle, la symptomatologie positive et la symptomatologie négative. (Llorca, 2006)

Désorganisation conceptuelle

« Pour certains médecins, c'est la désorganisation qui serait l'élément central du trouble schizophrénique. » (Llorca, 2006, p. 9) Aussi nommé syndrome de discordance, la désorganisation « est la dislocation des fonctions psychiques qui ne sont plus intégrées harmonieusement comme chez le sujet normal et qui donne leur bizarrerie aux patients atteints de schizophrénie. » (Psychopathologie de l'adulte) Cette « bizarrerie » se manifeste sur plusieurs plans. Premièrement, elle s'exprime au niveau du langage. « Le sujet passe d'un thème à un autre, sans lien entre eux, dans un discours diffluent dont le résultat est obscur, vague, hermétique. A l'extrême, on peut parler de schizophasie, la personne ayant un discours totalement incompréhensible, du fait de l'absence de lien entre les différents éléments de la conversation » (Llorca, 2006, p. 9). Au niveau du langage, l'apparition de néologismes est souvent caractéristique, de même que la présence de barrages, que ce soit dans leur forme atténuée, le fading, ou dans leur forme extrême. (Llorca, 2006) Secondement, cette « bizarrerie » s'exprime à travers le comportement. « Elle s'observe souvent d'emblée dans le contact, la façon de s'habiller, de se mouvoir. » (Debray, Granger, & Azais, 2010) « Sur le plan moteur, à l'extrême peut se présenter des manifestations catatoniques qui associent l'hyperkinésie, l'attitude imposée, une posture pouvant être maintenue durant une période prolongée avec parfois l'apparition d'agitation violente (fureur catatonique). » (Llorca, 2006, p. 9)

Symptomatologie positive

La symptomatologie positive est souvent la plus utilisée par la population non connaissante de la schizophrénie pour décrire cette pathologie. Elle regroupe les hallucinations et les idées délirantes. Les hallucinations peuvent impacter différents sens et ainsi prendre différentes formes : les hallucinations auditives étant les plus fréquentes, mais aussi de type cénesthésique, visuelles ou encore olfactives. Elles sont classiquement définies comme une « *perception sans objet* ». (Llorca, 2006, p. 6) Les idées délirantes peuvent s'exprimer sur différents thèmes, ceux-ci étant le plus souvent

mégalomaniaques, mystiques ou de persécution. Les mécanismes de leur expression peuvent aussi varier. « *Le mécanisme peut être hallucinatoire, intuitif (apparition brutale d'une intuition, d'une conviction brutale autour d'une manifestation délirante), interprétative (interprétation délirante d'éléments de la vie quotidienne), fabulatoire.* » (Llorca, 2006, p. 6) Les symptômes positifs, comprenant les hallucinations et les idées délirantes, consistent en « *une altération de la conscience de l'action, plus précisément de l'expérience d'être l'agent de ses actions* » (Georgieff, 2000). En effet, « *les symptômes positifs de la schizophrénie exprimeraient une altération de l'expérience de la vie mentale, plutôt qu'une altération première de ses contenus. Le fait pathologique semble toucher l'accès à un mode de représentation de l'action pour lequel la position du sujet est marquée par rapport à l'acte mentale lui-même, et par conséquent par rapport aux objets et à la réalités externes.* » De ce fait, ces symptômes pourraient être définis comme une « *action sans sujet* » (Georgieff, 2000).

Symptomatologie négative

Les symptômes négatifs ont longtemps été catégorisés comme secondaires, car « *plus discrets* » (Fakra, Belzeaux, Azorin, & Adida, 2015) que les symptômes positifs. Néanmoins, les symptômes négatifs ont une importance majeure dans la vie quotidienne des personnes atteintes de schizophrénie. En effet, ceux-ci sont considérés comme « *facteurs pronostics majeurs du fonctionnement quotidien des patients.* » (Cyprien, 2014). Les symptômes négatifs sont regroupés en deux facteurs principaux, ceux-ci étant la réduction de l'expression émotionnelle et l'aboulie (Fekih-Romdhane, Chennoufi, & Cheour, 2016). L'aboulie fait appel à la dimension de volition. Les deux dimensions impactées par la symptomatologie négative sont donc la volition et l'expressivité. « *La dimension volition comprend les symptômes tels que la perte d'intérêt, le retrait social ou l'anhédonie tandis que la dimension expressivité correspond à la diminution de la fluence verbale (alogie) ou de la réduction de la production d'émotions au niveau facial ou gestuel* ». (Raffard, De Connor, Yazbek, Décombe, & Catherine, 2020, p. 399)

Les symptômes négatifs sont parfois confondus avec les troubles cognitifs. Néanmoins, « *bien que symptômes négatifs et troubles cognitifs soient des concepts qui se recoupent en partie, y compris dans leur définition, ces entités restent toutefois différenciées, en particulier au niveau chronologique : la présence de l'un ne prédit pas la survenue de l'autre.* » (Fakra, Belzeaux, Azorin, & Adida, 2015) La prise en compte de ces troubles cognitifs est aussi importante, car, « *encore plus que les symptômes négatifs, il apparaît que les troubles cognitifs sont très fortement associés au pronostic fonctionnel* » (Fakra, Belzeaux, Azorin, & Adida, 2015). Les capacités cognitives comprennent notamment la cognition sociale. « *La cognition sociale, qui peut se définir par l'ensemble des processus cognitifs*

impliqués dans les interactions sociales, fait alors appel aux capacités à reconnaître, comprendre, rentrer en phase et se comporter en adéquation avec un interlocuteur : elle s'appuie en grande partie sur des capacités émotionnelles. » (Fakra, Belzeaux, Azorin, & Adida, 2015)

On retrouve donc une **problématique émotionnelle** à la fois dans la symptomatologie négative et dans les troubles cognitifs. *« Ainsi, le traitement des émotions dans la schizophrénie devient une thématique cruciale d'étude à double titre : d'une part, au vu des perturbations affectives centrales dans ce trouble, elle permet d'avancer dans la compréhension de la psychopathologie et la physiopathologie de la maladie, d'autre part, elle se trouve au carrefour de l'impact des perturbations cognitives, des symptômes négatifs et du pronostic de la schizophrénie. » (Fakra, Belzeaux, Azorin, & Adida, 2015)*

L'ensemble de ces symptômes, que ce soit la désorganisation conceptuelle, la symptomatologie positive, la symptomatologie négative et les troubles cognitifs, impactent de manière importante la vie des personnes souffrant de schizophrénie. La mise en place d'un traitement efficace semble alors nécessaire.

D. Traitements

1. Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux de la schizophrénie et sa posologie est propre à chaque patient, selon son âge, l'expression de ses symptômes, sa sensibilité et sa tolérance aux effets indésirables. Néanmoins, trois effets sont fréquemment recherchés : *« l'effet sédatif et/ou anxiolytique », « l'effet antipsychotique et antihallucino-gène »* et *« l'effet désinhibiteur, c'est-à-dire l'effet sur l'inhibition psychotique et l'inertie émotionnelle »*. (Deniau, Bonnot, & Cohen, 2008) Le traitement médicamenteux agit principalement sur les symptômes positifs. En effet, *« il existe désormais des preuves scientifiquement établies que les antipsychotiques (...) peuvent être efficaces dans la prise en charge des adultes présentant un diagnostic de schizophrénie ou souffrant de symptômes psychotiques. »* (Raffard, De Connor, Yazbek, Décombe, & Catherine, 2020, p. 401) Néanmoins, la prise de ces traitements est contraignante. De ce fait, *« une forte proportion de patients souffrant de schizophrénie, comme l'essentiel des maladies chroniques, a une observance partielle au traitement médicamenteux, potentiellement source de rechute. »* (Ameller & Gorwood, 2015) De plus, les symptômes négatifs, la désorganisation conceptuelle et les troubles cognitifs *« restent encore*

aujourd'hui peu accessibles aux stratégies thérapeutiques pharmacologiques. » (Cyprien, 2014) Il est donc nécessaire de s'intéresser aux traitements non médicamenteux.

2. *Traitement non médicamenteux*

Parmi les traitements non médicamenteux, on retrouve, entre autres, les thérapies cognitivo-comportementales. « *Des données récentes suggèrent que certaines approches cognitivo-comportementales pourraient avoir des effets positifs dans l'amélioration des symptômes négatifs.* » (Raffard, De Connor, Yazbek, Décombe, & Catherine, 2020, p. 401) « *Cependant, et contrairement aux symptômes positifs et plus particulièrement aux idées de persécution pour lesquelles les prises en charges récentes en TCC ont pu apporter des données probantes en faveur de leur efficacité, les TCC des symptômes négatifs demeurent à l'heure actuelle peu développées. En effet, jusqu'à très récemment, les interventions TCC visant les symptômes psychotiques se sont focalisées sur les symptômes positifs et n'ont évalué leur impact sur les symptômes négatifs qu'en tant que cibles secondaires pour une efficacité quasi nulle.* » (Raffard, De Connor, Yazbek, Décombe, & Catherine, 2020, p. 401) L'impact des thérapies cognitivo-comportementales visant les symptômes négatifs sera donc à étudier dans les années à venir.

« *Les symptômes négatifs (...) ont des effets délétères sur la qualité de vie et le devenir fonctionnel de l'individu* » (Raffard, De Connor, Yazbek, Décombe, & Catherine, 2020, p. 398). Du fait de ce retentissement dans la vie quotidienne, on peut se questionner sur l'intérêt d'une prise en soin en ergothérapie.

II. *L'ergothérapie, une profession concernée par la schizophrénie*

A. *Ergothérapie*

1. *Définition*

Selon la définition de la fédération mondiale de l'ergothérapie, celle-ci est « *Une profession médicale, client centrée, visant à promouvoir la santé et le bien-être au travers de l'occupation. Son but premier est de permettre aux personnes de participer à la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne* » (WFOT, 2018) De manière plus précise, l'ergothérapeute est un « *spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et*

la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (ANFE, 2020) La vie quotidienne des personnes est donc au cœur de cette profession qui vise à maintenir, rétablir ou optimiser l'indépendance et l'autonomie.

L'ergothérapie est une profession qui compte, au 1er janvier 2020, 13 644 professionnels diplômés d'Etat en France. (ANFE, 2020) Ce diplôme reconnaît aux ergothérapeutes la capacité d'exercer selon un référentiel d'activités défini par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. D'après ce référentiel, l'une des activités de l'ergothérapeute est la « *réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale* ». Le détail de cette activité met en évidence que cela comprend la « *réalisation de soins de rééducation et de **soins en santé mentale par la médiation d'activités*** ». (Ministère de la santé et des sports, 2010) Le référentiel d'activités reconnaît donc aux ergothérapeutes la compétence de travailler en santé mentale. L'intervention de ce professionnel en psychiatrie auprès de personnes atteintes de schizophrénie, pathologie ayant un retentissement dans la vie quotidienne, est donc justifiée.

2. Ergothérapie en psychiatrie

Les missions de l'ergothérapeute dans le domaine de la psychiatrie sont décrites comme étant les suivantes : « *permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel afin de faire rupture avec son isolement ; lui donner un sentiment **d'appartenance à un groupe** et d'y être un élément vivant ; l'aider à maîtriser son angoisse (ou à s'en accommoder) ; l'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités ; le soutenir pour recouvrer une certaine estime de soi ; susciter un maximum de dynamisme vital, un désir de vie ; lutter contre le fonctionnement psychotique qui est de détruire, de rompre les liens, et donc de gérer le conflit terrifiant que le malade porte en lui et qui revêt parfois la forme d'une agressivité, d'une inertie ; et peut-être même à « l'occuper » sur le plan psychique, ce qui voudrait dire qu'il est parvenu à mettre de côté ses préoccupations... » (Klein, 2016, p. 48) L'ergothérapeute a donc pour objectif de favoriser un lien sûr entre le patient et le monde extérieur, ainsi qu'entre le patient et son monde intérieur. Cette définition met en avant un travail intrapsychique, basant les objectifs de l'ergothérapeute sur une approche psycho-dynamique. Les missions de l'ergothérapeute en psychiatrie peuvent aussi se baser sur une approche plus occupationnelle, centrée sur les activités de la vie quotidienne, afin que la personne atteinte de schizophrénie « *atteigne un niveau optimal de**

fonctionnement autonome dans la communauté » et jouisse d'un « quotidien satisfaisant. » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009)

Deux approches seraient alors possibles : une approche psycho-dynamique et une approche occupationnelle. Or, « *nous constatons que les modèles centrés sur l'activité humaine, même lorsqu'ils semblent tenir compte de la subjectivité de la personne, restent plutôt dans le domaine d'un "Moi" qui pense diriger, avec ses fonctions cognitives et décisionnelles. C'est oublier un peu vite les méandres obscurs de l'inconscient qui peut mettre quelque peu en difficulté notre cerveau.* » (Launois, 2015) Il pourrait alors paraître complexe de chercher l'autonomie et l'engagement du patient dans ses occupations sans avoir en amont favorisé un lien sûr entre le patient, son monde intérieur et le monde extérieur. Néanmoins, il serait intéressant de questionner l'influence de l'engagement de la personne dans ses activités de la vie quotidienne sur la création de ce lien sûr, approche pouvant être qualifiée de Top-down¹ ; ainsi que l'utilisation de ces deux approches en parallèle, de la même façon que les approches Top-down et Bottom-up² peuvent être utilisées dans une même prise en charge d'un patient en rééducation (Brown & Chien, 2010).

Dans le cadre de ce mémoire, la problématique concerne un travail intrapsychique. Il semble alors pertinent ici de se focaliser sur l'approche psycho-dynamique.

3. *Modèle psycho-dynamique*

Dans un premier temps, il paraît nécessaire de définir la notion de modèle. Selon Marie-Chantal Morel-Bracq, un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. L'objectif principal d'un modèle conceptuel est la compréhension des processus se jouant pour la personne de manière intrinsèque et extrinsèque, favorisée par la représentation des phénomènes et de leurs relations. Base théorique, il sert de repère pour l'application pratique. En effet, « *La théorisation de notre métier est une voie fondamentale pour l'élaboration de nos pratiques.* » (Launois, 2015) Les théories, les valeurs mobilisées, les modes de raisonnement et la pratique évoluant, les modèles évoluent de même. (Morel-Bracq, 2017)

C'est dans cette démarche de théorisation et d'évolution que s'inscrit le modèle psycho-dynamique. Ce modèle est interdisciplinaire, il n'est pas spécifique à l'ergothérapie. Il a pour objectif

¹ Approche dont l'objectif principal est l'engagement dans les occupations

² Approche dont l'objectif principal est l'acquisition d'habiletés

de « rendre compte des processus intrapsychiques en œuvre et mobilisés, et donc de la relation à la réalité » (Hernandez, 2016, p. 22). Il s'appuie sur certaines hypothèses fondamentales, dont l'idée que « le comportement est gouverné par des processus inconscients » et qu'il « est possible, à travers un long processus d'analyse, de découvrir l'origine des symptômes, de résoudre des conflits et d'améliorer des relations insatisfaisantes. » (Morel-Bracq, 2017, pp. 206-207) Ce modèle met au centre de la thérapie la relation entre le patient et le thérapeute et les mouvements de projection, de transfert et de contre-transfert qui l'accompagnent. En effet, « Le processus thérapeutique s'appuie sur la relation de confiance qui doit s'instaurer entre l'ergothérapeute et la personne. » (Morel-Bracq, 2017, p. 208) Cette relation prend place dans une « instance intermédiaire », un « entre-deux » entre un espace interne et un espace externe au patient. (Pibarot, 2013) Le modèle psycho-dynamique est aussi basé sur une analyse de l'espace interne, approche psychanalytique de la personne. Cela s'appuie sur le principe que « la personne fait émerger du matériel inconscient par des associations libres, l'émergence de souvenirs, la symbolique... » (Morel-Bracq, 2017, p. 208) Ce modèle met donc en évidence l'importance de l'action du thérapeute dans la mise en œuvre d'une relation thérapeutique, d'un espace sécurisé permettant l'émergence du matériel inconscient et de l'analyse des processus intrapsychiques du patient.

En ergothérapie, l'outil utilisé afin de favoriser la relation et l'expression de l'inconscient et des processus intrapsychiques est l'activité médiatisée, aussi nommée « médiation ».

B. Médiations en ergothérapie

1. Définition

Une médiation est caractérisée par un objet médiateur, prenant place dans un cadre défini, à des fins thérapeutiques. D'après Bernard Chouvier, les médiations thérapeutiques peuvent être séparées en deux catégories selon la nature du médiateur : les médiations où le médiateur est un objet déjà créé (tel que des images, des photographies, des jouets, des constructions soumises par le thérapeute, des formes...) et les médiations où tout est à construire à partir de différents matériaux ou matières (modelage de la terre, dessin, peinture, collage, marionnettes, écriture...). (Chouvier, Un cadre pour les médiations, 2006) Il va alors être intéressant pour le thérapeute d'interroger la nature du médiateur, les caractéristiques qui lui sont propres et les capacités du patient qui vont être sollicitées, telle que la créativité.

