

Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de

BERCK-SUR-MER, site de Loos

Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS) de LILLE 2



L'activité atelier d'écriture dans l'accompagnement
thérapeutique en ergothérapie du syndrome dissociatif
des personnes présentant une schizophrénie.

Mémoire de fin d'études en vue de la validation des unités d'enseignement de
recherche du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

(UE 5.4 et 6.5, Semestre 6) et de l'obtention de la licence générale en Sciences pour
la Santé, parcours Ergothérapie.



Alexandra HARDY

Session de août 2018

« L'être humain s'exprime, se révèle au monde et à lui-même par ses activités,

*C'est à travers ses activités qu'il se fait confiance, se sent utile, subvient à
ses besoins, tient des rôles, développe son sentiment d'appartenance.*

C'est à travers ses activités qu'il crée, se lance des défis, croît, change, évolue. »

Anne Etienne, Ergothérapeute.

Remerciements :

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnée lors de la réalisation de ce projet d'initiation à la recherche :

- Mon maître de mémoire Dominique Sement pour son guidage et son encadrement pendant ce projet dans un temps limité, je le remercie pour sa disponibilité et ses conseils.
- Les six ergothérapeutes des quatre coins de la France, pour m'avoir accordé de leur temps pour participer aux entretiens. Merci à elles pour leurs partages d'expériences et leur bienveillance.
- Mesdames, M. Joyez et M. Launois, qui ont été des personnes ressources dans l'élaboration de ce projet avant d'avoir un maître de mémoire, en m'apportant leurs connaissances et leurs conseils. Je les remercie aussi pour leur disponibilité.
- Madame E. André pour sa bienveillance et le temps accordé dans la dernière relecture.

Je tiens plus particulièrement à remercier les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue lors de ces trois années de formation :

- A mes parents qui m'ont donné la motivation d'avancer et de continuer. Merci à eux pour leur présence et leur soutien de tous les moments.
- A Léa, Chloé, Hélène, Anthony, Maxime, Marie-Eve, Christophe, Mathilde, Malik-Arthur, Emmanuelle, Clément, Emeline, Othilie, mes amis non cités, pour leur encouragement, leurs relectures, leur soutien et leur présence dans les moments de lâcher-prise mais aussi de travail.
- A mes camarades de promotion pour avoir partagé et vécu ensemble des vagues d'émotions pendant ces 3 années de formation.

SOMMAIRE

Introduction	8
Partie conceptuelle	9
1. La schizophrénie	9
1.1 Définition de la schizophrénie... des schizophrénies	9
1.2 Tableau clinique - Description des symptômes	10
1.2.1 Le syndrome dissociatif ou dissociation	10
1.2.2 Le syndrome délirant (paranoïde)	13
1.2.3 Le syndrome autistique	13
1.3 Le mode d'entrée dans la maladie	14
1.4 Le sentiment d'existence	14
2. Les suivis thérapeutiques	16
2.1 Le suivi médicamenteux	16
2.2 L'accompagnement thérapeutique	17
2.3 L'accompagnement thérapeutique et le modèle psychodynamique	17
2.4 Ergothérapie	19
2.4.1 Modèle psychodynamique et ergothérapie	20
2.4.2 La relation thérapeutique de confiance	21
2.4.3 Le cadre	22
2.4.4 L'activité	24
3. Écriture	26
3.1 Naissance de l'écriture	26
3.2 Écriture et atelier thérapeutique d'écriture	26
3.3 Fonctions de l'écriture dans la psychose	27
3.3.1 Écriture restauratrice	27
3.3.2 Écriture et sentiment d'identité	28
3.3.3 Le support comme premier destinataire	28
3.4 L'impact du groupe dans l'activité écriture	29
3.5 Écriture et notion de contenance	29
Problématique	31
Partie méthodologique	32
1. Méthodologie	32
1.1 Choix de l'outil	32
1.2 Méthode de recueil de données	33
1.2.1 Choix de la population	33
1.2.2 Conditions de réalisation des entretiens	34
1.2.3 Création et présentation du guide d'entretien	34

1.3 Mode de passation	35
1.4 Méthode d'analyse des entretiens	35
2. Résultats obtenus	36
2.1 Présentation des enquêtés	36
2.2 Présentation des résultats et Discussion	37
2.3 Retour sur les hypothèses	49
3. Conclusion et perspectives	53
Bibliographie	56
Annexe	63

Introduction

ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE. ECRIRE.

L'écrit a été constamment présent pendant ces trois années de formation. En effet, dès le premier jour à l'institut, nous avons réalisé un « blason » nous représentant avec : nos qualités, nos défauts, nos rêves, notre définition de l'ergothérapie.

Se dévoiler et s'exprimer sur soi-même n'est pas évident pour moi. Pour qui ?

Et maintenant, la dernière étape avant d'obtenir ce fameux diplôme d'état ? Un écrit. Le mémoire. Dès la première année, nous en entendons parler, oui, nous voyons les troisièmes années passer d'une émotion à une autre pendant leur dernière année. Le mémoire, ça commence par un questionnement initial, qui a débuté en deuxième année. En effet, au mois d'avril, nous devons choisir un thème.

C'est en vue de mon stage en santé mentale du semestre 5, que je me suis intéressée aux suivis thérapeutiques des pathologies psychiatriques. Cela m'a permis de compléter les cours que nous avons eu concernant la schizophrénie, ainsi que les activités réalisables avec ces personnes. Parmi les diverses activités exposées, c'est l'atelier écriture qui a éveillé ma curiosité et une succession de questions se sont posées : de l'écriture en ergothérapie ? Comme médiation dans l'accompagnement thérapeutique des personnes présentant une schizophrénie ? Autant dire que j'ai été étonnée par les différentes activités proposées et d'autant plus par l'atelier écriture. Puis, une idée concernant le mémoire : le mémoire c'est un écrit, à rédiger, alors pourquoi ne pas rédiger un mémoire sur l'écriture ? Oui, il y a aussi un peu de mon sens de l'humour qui admire les jeux de mots dans l'histoire. J'ai donc poursuivi les recherches sur ce fameux atelier écriture afin de me renseigner sur sa mise en pratique. Ce thème a pris tout son sens avec la phrase « soigner les maux par les mots ». Il est vrai que ce thème est d'abord parti d'un « tiens, pourquoi pas réaliser un écrit sur l'écriture », et finalement au fil des recherches, de mes lectures, ce sujet potentiel a pris du sens et une dimension plus spécifique afin de répondre à une problématique réelle en tant que future thérapeute, je dirai même en tant que future ergothérapeute.

Partie conceptuelle

1. La schizophrénie

1.1 Définition de la schizophrénie... des schizophrénies

Le terme « schizophrénie » vient du grec « *schizein* » qui signifie « scinder » et « *phren* » : la « pensée », l'« esprit ». C'est Eugen Bleuler qui propose ce terme de schizophrénie pour évoquer la perte de cohésion et la dislocation du fonctionnement qui touche l'ensemble de la vie psychique du sujet. La schizophrénie est la résultante de plusieurs facteurs : hérédité, biologie, environnement. La prévalence est évaluée à 1% sur la population. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes. Elle commence chez les personnes jeunes, avec un pic d'incidence entre 18 et 25 ans. Son évolution est chronique. [1]. Cette maladie psychiatrique se caractérise par un ensemble de symptômes variables ; certains auteurs parlent des schizophrénies. Il est difficile de donner une définition limitée et unique. La schizophrénie correspond à une perte de contact avec la réalité, toutes les formes cliniques combinent trois syndromes : le syndrome dissociatif, le syndrome délirant et le syndrome autistique. Les sujets alternent fréquemment entre des périodes de décompensation et des périodes de stabilisation. Il est possible de distinguer quelques grandes lignes de l'expression schizophrénique, selon la prévalence accordée à certaines manifestations cliniques, selon le mode de décompensation et d'évolution : la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie hébéphrénique, la schizophrénie simple, la schizophrénie pseudo-névrotique, la schizophrénie dysthymique, la personnalité schizoïde et la personnalité schizotypique.

La schizophrénie paranoïde se caractérise par une symptomatologie variée au niveau des mécanismes et des thèmes, ce qui participe à construire le délire qui est au début bruyant et désorganisé, sans axe de thématique précis. Le patient y adhère. La schizophrénie hébéphrénique se caractérise par un début insidieux et progressif. Le patient présente un repli sur soi, des difficultés pour suivre les études et à maintenir des relations avec leurs pairs. Le délire est rarement présent ou peu expansif.

Dans la schizophrénie dite simple, les hallucinations et le délire sont absents ou quasi-absents. Elle se caractérise par des troubles de la pensée, des troubles affectifs discrets alors qu'ils sont la preuve d'un syndrome dissociatif. Cette forme de schizophrénie est repérable avec les répercussions sociales engendrées par un patient qui peut apparaître inerte, apathique, désinvesti des activités sociales. La schizophrénie pseudo-névrotique pose la question d'une structure sous-jacente aux troubles avec l'apparente facture névrotique des troubles tels que les phobies (repli sur soi), obsessions, ruminations, hyper expressivité théâtrale, par exemple. C'est le bilan psychologique et le temps de l'évolution qui permettent de différencier l'organisation névrotique de type hystérique et une organisation psychotique lorsque des phénomènes de dépersonnalisation, des états de confusion et de rigidité corporelle sont observés. La schizophrénie dysthymique se caractérise par la présence de troubles de l'humeur associés au syndrome délirant et dissociatif. La personnalité schizoïde et la personnalité schizotypique sont des troubles de la personnalité qui s'apparentent au « *spectre de la schizophrénie* ». Elles sont souvent repérées avant la décompensation schizophrénique. Leur manifestation ne signifie pas l'évolution vers une schizophrénie symptomatique typique (syndrome dissociatif, délire, syndrome autistique). [2]

1.2 Tableau clinique - Description des symptômes

1.2.1 Le syndrome dissociatif ou dissociation [3] [4]

En France, la dissociation est le critère essentiel pour le diagnostic de la schizophrénie. La dissociation est la perte de l'unité psychique de la personne. Elle est à l'origine d'une désorganisation de l'activité mentale de la personne. Ce processus interne affecte différents champs de la vie psychique de la personne, il y a un manque de cohérence entre l'affect, la pensée, le comportement et le langage. Le syndrome dissociatif évoque une discordance qui est un manque d'accord, de cohésion, ce qui influence sur diverses activités de la vie quotidienne. La discordance correspond à l'expression clinique de la dissociation.

Les troubles du cours de la pensée

Le processus dissociatif entraîne une perte de la cohérence et de la logique de la pensée, elle devient diffluite. La personne passe d'une idée à une autre sans suite logique. Les associations d'idées ne sont pas compréhensibles. La personne a des capacités intellectuelles mais elle est incapable d'utiliser ces compétences au vu de la présence des troubles du cours de la pensée comme le barrage qui est un arrêt brusque du discours, qui peut s'arrêter net ou continuer sur le même thème ou en changer.

Les troubles du langage

La dissociation s'observe également avec des troubles du langage comme le mutisme ou les réponses incohérentes, les stéréotypies, les altérations sémantiques avec par exemple des néologismes et l'agrammatisme qui mènent à un langage incompréhensible appelé schizophasie, le paralogisme, c'est-à-dire une mauvaise utilisation des mots. Le discours ne semble plus être destiné à créer un contact.

Les troubles du système logique

Le système logique est propre à la personne présentant une schizophrénie, ce qui donne à son discours un aspect bizarre et impénétrable avec un possible rationalisme morbide et une altération des capacités de raisonnement.

Les troubles affectifs

La discordance affective est l'expression d'une absence de cohérence entre les émotions observables et la situation, par exemple de parler de la mort d'un proche avec un grand sourire. La dissociation est à l'origine d'une ambivalence affective, c'est-à-dire l'affirmation de deux choses contradictoires en même temps ; la personne présentant une schizophrénie n'intègre pas deux sentiments contradictoires et elle ne peut pas prendre parti envers l'un des deux. Il est important d'être vigilant face à ces troubles de l'affectivité car ils peuvent être à l'origine de manifestations émotionnelles déconcertantes et imprévisibles.

Les troubles psychomoteurs

Au niveau du corps, on observe le manque de cohérence entre l'expression psychomotrice et les pensées et émotions, sous forme de parakinésies (expressions mimiques ou gestuelles remplacent ou déforment l'expression normale). Cela s'exprime également par les mouvements automatiques, parasites avec des stéréotypies motrices : balancement, grattage, un maniérisme. Le patient psychotique n'a pas un vécu unifié du corps, vécu comme morcelé.

