



Institut de formation en Ergothérapie de Paris

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

52 rue Vitruve – 75020 Paris

Le jeu de société, en ergothérapie, dans la réhabilitation psychosociale chez les adultes souffrant de psychose

*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5 S6 :
Évaluation de la pratique professionnelle et recherche*

Sous la direction de Madame Marianne Haine

MILLANT-DAHAN Maxence

Session juin 2021

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

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie particulièrement Marianne Haine, ma maîtresse de mémoire, pour sa bienveillance, sa disponibilité, et ses précieux conseils qui ont pu me guider tout le long de ce périple, de cette évolution.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ADERE, pour le temps consacré à nos suivis.

Ensuite, je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui ont pris de leur temps pour venir répondre à mes questions, lors de ce *focus group*.

Pour finir, mes remerciements vont en particulier à Camille et Hélène Ritlewski, pour leur temps consacré à la relecture de mon mémoire. Mais aussi, Camille Chenillot et les autres de mes camarades de classe, pour les échanges et les soutiens partagés. Je remercie mes proches pour leur soutien et leur aide durant ce parcours.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Introduction : | 5 |
| Cadre conceptuel..... | 7 |
| 1. Psychose..... | 7 |
| a. <i>Histoire, définition et épidémiologie</i> | 7 |
| b. Sémiologie..... | 8 |
| c. Traitements et ergothérapie..... | 9 |
| 2. Réhabilitation psychosociale..... | 11 |
| a. Définition et historique de la méthode..... | 11 |
| b. L'utilisation actuelle..... | 13 |
| c. La réhabilitation psychosociale et l'ergothérapie..... | 16 |
| 3. Jeu de société..... | 19 |
| a. <i>Définition et historique</i> | 19 |
| b. Intérêt dans le soin..... | 23 |
| c. La place du jeu en l'ergothérapie..... | 25 |
| La recherche..... | 30 |
| 1. Préparation de la recherche..... | 30 |
| a. Choix méthodologie de recherche..... | 30 |
| b. Choix du panel..... | 30 |
| c. Choix du mode de recrutement de la population..... | 31 |
| d. Élaboration de la grille d'entretien et de l'analyse..... | 31 |
| e. Choix de la mise en place..... | 32 |
| 2. Résultats et analyses de la recherche..... | 33 |
| a. Résultats et analyse du recrutement..... | 33 |
| b. Le focus group..... | 35 |
| c. Confrontation et méta-analyse..... | 52 |
| 3. Discussions..... | 57 |
| a. Biais de recherche..... | 57 |
| b. Le jeu de société pour les patients..... | 58 |
| c. Le jeu de société pour la société et l'institution..... | 59 |
| d. Le jeu de société pour les soignants et dans ma future pratique professionnelle... .. | 61 |
| e. <i>Evolution de ma question de recherche</i> | 62 |
| Conclusion..... | 65 |
| Bibliographie : | 67 |
| Annexes : | 73 |
| Annexe I..... | 73 |
| Annexe II..... | 77 |
| Annexe III..... | 148 |
| Annexe IV..... | 149 |
| Annexe V..... | 150 |

Introduction :

Le jeu de société, et le jeu en général, sont des notions importantes pour moi et font partie de ma vie. En effet, il s'agit de moments récréatifs, hors du temps, mais c'est aussi un moyen de travailler sur soi-même. Cela permet de créer un groupe autour d'une activité commune, de partager du lien social. Enfin, même après avoir passé beaucoup de temps à jouer, et faire jouer d'autres, je n'ai pas eu l'impression d'en avoir fait le tour. Le jeu est complexe, il dépend des personnes qui y jouent et c'est ce qui en fait un objet particulièrement intéressant. Lors d'un stage dans un service pédiatrique, j'ai pu constater que le jeu pouvait être utilisé dans l'accompagnement en ergothérapie. Je souhaitais en apprendre davantage sur cette approche thérapeutique et surtout étudier comment elle pouvait s'inscrire dans ma pratique professionnelle future. Je me suis donc intéressé au jeu en ergothérapie, et j'ai pu remarquer que la majorité des publications parlaient d'une population d'enfants, particulièrement en âge d'être en école primaire.