Les médiations relèvent bien souvent d'un versant artistique. En effet, « *Les médiations qui ont été les plus conceptualisées dans l'histoire de la psychanalyse sont les médiations artistiques, notamment les arts plastiques ; c'est la raison pour laquelle la médiation artistique se présente comme le prototype de l'histoire des médiations thérapeutiques.* » (Brun A. , 2012, p. 11) Néanmoins, les compétences artistiques et un savoir-faire développé du thérapeute ne sont pas requis pour mettre en place une médiation auprès des patients. L'important tient dans l'envie du thérapeute et dans sa motivation à investir une médiation. Si ces deux dernières ne sont pas présentes et que la médiation ne réveille aucune émotion chez le thérapeute, il sera complexe pour ce professionnel de véhiculer quelque-chose au travers de sa médiation, réduisant la portée thérapeutique de celle-ci. (Chouvier, 2010) En effet, « *C'est lorsque la situation d'activité est investie par patients et soignants qu'elle peut avoir une portée thérapeutique* » (Fohr, 2016)

Le médiateur n'est donc pas thérapeutique par nature, mais support de la thérapeutique. En d'autres termes, « *Il ne suffit pas d'utiliser la terre, la peinture, la danse, la musique pour parler de médiation thérapeutique. L'objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même indépendamment du cadre et du dispositif.* » (Brun A. , 2012, p. 16) La portée thérapeutique réside donc dans l'interaction entre l'objet médiateur et le cadre et le dispositif mis en place par le thérapeute. En effet, « *Ce qui est thérapeutique, c'est la rencontre entre deux niveaux de sens : un dispositif pensé, construit et encadré par des thérapeutes, et une matière capable de susciter envie et désir qui serve de médiateur. Le point de contact entre les deux niveaux n'est rien d'autre que le relationnel.* » (Chouvier, 2010) Le médiateur devient alors thérapeutique dans sa qualité de support de la relation, portée thérapeutique répondant à différents objectifs.

2. Objectifs des médiations thérapeutiques

La notion de « thérapeutique » renvoie directement à l'idée de soin et de favoriser le bien-être des patients. Ce bien-être est recherché dans un premier temps pendant la durée de la médiation, mais aussi comme un bien-être pérenne et stable. En effet, « *une médiation thérapeutique peut leur apporter, plus qu'un soulagement passager, une nouvelle façon de ressentir leur être au monde* » (Gaudriault, 2016) L'approche psycho-dynamique met en évidence l'action de la médiation thérapeutique sur le plan intrapsychique. En effet, « *La proposition « d'outils de médiation » induit nécessairement des transformations sur le plan interne et participe amplement au soin des personnes accueillies.* » (Klein, 2016, p. 28) Deux éléments vont jouer un rôle clé dans ces transformations : le médiateur et le thérapeute.

Le médiateur a deux fonctions. Comme vu précédemment, sa première fonction résulte de sa nature de support de la relation. Le médiateur permet l'élaboration d'une relation thérapeutique de qualité, facilitant l'installation d'une juste distance. En effet, « *Le médiateur assure une fonction de tiers, naturellement, entre le thérapeute et le patient, ce dernier s'expose alors dans un espace de relation médiatisé par l'objet, ni trop près, ni trop loin.* » (Klein, 2016, p. 24) Autrement dit, « *La matière, l'objet concret présenté, médiatisent la relation entre le soignant et le patient, relation qui risquerait sinon d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale.* » (Chouvier, 2010) C'est dans le cadre de cette relation, où la confiance peut s'installer dans l'espace ni trop large ni trop étroit de la distance thérapeutique, que peut s'exprimer le second rôle du médiateur. Ce second rôle place le médiateur comme objet tiers entre le patient et ses processus intrapsychiques. En effet, « *il a pour vocation de faire médiation entre le patient et ses objets internes.* » (Klein, 2016, p. 28) Cette fonction de pont entre le patient et son monde intérieur est nécessaire pour l'expression, la structuration et la modulation des mouvements intrapsychiques du patient et donc de son lien à la réalité.

De même que le médiateur, le thérapeute va jouer deux rôles dans les transformations intrapsychiques induits par la médiation. D'une part, « *Il va accompagner l'autre dans son cheminement, l'étayer narcissiquement et le faire évoluer dans sa structuration psychique, au fur et à mesure de la confrontation concrète avec le matériau et des progrès dans sa maîtrise des figures fondamentales de la relation à l'objet : fond-forme, contenant-contenu, partie-tout, inclusion-exclusion.* » (Chouvier, 2010) Le thérapeute apparaît donc ici non pas comme un guide possédant le savoir et montrant le chemin au patient, mais comme un accompagnateur soutenant le patient dans ses mouvements intrapsychiques. D'autre part, il a été défini dans la précédente partie que la portée thérapeutique d'une médiation réside dans l'interaction entre l'objet médiateur et le cadre et le dispositif mis en place par le thérapeute. Le second rôle du thérapeute est donc celui de créateur et garant du cadre dans lequel la relation de confiance va s'inscrire et les transformations vont pouvoir s'effectuer.

3. Cadre thérapeutique

Définition et objectifs

Comme vu précédemment, le cadre est une composante nécessaire pour donner sa portée thérapeutique à une médiation. Celui-ci est pensé et instauré par le thérapeute qui en est le garant. Le cadre est délimité par des éléments concrets tels que le lieu de la séance, la durée, la fréquence, les

règles définies par la loi (secret professionnel, liberté d'expression...) et celles définies par l'institution ou le thérapeute (tolérance des retards, utilisation du téléphone...). « *Celui-ci en garantit le repérage spatio-temporel et la continuité, le droit à l'énonciation libre et protégée ou séparée des interventions extérieures* » (Martin, 2001) Ce cadre définit un espace sécurisé explicite pour le patient. En effet, « *Le cadre se pose, au départ, comme préoccupation explicite : il devient ensuite implicite, il est intériorisé, comme une instance psychique, et ne redevient explicite que dans les moments de rupture ou de crise du processus.* » (Martin, 2001) Une fois intériorisé, selon Anzieu, le cadre peut être vu comme un « *contenant maternel* », une « *matrice protectrice* », « *une seconde peau psychique où les pensées du sujet peuvent se déployer et où l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs* » (Anzieu, 1985) De cette définition ressort les fonctions contenante, protectrice et structurante du cadre, fonctions permettant l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le thérapeute.

C'est dans ce cadre que vont pouvoir se jouer en toute sécurité les mouvements de projection, transférentiels et contre-transférentiels et les transformations intrapsychiques du patient. Le cadre peut donc être comparé à une enveloppe fermée et solide mais néanmoins modelable, permettant à la fois une souplesse et une résistance aux mouvements se jouant à l'intérieur. En effet, le cadre reste un espace « *où le choix et les remaniements restent toujours possibles.* » (Denis, 2015) et « *il garantit aussi que l'adhésion au projet puisse être remise en question par le patient.* » (Martin, 2001)

Parmi les éléments explicites définissant le cadre, il va être essentiel pour le thérapeute de définir le caractère individuel ou groupal de la médiation. Dans le cas d'une médiation en groupe, il est intéressant de s'intéresser aux caractéristiques des groupes.

Différents types de groupe

Il est possible de diviser les groupes selon leurs caractéristiques en trois catégories : les groupes ouverts, les groupes semi-ouverts et les groupes fermés. Chacun des types de groupe présente une flexibilité plus ou moins importante du cadre en fonction de leurs caractéristiques, ici définies selon les critères de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

Les groupes ouverts sont les groupes proposant le cadre le plus souple. En effet, au sein d'un groupe ouvert, un nombre minimal et maximal de patients est défini en amont. Néanmoins, le nombre de patients n'est pas fixe et peut varier d'une séance à l'autre, certains patients pouvant intégrer ou quitter le groupe. Le nombre de séances n'est pas défini, le groupe ne progresse donc pas ensemble vers un but précis. Cependant, il est nécessaire de réévaluer fréquemment la pertinence des objectifs

du groupe. Par opposition, les groupes fermés sont les groupes présentant le cadre le moins flexible. Au sein des groupes fermés, le nombre de patients et le nombre de séances sont définis en amont. Le nombre de séances doit être pensé en fonction de la capacité des patients à s'inscrire dans le temps. De plus, si un patient décide de quitter le groupe, celui-ci n'est pas remplacé par un autre. Il existe un intermédiaire entre la rigidité des groupes fermés et la souplesse des groupes ouverts : les groupes semi-ouverts (ou semi-fermés). Dans ce type de groupe, l'inclusion de patients dans le groupe dépend de règles fixées propres à chaque groupe. (ANPAA, 2015)

La variation de ces caractéristiques influence la dynamique qui habite le groupe, et plus particulièrement au sein des groupes fermés, ceux-ci ayant le cadre le plus ferme. En effet, par exemple, « *pour le bon fonctionnement d'un groupe fermé, les absences ne pourront pas être erratiques et fréquentes sans mettre en péril la dynamique collective et la progression individuelle de ses membres* » (ANPAA, 2015, p. 23) Le cadre serait alors aussi garant de la dynamique du groupe, plus le cadre étant rigide, plus la variation de la dynamique de groupe, à la suite de la modification d'une caractéristique, étant de grande ampleur. En effet, la dynamique des groupes ouverts se construit sur une idée de variation constante de certaines caractéristiques et est ainsi moins sensible aux changements. De plus, selon René Kaës, concernant les groupes fermés, « *un tel groupe contient potentiellement ce qui peut se développer dans tout groupe* ». (Talpin, 2011) Il semble alors intéressant de s'intéresser à la dynamique des groupes fermés.

III. La dynamique des groupes fermés

A. Dynamique de groupe

1. L'étude des groupes

La réflexion autour du concept de dynamique de groupe a été encouragée à la fin de la seconde guerre mondiale dans l'objectif de comprendre les mouvements tels que le nazisme. En effet, ce contexte a soulevé les questions d'adhésion à une idéologie groupale, de sentiment d'appartenance à un groupe et d'action au nom d'un groupe. Jacob Levy Moreno (1889-1974) et Kurt Lewin (1890-1947), fondateurs de la psychosociologie, se sont tous deux intéressés à la dynamique des groupes à travers l'étude de groupes restreints. Moreno a procédé à une analyse systémique en étudiant des groupes au sein de la société. Lewin, quant à lui, a mené ses recherches sur des groupes constitués à cette

occasion. (Quilliou-Rioual & Quilliou-Rioual, 2020) Les groupes thérapeutiques formés lors des médiations en ergothérapie étant constitués pour une occasion précise, hors de la société, l'intérêt sera ici porté aux études de Lewin.

Avant de pouvoir définir la dynamique de groupe, il paraît nécessaire de revenir sur la définition du groupe. « *La définition la plus précise qu'a élaborée Lewin du groupe se trouve à mon sens dans un article de 1940 (« The Background of Conflict in Marriage » republié par G. Weiss Lewin, 1948 ; p. 84) : « Il est de nos jours largement reconnu qu'un groupe est plus que, ou plus exactement, différent de la somme de ses membres. Il a sa propre structure, et des relations propres avec d'autres groupes. L'essence du groupe n'est pas la similarité ni la dissimilarité de ses membres, mais leur interdépendance. Chaque groupe peut être caractérisé comme une 'totalité dynamique' ; ceci signifie qu'un changement dans l'état d'une de ses sous-parties change l'état de n'importe quelle autre sous-partie. Le degré d'interdépendance des sous-parties de l'ensemble des membres du groupe varie le long d'un axe allant d'un amas flou (a loose mass) jusqu'à une unicité compacte. » » (De Visscher, 2006) Autrement dit, le groupe est défini non pas comme un regroupement d'individus, mais comme une entité en soi, ayant une énergie et une psychologie propres (Anzieu, 1975).*

2. La dynamique de groupe

De cette définition du groupe se dégage la théorie que les conduites et les comportements humains sont à envisager comme la résultante non seulement du champ des forces psychologiques individuelles, mais de celui des forces propres au groupe auquel l'individu appartient (Lewin, 1948). Cette force propre au groupe est nommée « dynamique de groupe ». Si Lewin ne propose pas de définition exacte de celle-ci, « *David Krech et Richard Crutchfield, dans Théorie et problèmes de psychologie sociale qui fut longtemps le manuel le plus couru en langue française (traduction – partielle – de l'américain, 1948, Paris, Presses Universitaires de France, 1952, pp. 22-23) initièrent une formulation se voulant précise, forcément restrictive, devenue depuis une définition passe-partout : « La dynamique (...) désigne (...) l'ensemble des changements adaptatifs qui se produisent dans la structure de l'ensemble du groupe à la suite des changements 'd'une partie quelconque' de ce groupe (...) la définition (...) suggère (...) quelque chose d'analogue à la self-distribution des forces dans un champ forces physiques.... Tout changement de potentiel en un seul point détermine un changement de potentiel en de nombreux autres points » » (De Visscher, 2006)*

Le groupe a donc nécessairement une influence sur le comportement d'une personne, lorsque que celle-ci est en présence d'autrui. En effet, l'étude des groupes a prouvé que celui-ci pouvait

provoquer chez les participants des changements dans les attitudes envers les autres et envers les tâches (Pagès, 1968). Ces changements peuvent être évalués selon certains indicateurs.

3. Indicateurs

De nombreux indicateurs permettent de traduire concrètement la présence implicite d'une dynamique de groupe et son action sur les individus composant le groupe. Parmi ces indicateurs sont notamment retrouvés le sentiment d'appartenance, la division des tâches, du matériel ou de l'espace et la création de relations d'affinités (Anzieu & Martin, 2013)

Le sentiment d'appartenance à un groupe est défini par Kaës comme « *le sentiment d'appartenir à quelque chose qui possède sa propre existence, qui préexiste au moment de la rencontre et qui persistera après la fin de celle-ci.* » (2017) Ce sentiment peut se traduire de différentes façons, avec entre autres les notions de présence et d'absence, la place et le rôle de chacun au sein du groupe, l'identification à une identité commune et le développement d'une mémoire du groupe. En effet, « *le groupe semble souvent se référer implicitement à l'idée qu'il existe un style commun, un climat que l'on essaie de perpétuer, un langage qui s'est établi dans le temps et qui reprend en soi, par des moyens très condensés et difficiles à reconstruire, des vicissitudes particulières des expériences des émotions, bref des aspects du passé du groupe, comme je l'ai moi-même supposé en considérant que l'espace du groupe prend lentement les caractères de familiarité et d'historicité partagées.* » (Kaës, 2017)

La division des tâches, du matériel ou de l'espace est intimement liée à la place et au rôle de chacun au sein du groupe. Elle peut être évaluée en termes d'équité, reflétant non pas une égalité mais une juste répartition en fonction du rôle et de la place de chacun. La création de relations d'affinités se rapporte à la nature même des relations et des échanges entre les différents membres du groupe. (Anzieu & Martin, 2013)

La variation de ces indicateurs, et donc de la dynamique de groupe, est directement liée au cadre. En effet, selon Lewin, « *Ceci dépend, parmi d'autres facteurs, de la dimension, de l'organisation et de l'intimité du groupe.* » (De Visscher, 2006) Comme vu précédemment, les groupes fermés, présentant un cadre fixe, sont favorables au développement d'une dynamique de groupe et ainsi aux changements dans les attitudes des membres du groupe envers les autres et envers les tâches. Il va alors être pertinent de s'intéresser à la dynamique des groupes fermés dans une optique thérapeutiques lors des médiations en ergothérapies.

B. Dynamique des groupes fermés en ergothérapie

Il a été établi précédemment que le caractère thérapeutique d'une médiation est dû à sa nature de support de la relation, relation prenant place dans un cadre défini. Le groupe, facteur important du cadre, est un espace de relations dans lequel la dynamique qui l'habite est source de changements chez les membres de ce groupe. Il va donc être intéressant de se questionner sur la portée thérapeutique du groupe et de sa dynamique lors des médiations en ergothérapie, à la fois dans sa fonction d'enveloppe et d'espace de socialisation et d'identification.