La dépersonnalisation [1] [2] [5]

La dépersonnalisation est comparable à un sentiment de perte de l'intégrité psychique et physique avec un impact sur les perceptions corporelle et sentimentale, ainsi que sur la pensée. Les personnes se sentent comme à l'extérieur d'elles-mêmes et de leur propre corps. Elles peuvent avoir la sensation d'être dans un rêve et s'observer de l'extérieur de leur corps. C'est avec la fragilité du rapport à la réalité extérieure qui en découle des troubles identitaires comme la dépersonnalisation, c'est-à-dire que le sentiment qu'a le patient d'être vivant, réel, entier, différent et en même temps semblable aux autres, n'est ni assuré, ni constant. Le terme angoisse de morcellement, d'anéantissement est utilisé pour nommer la désintégration du Moi.

La déréalisation altère la perception du monde chez les personnes qui la vive. Le monde extérieur leur paraît irréel et étrange. La perception, forme ou taille, des objets qui les entourent est modifiée, la reconnaissance de personnes connues peut être impossible. Le patient psychotique est aussi caractérisé par des troubles graves du rapport à la réalité extérieure, où il affronte la réalité insupportable pour lui, il la nie de façon importante et crée avec son délire une autre réalité, constituée de ses éléments internes qu'il extériorise.

1.2.2 Le syndrome délirant (paranoïde) [1] [6]

Le délire n'est pas systématisé c'est-à-dire avec peu ou aucune cohérence, il est imprécis, variable, contradictoire et abstrait, il n'est pas structuré. Le délire est inconstant, il peut se modifier au cours de la maladie. Il est vécu sans aucune distance critique, avec un bouleversement émotionnel intense. Le sujet peut adhérer à son délire ce qui peut entraîner des troubles du comportement comme de l'agitation, ou de l'agressivité. Au départ, il peut apparaître sous la forme d'une bouffée délirante aiguë associée à des perturbations de la perception de soi et du monde extérieur. Plusieurs mécanismes peuvent s'observer : hallucinations psycho-sensorielles (les acoustico-verbales sont les plus fréquentes), syndrome d'automatisme mental, interprétation, illusion (perception déformée), intuition (idée fausse admise). Les thèmes du délire sont variés et coexistent sans recherche d'enchaînement logique. Le délire est centré sur des idées de persécution, de menace d'influence, pour une grande partie. Les thèmes non exhaustifs peuvent être : mystique, d'érotomanie.

1.2.3 Le syndrome autistique [1] [6]

Le terme autisme ou repli autistique est utilisé pour qualifier une modification des rapports au monde de l'adulte atteint de schizophrénie. Deux aspects sont présents : d'un côté, la reconstruction du monde interne domine ; caractérisée par des rêveries, une absence d'intérêt pour ce qui l'entoure. De l'autre, le contact avec la réalité se perd avec de l'apragmatisme, du désintérêt, de l'indifférence affective, une absence de communication.

Afin de valider le diagnostic, ces symptômes « *doivent persister pendant au moins 6 mois* » et ils « *ne doivent pas être liés à une affection médicale ou à un abus de substances et doivent être distincts de l'évolution ultérieure d'un trouble envahissant du développement à type autistique* ». [7]

1.3 Le mode d'entrée dans la maladie

Le mode d'entrée dans la maladie peut être brutal ou insidieux et progressif. La bouffée délirante aiguë (BDA) est la forme typique d'entrée dans la maladie, mais ce n'est pas parce qu'il y a une bouffée délirante aiguë, qu'il y a une entrée dans la schizophrénie.

1.4 Le sentiment d'existence

L'identité personnelle n'est pas donnée à la naissance, elle se construit. Une partie est imposée : le sexe, la famille et son insertion sociale. C'est à partir de l'adolescence que la personne s'approprie personnellement son identité. On parle de maturité, elle « *se repère par l'aptitude de l'identité à intégrer des expériences nouvelles et à créer sans arrêt à partir de cela une identité nouvelle, toujours en devenir* ». [8] Chez l'adulte, elle continue d'évoluer, même chez les personnes les mieux construites et les plus confiantes. Certains événements de la vie les favorisent comme par exemple devenir parent ou encore changer de profession. Les problèmes ou crises de l'identité apparaissent lorsque qu'un ou plusieurs de ces sentiments sont atteints, elles sont comme des phases de maturation. Le sentiment d'identité se compose des sentiments de l'être matériel, d'appartenance, de cohérence, de continuité temporelle, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance et d'existence. [8] [9]

P. Juignet, dans Psychisme évoque « *qu'un corps vivant et unifié est la base de l'identité de l'existence individuelle.* » Or chez les psychotiques, le corps est morcelé, non délimité. Une confiance est à restaurer dans la continuité du corps, elle peut naître à l'aide de la relation avec l'analyste. [10]

Dans la schizophrénie, la conscience des troubles aussi appelée *insight* est fréquemment altérée. Entre 50 et 80 % des personnes présentant une schizophrénie développe un déficit dans la conscience de leur maladie. [11]

De nombreux auteurs ont montré que ce défaut d'insight avait des conséquences néfastes sur l'évolution de la maladie. En effet, il entraîne une mauvaise observance thérapeutique. Ce phénomène peut être responsable d'une augmentation du risque de rechute et d'une diminution de la qualité de vie. [12]

Le sentiment d'existence s'appuie sur le fait d'avoir conscience de soi et d'être reconnu comme différent des autres. C'est-à-dire qu'il développe la connaissance de soi avec la distinction du Moi et du non Moi, ce qui éclaire les difficultés d'une personne psychotique à se distinguer d'autrui. Cette distinction du Moi et du non Moi, est liée aux notions de dedans-dehors et surtout la compréhension de l'espace transitionnel. Le sentiment d'existence peut se consolider par un renforcement du Moi, de la conscience, en atteignant un sentiment de valeur, tant au niveau personnel que social. Le sentiment d'existence peut s'améliorer, mais sans qu'il y ait de véritable changement intrapsychique, par exemple au niveau des mécanismes de défense (déli et projection). Avec une activité d'expression créative en présence d'une autre personne, le sentiment d'existence peut se retrouver avec le retour apporté à travers l'autre, amenant ainsi une forme d'inscription dans le symbolique. [13] [14]

2. Les suivis thérapeutiques

Les stratégies thérapeutiques comprennent des soins psychiatriques destinés à préserver et à renforcer l'intégrité corporelle et psychique du patient [15]. L'accompagnement thérapeutique s'articule autour d'un suivi médicamenteux et d'un accompagnement non médicamenteux.

2.1 Le suivi médicamenteux

Les traitements ont pour but d'améliorer la qualité de vie, et de contribuer à l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie, en réduisant ou éliminant les symptômes de la maladie. [16]

Depuis les années 1950, l'apparition de médicaments antipsychotiques dits « *neuroleptiques classiques* » a révolutionné l'évolution et le pronostic de la schizophrénie en améliorant l'état clinique des patients et en réduisant les taux de rechute. Les neuroleptiques sont des substances chimiques pouvant calmer un état délirant ou hallucinatoire, un état d'angoisse et d'agitation, avec leur fonction de « *prendre le nerf* » (En grec « *neuron* » signifie « nerf », et « *léptikos* », « qui prend »), c'est-à-dire l'attraper et le maîtriser. [2]

La deuxième génération d'antipsychotiques – Risperidone (Risperdal®), Olanzapine (Zyprexa®), Aripiprazole (Abilify®), Amisulpiride (Solian®), Quétiapine (Xeroquel®) – limite les effets extrapyramidaux (de type parkinsonien) et cognitifs mais une prise de poids est possible. Aujourd'hui, ces produits sont prescrits en première intention. Cependant, les neuroleptiques classiques sont parfois maintenus chez des personnes stabilisées, ou initiés dans certaines situations liées à l'histoire thérapeutique. Le traitement antipsychotique doit être administré le plus précocement possible dès le diagnostic posé et pris en continu, à la posologie minimale efficace et en monothérapie. D'autres médicaments peuvent être prescrits en complément : des anticholinergiques, pour réduire l'intensité de certains effets indésirables ; des antidépresseurs, en présence de symptômes dépressifs ; des anxiolytiques ou des hypnotiques, pour les problématiques de l'anxiété ou de troubles du sommeil. Ces médicaments dits suspensifs atténuent les symptômes de la maladie, mais celle-ci peut toujours évoluer. [17] [18]

2.2 L'accompagnement thérapeutique

Les traitements médicamenteux sont associés à des traitements non pharmacologiques pour favoriser l'observance thérapeutique et améliorer le vécu de la personne. Ces soins ont vocation de pallier aux déficiences psychosociales avec des programmes de réhabilitation, le renforcement des habiletés sociales, la psychothérapie, la remédiation cognitive, la réinsertion socioprofessionnelle. [17]

L'orientation du suivi thérapeutique est effectuée par le médecin spécialiste, elle est adaptée à chaque patient selon son contexte clinique, biologique et social. Elle varie selon la phase d'évolution de la maladie. L'alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe soignante est fondamentale. L'accompagnement thérapeutique est globale, il s'effectue en équipe pluridisciplinaire ; les professionnels pouvant être impliqués sont : le psychiatre qui est généralement le soignant référent, le pédopsychiatre pour les formes infantiles et précoces, le médecin traitant, le psychothérapeute (en cas de psychothérapie), un psychologue, des infirmiers, des aides-soignants, un psychomotricien, un ergothérapeute, des assistants sociaux et autres travailleurs sociaux, un diététicien.

Le patient peut également être suivi dans le cadre de réseaux associant ces différents professionnels.

2.3 L'accompagnement thérapeutique et le modèle psychodynamique

La psychanalyse considère les troubles psychiques comme la manifestation, plus ou moins durable et dissimulée, d'une difficulté de la personne dans son rapport à elle-même et au monde. La théorie et la pratique psychanalytique ont évolué au fil des années et avec les différents praticiens, ce qui a fait naître des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves. Dans cette approche, il existe à ce jour une diversité de contributions théoriques et de modalités thérapeutiques qui font encore l'objet de recherches, en relation avec les enjeux de la société contemporaine. Le modèle psychodynamique s'applique à des troubles impliquant l'histoire individuelle et familiale, et les conditions du développement de la personne.

Les professionnels utilisant ce modèle psychodynamique/psychanalytique utilisent souvent une méthode semblable à la psychanalyse avec une pensée psychanalytique tout en adaptant le cadre de la thérapie. Ce type de psychothérapie a une vocation propre à chaque personne, mais la recherche de la compréhension de soi et des autres par un dialogue thérapeutique entre le thérapeute et la personne est le point commun. Le thérapeute explore les relations passées significatives ainsi que l'histoire de la personne pour mieux comprendre sa vie actuelle. Il tient compte de son parcours, de la continuité de son existence. La qualité relationnelle et la contribution du thérapeute sont essentielles. [19] [20]

Le cadre de référence psychodynamique, aussi appelé modèle psychodynamique est donc basé sur la psyché de la personne et sur son passé. Ce modèle se base sur quelques hypothèses comme le fait que le comportement soit gouverné par des processus inconscients ; que la personnalité soit marquée par le développement psycho-affectif des premières années ; que les conflits, l'anxiété, la culpabilité, la dépression ou les problèmes relationnels plus tard dans la vie sont des symptômes de conflits inconscients non résolus, refoulés pendant l'enfance ou développés lors de traumatismes psychologiques. D'après ce modèle, le matériel inconscient peut faire surface sous forme de rêves et de symboles. Il se fonde sur la possibilité, à travers un long processus d'analyse, de découvrir l'origine des symptômes, de résoudre des conflits et d'améliorer des relations insatisfaisantes. Il a pour objectif de faire prendre conscience aux personnes des causes inconscientes de leur mal-être ou de leur pathologie grâce à la parole. Ce modèle aide les personnes à exprimer leurs pensées, leurs émotions, leur vécu. En psychothérapie, avec cette approche, le thérapeute les aide à déployer leur expression et dévoiler la cause de leur angoisse. De part ce rapport avec l'inconscient, il peut être approprié dans l'approche d'une psychose comme la schizophrénie (dans sa lecture dans le domaine affectif). En effet, ce modèle regroupe les théories psychanalytiques soit l'analyse et la compréhension du fonctionnement psychique d'un sujet. De plus, la psychanalyse et la psychothérapie visent à connaître le fonctionnement psychique afin de favoriser un changement intrapsychique grâce à l'écoute et la verbalisation. Certains thérapeutes utilisent l'interprétation afin de mettre en lien les dire de la personnes et ses événements vécus dans le passé. [21] [22]

2.4 Ergothérapie

En psychiatrie, l'ergothérapie s'appuie sur la triangulation personne - ergothérapeute - activité, l'activité étant entendue comme une médiation, un terrain commun de créativité entre patient et ergothérapeute. L'ergothérapeute se doit de fonder sa pratique sur cette triangulation, qui peut s'ancrer dans l'approche du modèle psychodynamique. [23]

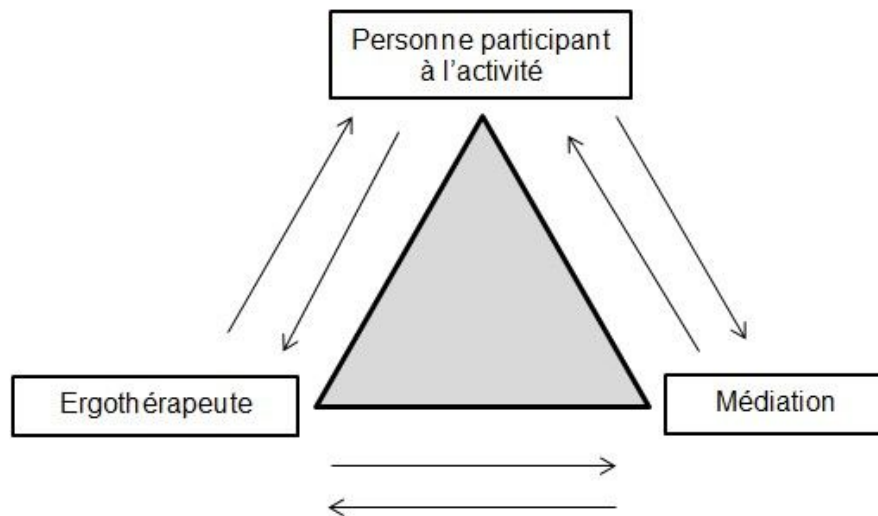


Figure n°1 : Schéma représentant la triangulation personne - ergothérapeute - médiation.