Ma question de départ dans ce travail de mémoire, a été : En quoi le jeu peut avoir un intérêt auprès de patients, mais aussi comment le jeu peut être utilisé auprès de ces derniers ?

En parallèle de ces premiers questionnements, j'ai découvert la psychiatrie adulte. J'ai décidé de m'intéresser aux adultes souffrant de psychose. Les personnes présentant des troubles psychotiques expriment des idées délirantes, des bizarreries et des difficultés à être en lien avec les autres. Certains d'entre eux n'arrivent pas à s'intégrer, parce qu'ils supportent mal les contraintes. J'ai fait le lien avec les jeux de société comme étant un moyen facilitant pour accompagner les patients à accepter de se conformer aux règles, du jeu de société, puis de la société. Lors des recherches préparatoires, j'ai découvert plusieurs exemples de jeux de société créés et/ou utilisés par des ergothérapeutes dans des services de psychiatrie, notamment pour des adultes. Je me suis alors questionné sur la manière dont les jeux de société étaient utilisés, cela m'a mené à la question suivante :

En quoi l'utilisation du jeu de société, en ergothérapie, s'intègre t-elle dans une démarche de réhabilitation psychosociale chez les adultes souffrant de psychose ?

Au cours des différentes lectures qui m'ont permis d'établir le cadre conceptuel ci-après, j'ai pu observer l'utilisation de plusieurs modèles conceptuels en ergothérapie.



- Le premier a été le **Modèle cognitivo-comportemental**, car il vise à aider le patient à s'adapter à son environnement. Pour la réhabilitation psychosociale, et particulièrement lorsque l'on va s'intéresser à améliorer les compétences du patient, les méthodes issues de ce modèle sont efficaces.
- Quand on s'intéresse aux activités d'expression, on se rapproche du **Modèle psychodynamique**. En effet, ce modèle va s'intéresser aux mécanismes psychiques pour que le patient trouve un allègement de ses symptômes en comprenant leur fonction et leur cause. L'activité, ou le jeu, va permettre au patient de mieux se comprendre lui-même et ainsi d'avancer vers son autonomie.
- Le **Modèle ludique**, pour sa part, est centré sur l'activité, particulièrement sur le jeu. Ce modèle s'intéresse au jeu libre et à la spontanéité. Or dans les questions qui vont être traitées ici, nous allons plutôt nous intéresser au jeu avec des règles, aux jeux de société.
- Enfin, le **Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)** est centré sur l'occupation et la personne. On y retrouve une notion de processus vis-à-vis de l'activité. En agissant, le patient arrive à se modifier (ainsi que son environnement) et à avancer. Cela permet de redonner une forme de pouvoir au patient sur sa vie et sur lui-même.

Parmi tous ces modèles conceptuels qui guident les pratiques des soignants et particulièrement des ergothérapeutes en activité auprès des patients atteints de psychose, j'ai choisi d'utiliser le MOH comme modèle principal. Cependant, les autres modèles restent pertinents dans le cadre du sujet de ce mémoire et ils seront convoqués ponctuellement au cours de celui-ci.

Dans la première partie que constitue le cadre conceptuel, il sera défini plus précisément les troubles psychotiques et les traitements qui sont proposés dans ce cas. Puis, l'intérêt se portera plus particulièrement à l'un de ces traitements : les méthodes de la réhabilitation psychosociale (de ses débuts à son utilisation actuelle). De plus, il s'agira d'observer plus particulièrement leur place dans la pratique en ergothérapie. Enfin sera exploré le domaine du jeu. Après l'avoir défini, au travers de son histoire, nous verrons quel intérêt il peut avoir dans le soin auprès de patients atteints de troubles psychiques, et plus spécifiquement son usage en ergothérapie.

Dans une deuxième partie, il y aura la présentation de la méthode de recherche choisie : le focus group. Elle sera suivie d'une analyse des éléments récoltés et d'une discussion sur les différentes thématiques abordées afin de répondre à la question de recherche.