1. Le groupe comme enveloppe

Est retrouvée dans le groupe la notion d'enveloppe décrite pour définir le cadre thérapeutique. En effet, *« Comme le précise Didier Anzieu, le groupe devient, pour des sujets en proie au désinvestissement objectal, « un contenant des pulsions, des affects, des fantasmes qui circulent entre les membres ; il facilite la constitution d'une enveloppe psychique que chacun peut intérioriser à la place du Moi peau rigide, trop troué ou trop inconsistant » (Anzieu, 1995). C'est cette enveloppe psychique groupale qui constitue un des organisateurs psychiques du groupe en ce qu'elle délimite et contient, évoquant le handling environment de Winnicott. L'enveloppe, comme une peau, joue face à l'extérieur le rôle de filtre et de régulateur, assurant ainsi sa fonction de pare-excitation. » (Bohan, Zawieja, & Costantino, 2013) Le groupe vient alors renforcer l'enveloppe constituée par le cadre, de façon à contenir les mouvements qui se jouent à la fois dans les relations entre les membres du groupe et dans les relations entre les mondes intérieurs et extérieurs des patients. Le groupe a donc une fonction contenante et structurante. Cette fonction permet « de faire émerger les processus psychiques engagés dans cette activité et dans les enjeux transférentiels mobilisés par le collectif. » (Di Rocco, 2018) Le groupe et sa dynamique auront ainsi une action sur les processus inconscients mobilisés par les patients.*

2. Le groupe comme lieu de socialisation et d'identification

Le groupe est le lieu premier des interactions sociales et de la socialisation, lieu où la création de liens est possible. Faire partie d'un groupe c'est aussi pouvoir s'identifier à celui-ci. *« Concernant l'identification, plus spécifiquement l'identification à un groupe, elle est définie comme étant la connaissance qu'on appartient à un groupe, la valeur y étant attachée et son importance émotionnelle » (Cárdenas & de la Sablonnière, 2018) La créations de liens sociaux et l'identification à*

un groupe sont toutes deux recherchées au près des patients atteints de schizophrénie. En effet, cette pathologie et ces conséquences peuvent entraîner une marginalisation et une souffrance causée par la solitude (Llorca, 2006). L'appartenance au groupe, dans un cadre sécurisé qu'est celui du groupe fermé (toujours les mêmes personnes présentes, temporalité définie...), est facilitatrice de l'établissement de liens et de relations d'affinités. De plus, la schizophrénie est une pathologie venant perturbée la notion d'identité et la notion d'un tout non morcelé. Or, « *Face à ces malaises et à ces troubles, le groupe est inventé ou réinventé pour restaurer (...) les repères identificatoires, les croyances et les représentations partagées.* » (Kaës, 2017) En effet, le groupe permet de « *s'identifier au désir de l'autre, s'éprouver comme partie adhésive d'un tout, comme une composante d'un ensemble, être reconnu narcissiquement par l'ensemble, ou être rejeté par lui.* » (Kaës, 2006) Le groupe a donc une fonction subjectivante, faisant exister le patient comme membre du groupe, existence permis par le regard du groupe. Ceci peut cependant être critiquable. En effet le lien à l'autre s'inscrit dans un processus complexe chez les patients atteints de schizophrénie. Celui-ci nécessite dans un premier temps d'exister au sein du groupe, ce qui fait appel à la notion d'identité, avant de pouvoir appréhender l'autre.

De par son objectif de « *soutenir la mise en place d'une fonction contenant et subjectivante* » (Di Rocco, 2018, p. 28), le groupe a une action sur les processus inconscients des patients et ainsi potentiellement sur les mécanismes de régulation émotionnelle, mécanismes régis par l'inconscient. De plus, le groupe comme espace de socialisation mobilise les fonctions de la cognition sociale et donc les capacités émotionnelles. Il existerait alors un lien étroit entre groupe et émotions.

C. Dynamique de groupe et émotions

A travers ses études, Bion (1897-1979) fait ressortir la place fondamentale des émotions et des expériences émotionnelles au sein du groupe, notamment dans la formation de la vie mentale du groupe. En effet, « *Il considère que le groupe est le lieu d'émotions puissantes et confuses qui l'emportent sur le jugement, bien qu'elles informent la perception de chacun quant à l'état émotionnel du groupe et des autres membres du groupe.* » (Kaës, 2017) Le groupe agirait alors comme un amplificateur d'émotions. En effet, « *les émotions et leurs composantes expressives (c'est-à-dire, leur expression dans la posture, les mouvements faciaux et dans les aspects verbaux et non-verbaux de la langue) sont provoquées en grande partie par des stimuli sociaux* ». (Niedenthal, Krauth-Gruber, & Ric, 2009)

De plus, Bion « observe, sur l'exemple de la manifestation de l'hostilité individuelle, que les émotions (ou les affects ou les sentiments) s'expriment de façon anonyme dans le groupe. » (Kaës, 2017) En effet, dans la résultante des émotions de l'ensemble du groupe, il est complexe d'attribuer à chacun sa part précise dans la totalité. Il pourrait alors être intéressant de questionner le lien entre l'anonymat et l'amplification des émotions au sein du groupe dans une seconde étude. L'amplification des émotions au sein du groupe est aussi liée au mécanisme de contagion émotionnelle, « définie comme « la tendance à imiter automatiquement et à synchroniser ses mouvements, expressions, postures et vocalisations avec ceux d'une autre personne, et en conséquence, à converger au niveau émotionnel » (Hatfield et al., 1992, p. 153-154). » (Niedenthal, Krauth-Gruber, & Ric, 2009)

Avron (1923-2013) développe les principes organisateurs des émotions, non traités avec précisions par Bion en faisant ressortir le concept « d'émotionalité groupale ». « Elle met l'accent sur la possibilité combinatoire, essentiellement labile, des émotions individuelles à l'état naissant. L'émotionalité groupale est « une fonction primaire capable de lier dans une combinatoire expressive collective des états émotionnels rythmiques à l'aube de la vie psychique » ; elle s'organise spontanément et immédiatement dès que les individus se trouvent en groupe. » (Kaës, 2017) Il existerait alors une émotion propre au groupe résultant de la combinaison des émotions des membres du groupe et donc instable et changeante, inhérente à la dynamique de groupe. Se pose alors la question de la conséquence de cette émoationalité groupale sur les expressions individuelles et sur la régulation émotionnelle de chacun.

Du fait du lien établi entre les concepts de groupe et d'émotions, il va alors être intéressant de se pencher sur la notion de régulation émotionnelle.

IV. La régulation émotionnelle

A. Emotions

1. Définition

Les émotions sont un concept complexe à définir. En effet, elles sont caractérisées par la pluralité de leurs composantes, à la fois physiques, biologiques, physiologiques, psychiques, adaptatives, sociales... « Leur complexité peut être étudiée plus aisément si nous considérons les émotions non pas comme de simples « choses » qui sont quelquefois générées ou exprimées, mais « comme des patrons

biologiquement fondés de perception, d'expérience, de physiologie, d'action et de communication, caractérisés par leur aspect épisodique, de courte durée, et qui se produisent en réponse à des défis et opportunités physiques et sociaux spécifiques » (Keltner & Gross, 1999, p. 468). » (Niedenthal, Krauth-Gruber, & Ric, 2009) L'émotion serait alors l'activation, à la suite d'un stimulus, des composantes physiques et physiologiques, fondée sur des bases biologiques et sur une mémoire émotionnelle liée aux expériences vécues.

L'élaboration d'une émotion résulte donc d'un processus. En effet, « *Les émotions impliquent un processus qui se développe, sous des conditions favorables, naturellement et par étapes, allant de l'émergence de l'émotion à son achèvement. (...) Greenberg et Paivio (1997) décrivent ce processus en cinq étapes, comprenant l'émergence, la conscience, l'appropriation, l'expression et l'achèvement de l'émotion.* » (Kramer & Ragama, 2015). Le terme de processus peut venir questionner la présence ou non d'un auto-contrôle par la personne. « *L'individu peut certes exercer par moments un certain contrôle sur ses émotions. Cependant, la plupart du temps, il s'agit d'états mentaux survenant automatiquement, avec une composante corporelle importante et qui se déploient d'un moment à l'autre, ce qui mérite donc le terme de processus.* » (Kramer & Ragama, 2015) Ce processus est donc principalement inconscient.

2. Fonction

La mise en place de ce processus complexe répond nécessairement à une fonction précise et essentielle. Cette fonction est l'adaptation à l'environnement. En effet, « *Avec l'émotion, l'humain réalise des compromis entre l'intime et le social et cela dans l'unique but d'adapter ses conduites aux sollicitations de son environnement* » (Brun P. , 2015) Kramer et Ragama comparent l'émotion à un compas, instrument utilisé en navigation pour indiquer la direction, se repérer, et adapter le cap. « *Si l'émotion est ainsi le compas de l'être humain, on peut dire que ce dernier perçoit le monde à l'aide de ce système émotionnel.* » (2015) Autrement dit, les « *dimensions spécifiques de l'émotion, avec leurs soubassements neuronaux et composantes psychologiques, sont centrales pour comprendre notre manière de percevoir et juger le monde en vue de l'adaptation.* » (Kramer & Ragama, 2015)

Dans le cadre thérapeutique, sept critères sont décrits comme conditions spécifiques nécessaires à la productivité du processus émotionnel. Ces critères sont les suivants : la conscience de l'émotion, la symbolisation de l'émotion, la congruence de l'émotion, l'acceptation de l'émotion, la régulation de l'émotion, l'appropriation de l'émotion et la différenciation de l'émotion. L'ensemble de ces critères favorisent une flexibilité optimale dans le processus de transformation d'une émotion

inadaptée en une émotion adaptée, ainsi que leur intégration tant d'un point de vue émotionnel que cognitif. (Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2013) Les théories des émotions décrivent la régulation de l'émotion comme une fonction centrale. (Gross J. J., 2007) Il est donc pertinent de s'intéresser à la régulation émotionnelle, fonction clé dans le processus émotionnel.

B. Régulation émotionnelle

1. Définition

Cicchetti, Ganiban et Barnett (1991) considèrent la régulation émotionnelle comme un ensemble de facteurs internes et externes à l'organisme responsables de l'élaboration, du contrôle, de la modulation et de la modification des émotions. Ceci place la régulation émotionnelle au cœur du processus complexe de l'émotion. Du fait de sa place centrale, la régulation émotionnelle impacte les cinq étapes décrites précédemment comme indispensables à l'émotion : l'émergence, la conscience, l'appropriation, l'expression et l'achèvement. (Kramer & Ragama, 2015)

2. Objectifs

L'objectif principal de la régulation émotionnelle est de moduler l'émotion de manière à la rendre acceptable par la personne et à adapter son expression à la situation et à l'environnement. L'objectif le plus souvent décrit est l'atténuation des émotions dites négatives. Cependant, la régulation émotionnelle concerne aussi l'atténuation des émotions dites positives, ainsi que l'amplification des émotions positives et négatives. (Gross J. J., 2007) Cette régulation a donc pour but « *la réalisation d'une expérience nuancée et l'expression de celle-ci sous l'égide de sa propre conscience* ». (Greenberg & Paivio, 1997, p. 31) Cela s'inscrit donc dans l'objectif global de la fonction de l'émotion qu'est l'adaptation. Afin d'accéder à cet objectif, la régulation émotionnelle nécessite la mise en place de différentes stratégies.

3. Stratégies

Pour atteindre ces objectifs, le processus de régulation émotionnelle décrit par Gross (2007) à travers le schéma suivant met en lumière cinq stratégies de régulation émotionnelle, ainsi que le caractère dynamique de celle-ci.

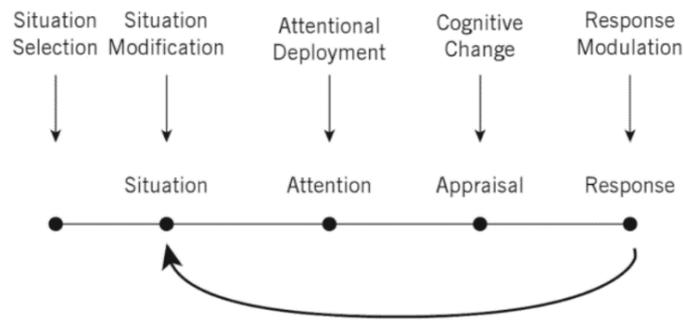


FIGURE 1.3. The process model of emotion regulation.

Le choix de la situation (« *Situation selection* ») consiste en le choix d’actions en anticipation de ce que celles-ci vont produire comme émotions. Cela permet notamment d’éviter certaines situations perçues par la personne comme désagréables. Un exemple concret pourrait être l’organisation d’une journée de manière à éviter de croiser une personne caractérisée comme énervante. La modification de la situation (« *Situation Modification* ») se réfère à la modification d’une situation dans l’objectif de modifier son impact émotionnel. Le choix et la modification de la situation sont deux stratégies d’action sur l’environnement externe. (Gross J. J., 2007)

Le déploiement attentionnel (« *Attentional Deployment* ») est le fait de diriger son attention sur certains aspects d’une situation donnée, ou de détourner son attention d’une situation, de manière à influencer son émotion. Cette stratégie est la première à apparaître au cours du développement de l’enfant et est utilisée tout au long de la vie. Le principal mécanisme associé à cette stratégie est la distraction. Ce mécanisme s’applique aussi dans le cas où une personne modifie son focus attentionnel interne de manière à orienter son attention sur une pensée, ou un souvenir, plutôt qu’un autre. (Gross J. J., 2007)

Le changement cognitif (« *Cognitive Change* ») consiste en la modification de la façon dont on évalue une situation afin d’en remanier la signification émotionnelle. Cela est possible soit en changeant sa façon de penser une situation, soit en agissant sur sa capacité à gérer les exigences inhérentes à la situation. Ce mécanisme s’applique aussi bien à des situations externes qu’à des situations internes, notamment les pensées et croyances de la personne. La forme de changement cognitif la plus importante est la réévaluation de la situation. (Gross J. J., 2007)

La modulation de la réponse (« *Response Modulation* ») intervient tardivement dans le processus de génération d’une émotion. En effet, cette stratégie se met en place lorsque l’élaboration de la réponse est déjà initiée. Elle a une influence directe sur les composantes comportementales et

physiologiques de la réponse émotionnelle. L'un des principaux mécanismes est la suppression expressive (« *expressive suppression* »). Par ce mécanisme, la personne essaie d'inhiber l'apparition d'un comportement positif ou négatif lié à l'expression de l'émotion. (Gross J. J., 2007)

4. Indicateurs

Du fait de sa complexité, il est difficile d'effectuer une évaluation directe de la régulation émotionnelle. Celle-ci peut alors se faire par le biais d'indicateurs. Ces indicateurs sont en partie décrits dans le questionnaire de régulation émotionnelle mis en place par Gross et John (2003) dans l'objectif d'évaluer deux stratégies de la régulation émotionnelle : la réévaluation cognitive et la suppression expressive. De ce questionnaire ressortent trois principaux indicateurs : la nature des émotions, la modulation des émotions et l'expression des émotions (Christophe, Antoine, Leroy, & Delelis, 2009) L'évaluation de la régulation émotionnelle par le biais de ces indicateurs va être pertinente auprès des populations présentant une régulation émotionnelle dysfonctionnelle, ce qui est le cas pour les patients souffrant de schizophrénie.

C. Régulation émotionnelle et schizophrénie

Il a été déterminé précédemment que le traitement des émotions dans la schizophrénie est un enjeu important. En effet, les perturbations émotionnelles se situent à l'intersection entre la symptomatologie négative et les troubles cognitifs et celles-ci ont des conséquences fonctionnelles dans la vie quotidienne des personnes en souffrant. (Fakra, Belzeaux, Azorin, & Adida, 2015) De plus, la dérégulation émotionnelle a un impact sur le développement et le maintien des symptômes psychotiques. (Khoury, Lecomte, & Lalonde, 2012) Il paraît donc ici essentiel de s'intéresser à cette dérégulation émotionnelle chez les patients atteints de schizophrénie.

1. Une régulation émotionnelle dysfonctionnelle

Les personnes souffrant de schizophrénie ont fréquemment un vécu émotionnel positif pauvre. Or, chez ces personnes, le vécu d'émotions positives est associé à une diminution des symptômes positifs. Ceci est dû au fait que le risque de développer des idées délirantes et des hallucinations est augmenté par la tendance à attribuer des états internes (pensées, émotions,

sensations) à des facteurs externes. Par exemple, les idées de persécution peuvent découler d'une projection des ressentis internes sur l'environnement extérieur. De plus, les émotions positives sont aussi associées à une diminution des symptômes affectifs (dépression et anxiété). (Khoury, Lecomte, & Lalonde, 2012) La production d'émotions positives est soumise au processus de régulation émotionnelle. En effet, les stratégies de régulation permettent de choisir ou modifier une situation, ou de modifier l'attention ou la valeur émotionnelle portées à la situation, dans l'objectif, entre autres, d'optimiser la production d'émotions positives. (Gross J. J., 2007) Favoriser la régulation émotionnelle, et ainsi les émotions positives, permet donc une diminution des symptômes des patients souffrant de schizophrénie.