La qualité de la relation entre la personne et le thérapeute est essentielle. La mise en place d'une activité apporte une autre dimension à cette relation en ajoutant une relation entre la personne et la médiation ainsi qu'entre l'ergothérapeute et la médiation. La médiation sert de support afin de mettre en lien la personne, le thérapeute et la réalité apportée avec la médiation.

2.4.1 Modèle psychodynamique et ergothérapie [24] [25] [26]

Réaliser un suivi thérapeutique à travers le prisme de ce modèle nécessite un travail en équipe pluridisciplinaire, supervisé par un médecin ou un psychologue, qui seront plus à même de comprendre les phénomènes mis en jeu. L'ergothérapie, par le biais de ce modèle, peut s'envisager par une médiation sélectionnée à partir du sens du symptôme de la personne et de la dynamique thérapeutique à mettre en place. Autrement dit, l'ergothérapeute sera réceptif aux mécanismes de défenses propres de la personne en tant compte de sa forme de décompensation (liée à sa propre organisation psychique). Le processus thérapeutique est basé sur la relation de confiance qui s'instaure dès les premiers instants. Les apports thérapeutiques des activités proposées sont analysées par l'ergothérapeute. Ce dernier élabore des objectifs spécifiques et met en place un suivi adapté. Les activités sont essentiellement des activités projectives, créatives et de verbalisation. (modelage, dessin, peinture, écriture, ect.) L'activité permet à la personne d'exprimer, verbalement ou non, du matériel inconscient (conflits internes, affects, désirs, pulsions et défenses qu'elle a à l'intérieur d'elle-même). L'enjeu de l'activité rend la relation de confiance essentielle mais aussi complexe. En effet, la relation met en jeu des mécanismes comme la projection, le transfert et le contre-transfert. La projection est le fait de localiser sur une autre personne certains de ses affects, pensées, pulsions, impossibles à accepter comme les siens. Le transfert est le report de sentiments favorables ou hostiles effectué par la personne sur le thérapeute. Le contre-transfert est l'ensemble des réactions affectives conscientes ou non du thérapeute envers le patient. L'ergothérapeute se doit d'être conscient de ses propres mécanismes de défense pour un suivi thérapeutique optimal. Une attention est aussi à porter afin de limiter le développement une certaine dépendance vis-à-vis du thérapeute. Ce dispositif amène la compréhension de la construction du Moi de la personne et donne accès à ses dires autant qu'à ses non-dits, grâce à un ensemble de règles. La pratique en ergothérapie se caractérise par la mise en place de trois moyens thérapeutiques importants : une relation thérapeutique, un cadre et l'utilisation d'une médiation servant de support entre la personne, le thérapeute et la réalité.

2.4.2 La relation thérapeutique de confiance

La relation entre le patient et l'ergothérapeute ainsi qu'avec le reste de l'équipe est le pilier d'un accompagnement thérapeutique de qualité. Le fait de placer la personne au centre de ce suivi influence la relation. En effet les préoccupations, les préférences et les émotions de cette dernière sont écoutées ce qui favorise la communication, la collaboration patient-thérapeute, ainsi qu'un climat de confiance. Les ergothérapeutes le reconnaissent, leurs interventions sont plus efficaces lorsque la personne est impliquée et engagée dans le processus de définition et de réalisation des objectifs. [27] [28]

La relation thérapeutique prend en compte la relation de confiance. Pour instaurer cette relation de confiance, l'ergothérapeute doit d'abord s'adapter aux modes d'organisation et de défense du sujet et ensuite ajuster son approche thérapeutique selon l'évolution des troubles. Cette relation de confiance est essentielle pour appréhender les mécanismes de projection, transfert et contre-transfert vu précédemment. [24]

La relation thérapeutique est spécifique au soin. Une personne est en demande ou en attente d'aide de la part des thérapeutes. Elle est à différencier de la relation sociale. La relation est thérapeutique mais elle doit respecter l'espace personnel de la personne et du thérapeute. Le thérapeute ne partage pas son intimité avec le patient. Le thérapeute doit prendre du recul pour analyser la relation et réfléchir à ce qui s'y passe. Certains ajustements, du côté du thérapeute et/ou du côté de la personne, seront à apporter afin de maintenir un suivi thérapeutique optimal. Par exemple, au niveau de la distance physique, le fait d'être face à face avec des personnes psychotiques peut devenir source de confusion, créer une situation miroir où la personne ne se distingue pas d'autrui. Après analyse de cette situation, le thérapeute pourra adapter sa proximité selon la personne avec laquelle il se trouve. Dans cet exemple, il modifiera sa posture en s'installant à côté de la personne et il adaptera son comportement afin d'éviter le contact direct. [29]

2.4.3 Le cadre

La symbiose avec la mère permet à l'enfant de développer son Moi. Le cadre a une fonction semblable en agissant comme support. La symbiose avec la mère serait le cadre initial de l'individu, sur lequel se construit son Moi différencié. « *Le cadre est la partie la plus primitive et la moins différenciée de la personnalité* ». [30]. Le cadre permet le processus. Ce dernier est constitué de phénomènes et de comportements, il doit rétablir la symbiose afin de pouvoir la modifier. Le cadre se doit de répondre à certains besoins fondamentaux de l'enfant, soit : assurer sa sécurité et celle de sa parole. En effet, la dépendance et l'organisation psychologique primitives de la personne s'analysent à l'intérieur du cadre (défini et fixe) de l'analyste. Selon J. Bleger, dans *Crise, Rupture et dépassement* [31], les relations stables ou « immuables », soit les non-absences permettent l'organisation et la préservation du non-Moi. Elles sont le pilier pour la construction du Moi en complément avec les expériences frustrantes et gratifiantes. De par sa constance, le cadre est un facteur déterminant dans les phénomènes qui régissent les processus du comportement. L'intérieur du cadre psychanalytique comprend le rôle de l'analyste, une part de technique ainsi que l'ensemble des dimensions temporo-spatiales. [30] [31]

Le cadre délimite les séances avec des invariants dans l'espace et le temps et dans les matériaux et outils propres à l'activité proposée. Ces invariants s'imbriquent avec des processus variables et malléables selon ce qui se déroule lors de l'activité, ce qui permet un travail de symbolisation de la vie psychique et relationnelle des participants autour d'objet médiateur. Chacun des participants est amené à exprimer son expérience subjective. Le cadre apporte les conditions et les préconditions pour que le sujet puisse faire le travail psychique nécessaire. Le cadre est défini par sa constance, sa stabilité et sa fonction contenante. [32]

En ergothérapie, le cadre a différentes fonctions : la contenance et la confidentialité, un aspect structurant, et il permet un espace intermédiaire. D'abord, la fonction de contenance et la confidentialité sont fondamentales afin de susciter un sentiment de sécurité chez la personne. L'ergothérapeute propose des expériences contenantantes qui renforcent la fonction psychique des personnes, notamment chez les psychotiques.

La confidentialité est assurée au niveau de l'espace de la salle d'activité ainsi qu'avec la capacité de l'ergothérapeute à protéger cet espace. Le cadre offre un caractère structurant. Avec l'ergothérapeute comme garant du cadre et des règles de l'activité. Ces règles font partie de l'accompagnement thérapeutique chez des psychotiques. Elles posent des limites et une structure avec des éléments organisationnels que les participants doivent intégrer, ce qui stimule leurs propres capacités cognitives à organiser. Le cadre, les règles et ses limites garantissent les limites du sujet et de son espace psychique, ce qui assure aux psychotiques la distinction entre le Moi et le non-Moi et contribue à la construction d'une intériorité et d'une extériorité corporelle puis psychique. Enfin, il vient aussi s'inscrire comme un espace intermédiaire, d'entre deux, issu de l'espace transitionnel de D.W. Winnicott. Ce point sera développé par la suite.

R. Kaës cite J. Bleger qui note, dans les analyses de psychotiques que si le cadre change, une déstructuration des appuis du Moi du sujet, soit ce qui le constitue est possible. La modification du cadre en psychanalyse impacte la sécurité et l'identité de la personne. Le cadre est présent dans le dispositif proposé par l'ergothérapeute et dans le même temps, il se combine avec le dispositif de l'institution. Ce cadre créant un lien dans un processus dynamique à la fois individuel et collectif de soins.

[33] [34] [35]

2.4.4 L'activité

Le référentiel d'activités de l'ergothérapie précise que l'une des principales opérations constitutives de l'ergothérapeute est la réalisation de soins de rééducation et de soins en santé mentale par la médiation, par l'activité. Ces dernières ont une visée thérapeutique : développer les capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication des personnes en situation de handicap. L'ergothérapeute utilise différents moyens comme des activités d'artisanat, d'expression, projectives, ludiques, et aussi des activités liées aux activités de la vie quotidienne dans les différents environnements de la personne. [36]

En psychiatrie, les médiations utilisées sont diverses entre la peinture, le modelage, la musique, la danse, l'écriture ou encore le théâtre. Ces médiations ont toutes leurs spécificités et leurs vertus propres. Une réflexion sous forme d'entretien et d'évaluation est nécessaire avant de proposer une psychothérapie de cette nature afin de sélectionner la médiation la plus adaptée à la personne à un moment donné. Cette notion de médiation est essentielle, elle fait écho aux notions de résolution de problèmes, pour lesquels des solutions directes ne peuvent être trouvées. La médiation sert d'intermédiaire dans la communication. Son but est de créer une rencontre entre le thérapeute et le patient qui prend en compte les nombreux paramètres vus précédemment : la relation de confiance, la spécificité du cadre de l'atelier, les règles, ainsi que la qualité de la disponibilité du thérapeute. [37]

La médiation est utilisée comme outil pour essayer de créer un lien : de soi à soi et de soi à l'autre. Elle est également un support qui permet de mettre en lien le patient, le thérapeute et la réalité. La relation est dite triangulaire, elle s'articule autour de la personne soignée, du thérapeute et de l'objet médiateur (l'activité). Au centre de ce triangle se situe l'espace créatif ergothérapeutique, la personne y crée un objet. Il ne faut pas négliger l'importance de la relation que le patient entretient à l'égard de son objet. Ce médiateur permet le lien et rejoint le concept d'objet transitionnel de D. W. Winnicott entre le monde extérieur et le monde intérieur, frontière entre le Moi et le non-Moi.

L'ergothérapeute à travers la relation thérapeutique peut mettre en place une activité en accord avec les objectifs et les besoins de la personne. A cette notion de relation thérapeutique s'ajoute la notion de relation médiatisée avec un objet concret. Dans cette dernière, s'intègre les théories de D.W. Winnicott avec sa notion de transitionnalité et d'espace intermédiaire. Cet espace n'est ni tout à fait dedans ni tout à fait dehors. Cette notion d'entre deux est à entendre dans les deux dimensions de l'entre-deux, qui sépare et qui relie. Au niveau de la relation, l'espace sépare d'une part, c'est à dire que le thérapeute et la personne sont distingués et dissociés. L'espace offre à la relation plus d'ampleur que dans l'exemple d'un face à face verbal. Et dans le même temps, l'espace fait lien, entre le thérapeute et la personne dans le sens où une relation est possible, centrée sur la réalisation d'un objet.