Cadre conceptuel

1. Psychose

a. Histoire, définition et épidémiologie

Avant 1850, la psychose était le nom donné à presque toutes les maladies mentales. Le patient était alors placé dans des asiles. Peu à peu des médecins se sont intéressés à eux (Di Ciarccia, 1999). Notamment, Freud au début du XXe siècle, qui s'est penché sur la structuration du psychisme chez les sujets névrosés et psychotiques. Mais il s'est surtout appuyé sur l'écoute des sujets hystériques, puis obsessionnels, pour construire la technique psychanalytique (Di Ciarccia, 1999). Par la suite, dans les années 1960, Lacan a approfondi l'approche de la psychose. C'est aussi dans ces années-là que la psychiatrie a mis en place une nosographie plus précise des maladies mentales avec une description détaillée des symptômes (Di Ciarccia, 1999).

Les travaux des psychanalystes Freud et Lacan sont centrés autour de l'étude de l'inconscient et des mécanismes psychiques. De son côté, le travail fait en psychiatrie va privilégier l'étude du visible et des symptômes observables.

Ainsi, la psychose peut être définie en termes de structure psychique et/ou à partir d'éléments diagnostiques listés dans le DSM V et la CIM 10.

La psychose comprend plusieurs pathologies, dont les principales sont : la schizophrénie, la paranoïa, et la psychoses maniaco-dépressives ou trouble bipolaire (Fontaine, 2014). Elles ont certains symptômes en commun, comme un lien perturbé avec la réalité, des angoisses, puis des symptômes plus spécifiques : touchant à la perception du corps, au sentiment de persécution, à des variations de l'humeur, etc. (« CIM-10 Chapitre 05 », 2017; de Beaurepaire, 2014).

En complément de cette définition, il est mentionné sur le site Santé Québec (2021), que "Les troubles psychotiques affectent le fonctionnement du cerveau de façon majeure en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions. Une personne atteinte d'un trouble

psychotique peut, par exemple, entendre des voix ou avoir l'impression que d'autres personnes manipulent ses pensées. Elle fait difficilement la différence entre ce qu'elle perçoit et ce qui est réel.”

Par ailleurs, on peut noter 3 grands facteurs de risque pour la psychose :

D'une part la génétique, on a pu remarquer une hérédité (INSERM, s. d.; *La schizophrénie - Chiffres clés - Inicea*, s. d.). Par exemple concernant les vrais jumeaux, si l'un est diagnostiqué psychotique, il y a 40 % de chances pour que l'autre le soit également. Une découverte récente semble montrer que certaines portions d'ADN favoriseraient l'apparition de la schizophrénie (Maziade et al., 2003).

Ensuite, une composante environnementale, vis-à-vis d'événements traumatisants, de prises de responsabilités et de stress liés aux activités des adolescents et des jeunes adultes (examens, premier emploi, etc.), qui peuvent constituer un élément déclencheur de ces pathologies (Franck, 2013; INSERM, s. d.).

Enfin, les prises de toxiques telles que le cannabis peuvent également favoriser leur apparition. Particulièrement lorsqu'elles sont prises au cours de l'adolescence (deux fois plus de chances d'expression de la psychose) (INSERM, s. d.; Potvin & Lalonde, 2014).

b. Sémiologie

Le courant psychodynamique aborde la névrose et la psychose en termes de structure psychique et cherche à en repérer les mécanismes psychiques.

La relation qui se noue très tôt entre le sujet et son environnement (interactions précoces, reconnaissance de soi dans le miroir et nomination par l'adulte qui est à ses côtés, imitations et identifications, expériences de séparation et permanence de l'objet, etc.) participe sans doute à la structuration de la personnalité (Laplanche & Pontalis, 1967).

Freud indique notamment, comment la découverte de la différence des sexes introduit la dimension du manque (privation/castration), mais peut être source d'angoisse pour l'enfant qui va mettre en place des mécanismes de défense (déli de la réalité, refoulement, projection...). Concernant la psychose, Freud utilise le terme de "Verwerfung" que Lacan traduira par le concept de "forclusion", tel un accroc dans la trame symbolique (Laplanche & Pontalis, 1967). En 1984, Freud décrivait la défense psychotique en disant que "le moi s'arrache à la représentation insupportable, mais celle-ci est indissolublement attachée à un



fragment de la réalité, et, en accomplissant cette action, le moi s'est aussi détaché totalement ou partiellement de la réalité"(Laplanche & Pontalis, 1967).