L'une des stratégies émotionnelles décrites est la suppression expressive. Pour rappel, celle-ci consiste en l'inhibition de l'apparition d'un comportement positif ou négatif lié à l'expression de l'émotion. (Gross J. J., 2007) Les patients atteints de schizophrénie présentent une utilisation excessive de ce mécanisme. Cela entraîne donc une inhibition prépondérante de l'expression émotionnelle. (Khoury, Lecomte, & Lalonde, 2012) « *L'utilisation fréquente de la suppression expressive (inhibition de l'expression faciale ou vocale) par les individus atteints de schizophrénie a été associée à une augmentation de la sévérité des hallucinations (fréquence, durée et intensité) et des perturbations de la vie quotidienne (faible fonctionnement social et professionnel).* » (Khoury, Lecomte, & Lalonde, 2012, p. 394) La dérégulation émotionnelle par la mobilisation excessive de la suppression expressive a donc un impact majeur.

La production importante d'émotions à valeurs négatives ainsi que la surutilisation de la suppression excessive montrent une régulation émotionnelle dysfonctionnelle chez les patients atteints de schizophrénie. Deux types de stratégies de régulation sont alors décrits : les stratégies apaisantes et les stratégies non apaisantes. Ces stratégies sont décrites par Khoury, Lecomte et Lalonde à travers le modèle intégratif de la régulation émotionnelle de la schizophrénie (disponible en Annexe I). « *Tandis que l'utilisation de stratégies non apaisantes peut augmenter les symptômes, l'utilisation de stratégies apaisantes peut améliorer la modulation des émotions et diminuer les symptômes* » (Khoury, Lecomte, & Lalonde, 2012) De ce fait, il est intéressant de s'appuyer sur ces stratégies apaisantes. L'une d'entre elle est l'interaction sociale.

2. *L'interaction sociale comme stratégie apaisante*

Certaines études portent à croire que la limitation de l'expressivité émotionnelle chez les individus atteints de schizophrénie est le résultat de leurs attentes négativement biaisées à propos de

leur participation dans des activités sociales. (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2008) Ces fausses croyances auraient donc une influence délétère sur la régulation émotionnelle. En effet, le fait que les personnes schizophrènes se perçoivent comme inadéquats et s'attendent à avoir moins de plaisir va progressivement amener ces personnes à se distancier et s'isoler socialement. Or l'évitement et l'isolement social entraînent une augmentation de la réactivité émotionnelle et sont donc classifiés comme stratégies de régulation émotionnelle non apaisantes. Selon le modèle intégratif de régulation émotionnelle de la schizophrénie (Khoury, Lecomte, & Lalonde, 2012), l'interaction sociale est à l'inverse perçue comme une stratégie de régulation émotionnelle apaisante, permettant d'augmenter la régulation émotionnelle et d'ainsi favoriser un rétablissement, un bon fonctionnement et la prévention des rechutes.

V. Hypothèse :

La schizophrénie est une pathologie impactant fortement le quotidien des patients en souffrant. Si la pathologie présente une symptomatologie large et diversifiée, l'une des problématiques responsables de l'amplification des symptômes et impactant la vie quotidienne des patients est la dérégulation des mécanismes émotionnels. L'ergothérapeute a pour objectif d'optimiser l'indépendance et l'autonomie des personnes dans leur quotidien. La prise en soin des patients atteints de schizophrénie par l'ergothérapeute est donc justifiée. L'outil principal de l'ergothérapeute avec cette population est la médiation thérapeutique. Cette médiation se déroule au sein d'un cadre thérapeutique dont l'ergothérapeute est garant. Ce cadre détermine entre autres le caractère groupal ou individuel de la médiation, ainsi que le type de groupe dans le cas d'une médiation de groupe. De chaque groupe émane une dynamique ayant un impact sur les membres du groupe. Le cadre fixe des groupes fermés favorise cette dynamique de groupe. Un lien étroit semble s'établir entre groupe et émotion. De plus, l'interaction sociale, favorisée par le cadre des groupes fermés, est perçue comme une stratégie permettant d'augmenter la régulation émotionnelle chez les patients schizophrènes. L'étude des différents concepts mène ainsi à l'hypothèse suivante :

La dynamique des groupes fermés impacte la régulation émotionnelle des patients souffrant de schizophrénie lors des médiations de groupe en ergothérapie.

Cadre expérimental

I. Méthodologie de l'enquête

A. Objectifs :

- Identifier les variations de la dynamique d'un groupe fermé au cours d'une médiation en ergothérapie sur plusieurs séances consécutives.
 - Identification d'un sentiment d'appartenance au groupe
 - Identification d'une division des tâches, du matériel ou de l'espace
 - Identification de la création de relation d'affinités
- Identifier les variations de la régulation émotionnelle chez un patient atteint de schizophrénie au sein d'un groupe fermé lors d'une médiation en ergothérapie sur plusieurs séances consécutives.
 - Identification de la nature des émotions
 - Identification d'une modulation des émotions
 - Identification de l'expression des émotions
- Identifier la présence ou l'absence de corrélation entre les deux variations précédemment décrites.
 - Identification des variations de la régulation émotionnelle par rapport à la dynamique de groupe

B. Population :

Afin de réaliser mon enquête et de répondre à mes objectifs, j'ai décidé d'élaborer mon échantillon selon les critères suivants :

- Critères d'inclusion : Ergothérapeute travaillant en hôpital de jour accueillant des personnes atteintes de troubles psychiatriques, et menant une médiation thérapeutique au près d'un groupe fermé contenant au minimum un patient dont le diagnostic de schizophrénie a été posé.
- Critères de non-inclusion : Ergothérapeute travaillant en intra hospitalier, menant une médiation auprès d'un groupe dit « fermé » mais ne respectant les critères énoncés, patient présentant une suspicion de schizophrénie mais dont le diagnostic n'a pas été posé.
- Critère d'exclusion : Ergothérapeute regroupant les critères d'inclusion mais ne comprenant pas bien la langue française (non-compréhension du questionnaire)

<u>Critère</u>	<u>Justification</u>
Ergothérapeute	Remplir le questionnaire nécessite d'avoir un point de vue global sur la dynamique du groupe et sur la régulation émotionnelle du patient. Interroger un patient reviendrait à déterminer sa propre perception du groupe et de sa régulation émotionnelle. Ce n'est pas le point de vue souhaité ici. De plus cela poserait des soucis de compréhension des concepts et de réalisation, notamment liés à la Loi Jardé. (Code de la santé publique, 2012) J'ai donc choisi de m'adresser aux ergothérapeutes.
HDJ	De nombreux facteurs internes et externes, autres que la dynamique de groupe, peuvent influencer la régulation émotionnelle. Afin de limiter l'impact de ces facteurs, il est préférable que la population observée soit des patients dont la schizophrénie est stabilisée, notamment via les traitements médicamenteux. Mon choix de structure s'est donc porté sur les hôpitaux de jour. Néanmoins, ce critère n'est pas totalement arrêté et sera précisé au cours de l'avancement de mon enquête, d'autres structures pouvant aussi accueillir ce type de population.
Médiation thérapeutique	Le type de médiation n'est volontairement pas spécifié de manière à ne pas fermer mon enquête à une médiation en particulier.
Groupe fermé	<p>Le groupe fermé doit répondre aux critères suivants : nombre de participants déterminé, nombre de séances déterminé, pas de remplacement d'un participant par un autre, et cela même en cas d'abandon du groupe par l'un d'entre eux. (ANPAA, 2015)</p> <p>Le choix du groupe fermé se justifie par son cadre fixe, optimisateur de la dynamique de groupe.</p>

<p>Minimum 1 patient atteint de schizophrénie</p>	<p>Les groupes formés pour les médiations thérapeutiques en ergothérapie sont rarement composés exclusivement de patients atteints de schizophrénie. Ils regroupent en général différentes pathologies. Pour cette enquête, il est nécessaire que le groupe comprenne au moins un patient atteint de schizophrénie, celui-ci sera le patient observé.</p>
<p>Diagnostic posé</p>	<p>Pour certains patients il existe une suspicion de schizophrénie, néanmoins le diagnostic n'est pas encore posé. Pour cette enquête, il est primordial que la schizophrénie du patient observé soit diagnostiquée afin de ne pas sortir du cadre de ma problématique.</p>

C. Outil :

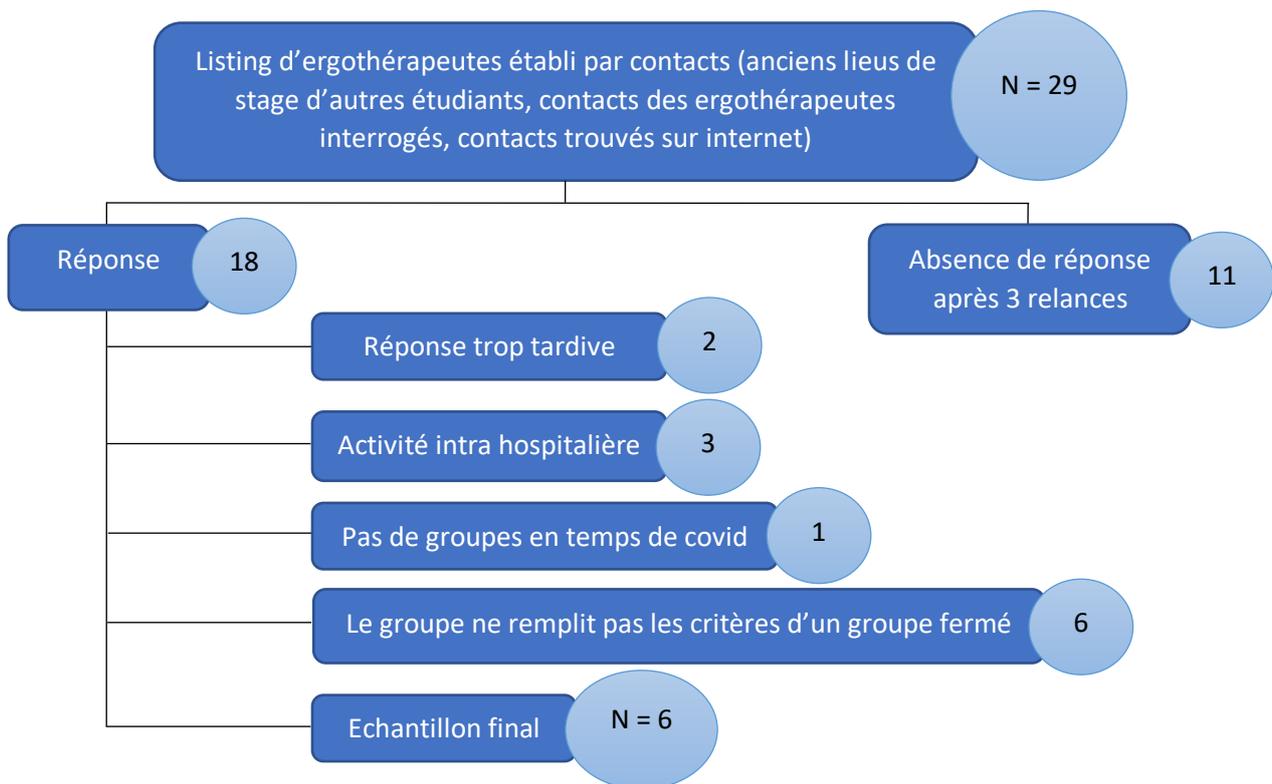
Mon choix d'outil s'est porté sur le questionnaire. Mon enquête consistera à établir un suivi du groupe fermé et d'un patient atteint de schizophrénie membre du groupe, sur au moins 3 séances consécutives, et cela dans minimum 5 structures différentes. Le questionnaire sera rempli par l'ergothérapeute à la fin de chaque séance. Le choix de cet outil est ici pertinent car « les questionnaires peuvent être auto administrés (remplis par l'enquêté) » (Salès-Wuillemin, 2006), ce qui rend possible son remplissage à la fin de chaque séance et ce de manière répétée. « Le questionnaire sous cet angle doit respecter deux conditions. Premièrement, le questionnaire doit être compris par les personnes auxquelles il est administré. Deuxièmement, l'information obtenue doit être la moins ambiguë possible de façon à pouvoir faire l'objet d'une exploitation quantitative. » (Lièvre, 2016) Afin de m'assurer de cela, j'ai pu faire passer le questionnaire en amont aux ergothérapeutes de mon ancien lieu de stage, ce qui m'a permis d'ajuster mes questions et d'optimiser sa compréhensibilité. J'ai choisi de répartir mon questionnaire en quatre parties distinctes.

	<u>Type de questions</u> (Salès-Wuillemin, 2006)	<u>Indicateurs évalués</u> (Détailés en Annexe II)
Identité	Questions d'identification : permettent de caractériser l'ergothérapeute, le groupe et le patient, et ainsi de vérifier les critères d'inclusion.	Ergo : année d'obtention DE... Structure : type Médiation : nature, durée Groupe : nombre de patients... Patient : pathologie...
Dynamique de groupe	Echelle composée d'adjectifs antithétiques (Utilisant le différenciateur stéréotypique adapté d'Osgood et al. 1957) Echelle standardisée d'appliquant à tous les groupes	Le sentiment d'appartenance, la division des tâches, du matériel ou de l'espace, la création de relations d'affinités (Anzieu & Martin, 2013)
Régulation émotionnelle	Réduction des biais par alternance dans l'ordre d'apparition des adjectifs de valeur positive ou négative	Nature des émotions, modulation des émotions, expression des émotions (Christophe, Antoine, Leroy, & Delelis, 2009)
Autres facteurs	Questions ouvertes	Autres facteurs ayant eu un impact sur la dynamique de groupe ou la régulation émotionnelle

En parallèle des questionnaires, des précisions ont été demandées aux ergothérapeutes par mail ou par téléphone, notamment concernant les médiations et le caractère individuel ou groupal du projet mené au cours de cette médiation.

D. Echantillon

Afin de former un échantillon d'ergothérapeutes à qui adresser mon questionnaire, j'ai constitué un listing en récupérant des coordonnées auprès des étudiants de mon école ayant établi un de leur stage en psychiatrie, ou en contactant des établissements trouvés sur internet. Certains ergothérapeutes contactés m'ont aussi transmis à leur tour les coordonnées d'autres ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion. Les prises de contact ont été réalisées par mails ou par téléphone, en fonction des coordonnées obtenues.



II. Présentation des résultats et analyse linéaire

Il ne s'agit pas ici d'établir une comparaison entre les différents groupes par rapport à une thématique, mais de faire ressortir une tendance propre à chaque groupe. Les résultats seront donc présentés groupe par groupe. Afin de permettre une exploitation des réponses, celles-ci ont été converties en valeurs numériques. Pour se faire, une échelle de 1 à 5 a été établie, l'adjectif à valeur positive étant coté 5 et l'adjectif à valeur négative étant coté 1.

Exemple : Attachés au groupe 5 4 3 2 1 Détachés du groupe

Les résultats sont présentés sous la forme de moyennes par thématique. Le score global correspond à l'addition des moyennes des différentes thématiques. L'ensemble des résultats est consultable en Annexe III.

A. Groupe 1

1. Identité

Ergothérapeute	Structure	Médiation	Groupe	Patient
<ul style="list-style-type: none"> • <u>DE</u> : 2003 • <u>Expérience au sein de la structure</u> : 4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Type</u> : HDJ 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nature</u> : Ecriture • <u>Durée</u> : 1h • <u>Séances</u> : 6,7,8/10 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nombre de patients</u> : 8 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pathologie</u> : schizophrénie • <u>Diagnostic</u> : 2006 • <u>Arrivée dans la structure</u> : 2015

Le patient est présent dans la structure depuis 6 ans. Il fait partie d'un groupe de 8 patients qui se regroupent pendant une heure autour de la médiation écriture. La séance se déroule en deux parties : une partie écriture autour d'un thème, une partie partage des textes écrits et discussion. Les deux versants importants de cette médiation sont donc l'expression et la partage. Les séances évaluées se situent dans la seconde moitié du programme.