La personne a ainsi l'occasion d'influencer sur un objet, ce qui la libère d'être elle-même en position d'objet. Dans cet espace se joue des éléments intrapsychiques, des éléments extérieurs en ressortent et ils peuvent être incorporés chez une pathologie comme la psychose. [29]

Cet espace transitionnel n'est pas intégré par les personnes psychotiques, pour qui la distinction du moi et du non moi est difficile. En ergothérapie, c'est l'atelier lui-même qui se pose comme un espace intermédiaire ; avec son cadre contenant et confidentiel ; spatial et temporel ; lieu de sécurité et se référant à la "loi" ; structurant et structuré . Avec ces caractéristiques avantageuses, l'espace renforce l'espace intermédiaire propre à la personne. [38]

3. Écriture

3.1 Naissance de l'écriture

L'écriture est présente dans nos vies depuis que nous sommes nés, et elle était présente avant notre naissance. Elle est née il y a 6000 ans. C'est un changement culturel qui apporte un nouveau moyen de communication à l'Homme. L'écriture permet à ce dernier d'entrer dans l'Histoire, de transmettre un message, témoigner, laisser une trace de son passage, raconter des histoires, son Histoire. [39]

3.2 Écriture et atelier thérapeutique d'écriture

Par définition, l'écriture est la représentation visuelle du langage par un système de signes graphiques adoptés par une communauté de sujets. C'est une projection de l'homme sur un support. Différents supports existent et permettent de communiquer dans le temps et à travers l'espace. Ils ont évolué à travers le temps : de la pierre au papyrus en passant par l'écorce d'arbre, le papier, et maintenant l'écran d'ordinateur ou de téléphone. Un outil est nécessaire pour l'inscription sur ces supports, par exemple : la plume, le stylet, les craies, ou encore les stylos.

L'atelier d'écriture thérapeutique s'inspire de l'expérience américaine du « *creative writing* », il s'agit d'amener les patients à exprimer leurs affects par la médiation de l'écriture. Il favorise la création à plusieurs niveaux : par la médiation de l'écriture entre le patient et lui-même, par la médiation de l'écriture entre le patient et l'autre (le patient et/ou le thérapeute), par la discussion. L'objectif est de créer une dynamique au sein du groupe qui libérera la communication tout en créant un travail relationnel qui contribuera à l'organisation psychique de chacun. [37]

L'activité d'écriture a une dimension ludique et créative qui conduisent les personnes à sortir du réel en investissant un espace transitionnel. Ces dimensions mettent en lien les ressentis et les représentations psychiques dans des scènes symboliques. L'écoute active complète ces dimensions, c'est-à-dire une écoute de ce qui se passe dans le groupe lors de la verbalisation en fin de séance. Chaque participant est tenu de « *respecter la subjectivité et l'intimité de l'autre qui se dit en se lisant* » [40] avec une écoute sans jugement.

3.3 Fonctions de l'écriture dans la psychose

Le rôle de l'écriture varie d'un patient à l'autre et même parfois pour un même patient d'un moment à l'autre. Elle est bénéfique dans certaines conditions (comme par exemple, en groupe, ce qui permet l'élaboration du texte à travers la parole et l'écoute des autres. La reconnaissance et la compréhension des autres structurent la pensée libérée et la contient). Chez les personnes psychotiques, l'écriture peut assurer un sentiment d'unité, tenter le maintien de la structure interne, éviter un effondrement ce qui leur demande un effort constant en règle générale. En effet, le Moi organise des défenses contre l'effondrement de sa propre organisation, c'est alors l'organisation du Moi qui est sous pression. La crainte clinique de l'effondrement physique est la crainte d'un effondrement psychique qui a déjà été ressenti. L'écriture offre une béquille psychique à la personne avec une possibilité de renarcissisation. [41]

3.3.1 Écriture restauratrice [42] [43]

L'écriture favorise la sortie, hors du psychisme, d'éléments reniés, et permet une première localisation spatiale et matérielle. L'écriture saisit l'élément renié en lui donnant forme par le mouvement graphique même, et devient un mode de traitement des éléments en question. La graphie est la matérialisation projective, sur le support de la feuille, des éléments non intégrés dans le psychisme. Le support devient lui-même contenant, ce qui rend possible la mobilisation de ces éléments. L'écriture est un effort pour restituer au Moi son unité à l'aide de ce fragment extériorisé. Elle n'est pas l'expression extérieure de quelque chose qui a été inscrit à l'intérieur mais plus une tentative à l'extérieur de ce qui n'a pas eu d'inscription psychique, comme tentative de traitement des éléments reniés. Cet élément a son importance, puisqu'il fait défaut chez certains psychotiques dont les schizophrènes avec la pensée sans lien, la diffluence, les barrages, l'écholalie, tout cela indique un défaut de symbolisation. Par exemple, un participant confronté à l'un de ses textes peut y réagir comme à un objet étranger persécuteur. Le déni est observable lorsqu'un participant revient sur des textes anciens, sans se reconnaître dans l'un d'entre eux.

3.3.2 Écriture et sentiment d'identité

L'écriture apporte une liberté chez certaines personnes, la liberté de s'exprimer, d'exister, d'apporter son point de vu en tant d'individu. Elle participe à la mise à distance des phénomènes vécus, à travers le processus de projection ; la personne écrit et confie sa pensée sur le papier. L'écriture entraîne une dimension intersubjective avec l'écrit, la relecture et la mise en mots partagée avec le groupe. Écrire en groupe permet aux personnes de se réunir et s'identifier les uns aux autres. Ce partage collectif apporte un soutien, les participants sont écoutés, compris et acceptés. La personne qui écrit se recompose un soi et un corps, mais après avoir pris du recul par rapport à ce qui a été écrit, elle peut se confronter à ses souffrances. L'écriture amène à la fois la construction et la déconstruction. Elle offre un espace pour libérer les mots et les partager, moment qui peut être plaisant et à la fois angoissant pour les personnes psychotiques. L'écrit laisse une trace, écrire peut révéler l'ambivalence des personnes psychotiques. [42] [43]

3.3.3 Le support comme premier destinataire

Au moment où la personne psychotique laisse sa trace, elle met à distance une possible détresse sur la feuille, ce qui apporte un détachement psychique. Le support permet de relativiser cette détresse, en revenant plus tard dessus. La feuille se transforme, par le déplacement opéré, comme un équivalent du corps maternel et l'écriture devient l'action pour s'en échapper.

Il est possible que la personne psychotique investisse le support en le brutalisant pour tester sa résistance. Le support est une surface d'accueil, en premier contenant. Lorsque la trace se sépare du geste, c'est la première figuration de la séparation ; elle peut être insupportable chez certains psychotiques. Dans certains cas, l'écriture a une fonction identitaire, représentative afin que la personne s'identifie, se trace et s'inscrit à elle-même, soi-même. Chez les psychotiques, ce « soi » échappe, se brouille et se disperse. Ecrire pour se rassembler un corps, pour donner « le squelette de son être », pour se donner une forme ; voilà le travail que permet le geste de la main qui « gratte » un support. [42] [43]

3.4 L'impact du groupe dans l'activité écriture

L'accompagnement thérapeutique des personnes présentant une schizophrénie passe par une inscription du lien social. L'individu peut être parmi les autres en réalisant des activités individuelles au sein d'un groupe. Les théories psychanalytiques de groupe proposent un cadre qui soit favorable au maintien des projections et des pulsions des sujets regroupés et dans le même temps, il favorise les processus de changement et de transformation des représentations. Le groupe apporte un support identitaire avec un effet miroir par l'intermédiaire des autres participants, en offrant un soutien et des échanges. Il permet une reconnaissance mutuelle, une socialisation ainsi qu'une revalorisation.

L'activité peut être un médiateur de l'expression en proposant un espace personnel d'expression. Le fait d'utiliser un médiateur concret est choisi afin de mobiliser la personne et le groupe et de les engager. En effet, l'activité en groupe offre un moyen d'expression complet en utilisant à la fois la parole et l'écriture. L'écriture suscite les capacités d'imagination et de créativité en proposant un support à la verbalisation des affects et des conflits internes. Le cahier d'écriture permet d'ouvrir les personnes présentant une schizophrénie au symbolique. Cet outil aborde une dimension sociale et expressive. [44]

3.5 Écriture et notion de contenance

Le verbe contenir est défini comme « *empêcher quelque chose de s'étendre ou d'avancer au-delà de certaines limites* », c'est-à-dire tenir dans un certain cadre. Au niveau émotionnel, contenir peut se définir comme réprimer un sentiment et empêcher sa manifestation extérieure, soit garder pour soi et en soi, même pour des événements qui créent de la souffrance. [45] [46]

La contenance comme enveloppe psychique fait référence à Didier Anzieu et à son concept de Moi-peau, aussi appelé le Moi-corporel qui est une dimension vitale de la réalité humaine. Ses travaux expliquent que l'enfant commence à faire la distinction entre le dedans et le dehors par les soins corporels et les communications pré-verbales précoces.

L'enfant se représente lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. Le Moi-peau garanti l'enveloppe narcissique dont l'enfant a besoin en certifiant la constance d'un bien être de base à l'appareil psychique. Pour Didier Anzieu, la peau a une fonction d'enveloppe physiologique, et aussi psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact. C'est la surface qui délimite le dehors et contient celui-ci à l'extérieur. La peau, par ses propriétés sensorielles, est un lieu et un moyen d'échange avec autrui. Elle offre au Moi la possibilité d'établir des barrières et de filtrer les échanges. [47] [48]

La contenance instaurée dans une relation offre un accueil des propos de la personne, et favorise l'expression des malaises de cette dernière : décharge pulsionnelle, sur des éléments psychiques, sur des émotions et des direns impensables à exprimer. Ce qui soigne n'est pas la décharge par la parole en elle-même, ni de voir les mécanismes dévoilés et rendus conscients. C'est la capacité du professionnel à contenir les émotions et les pensées que le Moi fragilisé de la personne ne peut contenir, ni tolérer du fait de son manque d'assurance en son sentiment d'existence. Le professionnel les accueille et offre un espace où il contient et transforme les émotions, les angoisses, les conflits, c'est-à-dire la douleur psychique. Cette dernière est contenue parce qu'elle est comprise par le professionnel.

L'ergothérapeute, lors des activités réalisées en groupe, a un rôle de régulation dans la distribution de la parole afin que chacun des participants puissent avoir un temps pour s'exprimer. Il fait office de pare-excitation c'est-à-dire qu'il protège les participants des excès de stimulation et des possibles débordements (verbal ou physique) grâce à sa présence et au cadre qu'il pose.

Le cadre est contenant en lui-même, avec ces éléments comme l'espace et le temps de l'activité vu précédemment. Un médiateur comme le cahier d'écriture a une fonction contenance. Il ajoute un cadre dans le cadre. En effet, physiquement, il présente des bords ainsi que des zones d'écriture bien définies. Pour la personne qui l'utilise, la zone de travail est délimitée précisément. [49]

Problématique

Le quotidien des personnes présentant une schizophrénie est impacté par le syndrome dissociatif qui est une désorganisation de l'activité mentale de la personne, avec un manque de cohérence entre l'affect, la pensée, le comportement et le langage. Ce syndrome impact le sentiment d'existence de la personne. Ce dernier s'appuie sur le fait d'avoir conscience de soi et d'être reconnue comme différent des autres. La littérature explique que l'écriture est une projection de l'homme sur un support et que cette médiation amène les patients à exprimer leurs affects. En effet, l'écriture participe à la mise à distance des phénomènes vécus grâce à un processus de projection ; la personne se confie sa pensée, ses affects et des conflits internes à l'écrit sur le papier et à la verbalisation. Elle a aussi une fonction identitaire, représentative afin que la personne s'identifie à elle-même. Le support utilisé est une surface d'accueil, le premier contenant. Ainsi la personne peut se recomposer psychiquement et physiquement. La prise de recul est favorisée par la nature du support qui permet de revenir plus tard sur le texte. D'autre part, l'ergothérapeute s'appuie sur la triangulation personne - ergothérapeute - activité. L'activité jouant ici le rôle de médiateur, elle permet d'inscrire le patient dans la réalité. Ainsi l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans l'accompagnement thérapeutique des personnes présentant une schizophrénie impactée par le syndrome dissociatif. La littérature nous amène à nous interroger sur la nature de ce rôle.

Question de recherche : Quel est le rôle de l'ergothérapeute, dans l'accompagnement thérapeutique du syndrome dissociatif des personnes présentant une schizophrénie, au travers de l'atelier d'écriture ?

Hypothèse 1 : L'implication de l'ergothérapeute dans la relation thérapeutique et le cadre qu'il instaure lors l'atelier d'écriture apporte une contenance.

Hypothèse 2 : Un outil comme le cahier d'écriture permet de retrouver un sentiment d'existence par des formes d'inscriptions sociales et expressives.

Partie méthodologique

1. Méthodologie

1.1 Choix de l'outil

La démarche expérimentale aurait été optimale afin d'évaluer directement l'effet sur les personnes souffrant de schizophrénie, mais ce genre d'étude s'effectue sur le long terme. De plus les ergothérapeutes contactées exercent selon un fonctionnement propre à leur pratique personnelle, avec leur propre cadre et leur(s) propre(s) outil(s). La stratégie d'action qui semble la plus appropriée dans le temps imparti, afin de valider ou non les hypothèses émises dans la problématique, a été d'élaborer et de mener des entretiens auprès d'ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la psychiatrie. Le critère d'inclusion étant : la réalisation d'un atelier écriture auprès de personnes présentant une schizophrénie. L'étude réalisée est une étude qualitative qui cherche à mettre en évidence lors de l'activité écriture ; le cadre posé par l'ergothérapeute et son impact, l'implication de l'ergothérapeute et les bienfaits de l'activité écriture chez les personnes présentant une schizophrénie, puis l'intérêt d'utiliser un cahier d'écriture. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des ergothérapeutes sélectionnées. Cette méthode a été choisie afin de s'intéresser et de recueillir des témoignages (avec des situations illustratives) et des analyses réflexives sur ces différentes pratiques, d'autant plus que le fonctionnement d'une activité atelier écriture est propre à chacune.

Les personnes interrogées doivent prendre environ quarante minutes de leur temps pour répondre à l'entretien. Ce dernier favorise l'échange ainsi que le développement de certains points. Il laisse place à la réflexion de l'interviewé avec les silences, la possibilité de reformulation et de réorganisation de l'idée. De plus les professionnelles interrogées ont la possibilité d'apporter leurs expériences de terrain en rapport avec leurs pratiques, en donnant des exemples et des situations illustratives.

1.2 Méthode de recueil de données

1.2.1 Choix de la population

Afin de valider ou non les hypothèses émises dans la problématique, les entretiens seront effectués auprès d'ergothérapeutes travaillant en psychiatrie, avec une expérience professionnelle dans ce domaine de minimum 5 ans. Les ergothérapeutes interrogées doivent réaliser ou avoir déjà réalisé une activité d'atelier écriture, en groupe, avec la présence de personnes présentant une schizophrénie. Ces ergothérapeutes, avec leur expérience de terrain sont les mieux placés afin de répondre précisément aux questions. La première partie du recrutement de cette population cible s'est effectuée en contactant différentes structures psychiatriques dans toute la France. La prise de contact s'est effectuée par mail dans un premier temps, puis par téléphone. Les quatre personnes contactées ont par la suite, acceptées de répondre à l'entretien. L'une d'entre elles nous a aussi donné le contact de l'une de ses collègues. La deuxième partie du recrutement s'est effectuée par le biais du carnet d'adresse des différents lieux de stage mis à disposition par l'école, afin de cibler les structures psychiatriques de la région pour réaliser des entretiens en face à face, 16 adresses mails ont pu être récupérées. Une prise de contact par mail a été effectuée afin de savoir si un ergothérapeute exerçait dans le service de la structure. Après des relances, des transferts de mail d'un service à l'autre, nous avons obtenu une réponse positive. L'entretien s'est finalement déroulé par téléphone par manque de temps et de moyen pour se déplacer sur le lieu d'exercice de l'ergothérapeute. Lors de la prise de contact avec les ergothérapeutes nous avons spécifié que l'entretien est réalisé dans le cadre du mémoire de fin d'études. Lors de l'entretien il a été précisé que celui-ci était enregistré afin de faciliter l'analyse ultérieure. De ce fait, leur anonymat, tout comme celui de leur structure d'exercice seront respectés. Afin d'éviter de biaiser les réponses de nos interlocuteurs, les éléments de la problématique sont restés secrets. Au terme de ce travail, les ergothérapeutes ayant participé aux entretiens, s'ils le souhaitent, recevront par mail le mémoire achevé.

1.2.2 Conditions de réalisation des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés par téléphone. Pour l'entretien test, l'entretien 4 et l'entretien 5, l'interviewé et l'intervieweur se trouvaient dans leur logement personnel, dans une pièce calme, respectivement. (Les entretiens étant réalisés hors horaires de fonction). Pour les entretiens 1, 2, et 3, l'interviewé et l'intervieweur se sont isolés dans une pièce calme, sur leur lieu de travail, pendant un temps de pause ou après le temps de travail. L'intervieweur s'est assuré d'être dans une pièce isolée afin de garantir un échange optimal tout en respectant l'anonymat des personnes interrogées. Pour chaque entretien, l'appel téléphonique est mis sur haut-parleur. Le téléphone est placé à proximité de l'ordinateur où se trouve le logiciel qui permet l'enregistrement de la conversation.

1.2.3 Création et présentation du guide d'entretien

Afin de réaliser les entretiens dans une démarche méthodologique, nous avons créé un guide d'entretien. Il sert de trame afin de construire la discussion avec l'ergothérapeute. Cet outil est fondé sur des questions semi-ouvertes. Il comprend une dizaine de questions, regroupées en thèmes afin de rendre possible une analyse qualitative et d'identifier des modèles de pratiques et de représentations. Les thèmes et les questions ont été définis afin cibler les notions et les informations recherchées. Une attention a été apportée lors de la rédaction des questions, des relances, mais aussi pendant l'entretien afin d'éviter d'influencer les réponses des participants, le guide d'entretien et la justification des thèmes sont disponibles en annexe (cf Annexe I). Des réponses types ont été imaginées afin de faciliter le traitement des réponses données par les interviewés.

Les questions sont basées sur :

- les activités thérapeutiques réalisées auprès de personnes souffrant de schizophrénie,
- la définition et la description du dispositif de l'atelier d'écriture,
- les compétences et prérequis des soignants qui encadrent l'atelier d'écriture

- les interactions pendant l'atelier d'écriture et leur gestion,
- l'avis sur l'utilisation d'un outil : le carnet de bord / cahier d'écriture,
- des informations concernant le parcours et l'expérience professionnelle des ergothérapeutes.

Le guide d'entretien a été finalisé à la suite d'un entretien dit "test" réalisé le 17 avril 2018. Cet entretien test a permis de vérifier la pertinence des questions et des informations recueillies ainsi que d'identifier les questions manquantes et celles à reformuler.

1.3 Mode de passation

Le protocole de passation des entretiens a été le suivant : l'enquêtrice pose les questions préétablies dans le guide d'entretien, et la personne interrogée (l'enquêtée) est libre d'y répondre comme elle l'entend. Les entretiens ont été enregistrés, avec au préalable l'accord des interviewés, en leur précisant que les données seront anonymes. Les entretiens ont ensuite été retranscrits mot à mot afin de faciliter la compréhension, éviter les interprétations par l'enquêtrice et assurer la fidélité des propos.

1.4 Méthode d'analyse des entretiens

L'analyse est qualitative. Chaque entretien est enregistré afin de retranscrire avec exactitude la discussion menée. Cette méthode amène une analyse de l'entretien plus aisée ; les informations pertinentes sont mises en évidence puis classées dans une grille d'analyse reprenant l'ensemble des thèmes abordés. Ainsi, l'analyse des réponses de tous les entretiens est facilitée.

2. Résultats obtenus

Après avoir mis en application la stratégie d'action, voici les résultats obtenus.

2.1 Présentation des enquêtés

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Moyenne
Nom d'identification	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5	-
Année d'obtention du diplôme d'état	2006	2002	1988	1998	1982	1995
Ville d'obtention du diplôme d'état	Rennes	ADERE	Berck -Sur-Mer	Berck -Sur-Mer	Nancy	-
Expérience dans le domaine de la santé mentale	11 ans	16 ans	30 ans	20 ans	36 ans	22,6 années
Durée de l'entretien	41 min 07	45 min 34	48 min 06	54 min 02	40 min 11	45,8 minutes

Tableau n°1 : Présentation des enquêtés.

L'ensemble des ateliers d'écriture proposés par ces ergothérapeutes sont mis en place dans le cadre de divers types d'accompagnement thérapeutique (Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpital de Jour ou Clinique Privé). Ces ateliers sont réalisés en groupe semi-ouverts, avec différents profils psychiatriques (psychotique, névrosé, dépressif, état-limite, borderline, personne présentant plusieurs addictions). Elles ont toutes un support ou des consignes d'écriture, par exemple une image, un texte ou encore différents jeux d'écriture, ce qui apporte à la fois une contrainte et dans le même temps un facilitateur de l'écriture. Le cadre d'exercice a un impact sur le dispositif de leur proposition d'atelier d'écriture.

2.2 Présentation des résultats et Discussion

Les composantes essentielles à la mise en place d'une activité (ainsi que dans une activité écrite) auprès de personne présentant une schizophrénie					
	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5
Notion de la valorisation et de l'intérêt que porte l'ergothérapeute au patient	X		X		
Proposer un cadre et une activité contenant(e) et sécurisant(e) pour le patient	X		X		X
Relation de confiance et le respect de la personne		X			
Décomposer l'activité en étapes			X	X	
Rééduquer la prise d'initiative			X		
L'accueil est primordial				X	
Respecter l'espace personnel de la personne, et son identité			X		X

Tableau n°2 : Résultat des composantes essentielles à la mise en place d'une activité (ainsi que dans une activité écrite) auprès de personne présentant une schizophrénie.

Ergo1 et Ergo 3 abordent la **notion de la valorisation**, l'une d'entre elle considère que le patient doit pouvoir donner du sens à l'activité. De plus, **l'intérêt que porte l'ergothérapeute au patient, lui fait comprendre qu'il est digne d'être**, d'être **regardé**, qu'il y a une valeur et qu'il peut apporter des choses. En l'accompagnant, l'ergothérapeute va aider la personne à construire sa singularité en le laissant s'exprimer.

Ergo1, Ergo 3 et Ergo 5 évoquent la nécessité de proposer **un cadre et une activité contenant(e) et sécurisant(e)** pour le patient. Les consignes de l'activité permettent d'atteindre cet objectif.

Ergo 2 valorise la **relation de confiance** et le **respect** de la personne, cela permettra à la personne de diminuer son sentiment de persécution. La **distance** sera alors à moduler lors des interactions avec le patient.

Pour Ergo 3 et Ergo 4, l'activité proposée doit se **décomposer en acte**, avec **des étapes à respecter** afin d'**aider à canaliser et structurer la pensée**.

Ergo 3 évoque que l'activité en groupe a une **volonté de recréer du lien social**, et qu'elle aide les personnes à se **remettre en action**, pour tenter de **réduire la prise d'initiative**.

Ergo 4 exprime que **l'accueil** est **primordial dans la création d'une relation thérapeutique**.

Enfin, Ergo 5 valorise le fait de **respecter l'espace personnel de la personne**, cela permet de renforcer son **identité**. Elle évoque les aspects **maternants dans la relation** et des aspects **paternants avec des limites du cadre**. Elle affirme qu'un **équilibre** doit s'opérer avec à la fois **une contenance** et dans le même temps **des limites**. Elle **confronte** la personne au **principe de réalité** tout en étant **en accord avec ce qu'elle peut supporter**.

Description du dispositif et du cadre de l'activité atelier d'écriture					
	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5
L'espace-temps et lieu : précis et rigoureux	X	X	X	X	X
L'espace de la parole	long/ suffisant	Respect parole		Un moment avant et après séance.	
Attentes de l'atelier	Plaisir et met en action			Pas obligé d'écrire. Pas de bien ni de mal. Ecriture.	
La relation de confiance		X		X	
La confidentialité	X			X	
Les horaires		Être à l'heure.		30 minutes d'accueil	
L'écrit des participants	Les écrits appartiennent aux patients			Participants gardent leurs écrits.	
Cet atelier a dimension plus intellectuelle, sociale et culturelle			X		
Pose question du cadre, se demande si travail en individuel ne serait pas mieux		X			

Tableau n°3 : Résultat de la description du dispositif et du cadre de l'activité écrite.