2. Résultats

Dynamique de groupe :

Séance	Sentiment d'appartenance	Division tâches, matériel, espace	Création de relations d'affinités	Score Global
1	4,67	4,25	3,67	12,59
2	4,00	4,5	3,50	12,00
3	4,33	4,25	3,33	11,91

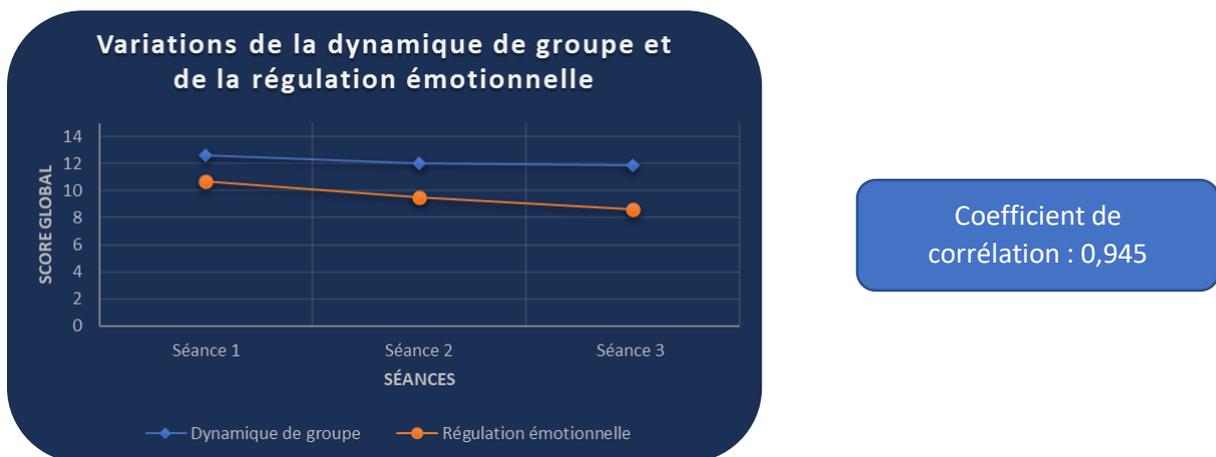
Aucun facteur n'a été décrit comme perturbant la dynamique de groupe au cours des trois séances. Les scores globaux obtenus sont compris entre 11,91 et 12,59 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne haute. Ce score témoigne alors d'une dynamique de groupe de forte intensité. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 0,68. La dynamique de ce groupe peut donc être décrite comme stable.

Régulation émotionnelle :

Séance	Nature des émotions	Modulation des émotions	Expression des émotions	Score Global
1	3,33	3,33	4,00	10,66
2	3,00	3,00	3,50	9,50
3	2,67	2,67	3,25	8,59

Aucun facteur interne ou externe n'a été décrit comme perturbant la régulation émotionnelle du patient au cours de ces trois séances. Les scores globaux sont compris entre 8,59 et 10,66 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne haute. Ce score témoigne d'une régulation émotionnelle tirant vers une régulation fonctionnelle. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 2,07. La régulation émotionnelle de ce patient est donc variable.

Variations et corrélation



La courbe représentant la variation de la dynamique de groupe est décroissante. La courbe représentant la variation de la régulation émotionnelle est décroissante. Les deux variations présentent donc la même tendance. Le coefficient de corrélation est de 0,945 et tend ainsi vers 1. Les deux variations présentent donc une corrélation de très forte intensité.

3. Analyse linéaire

De l'analyse du groupe 1 ressortent les points suivants :

- Une médiation basée sur l'expression et le partage favoriserait la dynamique de groupe et la régulation émotionnelle.
- L'avancement dans le programme des séances favoriserait la dynamique de groupe.
- L'absence d'éléments perturbant le cadre entrainerait une stabilité de la dynamique de groupe.
- Une corrélation de forte intensité semblerait s'établir entre la variation de la dynamique de groupe et la variation de la régulation émotionnelle, la dynamique de groupe optimisant la régulation émotionnelle.

B. Groupe 2

1. Identité

Ergothérapeute	Structure	Médiation	Groupe	Patient
<ul style="list-style-type: none"> • <u>DE</u> : 1999 • <u>Expérience au sein de la structure</u> : 8 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Type</u> : HDJ 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nature</u> : Poterie • <u>Durée</u> : 45 min • <u>Séances</u> : 3,4,5/6 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nombre de patients</u> : 5 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pathologie</u> : schizophrénie • <u>Diagnostic</u> : 2016 • <u>Arrivée dans la structure</u> : 2020

Le patient est présent dans la structure depuis un an. Il fait partie d'un groupe de 5 patients qui se regroupent pendant 45min autour de la médiation poterie. Cette médiation consiste en la réalisation d'objets individuels en terre. Les séances évaluées se situent dans la seconde moitié du programme.

2. Résultats

Dynamique de groupe

Séance	Sentiment d'appartenance	Division tâches, matériel, espace	Création de relations d'affinités	Score Global
1	3,33	4,25	3,33	10,91
2	3,33	4,5	3,00	10,83
3	3,67	4,5	3,67	11,84

L'un des patients du groupe était absent au cours des deux premières séances. Les scores globaux obtenus sont compris entre 10,83 et 11,84 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne haute. Ce score témoigne alors d'une dynamique de groupe de forte intensité. L'écart

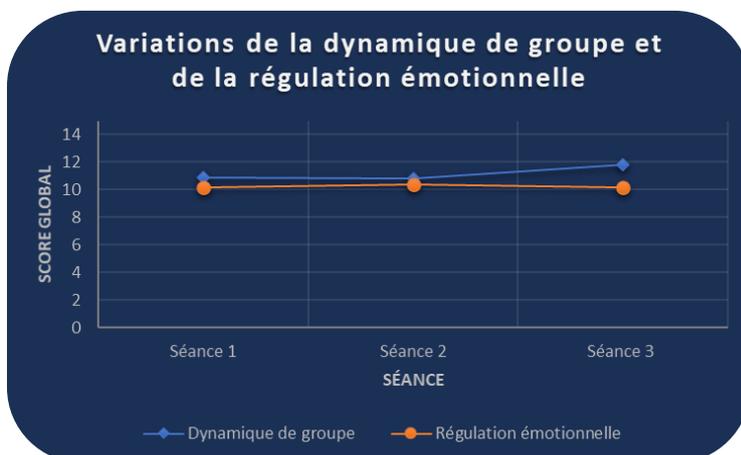
entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 1,01. Cette différence est présente entre les séances où le patient était absent et celle où il était présent. La dynamique de ce groupe peut donc être décrite comme légèrement variable.

Régulation émotionnelle

Séance	Nature des émotions	Modulation des émotions	Expression des émotions	Score Global
1	3,00	3,67	3,50	10,17
2	2,67	4,00	3,75	10,42
3	3,00	3,67	3,50	10,17

Aucun facteur interne ou externe n'a été décrit comme perturbant la régulation émotionnelle du patient au cours de ces trois séances. Les scores globaux sont compris entre 10,17 et 10,42 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne haute. Ce score témoigne d'une régulation émotionnelle tirant vers une régulation fonctionnelle. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 0,25. La régulation émotionnelle de ce patient est donc stable.

Variations et corrélation



Coefficient de corrélation : - 0,560

La courbe représentant la variation de la dynamique de groupe est légèrement décroissante puis croissante. La courbe représentant la variation de la régulation émotionnelle est croissante puis décroissante. Les deux courbes suivent donc des mouvements inversés, comme en témoigne le signe négatif du coefficient de corrélation. La valeur du coefficient de corrélation est - 0,560. Les deux variations présentent donc une corrélation d'intensité moyenne.

3. Analyse linéaire

De l'analyse du groupe 2 ressortent les points suivants :

- L'avancement dans le programme des séances favoriserait la dynamique de groupe.
- La modification du cadre par l'absence d'un patient impacterait la dynamique de groupe.
- Une corrélation d'intensité moyenne semblerait s'établir entre la variation de la dynamique de groupe et la variation de la régulation émotionnelle, la dynamique de groupe agissant de manière négative sur la régulation émotionnelle.

C. Groupe 3

1. Identité

Ergothérapeute	Structure	Médiation	Groupe	Patient
<ul style="list-style-type: none">• <u>DE</u> : 2017• <u>Expérience au sein de la structure</u> : 2 ans	<ul style="list-style-type: none">• <u>Type</u> : HDJ	<ul style="list-style-type: none">• <u>Nature</u> : Mosaïque• <u>Durée</u> : 1h• <u>Séances</u> : 1,2,3/10	<ul style="list-style-type: none">• <u>Nombre de patients</u> : 6	<ul style="list-style-type: none">• <u>Pathologie</u> : schizophrénie• <u>Diagnostic</u> : 1993• <u>Arrivée dans la structure</u> : 2012

Le patient est présent au sein de la structure depuis 9 ans. Il fait partie d'un groupe de 6 patients qui se regroupent pendant 1h autour de la médiation mosaïque. Cette médiation consiste en la réalisation d'objets de manière individuelle (séances 1 et 2) ou en la réalisation d'un projet commun (séance 3). Les séances évaluées se situent au début du programme.

2. Résultats

Dynamique de groupe

Séance	Sentiment d'appartenance	Division tâches, matériel, espace	Création de relations d'affinités	Score Global
1	1,33	2,5	2,33	6,16
2	1,67	2,25	2,00	5,92
3	2,33	2,75	2,83	7,91

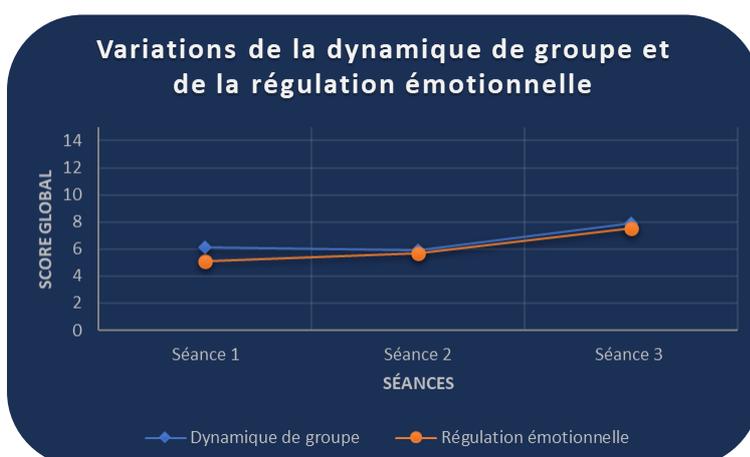
La consigne a été modifiée entre les deux premières séances et la troisième, passant d'une réalisation individuelle à une réalisation collective. Les scores globaux obtenus sont compris entre 5,92 et 7,91 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne basse. Ce score témoigne alors d'une dynamique de groupe de faible intensité. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 1,99. Cette différence est présente entre deux séances présentant des consignes différentes. La dynamique de ce groupe peut donc être décrite comme variable.

Régulation émotionnelle

Séance	Nature des émotions	Modulation des émotions	Expression des émotions	Score Global
1	1,67	1,67	1,75	5,09
2	1,67	2,00	2,00	5,67
3	2,67	2,33	2,50	7,50

Aucun facteur interne ou externe n'a été décrit comme perturbant la régulation émotionnelle du patient au cours de ces trois séances. Les scores globaux sont compris entre 5,09 et 7,50 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne basse. Ce score témoigne d'une régulation émotionnelle peu fonctionnelle. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 2,41. La régulation émotionnelle de ce patient présente donc une variabilité.

Variations et corrélation



Coefficient de corrélation : 0,942

La courbe représentant la variation de la dynamique de groupe est légèrement décroissante puis fortement croissante. La courbe représentant la variation de la régulation émotionnelle est légèrement croissante puis fortement croissante. Les deux variations présentent donc la même

tendance entre la séance 2 et la séance 3. Le coefficient de corrélation est de 0,942 et tend ainsi vers 1. Les deux variations présentent donc une corrélation de très forte intensité.

3. Analyse linéaire

De l'analyse du groupe 3 ressortent les points suivants :

- La dynamique d'un groupe à ses débuts semblerait être de faible intensité.
- La modification d'une consigne et ainsi du cadre entrainerait une variation de la dynamique de groupe et de la régulation émotionnelle du patient.
- Le caractère collectif d'un projet semblerait optimiser la dynamique de groupe, développant le sentiment d'appartenance et la création de relations d'affinité.
- Une corrélation de forte intensité semblerait s'établir entre la variation de la dynamique de groupe et la variation de la régulation émotionnelle, la dynamique de groupe optimisant la régulation émotionnelle.

D. Groupe 4

1. Identité

Ergothérapeute	Structure	Médiation	Groupe	Patient
<ul style="list-style-type: none"> • <u>DE</u> : 1997 • <u>Expérience au sein de la structure</u> : 12 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Type</u> : HDJ 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nature</u> : Marionnettes • <u>Durée</u> : 1h • <u>Séances</u> : 10,11,12/12 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nombre de patients</u> : 6 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pathologie</u> : schizophrénie • <u>Diagnostic</u> : 2002 • <u>Arrivée dans la structure</u> : 2018

Le patient est présent au sein de la structure depuis 3 ans. Il fait partie d'un groupe de 6 patients qui se regroupent pendant 1h autour de la médiation marionnettes. Cette médiation consiste en la fabrication d'une marionnette de manière individuelle lors des cinq premières séances, puis à la mise en place de scénettes en vue d'un spectacle devant les soignants et les autres patients lors des 7 dernières séances. Les séances évaluées se situent en fin du programme, l'objectif de ces séances étant donc la réalisation de scénettes et la répétition du spectacle.

2. Résultats

Dynamique de groupe

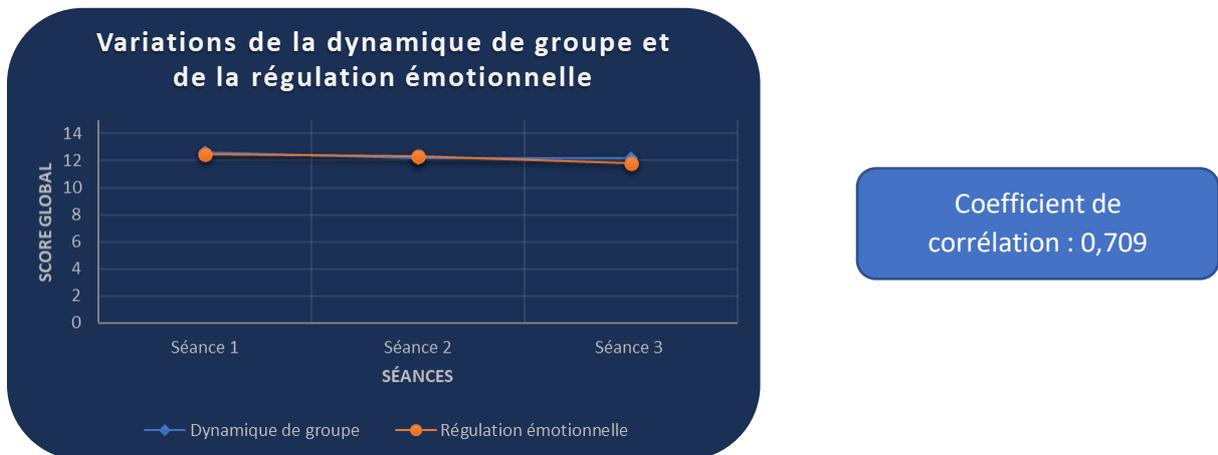
Séance	Sentiment d'appartenance	Division tâches, matériel, espace	Création de relations d'affinités	Score Global
1	4,00	4,33	4,33	12,66
2	4,00	4,00	4,17	12,17
3	3,33	4,33	4,50	12,16

Deux patients sont arrivés en retard sans avoir prévenu le groupe et l'ergothérapeute lors de la troisième séance. Les scores globaux obtenus sont compris entre 12,16 et 12,66 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne haute. Ce score témoigne alors d'une dynamique de groupe de forte intensité. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 0,50. La dynamique de ce groupe peut donc être décrite comme peu variable. Une diminution du sentiment d'appartenance au groupe s'observe entre les deux premières séances et la troisième séance.

Régulation émotionnelle

Séance	Nature des émotions	Modulation des émotions	Expression des émotions	Score Global
1	4,33	3,67	4,50	12,5
2	4,33	4,00	4,00	12,33
3	4,33	4,00	3,50	11,83

Aucun facteur interne ou externe n'a été décrit comme perturbant la régulation émotionnelle du patient au cours de ces trois séances. Les scores globaux sont compris entre 11,83 et 12,5 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne haute. Ce score témoigne d'une régulation émotionnelle tirant vers une régulation fonctionnelle. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 0,67. La régulation émotionnelle de ce patient est donc légèrement variable. Le score le plus bas est obtenu lors de la troisième séance.



La courbe représentant la variation de la dynamique de groupe est très légèrement décroissante. La courbe représentant la variation de la régulation émotionnelle est très légèrement décroissante. Les deux courbes sont donc relativement stables et suivent la même tendance. Le coefficient de corrélation est de 0,709 et tend ainsi vers 1. Les deux variations présentent donc une corrélation de forte intensité.

3. Analyse linéaire

De l'analyse du groupe 4 ressortent les points suivants :

- L'avancement dans le programme des séances favoriserait la dynamique de groupe.
- La réalisation d'un projet commun optimiserait la dynamique de groupe.
- La perturbation du cadre (patients en retard) dans un groupe où la dynamique de groupe semble établie aurait un impact moindre sur cette dernière.
- La stabilité de la dynamique de groupe favoriserait la stabilité de la régulation émotionnelle.
- Une corrélation de forte intensité semblerait s'établir entre la variation de la dynamique de groupe et la variation de la régulation émotionnelle, la dynamique de groupe optimisant la régulation émotionnelle.