L'ensemble des ergothérapeutes sont en accord sur le fait que **l'espace-temps et lieu doit rester précis et rigoureux**. Le cadre doit être très **régulier** tel un rituel. Une **demie journée par semaine** (ou tous les 15 jours pour Ergo 5) est consacrée pour cette activité. Ergo 2 et Ergo 4 précisent que l'activité est **identifiée dans le planning général**. L'activité se déroule toujours dans la **même pièce**, Ergo 3 et Ergo 5 précisent qu'elles ont une pièce ou un lieu dédié pour cette activité. Ergo 5 souligne que la salle doit **limiter les éléments perturbateurs** (les passages) et que le fait d'être toujours dans la même pièce permet d'avoir toujours les **mêmes repères, et permet aux personnes psychotiques de s'identifier au lieu**. Dans son atelier, **une partie de la pièce est dédié au rangement du matériel** et elle précise qu'il est important que **les patients puissent circuler librement**. Elle **aménage**, dans l'atelier, **différents espaces pour travailler** seul sans vis à vis, ou à 2 ou à 3 avec des tables en îlots **pour que chacun trouve sa place dans la salle**.

Concernant l'**espace de parole**, Ergo 1 précise qu'il doit être **suffisamment long** pour que chacun puisse s'exprimer. Ergo 2 évoque le **respect de la parole** au sein du groupe et que les participants doivent au **minimum exprimer** quelque chose **sur ce qu'ils ont rédigé**. Ergo 4 et Ergo 5 explique qu'il y'a un **moment de parole avant et un moment de restitution après la séance**. Ergo 4 précise que le fait d'altérer les temps d'écriture, de parole ou lecture donne du **rythme** à l'atelier.

Au niveau des attentes de l'atelier, pour Ergo 1 c'est **écrire, pour le plaisir pour se mettre en action, de se poser** sur une activité. Pour Ergo 4, **il n'y a pas d'obligation à écrire**, il n'y a pas de bien ni de mal, **il y a de l'écriture. Il faut que l'atelier permette au patient d'écrire**.

Concernant les textes des participants, les écrits appartiennent aux patients dans les ateliers d'Ergo 1 et d'Ergo 2 : les participants peuvent choisir de le **jeter**, de le **laisser à l'ergothérapeute ou encore de repartir avec**. Dans le cadre de son atelier Ergo 4 et le groupe se sont mis d'accord sur le fait qu'**ils devaient garder leurs écrits**.

Ergo 2 et Ergo 4 sont accord sur la notion de la **relation de confiance**, afin que les participants se sentent à l'aise **pour dire les choses**. Ergo 1 et Ergo 2 évoque la notion de **confidentialité** en expliquant que tout ce qui est dit dans l'atelier y reste.

Concernant les horaires, Ergo 2 précise qu'il faut **être à l'heure**. Ergo 4 prévoit 30 minutes d'**accueil**, pour avoir le temps d'arriver, pour **se poser**. Elle explique que c'est un **moment de partage qu'elle n'a pas dans les autres groupes**. Ce temps permet aux participants d'arriver **dans de bonnes conditions** et dans le même temps, il crée un temps d'échange, avec des **papotages informels**, pour Ergo 4, c'est dans ces moments que **l'important se dit**.

Ergo 3 spécifie que l'atelier écriture a **une dimension plus intellectuelle** et sociale. Dans son atelier, elle met en place des temps **de lecture** qu'elle considère comme un **enrichissement** avec des textes faits par des auteurs, ce qui amène une **dimension culturelle**.

Ergo 5 précise que l'engagement des participants à l'atelier se fait par **écrit**.

Ergo 2 nous précise qu'**être en contact avec le groupe** peut-être très **difficile** pour les personnes présentant une schizophrénie. Elle pose alors la question **du cadre**, en se demandant « Est ce qu'**un travail en individuel** ne serait pas **mieux** [...] », mais elle évoque qu'elle n'a pas les moyens de pouvoir le faire.

Les compétences et prérequis des soignants qui encadrent l'atelier écriture					
	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5
Le lien entre le thérapeute et la personne est importante.		X	X	X	X c'est la relation qui soigne
Bien connaître les participants		X			
Avoir une ligne de conduite			X		
Thérapeute contenant dans la façon d'accueillir les gens				X	
L'aide et être habitué à gérer un groupe	X			X	
La bienveillance				X	X
Evaluation (par l'observation)	X	X			
Capacité de synthèse et d'analyse		X			
Avoir soi-même, un lien à l'écriture					X
La co-animation.	X	X			X
L'ergothérapeute garant du cadre. Confidentialité et l'absence de jugement.	X				

Tableau n°4 : Résultat les compétences et prérequis des soignants qui encadrent l'activité atelier écriture (place/rôle de l'ergothérapeute).

Pour Ergo 2, Ergo 3, Ergo 4 et Ergo 5, la relation et le **lien qui va se mettre en place entre le thérapeute et la personne est importante**. Ergo 2 dit qu'il est essentiel de **bien connaître les participants**. Pour Ergo 3 avoir **une ligne de conduite** et le fait d'**anticiper les séances permet de rassurer le patient**. D'après elle, lorsque **la personne voit que l'on maîtrise la technique, elle nous accorde une crédibilité** (au thérapeute) **ce qui permet d'installer une relation de confiance**. Ergo 4 se veut **contenante dans sa façon d'accueillir les gens**. Pour elle, si cette étape manque, le travail n'est plus possible parce que les personnes **ne vont pas se sentir bien, ni à l'aise**. Pour Ergo 5, c'est **la relation qui soigne**, la relation qu'on arrive à établir à travers la médiation.

En plus de la relation, pour Ergo 1 et Ergo 4, **l'aide** est aussi une des compétences nécessaires, elles les aident en se plaçant à côté d'eux **ou on en faisait avec eux**. Ergo 4 peut aussi donner des pistes d'écriture. Chez Ergo 4 et Ergo 5, la **bienveillance** est de mise, ainsi que la **sécurité** pour Ergo 5. Ergo 4 ajoute la **recherche du lien à l'autre, du partage**, et le fait **d'accepter qu'il y ait de l'autre dans le groupe**.

Pendant l'atelier, Ergo 1 et Ergo 2 **évaluent** certaines capacités, ou certaines choses qui n'ont pas été observées avant, Ergo 1 donne l'exemple de l'imagination, et l'abstraction de la personne. Ergo 2 évalue plus exactement le **rapport à la réalité** de la personne ce qui lui permet dans un second temps de proposer des **consignes** qui amène la personne à quelque chose de **plus concret**, et à être beaucoup plus **proche de la réalité, du réel**.

Ergo 1 et Ergo 4 spécifient que les acteurs qui animent un atelier écriture doivent **être habitués à gérer un groupe**. Ergo 4 précise l'importance du **dynamisme et de l'écoute**. Ergo 1 développe le fait que de nombreuses interactions se déroulent lors de l'atelier et que certaines peuvent venir **faire écho chez les participants, elle conseille donc d'être très attentif aux personnes afin d'éviter tout malaise**.

Ergo 2 spécifie qu'au moment de la restitution la **capacité de synthèse et d'analyse est essentielle afin** de restituer un mini résumé au groupe, pour que le **sens du propos soit compris** par tous les participants.

Ergo 5 mentionne le fait qu'en tant que thérapeute, avoir **soi-même, un lien à l'écriture et aussi avoir participé à des ateliers écriture** font partis des prérequis. Elle valorise le fait de **renforcer l'espace personnel de la personne**, et elle est **persuadée que la création amène le patient vers le haut**.

Ergo 1, Ergo 2 et Ergo 5 évoque la **co-animation**. Pour Ergo 1 et Ergo 2, un thérapeute doit **participer** à l'atelier au même titre que les patients, il peut **aider les patients** en cas de difficulté et un autre thérapeute peut **observer** le groupe, et ainsi avoir **un regard extérieur sur sa coordination** afin de maintenir le cadre.

Enfin, Ergo 1 évoque que le travail de l'**ergothérapeute** est d'**observer, voir la participation**. D'après elle, une activité devient thérapeutique que si le patient est dans un contenant, et si **l'ergothérapeute se porte garant de ce cadre**. Pour elle, **c'est vraiment le rôle de l'ergo** qu'il y est quelque chose de contenant pour le cadre de l'atelier écriture, ainsi la **confidentialité** et l'absence de **jugement** sont essentiels à la production d'un écrit de la part des participants.

Les manifestations symptomatiques et l'impact de l'activité					
	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5
<i>La symptomatologie</i>					
Apragmatisme	X				
Barrages, rupture pensée et écrit, délires.		X			
Troubles concentration, agitation psychomotrice, invasion idées et psychisme, déni troubles.			X		

La dimension groupale					
	Resocialisation écouter les autres	Difficultés : la restitution et être en groupe.			Intégration , mais peut perdre son identité.
Difficultés observables					
Rapport à la feuille et au crayon	X	X			
Trouver et comprendre expressions françaises				X	
Se mettre dans la peau d'un personnage et faire des liens					X
L'atelier revalorise					
Participants parlent et écrivent sur eux-mêmes.	X				X
Estime de Soi	X		X		
Bien-être			X		
Plaisir					X
Reprise de confiance				X	X

Tableau n°5 : Résultat des manifestations symptomatiques et l'impact de l'activité sur les personnes présentant une schizophrénie.

Concernant la **symptomatologie** ; Ergo 1 évoque le **manque d'élan, l'apragmatisme** mais l'écriture peut avoir un **effet de mobilisation cognitive, elle permet de se remettre en action, de ranimer l'envie**. Ergo 2 parle des **barrages, de la rupture de la pensée et de l'écrit**, ainsi que le fait que l'atelier peut être **producteur de délires** et donc que la personne peut repartir en étant **angoissée**. Pour elle, d'un point de vue clinique **cela montre où en est le patient**. Ergo 3 souligne les **propos incohérents, les troubles de la concentration** avec une **agitation psychomotrice, un envahissement au niveau du psychisme et des idées**. Elle évoque le **déni des troubles**. Elle valorise le fait que **l'atelier et la consigne contiennent**. Elle parle de redonner du sens grammatical aux phrases et que la **pensée est contenue** pendant le temps de l'écriture. Ergo 4 mentionne que certaines personnes peuvent **décompenser**.

Concernant les **difficultés observables** ; Ergo 1 et Ergo 2 évoque le **rapport à la feuille et au crayon**. Ergo 1 souligne que ces supports **rappellent** l'école et que cela peut avoir un abord **traumatique ou très compliqué pour le patient**. Ergo 5 prend l'exemple d'un participant présentant une schizophrénie pour **se mettre dans la peau d'un personnage, à s'y identifier et à faire des liens entre les choses**. Ergo 4 donne l'exemple d'une personne qui était en difficulté **pour trouver et comprendre des expressions de la langue française**.

Concernant la **dimension groupale** ; Ergo 1 exprime la notion de **resocialisation, dans le sens où il faut écouter les autres membres du groupe**. Ergo 5 la rejoint en employant le terme **intégration**. Ergo 2 mentionne que ce n'est pas l'écrit qui pose problème c'est le fait d'être en groupe et la restitution au groupe, d'où la question qu'elle se posait par rapport au cadre et au fait de proposer **un travail en individuel**. Par rapport au groupe Ergo 5 précise qu'une personne présentant une schizophrénie **peut perdre son identité**.

L'atelier revalorise ; Ergo 1 et Ergo 5 expriment que les participants **parlent d'eux et écrivent sur eux-mêmes**. Pour Ergo 1 et Ergo 3, l'atelier **revalorise l'estime de soi** et permet aux participants de se **réaliser**. Ergo 3 précise qu'ils **apprécient ce temps-là** et qu'ils expriment **un bien-être** et une **satisfaction d'avoir pu écrire et produire**. Ergo 5 parle de **plaisir**, et que l'activité **mène les participants bien au-delà de la pathologie**, elle permet une **remise en mouvement** et une **reconnexion avec leurs ressources**. Ergo 4 et Ergo 5 mentionne la **reprise de confiance** des participants. Ergo 5 spécifie que certains patients **peuvent être très à l'aise** avec la médiation, et que **dans son atelier, il n'y a pas de notion d'échec**, ni de **jugement, ce qui limite les angoisses**. Ergo 1 ajoute que l'activité permet de **mettre à plat les idées des participants**.

Avis sur l'utilisation du cahier d'écriture					
	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5
Oui pourquoi pas	X		X	X	
Peut y revenir	X		X		
Ramener le cahier à chaque séance	Mettre du lien, et d'investir le participant dans l'atelier	Risque : carnet ne revient pas	continuité	Met du lien, évite perte texte. Structure et créer cohérence.	
Autres précisions	Garder une trace. Atelier moins éphémère.	Espace qui leur est réservé			
Pas d'avis					X

Tableau n°6 : Résultat sur l'avis sur l'utilisation du cahier d'écriture.

Ergo 1, Ergo 3 et Ergo 4 se disent **oui pourquoi pas** (concernant l'utilisation du cahier d'écriture). Ergo 1 et Ergo 3 suggèrent que cela peut être **intéressant** parce que la personne **peut y revenir**. Ergo 3 ajoute la notion de **continuité, de chronologie** et une prise de recul **afin de pouvoir revenir sur des moments où la personne était moins bien, pour que cela puisse l'amener à en parler**.

Ergo 1 évoque que le fait de ramener le cahier **à chaque fois, cela permet de mettre du lien, et d'investir** le participant dans l'atelier, il devient **acteur, responsable**. Ergo 4 mentionne que l'utilisation de cet outil facilitera la mise en lien, pour éviter de perdre les textes. Elle ajoute que cela peut **aider les personnes présentant une schizophrénie, à se structurer et** peut-être leur permettre de créer de la cohérence dans leurs écritures. A cela Ergo 2 apporte une nuance, en disant que le **grand risque est que le carnet ne revienne pas à chaque séance**.

Ergo 1 mentionne le fait qu'avec le cahier d'écriture, on peut **garder une trace**. Ergo 1 trouve que c'est un outil intéressant, car il est **personnel** et qu'il permet de rendre l'atelier écriture **un peu moins éphémère**.

Ergo 2 donne l'exemple de son atelier où chacun à son panier de travail en ergothérapie, il s'agit d'un **espace** qui leur est **réservé**.

Ergo 5 n'a pas d'avis sur la question. Pour elle, **le choix doit être laissé au patient**, parce que certains peuvent être **angoissés, d'autres ont besoin d'avoir des traces ou ne veulent rien**. Pour elle, l'écriture c'est très près du corps, ce qui justifie que certains **préfèrent travailler sur des feuilles et qu'ils ne gardent pas, et d'autres les mettent dans des cahiers**. Elle finit par dire, que **chacun sait ce qu'il lui faut, elle pense que le patient a toujours la solution en lui, et pas forcément celle à laquelle on aurait pensé**.

2.3 Retour sur les hypothèses

Hypothèse 1 : L'implication de l'ergothérapeute dans la relation thérapeutique et le cadre qu'il instaure lors l'atelier d'écriture apporte une contenance.

Pour la majorité des ergothérapeutes interrogées, la relation et le lien entre le thérapeute et la personne sont essentiels. Leurs relations thérapeutiques se basent sur la bienveillance, la confidentialité, l'absence de jugement et le fait de maîtriser la technique de l'activité afin d'établir une relation de confiance où les participants se sentent à l'aise pour exprimer leurs ressentis et ainsi limiter leurs angoisses. Une des ergothérapeute ajoute que cet atelier est un moment de partage. Des éléments abordés dans la partie conceptuelle le sont aussi par les ergothérapeutes interrogées : elles citent la distance physique qui est à moduler lors des interactions, la contenance, la confidentialité et le respect de l'espace personnel de la personne afin de diminuer son sentiment de persécution et de renforcer son identité. La relation apporte des aspects maternants, comme une «bonne mère », c'est-à-dire une relation non-fusionnelle, et les limites du cadre amènent les aspects paternants. Un équilibre s'établit, ce qui offre un sentiment de sécurité à la personne psychotique.

Une grande partie des ergothérapeutes interrogées évoquent la nécessité de proposer un cadre contenant et sécurisant pour le patient : ce qui commence par la mise en place d'un cadre spatio-temporel précis et rigoureux. Elles en ont toutes posées un dans leur activité écriture. Certaines précisent que la salle doit limiter les éléments perturbateurs, et que le fait d'être toujours dans la même salle crée des repères, ce qui permet aux personnes psychotiques de s'identifier au lieu. Ces idées rejoignent ce qui a été abordée dans la partie conceptuelle : la contenance offerte par le professionnel et l'espace qu'il propose favorise l'expression des malaises des personnes. Le professionnel contient et transforme les émotions, les angoisses, les conflits, (la douleur psychique) de la personne qui se sent alors comprises par celui-ci. En effet, certaines ergothérapeutes interrogées précisent que l'activité devient thérapeutique lorsque la personne est dans un cadre contenant, et si l'ergothérapeute est garant de ce cadre.

Une ergothérapeute ajoute qu'au moment de la restitution au groupe, l'ergothérapeute doit être capable de synthétiser et d'analyser les dires des participants afin d'en restituer un résumé, pour que chacun ait accès à la compréhension et au sens du propos.

Nous pouvons donc dire que l'hypothèse est validée.

Les ergothérapeutes interrogées apportent des précisions. Pour instaurer ce cadre, elles citent différentes compétences nécessaires comme l'observation afin d'évaluer la participation des personnes. La capacité à gérer un groupe est essentielle afin d'y amener un dynamisme et une écoute. En effet, de nombreuses interactions se déroulent lors de l'atelier et certaines peuvent résonner chez certains participants, une attention est à apporter afin d'éviter tout embarras. Enfin, l'ergothérapeute aide les participants en difficultés, par exemple en se plaçant à côté de la personne ou en faisant avec elle.

L'implication de l'ergothérapeute dans la relation thérapeutique et le cadre qu'il instaure lors l'activité écriture apporte une contenance sont donc essentiels. Pour autant, la plupart des ergothérapeutes interrogées tiennent à préciser que la proposition de l'atelier en lui même et le fait d'être en groupe font partie du processus de la création du cadre et de l'aspect contenant. En effet, avec cette combinaison l'atelier est complet et favorise la revalorisation de l'estime de soi en permettant aux participants d'être satisfait d'avoir écrit et produit quelque chose, il se réalise et certains y prennent du plaisir. « *L'activité mène les participants bien au-delà de la pathologie* ». Une ergothérapeute précise que le fait d'être en contact avec le groupe peut-être très difficile pour les personnes présentant une schizophrénie. Elle pose alors la question du cadre et se demande si un travail en individuel ne serait pas plus adapté. Cependant elle évoque qu'elle n'a pas les moyens de pouvoir le faire.

Finalement, un équilibre doit s'opérer avec à la fois une contenance et des limites. Le regard et l'intérêt que porte l'ergothérapeute sur le patient, lui fait comprendre qu'il est digne d'être, qu'il a une valeur. « *C'est la relation qui soigne, la relation établie à travers la médiation* ». Les précisions apportées par les ergothérapeutes permettent de répondre plus en détail au questionnement de départ.

Hypothèse 2 : Un outil comme le cahier d'écriture permet de retrouver un sentiment d'existence par des formes d'inscriptions sociales et expressives.

Les ergothérapeutes interrogées suggèrent que l'utilisation du cahier d'écriture est intéressante du fait de sa notion de continuité, de chronologie ce qui est une des composantes de l'être matériel et du sentiment d'identité de la personne. En effet, le cahier écriture doit être ramené à chaque séance, ce qui crée du lien entre les différentes séances, de garder une trace et ainsi d'aider les personnes présentant une schizophrénie à se structurer et amener de la cohérence dans leurs écrits. Ce médiateur crée du lien et rejoint le concept d'objet transitionnel de D. W. Winnicott entre le monde extérieur et le monde intérieur, soit la frontière entre le Moi et le non-Moi. De plus, la personne a la possibilité de revenir sur des écrits et/ou moments où elle serait moins bien et ainsi en parler.

Le cahier ajoute une limite à celles du cadre ce qui favorise l'espace psychique de la personne présentant une schizophrénie. Le cahier amènerait une distinction supplémentaire entre le Moi et le non-Moi en mettant en évidence l'espace intérieur et l'espace extérieur. Enfin, leurs capacités organisationnelles, leur autonomie et leur indépendance sont favorisées : la personne investit l'atelier, elle devient actrice et responsable, ce qui renforce le Moi. La personne peut alors prendre conscience d'elle-même.

L'hypothèse est donc validée sur la partie de retrouver un sentiment d'existence par une forme d'inscription expressive.

L'atelier écriture se déroule au sein d'un groupe ce qui permet de recréer du lien social et favorise la relation à l'autre. De plus, nous l'avons vu, le groupe apporte un support identitaire grâce à l'effet miroir par l'intermédiaire des autres participants en offrant un soutien et des échanges. En effet, il permet une reconnaissance mutuelle, une socialisation ainsi qu'une revalorisation en favorisant les processus de changement et de transformation des représentations grâce à l'écoute instaurée. Cependant, une ergothérapeute précise qu'il faut porter une attention particulière à la personne présentant une schizophrénie dans le groupe car elle peut y perdre son identité.

Ce propos est à nuancer du fait que l'atelier écriture a l'avantage d'être à la fois une activité en groupe et aussi individuelle. En effet, l'activité a un côté individuel puisque chaque personne écrit seule, les ergothérapeutes interrogées soulignent que l'utilisation du cahier d'écriture permet d'avoir un espace personnel d'expression ce qui facilite l'expression de soi. De plus, la personne est libre d'en révéler ce qu'elle souhaite lors des moments d'échanges avec le groupe. Le cahier d'écriture favorise donc cet aspect d'espace personnel d'expression au sein d'un groupe qui lui favorise la différenciation de la personne vis-à-vis des autres.

L'hypothèse est partiellement validée parce que le cahier d'écriture permet aux personnes présentant une schizophrénie de retrouver un sentiment d'existence par des formes d'inscriptions sociales du fait qu'il soit utilisé au sein d'un groupe. En effet, ce n'est pas l'utilisation du cahier en lui-même qui en est cause. La personne fait partie d'un tout ce qui lui donne confiance et le groupe lui apporte une socialisation. Les personnes trouvent leur place dans un groupe grâce au dynamisme des échanges et des partages ainsi qu'avec l'entraide entre les participants ce qui les aide à se différencier des autres et à se forger une identité propre. Le cahier d'écriture peut être un outil qui facilite le fait de retrouver un sentiment d'existence au niveau social en permettant à la personne d'être reconnu comme différent du reste du groupe et donc des autres participants. Son utilisation est à nuancer, une des ergothérapeute nous apporte une autre perspective de réponse voir de solution en disant qu'elle laisserait le choix à la personne selon ses envies et ses besoins afin de limiter ses angoisses, son expérience lui permet de dire que le patient a toujours la solution en lui, et pas forcément celle à laquelle on aurait pensé. Le rôle de l'ergothérapeute est d'apporter le cadre qui favorise l'arrivée de cette solution.

L'hypothèse est partiellement validée, mais des éléments de réponses concernant le questionnement initial ont été apporté par les ergothérapeutes interrogées.

3. Conclusion et perspectives

La vision des ergothérapeutes interrogées a permis d'éclairer et de mettre en avant leur rôle dans l'accompagnement thérapeutique du syndrome dissociatif auprès des personnes présentant une schizophrénie.

L'analyse des entretiens a permis de comparer leurs pratiques et leurs représentations. On peut dire que les éléments obtenus dans les entretiens concordent avec la première hypothèse (l'implication de l'ergothérapeute dans la relation thérapeutique et le cadre qu'il instaure lors l'activité écriture apporte une contenance).

La deuxième hypothèse (concernant l'utilisation d'un outil comme le cahier d'écriture permet de retrouver un sentiment d'existence par des formes d'inscriptions sociales et expressives) est partiellement validée. En effet, d'après ces mêmes ergothérapeutes, il permet aux personnes présentant une schizophrénie de retrouver un sentiment d'existence par des formes d'inscriptions sociales grâce au fait qu'il soit utilisé au sein d'un groupe. Le cahier d'écriture est un outil, il appartient au cadre de l'atelier écriture. Il offre un espace personnel est donc un sentiment d'individualisation.

Le travail de recherche effectué jusque-là n'est pas suffisant pour répondre aux questionnements de départ dans sa totalité, et en s'appuyant sur des faits.

Dans un premier temps, il aurait été pertinent de recueillir les témoignages des personnes présentant une schizophrénie pour avoir directement leur avis sur l'utilisation de l'outil, avec comme indicateurs les formes d'inscriptions sociales et expressives.

Dans un second temps, la réalisation d'une démarche expérimentale, sur une population de personnes présentant une schizophrénie, dans le cadre d'un atelier écriture, avec la mise en place du cahier d'écriture, serait un bon moyen de continuer et compléter la recherche telle qu'elle est aujourd'hui.

Le protocole inclurait aussi des évaluations mensuelles concernant le sentiment d'existence des personnes avec comme indicateurs les formes d'inscriptions sociales et expressives.

Cette expérimentation aurait contribué à renforcer la dimension pratique de l'outil mais elle n'a pas été mise en place, une des justifications est que le suivi thérapeutique et ses répercussions sont observables sur le long terme en psychiatrie, surtout concernant des notions comme le sentiment d'existence.