E. Groupe 5

1. Identité

Ergothérapeute	Structure	Médiation	Groupe	Patient
<ul style="list-style-type: none">• <u>DE</u> : 2008• <u>Expérience au sein de la structure</u> : 3 ans	<ul style="list-style-type: none">• <u>Type</u> : HDJ	<ul style="list-style-type: none">• <u>Nature</u> : Fresque• <u>Durée</u> : 1h• <u>Séances</u> : 1,2,3/4	<ul style="list-style-type: none">• <u>Nombre de patients</u> : 5	<ul style="list-style-type: none">• <u>Pathologie</u> : schizophrénie• <u>Diagnostic</u> : 2017• <u>Arrivée dans la structure</u> : 2021

Le patient est arrivé au sein de la structure cette année. Il fait partie d'un groupe de 5 patients qui se regroupent pendant 1h autour de la médiation fresque. Cette médiation consiste en la réalisation collective d'une fresque qui sera par la suite accrochée pour décorer l'entrée de l'hôpital de jour. Les séances évaluées se situent en début de programme.

2. Résultats

Dynamique de groupe

Séance	Sentiment d'appartenance	Division tâches, matériel, espace	Création de relations d'affinités	Score Global
1	1,33	2,50	1,67	5,5
2	2,00	2,75	1,83	6,58
3	2,33	3,00	2,50	7,83

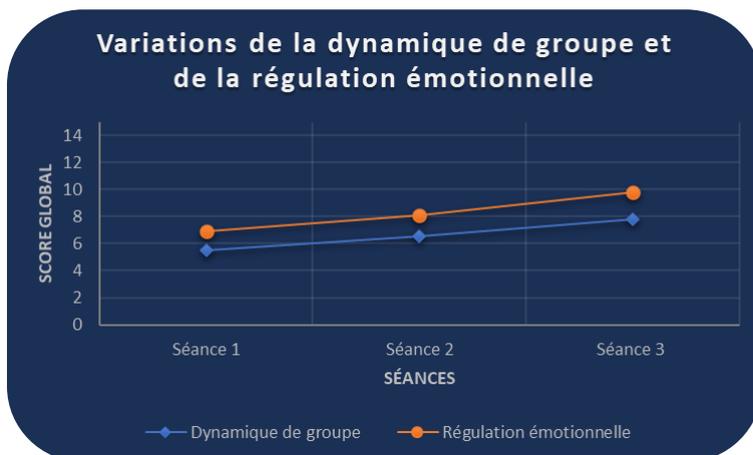
Aucun facteur n'a été décrit comme perturbant la dynamique de groupe au cours des trois séances. Les scores globaux obtenus sont compris entre 5,5 et 7,83 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne basse. Ce score témoigne alors d'une dynamique de groupe de faible intensité. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 2,33. La dynamique de ce groupe peut donc être décrite comme variable, avec une progression croissante au cours des trois séances.

Régulation émotionnelle

Séance	Nature des émotions	Modulation des émotions	Expression des émotions	Score Global
1	2,00	2,67	2,25	6,92
2	2,67	2,67	2,75	8,09
3	3,33	3,00	3,50	9,83

Aucun facteur interne ou externe n'a été décrit comme perturbant la régulation émotionnelle du patient au cours de ces trois séances. Les scores globaux sont compris entre 6,92 et 9,83 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans la moyenne. Ce score témoigne d'une régulation émotionnelle peu fonctionnelle mais tirant vers une régulation optimale. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 2,91. La régulation émotionnelle de ce patient est donc variable. Le score global augmente au fil des séances.

Variations et corrélation



Coefficient de corrélation : 0,998

La courbe représentant la variation de la dynamique de groupe est croissante. La courbe représentant la variation de la régulation émotionnelle du patient est croissante. Les deux courbes suivent ainsi la même tendance. Le coefficient de corrélation est de 0,998, tendant ainsi vers 1. Les deux variations présentent donc une corrélation de forte intensité.

3. Analyse linéaire

De l'analyse du groupe 5 ressortent les points suivants :

- La dynamique d'un groupe à ses débuts semblerait être de faible intensité.
- Le caractère collectif d'un projet semblerait optimiser la dynamique de groupe
- Une corrélation de forte intensité semblerait s'établir entre la variation de la dynamique de groupe et la variation de la régulation émotionnelle, la dynamique de groupe optimisant la régulation émotionnelle.

F. Groupe 6

1. Identité

Ergothérapeute	Structure	Médiation	Groupe	Patient
<ul style="list-style-type: none"> • <u>DE</u> : 2002 • <u>Expérience au sein de la structure</u> : 6 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Type</u> : HDJ 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nature</u> : Théâtre • <u>Durée</u> : 45 min • <u>Séances</u> : 6,7,8/12 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nombre de patients</u> : 6 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pathologie</u> : schizophrénie • <u>Diagnostic</u> : 2008 • <u>Arrivée dans la structure</u> : 2018

Le patient est présent au sein de la structure depuis trois ans. Il fait partie d'un groupe de 6 patients qui se regroupent pendant 45 min autour de la médiation théâtre. Cette médiation consiste en la réalisation d'exercices théâtraux et la création d'un spectacle final. Les séances évaluées se situent dans la seconde moitié du programme.

2. Résultats

Dynamique de groupe :

Séance	Sentiment d'appartenance	Division tâches, matériel, espace	Création de relations d'affinités	Score Global
1	4,00	4,75	4,50	13,25
2	2,00	3,50	2,67	8,17
3	3,67	5,00	4,67	13,34

Deux patients étaient absents lors de la deuxième séance, l'un ayant prévenu le groupe et l'ergothérapeute, l'autre non. Les scores globaux obtenus sont compris entre 8,17 et 13,25 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans une moyenne haute. Ce score témoigne alors d'une dynamique de groupe de forte intensité. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est

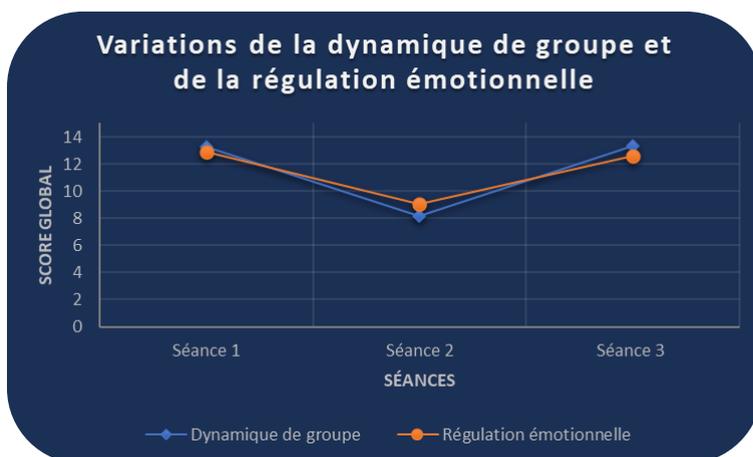
de 5,17. La dynamique de ce groupe peut donc être décrite comme fortement variable. Le score le plus bas, présentant un écart considérable avec les autres scores, est celui lié à la deuxième séance.

Régulation émotionnelle

Séance	Nature des émotions	Modulation des émotions	Expression des émotions	Score Global
1	4,33	4,33	4,25	12,91
2	3,00	3,33	2,75	9,08
3	4,33	4,00	4,25	12,58

Aucun facteur interne ou externe n'a été décrit comme perturbant la régulation émotionnelle du patient au cours de ces trois séances. Les scores globaux sont compris entre 9,08 et 12,91 pour un score maximal de 15, se situant ainsi dans la moyenne haute. Ce score témoigne d'une régulation émotionnelle tirant vers une régulation fonctionnelle. L'écart entre le score le plus bas et le score le plus haut est de 3,83. La régulation émotionnelle de ce patient est donc fortement variable. Le score global le plus bas, présentant un écart considérable avec les autres scores, est celui lié à la deuxième séance.

Variations et corrélation



Coefficient de corrélation : 0,996

La courbe représentant la variation de la dynamique de groupe est décroissante puis croissante. La courbe représentant la variation de la régulation émotionnelle est décroissante puis croissante. Les deux courbes suivent donc la même tendance. Le coefficient de corrélation est de 0,996, tendant ainsi vers 1. Les deux variations présentent donc une corrélation de forte intensité.

3. Analyse linéaire

De l'analyse du groupe 6 ressortent les points suivants :

- Le caractère collectif d'un projet semblerait optimiser la dynamique de groupe
- L'avancement dans le programme des séances favoriserait la dynamique de groupe.
- La perturbation du cadre (absence de deux patients) impacterait la dynamique de groupe et la régulation émotionnelle des patients.
- Une corrélation de forte intensité semblerait s'établir entre la variation de la dynamique de groupe et la variation de la régulation émotionnelle, la dynamique de groupe optimisant la régulation émotionnelle.

III. Analyse croisée des résultats

En croisant les résultats obtenus dans chacun des groupes, plusieurs points semblent ressortir.

A. Identités de l'ergothérapeute et du patient

1. Identité de l'ergothérapeute

Les caractéristiques concernant l'identité de l'ergothérapeute évaluées à travers le questionnaire étaient l'année d'obtention du diplôme d'Etat et le nombre d'années d'expérience au sein de la structure. L'étude de ces six groupes ne montrent pas de lien direct entre ces caractéristiques propres à l'ergothérapeute et la dynamique de groupe. De même, l'étude de ces groupes ne montrent pas de lien direct entre ces caractéristiques et la régulation émotionnelle.

2. Identité du patient

Les caractéristiques concernant l'identité du patient évaluées à travers le questionnaire étaient la pathologie, l'année du diagnostic et l'année d'arrivée dans la structure. Comme requis dans les critères d'inclusion, l'ensemble des patients évalués sont atteints de schizophrénie. L'étude des six groupes ne montrent de lien direct ni entre l'année du diagnostic et la dynamique de groupe, ni entre l'année du diagnostic et la régulation émotionnelle. De même, aucun lien n'est établi entre le nombre d'années

passées au sein de la structure et la dynamique de groupe, ainsi qu'entre ce nombre d'années et la régulation émotionnelle du patient.

B. Nature de la médiation

Les médiations des six groupes évalués sont toutes différentes. La nature du médiateur en tant que tel ne semble pas fixer la dynamique de groupe ou la régulation émotionnelle du patient, celles-ci restant variables d'une séance à une autre pour l'utilisation d'un même médiateur. Néanmoins, cette étude ne permet pas de mettre en évidence le lien entre la nature du médiateur et la dynamique de groupe ou la régulation émotionnelle.

La nature de la médiation est aussi définie par les modalités de sa réalisation, notamment par le caractère individuel ou collectif du projet. Les résultats de cette étude montrent que la réalisation collective d'un projet favorise la dynamique de groupe et la régulation émotionnelle du patient.

C. Perturbation et stabilité du cadre

Le cadre de chacun des groupes répond aux critères définissant un groupe fermé. Le nombre de patients au sein du groupe et la composition de celui-ci sont donc fixes. Les résultats de l'étude des différents groupes montrent qu'une perturbation du cadre avec modification du nombre de patients et ainsi de la composition de celui-ci peut avoir un impact sur la dynamique du groupe. Dans le cadre de cette étude, l'impact est toujours délétère sur la dynamique de groupe et variable sur la régulation émotionnelle.

L'étude d'un groupe montre que la perturbation du cadre peut avoir un impact moindre sur la dynamique du groupe et sur la régulation émotionnelle des patients. Deux interprétations sont ici possibles :

- La perturbation du cadre au sein d'un groupe constitué depuis longtemps avec une bonne dynamique de groupe, a un impact moindre sur la dynamique de ce groupe et sur la régulation émotionnelle des patients.
- Une perturbation mineure du cadre (le retard pouvant être perçu comme moins perturbateur qu'une absence) a un impact moindre sur la dynamique du groupe et sur la régulation émotionnelle du patient.

D. Temporalité

Les groupes étudiés répondent aux critères définissant un groupe fermé. Ils sont donc formés pour un nombre de séances limité. Les six groupes ont été évalués à des temps différents, certains à la création du groupe, d'autres plus tardivement dans le programme. Les groupes évalués plus tardivement sont donc constitués depuis plus longtemps. Les résultats de l'étude montrent que l'âge d'un groupe impacte la dynamique du groupe et la régulation émotionnelle du patient, plus le groupe étant vieux plus ces deux concepts étant optimisés.

E. Corrélation des variations

Pour chaque groupe a été calculé le coefficient de corrélation entre les scores obtenus pour la dynamique de groupe et les scores concernant la régulation émotionnelle du patient. En croisant les données de tous les groupes, le coefficient de corrélation calculé a une valeur de 0,870. Ce coefficient tendant vers 1, il témoigne d'une forte corrélation entre la variation de la dynamique des six groupes et la variation de la régulation émotionnelle des six patients.

Les résultats de l'étude montre qu'il existe une corrélation allant de moyenne à très forte entre la variation de la dynamique d'un groupe fermé et la régulation émotionnelle du patient membre de ce groupe. Dans la majorité des groupes, les deux variations suivent la même tendance. En effet, l'évolution positive de l'une est liée à une évolution positive de l'autre. A l'inverse, une évolution négative de l'une est liée à une évolution négative de l'autre.

IV. Discussion

Le principal résultat obtenu à la suite de cette étude est le lien de corrélation établi entre la variation de la dynamique de groupe et la variation de la régulation émotionnelle du patient souffrant de schizophrénie au sein d'un groupe fermé. Néanmoins, l'hypothèse de ce mémoire affirme l'impact de la dynamique du groupe fermé sur la régulation émotionnelle. L'essentiel de cette discussion sera alors de déterminer si la corrélation mise en avant par les résultats de l'enquête permet de montrer l'implication soutenue dans l'hypothèse

Il est nécessaire ici de clarifier que corrélation n'est pas causalité. (Bonsack, 1979) La causalité implique qu'une variable agisse sur l'autre. La corrélation est un lien statistique entre deux variables,

n'impliquant pas nécessairement que l'une agisse sur l'autre. Deux variables peuvent ainsi être fortement corrélées sans qu'il n'y ait d'effet de causalité. (Barth, 2019) Trois hypothèses se posent alors :

- La dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients atteints de schizophrénie sont totalement indépendantes.
- La dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients atteints de schizophrénie sont indépendantes mais influencés par un facteur commun.
- Il existe un lien de causalité entre la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients atteints de schizophrénie.

Ces trois hypothèses sont donc à envisager.

A. Indépendance totale des concepts

La première hypothèse présente la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle du patient atteint de schizophrénie comme deux variables totalement indépendantes. Si les résultats de l'enquête ne peuvent valider ou invalider cette hypothèse, la théorie semble la réfuter. En effet, la théorie met en lumière un lien étroit entre dynamique de groupe et régulation émotionnelle. Le groupe comme espace de socialisation nécessite la mobilisation par le patient des processus cognitifs de la cognition sociale, celle-ci s'appuyant sur les capacités émotionnelles du patient (Fakra, Belzeaux, Azorin, & Adida, 2015). De plus, le groupe comme espace de socialisation est lieu d'interactions. Or, selon le modèle intégratif de régulation émotionnelle de la schizophrénie (Khoury, Lecomte, & Lalonde, 2012), l'interaction sociale est perçue comme une stratégie de régulation émotionnelle apaisante, permettant d'augmenter la régulation émotionnelle. Le groupe comme enveloppe, décrit comme contenant et structurant (Bohan, Zawieja, & Costantino, 2013), entraîne la mise en jeu de processus psychiques ayant une action sur les mécanismes inconscients (Di Rocco, 2018), ces mécanismes prenant part dans les différentes étapes du processus émotionnel (Kramer & Ragama, 2015). De plus, le groupe a été décrit comme amplificateur émotionnel (Kaës, 2017), amplification notamment liée à la contagion émotionnelle s'effectuant au sein du groupe (Niedenthal, Krauth-Gruber, & Ric, 2009). Il a aussi été décrit l'existence d'une émotionnalité groupale nécessairement inhérente à chaque groupe (Kaës, 2017). Au vu de l'ensemble de ces éléments et des liens qui se dessinent entre groupe et émotion, la probabilité d'une indépendance totale entre la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle semble très faible.

C. Lien de causalité

La troisième hypothèse affirme l'existence d'un lien de causalité entre la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients atteints de schizophrénie. Il est nécessaire ici de revenir sur la définition de causalité. Celle-ci a été définie précédemment comme l'action d'une variable sur une autre. Néanmoins, cette définition est restrictive. En effet, « *La forme logique convenant à la causalité, ce n'est donc pas :*

p entraîne q

mais plutôt : (p1 et p2 et p3 et p4 ...) entraînent q

ou : (p1 et c) entraînent q si l'on baptise un peu artificiellement du nom de c l'ensemble des conditions annexes qui doivent être remplies pour que p entraîne effectivement q. » (Bonsack, 1979, p. 3)

L'impact de la dynamique du groupe fermé sur la régulation émotionnelle du patient schizophrènes serait donc effectif si et seulement si certaines conditions sont remplies. Il va alors être important de définir ces conditions.