En effet, cette expérimentation nécessiterait plusieurs mois, voire plusieurs années d'utilisation de l'outil pour mesurer sa pertinence, ainsi que des entretiens avec des ergothérapeutes et des personnes présentant une schizophrénie pour juger de son utilité et de sa qualité.

De plus, il faut obtenir l'accord d'une structure pour accueillir cette recherche.

Au-delà de ces axes d'amélioration, la réalisation de ce mémoire de recherche a des points positifs. Tout d'abord, mes connaissances sur le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine de la psychiatrie se sont développées. Le terrain de pratique m'a permis de mieux objectiver ces bases de connaissances initiales. J'ai saisi l'importance du rôle que nous avons en tant que soignants dans l'accompagnement thérapeutique auprès des personnes en souffrance psychique. De plus, cette initiation à la recherche m'a permis d'élaborer, de suivre et de mettre en place une méthodologie de recherche et de réflexion ainsi que des entretiens. J'ai développé une certaine confiance en moi au fil des entretiens. Les échanges avec les ergothérapeutes étaient très enrichissants et constructifs : tant dans leur partage d'expériences et de savoirs que dans leur apport humain et leurs conseils bienveillants.

Cette recherche est uniquement orientée sur les personnes présentant une schizophrénie, ce qui m'a aussi amené des questions concernant la possibilité d'inclure cet outil dans le suivi thérapeutique d'autres personnes en souffrance psychiques dans le registre des pathologies majoritairement psychotiques. Cela aurait permis d'obtenir un spectre de lecture et d'analyse probablement plus nuancé et étoffé.

Bibliographie

[1] Marc Dubuc, Schizophrénies, corpus médical, 2003, <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/psy/psyadulte/278a/leconimprim.pdf> , consulté le 20 avril 2018.

[2] Chabert C. et Verdon B. Psychologie clinique et psychopathologie. Paris : Presses Universitaires de France, 2008, 265, P207-230.

[3] Pedinielli JL et Gimenez G, Les psychoses de l'adulte, 2^{ème} édition. Armand Colin, 2009, 125p, p70-76.

[4] Pirlot G et Cupa D, Approche psychanalytique des troubles psychiques, 2^{ème} édition. Malakoff : Armand Colin, 2017, p381, chapitre 19, p188-193.

[5] Véronique R : Définition officielle : Dépersonnalisation et déréalisation : quand nous nous déconnectons de la réalité, [En ligne], <http://www.les-schizophrenies.fr/definitions-et-point-de-vues/definition-officielle/article/depersonnalisation-et-derealisation-quand-nous-nous-deconnectons-de-la-realite>, consulté le 21 avril 2018.

[6] Pedinielli JL et Gimenez G, Les psychoses de l'adulte, 2^{ème} édition. Armand Colin, 2009, 125p, p84-85.

[7] Llorca P-M. Mieux connaître la schizophrénie. John Libbey Eurotext, collection : dialogue médecin-malade, 2006. p1-2.

[8] Rub Y., L'identité en sciences humaines, Mucchielli A. (1999, 4^{ème} édition): L'identité. [En ligne] ,<http://www.yrub.com/psycho/psyidfiche1.htm> , consulté le 29 juin 2018.

[9] Calin D., Psychologie, éducation & enseignement spécialisé, Construction identitaire et sentiment d'appartenance [En ligne], <http://dcalin.fr/textes/identite.html> , consulté le 29 juin 2018.

[10] Juignet P, Psychothérapie des personnalités psychotiques, psychisme, 2011, [En ligne], <https://psychisme.org/Therapeutique/Psypsychot.html> , consulté le 29 juin 2018.

[11] Raffarda S.Bayardb D.Capdeviellea F.Garciaa J.-P. Boulengera M.-C. Gely-Nargeotb, Psychopathologie, la conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique: Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insightLack of insight in schizophrenia: A review: Part I: Theoretical concept, clinical aspects and Amador's model, L'Encéphale, Volume 34, Issue 6, December 2008, Pages 597-605, [En ligne], <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700607001224> , consulté le 29 juin 2018

[12] Airagnes G. L'insight et ses spécificités dans la schizophrénie, dans Perspectives Psy, Vol. 51, n°1, janvier-mars 2012, p. 14–21, [En ligne], https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PPSY_511_0014 , consulté le 29 juin 2018.

[13] Ergo Psy, M. Launois : Sentiment d'existence, Construction identitaire [En ligne] <http://ergopsy.com/sentiment-d-existence-a568.html> , consulté le 15 juin 2018.

[14] Ergo Psy, M. Launois, Lien entre les processus, L'agir : lien entre être et faire, [En ligne], <http://ergopsy.com/quel-lien-entre-les-processus-a737.html>, consulté le 15 juin 2018.

[15] Pyschiatry, Schizophrénie : Généralités ou objectifs du projet thérapeutique, Publié le 18 août 2012 [En ligne] , <http://psychiatrie.free-h.fr/psychoses/objectifs-projet-therapeutique.html>, consulté le 20 mars 2018.

[16] HAS, Haute Autorité de Santé, Guide affection de longue durée : La prise en charge de votre schizophrénie : Vivre avec une schizophrénie, Novembre 2007, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-090_gp_schizophenie_2008-06-16_14-36-31_927.pdf, consulté le 12 octobre 2017.

[17] Orphanet, Professeur Pierre-Michel Llorca, janvier 2004, éditeurs scientifiques : Professeur Marion Leboyer, Professeur Paolo-Lucio Morselli, p7-9 [En ligne], <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>, consulté le 22 mars 2018.

[18] HAS, Haute autorité de santé, Guide ALD (Affection Longue Durée) n°23, « Schizophrénies », coordonné par le Dr CARRICABURU, juin 2007, [En ligne] , https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf, consulté le 12 octobre 2017.

[19] CCPE, Centre de consultation psychologique et éducationnelle, [En ligne] <https://www.ccpeweb.ca/services/adultes/psychotherapie/approches/psychanalytique/>, consulté le 24 juin 2018.

[20] INSERM, Présentation de l'approche psychodynamique (psychanalytique), [En ligne], http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1323/INSERM_psycho_part2.pdf?sequence=3 consulté le 24 juin 2018, p49, p98, p158.

[21] MOREL-BRACQ. M-C., Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, collection ergothérapies, Edition Solal, Marseille, 2009, P206-208.

[22] Ergo Psy, M. Launois, Le modèle psychodynamique ou tenter de comprendre le fonctionnement intra-psychique humain, [En ligne] <http://www.ergopsy.com/modele-psycho-dynamique-i114.html> , consulté le 29 avril 2018.

[23] M. PELLETIER et A.FOHR, Enseigner l'« Ergothérapie en psychiatrie », entre objectivité et subjectivité. [En ligne] , <http://www.ergopsy.com/pub/enseigner.pdf> , consulté le 15 avril 2018.

[24] Morel-Bracq MC, Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux, 2è édition, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur SA, 2017. P208-209.

[25] Le petit Larousse illustré 2006, dictionnaire, Edition Larousse 2005 p1855. p290, p869, p1071.

[26] Sement D, Le modèle psychodynamique in ergOThérapies. Juillet 2016, n°62, p43-48.

[27] Creek J., Chapters Contents, The knowledge base of occupational therapist, Client-centred practice p37 [En ligne] https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=4YnQAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA31&dq=occupational+therapy+and+mental+health&ots=Nyw984lqnJ&sig=p96hozdw5_61l-j5F1H9qWyEgTY#v=onepage&q=occupational%20therapy%20and%20mental%20health&f=false consulté le 23 avril 2018.

[28] Learning to care, Medical education, 2002, Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship, P.Haidet, JE. Dains and co, p568, [En ligne] https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46117582/j.1365-2923.2002.01233.x20160531-18072-sa39j6.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1528202657&Signature=zFzZJxyESiyxqKN7EWz78DXJnRE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMedical_student_attitudes_toward_the_doc.pdf , consulté le 23 avril 2018.

[29] Ergo Psy, M. Launois, la relation médiatisée, [En ligne] <http://ergopsy.com/relation-mediatisee-a613.html> : D.W. Winnicott, Jeu et réalité,

l'espace potentiel, Paris : NRF, Gallimard, collection Connaissance de l'inconscient, consulté le 25 mai 2018.

[30] Qu'est-ce qu'un cadre ?, [En ligne], <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.1998.jduval&part=3871> , consulté le 25 juin 2018.

[31] Bleger J., Psychanalyse du cadre psychanalytique : dans Crise, Rupture et dépassement, Dunod, 1979, pp. 255-285., [En ligne], <http://www.psychanalyse.lu/articles/BlegerPsychanalyseCadre.htm> , consulté le 25 juin 2018.

[32] M. DONAZ sous la coordination de H. Hernandez, Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation, Entre créativité et soin psychique. Groupe De Boeck, 2007, Bruxelles. P86.

[33] Ergo Psy, M. Launois, Des définitions : en ergothérapie, [En ligne], <http://ergopsy.com/des-definitions-a856.html> consulté le 15 avril 2018.

[34] Ergo Psy, M. Launois, Métaphore de l'espace personnel, [En ligne], <http://www.ergopsy.com/metaphore-de-l-espace-personnel-a395.html> , consulté le 15 avril 2018.

[35] R. Kaës, La parole et le lien : processus associatifs dans les groupes, Dunod, Paris, 1994, p95-96 : article de J . BLeger et le développement que j'en propose, dans Crise, rupture et dépassement (1979).

[36] BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/7 du 15 août 2010, Page 172, ASP, Agence de Services et de Paiement, Diplôme d'Etat d'Ergothérapie : référentiel d'activités [En ligne] <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr81>, consulté le 30 janvier 2018.

[37] Chidiac N. Ateliers d'écriture thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2010, Préface, Docteur Anne-marie Dubois, introduction, p43,

[38] Ergo Psy, M. Launois, Intéret en ergothérapie : l'espace intermédiaire, [En ligne], <http://ergopsy.com/interet-en-ergotherapie-a373.html>, consulté le 15 avril 2018.

[39] Les évolutions de l'Homme : Hominidés. Origines de l'écriture - Les premières traces écrites de l'humanité. [En ligne] <http://www.hominides.com/html/dossiers/ecriture-origine-naissance-premieres-ecritures.php>, consulté le 26 mars 2017.

[40] Mag, Un atelier écriture en psychiatrie adulte, mai 2014, [En ligne], <http://articlespsy.over-blog.com/2014/05/pourquoi-un-atelier-ecriture-en-hopital-de-jour.html>, consulté le 3 novembre 2017.

[41] Ateliers Cru, Textes théoriques, Des théoriciens pour travailler : Winnicott : La crainte de l'effondrement, [En ligne], <https://www.art-cru.com/textes-theoriques/des-theoriciens-pour-travailler/winnicott-la-crainte-de-l-effondrement> , consulté le 18 juin 2018.

[42] B. Cadoux, Écritures de la psychose, Aubier, Paris 1999, p50-52, p54-56.

[43] Riot-Viard J. Écriture de soi, Écriture de soin [En ligne] http://www.etude-psy.fr/63-Ecriture_Soi%2C_Ecriture_Soin.html , A. Artaud cité par Brémaud, 2004, p.26), consulté le 15 avril 2018.

[44] Vacheret C. and co, Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques Dunod, Paris, 2016. P147-155, (J.Bleger, 1966)

[45] Contenir, Définition, Dictionnaire Français Larousse, [En ligne], <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contenir/18568> , consulté le 14 juillet 2018.

[46] CNRTL, Centre National de Ressources Textuels et Lexicales, Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la Langue, Lexicographie : Contenir, [En ligne], <http://www.cnrtl.fr/definition/contenir> consulté le 14 juillet 2018.

[47] Vincent Joly, Le Moi-Peau, Didier Anzieu, [En ligne], <http://psy-enfant.fr/le-moi-peau-didier-anzieu/> consulté le 14 juillet 2018.

[48] Guy LESOEURS, psychanalyste, sexothérapeute (13 Le Paradou)-(analyse d'ouvrage sous la responsabilité de son auteur à des fins didactiques). Le MOI-PEAU Didier Anzieu Editions Dunod, Paris, 1985
<https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20MOI%20PEAU%20%283%20Pages%20-%20406%20Ko%29.pdf> , consulté le 14 juillet 2018.

[49] Cahiers de psychologie clinique, 2001/2 (n° 17), De Boeck Supérieur : Chapitre : Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques par Albert Ciccone : historique, définition et modélisations, Pages 81 - 102, [En ligne] , <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-81.htm> , consulté le 14 juillet 2018.

Annexe