Les résultats de l'enquête montrent qu'il n'existe pas de lien apparent entre l'identité de l'ergothérapeute et les variations de la dynamique de groupe et de la régulation émotionnelle, les caractéristiques évaluées étant l'année d'obtention du diplôme d'Etat et l'expérience au sein de la structure. Néanmoins, l'identité de l'ergothérapeute ne se restreint pas à ces seules caractéristiques. Se pose entre autres la question de la posture de l'ergothérapeute comme condition nécessaire à l'établissement du lien de causalité entre dynamique de groupe et régulation émotionnelle. En effet, l'ergothérapeute est garant du cadre (Klein, 2016) et a donc ainsi indirectement une action sur la dynamique de groupe. De plus, l'ergothérapeute a un rôle d'accompagnement des mouvements psychiques (Chouvier, 2006). L'adoption d'une posture adaptée par l'ergothérapeute pourrait alors apparaître comme condition nécessaire à l'établissement du lien de causalité.

Les résultats de l'enquête montrent aussi qu'il n'existe pas de lien apparent entre l'identité du patient et les variations de la dynamique de groupe et de la régulation émotionnelle, les caractéristiques évaluées étant la pathologie, l'année du diagnostic et l'année d'arrivée au sein de la structure. Néanmoins, ces caractéristiques ne permettent pas à elles seules de déterminer l'identité du patient. En effet, deux patients atteints de schizophrénie ne vont pas présenter les mêmes symptômes, avec le même degré d'intensité, et la même réceptivité aux traitements (Llorca, 2006). De ce fait, se pose la question d'un profil type de patient, dont la forme de l'expression des symptômes

et le degré de réceptivité aux traitements permettraient l'établissement d'un lien de causalité entre la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle du patient.

De même qu'il semblerait exister un patient type, se pose la question de l'existence d'un groupe type et d'une médiation type. Le protocole de l'enquête ne permet pas de comparer l'importance de l'impact d'une médiation par rapport à une autre. Pour se faire, il aurait fallu établir une comparaison d'un même groupe lors de deux médiations différentes. De même, le protocole de l'enquête ne permet pas de déterminer un groupe type. Pour cela, il aurait fallu établir une comparaison entre des groupes distincts lors d'une même médiation réalisée dans des conditions strictement identiques.

Le croisement des résultats de l'enquête et de la littérature tend ainsi à mettre en lumière l'existence d'un lien de causalité entre la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients schizophrènes, mais cela si et seulement si un ensemble de conditions touchant à la fois au cadre thérapeutique, à l'ergothérapeute, à la médiation et au patient sont réunies.

V. Evaluation de l'enquête

A. Limites de l'enquête

Si l'enquête menée a permis l'obtention de certains résultats, celle-ci présente néanmoins certaines limites, inhérentes à son protocole.

La première limite est liée à l'échantillon. En effet, celui-ci comprend 6 groupes. Ce nombre faible de sujets d'étude rend l'échantillon non représentatif (Van Campenhout & Quivy, 2011). De plus, du fait de la contrainte de temps affiliée au rendu de ce mémoire d'initiation à la recherche, le suivi des groupes s'est effectué sur uniquement trois séances. Ce suivi restreint ne permet pas l'analyse fine de l'évolution du groupe et du patient dans le temps, ainsi que des phénomènes qui y sont associés.

La partie du questionnaire évaluant les indicateurs propres à la dynamique de groupe et à la régulation émotionnelle est basée sur une échelle composée d'adjectifs antithétiques. Cette échelle présente une forte sensibilité à la subjectivité de la personne qui répond au questionnaire. De ce fait, les variations observées peuvent être directement liées à l'humeur ou la perception changeantes de l'ergothérapeute d'une séance à l'autre. De plus, les réponses à une thématique ont pu influencer les réponses à la thématique suivante.

Les paramètres évalués sont sensibles à de multiples facteurs internes et externes. De ce fait, il est impossible d'établir ici une causalité linéaire, l'ensemble des facteurs interagissant les uns avec les

autres. Il est donc complexe d'établir une causalité entre deux variables entrant dans un processus non linéaire d'imbrication de concepts.

L'une des limites de l'enquête est due à la forme restreinte du protocole. En effet, le protocole tel qu'il est présenté ne permet pas d'établir les conditions décrites précédemment comme nécessaires à l'impact de la dynamique du groupe fermé sur la régulation émotionnelle des patients atteints de schizophrénie.

Pour finir, l'enquête ne permet pas d'établir un impact pérenne de la dynamique des groupes fermés sur la régulation émotionnelle des patients atteints de schizophrénie. En effet, si cet impact a pu être discuté pour un instant t qu'est le temps de la médiation thérapeutique, l'enquête ne permet pas d'évaluer si la modulation des processus de régulation émotionnelle est maintenue après la médiation. Ceci pourrait être important à déterminer en vue d'une amélioration de la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie, objectif recherché par l'ergothérapeute.

L'enquête seule n'est donc pas suffisante pour valider entièrement l'hypothèse : **La dynamique des groupes fermés impacte la régulation émotionnelle des patients souffrant de schizophrénie lors des médiations de groupe en ergothérapie.**

B. Intérêts de l'étude

Si l'enquête présente de nombreuses limites, ne permettant donc pas de valider l'hypothèse, l'étude n'en est pas moins dénuée d'intérêts.

Ce mémoire d'initiation à la recherche permet de mettre en lumière le rôle clé du groupe dans la thérapeutique et l'importance du cadre thérapeutique. Dans la pratique d'ergothérapeute, cela invite à une réflexion sur chacun des éléments du cadre mis en place, ainsi que sur l'impact de ces éléments sur les patients.

Ce mémoire d'initiation à la recherche explore aussi le concept de régulation émotionnelle. Si symptomatologies positives et négatives sont décrites largement dans la littérature, la problématique émotionnelle des patients atteints de schizophrénie l'est moins. Or, celle-ci a une répercussion fonctionnelle sur le quotidien des patients. Il est donc important pour les ergothérapeutes de s'intéresser à cette problématique.

Sur le plan personnel, la réalisation de ce mémoire m'a permis d'enrichir mes connaissances et d'expérimenter la rigueur de la méthodologie de la recherche.

Conclusion

Au travers de ce mémoire, je me suis intéressée à l'impact de la dynamique des groupes fermés sur les patients souffrant de schizophrénie. Je me suis alors posé la question de recherche suivante : **En quoi la dynamique des groupes fermés peut-elle impacter les patients souffrant de schizophrénie lors des médiations de groupe en ergothérapie ?**

Les patients souffrant de schizophrénie présentent de nombreux symptômes. Parmi ces symptômes, les troubles de la régulation émotionnelle ont des répercussions majeures sur le quotidien des patients. La prise en charge de ces troubles en ergothérapie est donc importante. L'interaction sociale est décrite comme une stratégie de régulation apaisante, cette interaction étant favorisée par le cadre fixe des groupes fermés lors des médiations en ergothérapie. De plus, ce type de groupe optimise l'émanation d'une dynamique de groupe. La littérature met en lumière l'existence d'un lien entre groupe et émotion.

L'étude des différents concepts m'a ainsi permis d'axer mon mémoire sur le lien entre la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients atteints de schizophrénie. Mes recherches m'ont ainsi conduite à l'hypothèse suivante : **La dynamique des groupes fermés impacte la régulation émotionnelle des patients souffrant de schizophrénie lors des médiations de groupe en ergothérapie.**

Pour mettre à l'épreuve cette hypothèse, une enquête quantitative par questionnaires a été réalisée auprès de six ergothérapeutes. Ces ergothérapeutes évoluent en hôpital de jour et mènent des médiations dans le cadre de groupes fermés comprenant au moins un patient pour lequel le diagnostic de schizophrénie a été posé. Le protocole d'enquête définit un suivi de chacun des groupes sur trois séances. Le principal objectif était de déterminer une corrélation entre les variations de la dynamique de groupe et les variations de la régulation émotionnelle. Les résultats ont mis en évidence une forte corrélation entre les deux variations étudiées. Néanmoins, la corrélation ne permet pas de mettre en évidence un lien de causalité. Il est alors apparu que la causalité entre la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients souffrant de schizophrénie est possible si et seulement si certaines conditions sont remplies. Cependant, le protocole d'enquête ne permet d'établir ces conditions. De plus, l'enquête présente de nombreuses limites, dont principalement son échantillon non représentatif et sa durée d'étude restreinte. L'hypothèse est ainsi partiellement validée.

La poursuite de cette étude pourra s'attarder sur deux points principaux. Le premier point est la détermination des conditions nécessaires à l'impact de la dynamique des groupes fermés sur la régulation émotionnelle des patients souffrant de schizophrénie. Ces conditions concernent à la fois la

posture de l'ergothérapeute, le profil du patient, la nature de la médiation, la composition du groupe et le cadre thérapeutique mis en place. Le second point consiste à établir la répercussion de cet impact sur la vie quotidienne du patient, celui-ci étant évalué ici pour le temps de la médiation uniquement.

Bibliographie

- Ameller, A., & Gorwood, P. (2015). Poids de la comorbidité addictive dans le risque d'observance partielle au traitement médicamenteux et de rechute dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 41(2), pp. 174-183. doi:<https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.02.002>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (éd. 5e). Arlington VA. Consulté le juin 1, 2020, sur https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&ots=ceWL-5PKx8&sig=PzCLLaahwosmkNPY15CkJPAAf0Y&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- ANFE. (2020). *La Profession*. Consulté le mai 07, 2021, sur Association Nationale Française des Ergothérapeutes: <https://anfe.fr/la-profession/>
- ANPAA. (2015, Novembre). *Groupes à visée thérapeutique, Addictologie ambulatoire*. Consulté le Mai 14, 2021, sur Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie Pays de la Loire: https://www.anpaapdl.org/_docs/Fichier/2016/7-160111020440.pdf
- Anzieu, D. (1975). *Le Groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Dunod.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints*. Puf.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity-optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), pp. 732-746. doi:<https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.1080/10503307.2013.816882>
- Auxéméry, Y. (2015). "Névrose" et "Psychose" : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? *Annales Médico-psychologiques*, 173(8), pp. 643-648.
- Barth, I. (2019, Août 27). Corrélation n'est pas causalité : les dérives de l'effet cigogne. Xerfi Canal. Récupéré sur <https://www.youtube.com/watch?v=6XFxl5eFe4>
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2008). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. Guilford Press. Consulté le 2020 mai, sur [https://books.google.fr/books?id=o9GRX5IU-qsC&lpg=PA10&ots=TJ6pLakD7X&dq=Beck%2C%20Rector%2C%20Stolar%20et%20Gant%20\(2009\)&hl=fr&pg=PP1#v=onepage&q=Beck,%20Rector,%20Stolar%20et%20Gant%20\(2009\)&f=false](https://books.google.fr/books?id=o9GRX5IU-qsC&lpg=PA10&ots=TJ6pLakD7X&dq=Beck%2C%20Rector%2C%20Stolar%20et%20Gant%20(2009)&hl=fr&pg=PP1#v=onepage&q=Beck,%20Rector,%20Stolar%20et%20Gant%20(2009)&f=false)

- Bohan, A., Zawieja, P., & Costantino, C. (2013). L'olfaction comme médiation thérapeutique : un dispositif groupal original. *Pratiques Psychologiques, 19*(2), pp. 119-133.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.prps.2013.01.001>
- Bonsack, F. (1979). Aspects épistémologiques des notions de corrélation et de causalité. Dans P. Delattre, & M. Tellier, *Elaboration et justification des modèles* (pp. 1-11). Paris: Maloine.
- Bourgeois, M.-L. (2017). *Les Schizophrénies*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
doi:<https://doi.org/10.3917/puf.bourg.2017.01>
- Brown, T., & Chien, C.-W. (2010, Mars). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: which way do we go? *British Journal of Occupational Therapy, 73*(3), p. 95.
doi:10.4276/030802210X12682330090334
- Brun, A. (2012). Introduction. Dans *Les médiations thérapeutiques* (pp. 7-18). Eres.
- Brun, P. (2015). Émotions et régulation émotionnelle : une perspective développementale. *Enfance, 2*(2), pp. 165-178. doi:<https://doi.org/10.4074/S0013754515002013>
- Cárdenas, D., & de la Sablonnière, R. (2018). La participation et l'identification à un nouveau groupe social : fondements théoriques et conséquences pour l'identité d'origine. *Revue québécoise de psychologie, 39*(1), pp. 65-83. doi:<https://doi.org/10.7202/1044844ar>
- Chouvier, B. (2006, octobre). Un cadre pour les médiations. *Santé mentale*(111).
- Chouvier, B. (2010). La médiation dans le champ psychopathologique. *Le Carnet PSY, 1*(141), pp. 32-35.
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *European Review of Applied Psychology, 59*(1), pp. 59-67. doi:<https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001>
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. Dans J. Garber, & K. A. Dodge, *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 15-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Code de la santé publique. (2012). *LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine*. Consulté le Mai 25, 2021, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>

- Code de la sécurité sociale. (2011, 06 27). *Article D322-1 du Code de la Sécurité sociale*. Récupéré sur Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024267096/2011-06-27
- Comité stratégique de la Santé mentale et de la Psychiatrie. (2018). *Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie*. Ministère des Solidarités et de la Santé. Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- Cyprien, F. (2014, Novembre). AZURPSY – Schizophrénie et symptômes négatifs : de la physiopathologie aux innovations thérapeutiques. *European Psychiatrie*, 29(S3), pp. 560-561. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.376>
- De Visscher, P. (2006). Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(70), pp. 53-61. doi:<https://doi.org/10.3917/cips.070.0053>
- Debray, Q., Granger, B., & Azaïs, F. (2010). *Psychopathologie de l'adulte*. Elsevier Masson.
- Deniau, E., Bonnot, O., & Cohen, D. (2008). Traitement médicamenteux des schizophrénies à début précoce. *La Presse Médicale*, 37(5), pp. 853-858. doi:<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.01.014>.
- Denis, J. M. (2015). Dans une pratique de soins psychiatriques à domicile : quel cadre thérapeutique pour permettre l'émergence d'un sujet libre ? *Cahiers de psychologie clinique*, 44(1), pp. 193-208. doi:<https://doi.org/10.3917/cpc.044.0193>
- Dewez, N. (2009). Mise en perspective historique du concept de psychose. Dans L. Balestrière, *Au plus près de l'expérience psychotique : Le filin et la voile, psychothérapie des psychoses* (pp. 203-211). Toulouse: Erès.
- Di Rocco, V. (2018, Mars). Des activités et des soins en psychiatrie. *Santé Mentale*(226), pp. 24-30.
- Fakra, E., Belzeaux, R., Azorin, J.-M., & Adida, M. (2015). Symptômes négatifs, émotions et cognition. *L'Encéphale*, 41, pp. 6S18-6S21.
- Fekih-Romdhane, F., Chennoufi, L., & Cheour, M. (2016, Octobre). La schizophrénie dans le DSM-5. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(8), pp. 672-676. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.038>
- Fohr, A. (2016). Être dedans. Dans *Clinique et médiation: Regards croisés sur les médiations thérapeutiques*. L'Harmattan.

- Gaudriault, P. (2016). Objets de médiation et alcool . Dans *Clinique et médiation, Regards croisés sur les médiations thérapeutiques* (pp. 103-125). Paris: L'Harmattan.
- Georgieff, N. (2000). Neuropsychopathologie cognitive sociale de l'action : apport à l'étude des symptômes positifs de la schizophrénie. *Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive*, 31(2), pp. 191-225.
- Greenberg, L., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, pp. 348-362.
- Hernandez, H. (2016). Introduction . Dans *Ergothérapie en psychiatrie, De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 21-23). De Boeck Supérieur.
- INSERM. (2020, 03 05). *Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Consulté le 05 06, 2021, sur INSERM, La science pour la santé: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>
- Juillet, P. (2000). *Dictionnaire de psychiatrie*. CLIF.
- Kaës, R. (2006). En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 46(1), pp. 9-25.
doi:<https://doi.org/10.3917/rppg.046.0009>
- Kaës, R. (2017). Le concept de groupe d'appartenance et le problème de migration des concepts. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 69(2), pp. 183-192.
doi:<https://doi.org/10.3917/rppg.069.0183>
- Kaës, R. (2017). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Khoury, B., Lecomte, T., & Lalonde, P. (2012). Régulation des émotion et schizophrénie. Dans M. Desseilles, & M. Mikolajczak, *Traité de régulation des émotions* (pp. 387-400). De Boeck.
doi:10.13140/2.1.2415.3921
- Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie - De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 37-54). De Boeck Supérieur.

- Klein, F. (2016). Regards croisés sur les médiations thérapeutiques. Dans *Clinique et médiation, Regards croisés sur les médiations thérapeutiques* (pp. 13-35). Paris: L'Harmattan.
- Kramer, U., & Ragama, E. (2015). Bases théoriques et méthodologiques de la thérapie centrée sur les émotions. Dans U. Kramer, & E. Ragama, *La psychothérapie centrée sur les émotions* (pp. 19-64). Elsevier Masson. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74146-3.00002-0>
- Launois, M. (2015). *Intéret d'un modèle psycho-dynamique*. Consulté le mai 10, 2021, sur Ergopsy: <http://www.ergopsy.com/interet-d-un-modele-psycho-dynamique-a755.html>
- Lemperière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson.
- Les dangereux stereotypes sur la schizophrénie*. (2016, Janvier 22). Récupéré sur Santé Mentale: <https://www.santementale.fr/2016/01/les-dangereux-stereotypes-sur-la-schizophrénie/>
- Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*. Harper & Brothers.
- Lièvre, P. (2016). Construction et passation du questionnaire. Dans P. Lièvre, *Manuel d'initiation à la recherche en travail social* (pp. 103-109). Rennes, France: Presses de l'EHESP.
- Llorca, P.-M. (2006). *Mieux connaître la schizophrénie*. John Libbey Eurotext.
- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité: (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), pp. 103-120. doi:<https://doi.org/10.3917/cpc.017.0103>
- Ministère chargé de la Santé ; Ministère chargé des Solidarités. (2011-2015). *Plan Psychiatrie et Santé mentale*. Consulté le Avril 5, 2021, sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
- Ministère de la santé et des sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Consulté le mai 08, 2021, sur <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie ; Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Niedenthal, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). Chapitre 7. Émotions et processus de groupe. Dans S. Krauth-Gruber, P. Niedenthal, & F. Ric, *Comprendre les émotions. Perspectives cognitives et psycho-sociales* (pp. 239-274). Wavre, Belgique: Mardaga. Récupéré sur <https://www.cairn.info/comprendre-les-emotions--9782870099971-page-239.htm>

- Niedenthal, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). Chapitre 1. Que sont les émotions et comment sont-elles étudiées ? Dans S. Krauth-Gruber, P. Niedenthal, & R. François, *Comprendre les émotions. Perspectives cognitives et psycho-sociales* (pp. 9-45). Wavre, Belgique: Mardaga. Récupéré sur <https://www.cairn.info/comprendre-les-emotions--9782870099971-page-9.htm>
- OMS . (2019, Octobre 3). *Santé Mentale* . Récupéré sur Organisation mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- OMS. (1978, Septembre 12). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- OMS. (2019, Octobre 04). *Schizophrénie*. Récupéré sur who.int: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ordre des ergothérapeute du Québec. (2009, Janvier 1). *L'ergothérapie en santé mentale*. Consulté le Mai 10, 2021, sur Oeq: <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html>
- Pagès, M. (1968). *La Vie affective des goupes*. Dunod.
- Pibarot, I. (2013). *Une ergologie*. De Boeck Supérieur.
- Quilliou-Rioual, M., & Quilliou-Rioual, M. (2020). Les dynamiques de groupe. Dans *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS: En 29 notions* (pp. 351-361). Paris: Dunod. Récupéré sur <https://www.cairn.info/communication-professionnelle-et-travail-en-equipe--9782100806096-page-351.htm>
- Raffard, S., De Connor, A., Yazbek, H., Décombe, A., & Catherine, B. (2020). Thérapie comportementale et cognitive des symptômes négatifs de la schizophrénie. Revue de la question : pratiques actuelles et directions futures. *Annales Médico-psychologiques*, 178(4), pp. 397-403. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.01.010>.
- Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. Dans M. Bromberg, & A. Trognon, *Psychologie Sociale* (pp. 45-77). Presses Universitaires de France .
- Talpin, J.-M. (2011). Le modèle du groupe dans l'analyse des pratiques : groupe fermé/groupe ouvert, continuité/discontinuité dans l'institution. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 11(1), pp. 117-130. doi:<https://doi.org/10.3917/nrp.011.0117>

Thornicroft, G. (2009). *Stratégies éprouvées pour réduire la stigmatisation et la discrimination*.
Londres .

Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod .

WFOT. (2018). Definition of Occupational Therapy from Member Organisations. Revised May 2018.

Annexes

Table des annexes :

Annexe I : Modèle intégratif de la régulation émotionnelle de la schizophrénie selon Khoury, Lecomte et Lalonde (Régulation des émotion et schizophrénie, 2012).....	I
Annexe II : Questionnaire	II
Annexe III : Tableaux de présentation de l'ensemble des résultats obtenus	VII

Annexe I : Modèle intégratif de la régulation émotionnelle de la schizophrénie selon Khoury, Lecomte et Lalonde (Régulation des émotion et schizophrénie, 2012)

Traité de régulation des émotions

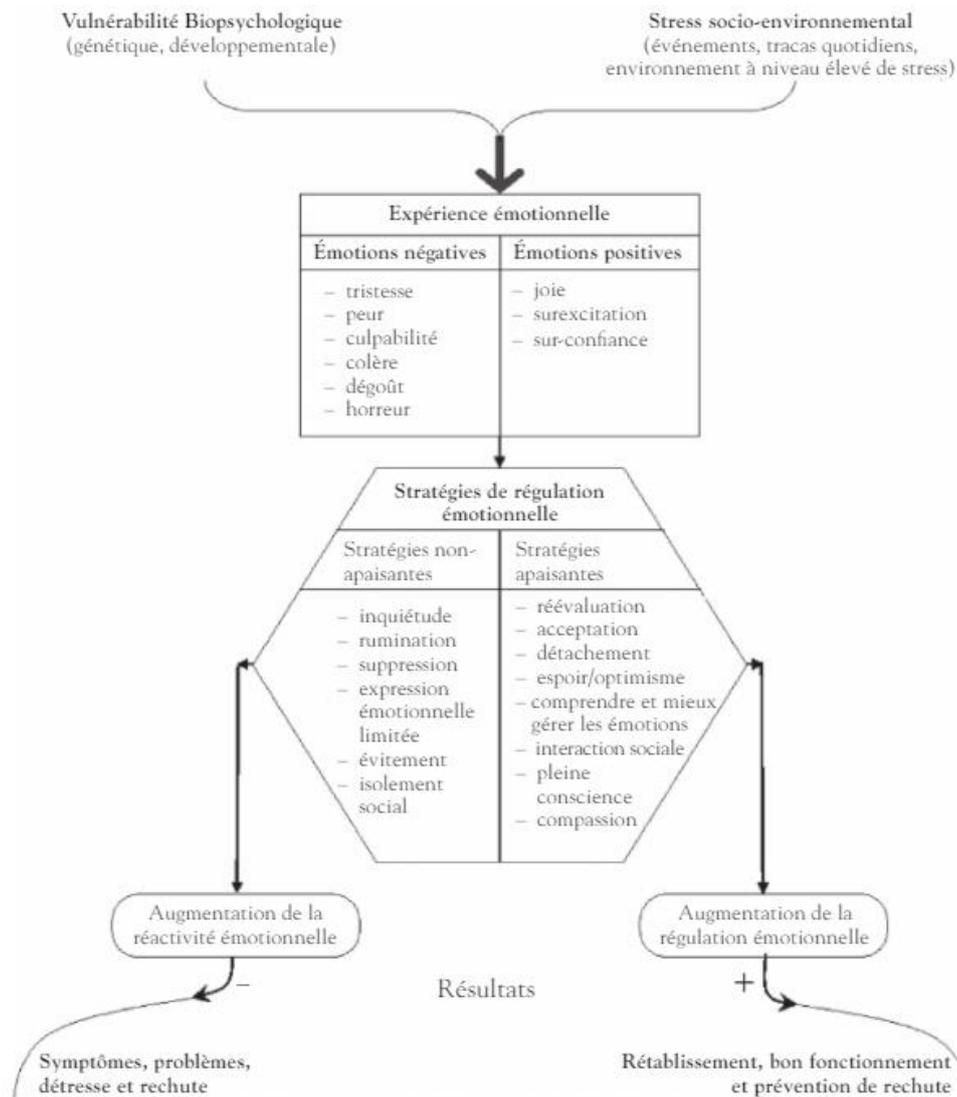


FIGURE 25.1

Modèle intégratif de régulation émotionnelle de la schizophrénie

Annexe II : Questionnaire

Questionnaire

I. Identité :

Ergothérapeute

Année d'obtention du DE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nombre d'années d'expérience dans la structure actuelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Structure

Type de structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médiation

Nature de la médiation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Durée de la médiation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de séance : .../...

Groupe

Nombre de patients inscrits : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nombre de patients présents : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Patient

Pathologie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Année du diagnostic : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Année d'arrivée dans la structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

II. Dynamique de groupe

Sentiment d'appartenance

Nombre d'absents injustifiés à la séance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Les membres du groupe renvoient l'impression d'être :

Attachés au groupe	<input type="checkbox"/>	Détachés du groupe				
Dispersés	<input type="checkbox"/>	Soudés autour d'une histoire commune				
Noyés dans le groupe	<input type="checkbox"/>	Membres à part entière du groupe				

Division des tâches, du matériel ou de l'espace

Les tâches sont divisées entre les membres du groupe de manière :

Non équitable Equitable Non applicable

Le matériel est divisé entre les membres du groupe de manière :

Non équitable Equitable Non applicable

Le matériel circule entre les membres du groupe :

De manière fluide Pas du tout Non applicable

L'espace est divisé entre les membres du groupe de manière :

Equitable Non équitable Non applicable

Création de relations d'affinités

Les échanges au sein du groupe sont :

Nombreux	<input type="checkbox"/>	Faibles				
Pauvres	<input type="checkbox"/>	Riches				
Unidirectionnels	<input type="checkbox"/>	Multidirectionnels				

Les relations au sein du groupe sont :

Inexistantes	<input type="checkbox"/>	Très présentes				
Sympathiques	<input type="checkbox"/>	Antipathiques				
Conflictuelles	<input type="checkbox"/>	Amicales				

III. Régulation émotionnelle

Nature des émotions

Les émotions du patient ont semblé être :

- De nature joyeuse De nature triste
- Changeantes Stables
- De forte intensité De faible intensité

Modulation des émotions

Les émotions du patient ont semblé être :

- Non adaptées Adaptées à la situation
- En adéquation Non en adéquation avec les émotions des autres
membres du groupe
- Fixes Changeantes pour s'adapter à la situation

Expression des émotions

Le patient exprime ses émotions :

- Spontanément Après sollicitation
- Jamais A plusieurs reprises

L'expression des émotions est :

- En adéquation Non en adéquation avec l'émotion ressentie
- Non adaptée Adaptée au moment et à la situation

IV. Autres facteurs

Certains facteurs sont-ils venus perturber le groupe ? (ex : passage de quelqu'un extérieur au groupe, alarme...)

Certains facteurs ont-ils eu un impact sur le patient ? (ex : perte d'un proche, stress lié à un rendez-vous médical, modification du traitement...)

Annexe III : Tableaux de présentation de l'ensemble des résultats obtenus

Tableau 1 : Résultats des différents groupes concernant le sentiment d'appartenance

	Séance 1			Séance 2			Séance 3		
G1	5	4	5	4	4	4	5	4	4
G2	2	5	3	2	5	3	3	5	3
G3	1	2	1	1	2	2	2	3	2
G4	4	4	4	4	5	3	4	3	3
G5	1	1	2	2	1	3	2	2	3
G6	5	4	3	2	2	2	5	3	3

Tableau 2 : Résultats des différents groupes concernant la division des tâches, du matériel et de l'espace

	Séance 1				Séance 2				Séance 3			
G1	5	3	4	5	5	4	4	5	5	4	3	5
G2	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4
G3	2	2	4	2	2	2	3	2	2	3	4	2
G4	5		4	4	5		3	4	5		4	4
G5	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3
G6	5	5	5	4	4	3	4	3	5	5	5	5

Tableau 3 : Résultats des différents groupes concernant la création de relations d'affinités

	Séance 1						Séance 2						Séance 3					
G1	4	3	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4
G2	3	3	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	5	4	4
G3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3
G4	4	3	5	4	5	5	3	3	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5
G5	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3
G6	4	5	4	4	5	5	3	2	2	3	3	3	4	5	4	5	5	5

Tableau 4 : Résultats des différents groupes concernant la nature des émotions

	Séance 1			Séance 2			Séance 3		
G1	3	4	3	2	4	3	2	3	3
G2	4	3	2	3	3	2	4	3	2
G3	2	2	1	2	2	1	3	3	2
G4	4	5	4	5	4	4	4	5	4
G5	2	3	1	3	3	2	4	3	3
G6	4	4	5	2	4	3	5	4	4

Tableau 5 : Résultats des différents groupes concernant la modulation des émotions

	Séance 1			Séance 2			Séance 3		
G1	3	4	3	2	4	3	2	3	3
G2	4	3	4	5	3	4	4	3	4
G3	2	2	1	3	2	1	3	2	2
G4	4	4	3	4	5	3	4	4	4
G5	3	2	3	3	2	3	3	3	3
G6	4	5	4	4	3	3	4	4	4

Tableau 6 : Résultats des différents groupes concernant l'expression des émotions

	Séance 1				Séance 2				Séance 3			
G1	4	4	5	3	4	3	5	2	3	3	5	2
G2	3	3	4	4	3	3	4	5	3	3	4	4
G3	1	1	3	2	1	1	3	3	2	2	3	3
G4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	3	4	4
G5	1	2	3	3	3	2	3	3	4	4	3	3
G6	4	4	5	4	1	2	4	4	4	4	5	4

Abstract

SCHIZOPHRENIE ET MEDIATION EN ERGOTHERAPIE : IMPACT DE LA DYNAMIQUE DES GROUPES FERMES

Dans un contexte où la santé mentale est un enjeu de santé publique majeur, la prise en charge de la schizophrénie et plus précisément de la régulation émotionnelle des patients souffrant de cette pathologie est nécessaire pour réduire l'impact de cette dernière sur le quotidien des patients. L'une des prises en charge possible est la médiation en ergothérapie au sein d'un groupe fermé. Le principal objectif est donc ici de déterminer un lien de corrélation entre la variation de la dynamique des groupes fermés et la régulation émotionnelle des patients souffrant de schizophrénie. Pour se faire, un questionnaire a été délivré auprès d'ergothérapeutes évoluant dans des hôpitaux de jour et mettant en place des médiations auprès de groupes fermés comprenant au moins un patient schizophrène dont le diagnostic a été posé. Le questionnaire a été rempli à la suite de trois séances de façon à évaluer une évolution des indicateurs de la dynamique de groupe et de la régulation émotionnelle. Les résultats de l'enquête montrent une forte corrélation entre la variation de la dynamique des groupes fermés et la variation de la régulation émotionnelle des patients souffrant de schizophrénie. Néanmoins, il est établi que l'existence d'un lien de causalité entre ces variations est possible si et seulement si certaines conditions sont remplies. Le protocole de l'enquête ne permet pas ici de définir ces conditions. De plus, l'échantillon n'est pas représentatif et la durée de l'étude est restreinte. L'hypothèse de départ ne peut donc être que partiellement validée.

Mots clés : Schizophrénie, Régulation émotionnelle, Dynamique des groupes fermés, Médiation en ergothérapie

SCHIZOPHRENIA AND OCCUPATIONAL THERAPY MEDIATION: IMPACT OF CLOSED GROUP DYNAMICS

In a context where mental health is a major public health issue, the management of schizophrenia and more specifically the emotional regulation of patients suffering from this pathology is necessary to reduce the impact of this pathology on the daily life of patients. One possible approach is occupational therapy mediation in a closed group. The main objective here is therefore to determine a correlation between the variation of the dynamics of closed groups and the emotional regulation of patients suffering from schizophrenia. To this end, a questionnaire was administered to occupational therapists working in day hospitals and providing mediation in closed groups with at least one diagnosed schizophrenic patient. The questionnaire was filled in after three sessions in order to evaluate the evolution of indicators of group dynamics and emotional regulation. The results of the survey show a strong correlation between the variation in the dynamics of the closed groups and the variation in the emotional regulation of the patients with schizophrenia. Nevertheless, it is established that the existence of a causal link between these variations is possible if and only if certain conditions are met. The survey protocol does not allow for the definition of these conditions. Moreover, the sample is not representative, and the duration of the study is limited. The initial hypothesis can therefore only be partially validated.

Keywords : Schizophrenia, Emotional regulation, Closed group dynamics, Mediation in occupational therapy