Les psychanalystes cherchent à comprendre ce qui n'a pas pu se mettre en place dans le développement de l'enfant.

Par exemple, D.W. Winnicott à la fois pédiatre et psychanalyste, qui s'est beaucoup intéressé à la relation mère-enfant, insiste sur l'importance de la préoccupation maternelle primaire. Il considère qu'une grave carence affective (liée à une dépression maternelle ou à des soins « purement infirmiers » sans échanges verbaux) pourrait créer un "*sentiment de désintégration*" au moment de l'organisation du Moi et favoriser la psychose.

Du point de vue de la psychiatrie, l'attention va se centrer sur l'évolution de la maladie. Ils vont repérer les différentes phases d'apparition des symptômes : prémorbide, prodromique et le premier épisode psychotique (Fontaine, 2014).

c. Traitements et ergothérapie

Il y a plusieurs directions qui peuvent être empruntées pour le traitement de ces patients.

Tout d'abord, il peut être proposé des médicaments, tels que des antipsychotiques (Franck, 2013; INSERM, s. d.). Il est important que l'adulte souffrant de psychose puisse adhérer à la prise des médicaments. Pour ce faire, il existe des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui ont pour but d'expliquer la maladie au participant, de mieux comprendre l'utilité de la prise des médicaments, et trouver ensemble des solutions à certains problèmes de son quotidien, dans l'objectif d'un mieux vivre et pour qu'ils puissent mieux s'approprier ces éléments (*Education thérapeutique du patient (ETP), s. d.*). Les ergothérapeutes ont leur place dans ce type de programme comme les autres professionnelles soignant (médecin, infirmier, psychomotricien, etc.).

En complément de cette prise en soin médicamenteuse, d'autres approches sont utilisées :

Les traitements psychothérapeutiques vont travailler sur les troubles psychiques. Cette approche peut être effectuée par un certain nombre de professionnels, et l'ergothérapeute en fait partie. L'ergothérapeute peut, par exemple, proposer la médiation par l'objet, des activités de création et de modification de la matière (poterie par exemple). L'idée sera d'utiliser la médiation créatrice autour de l'objet (Gimenez, 2003; Muriel Launois, 2015c). En effet, les relations triangulaires entre le thérapeute, le patient et l'objet permettent de faciliter l'expression du patient. L'objet est un prétexte qui permet au patient d'ouvrir une porte sur

des émotions, des souvenirs, etc. Le thérapeute qui observe et interagit également avec l'objet peut se servir de cela pour agir sur le patient et avec le patient. « Il apparaît alors comme objet articulaire entre soi et l'autre, entre dedans et dehors, mais aussi entre soi et soi, révélant la part de nous-mêmes et de la relation qui nous échappe et qui prend forme dans et par l'objet. » (Gimenez, 2003). Ce dernier exemple est particulièrement ancré dans la pratique en ergothérapie qui est centrée sur l'activité.

Pour la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), le travail va porter sur le comportement du patient afin que celui-ci soit plus adapté à la société (INSERM, s. d.). Par exemple pour réussir à se calmer dans certains contextes, ou alors pour appliquer certaines règles sociales. Une autre possibilité liée au courant cognitivo-comportemental, telle que la pratique du jeu scénique, permet, entre autres, une prise en charge liée au corps (Garret-Gloanec, 2007). Cette pratique, liée à l'activité, convient particulièrement aux ergothérapeutes qui peuvent être en collaboration avec des soignants d'autres spécialités, notamment les psychologues et les psychomotriciens. D'après C. Satti (2016), cette pratique a un triple intérêt. Premièrement, il permet au patient de changer d'angle et de se mettre à la place de l'autre. Ensuite, le cadre sécurisant permet d'expérimenter d'autres comportements. Enfin, dans le cadre d'un jeu scénique d'improvisation, le patient est poussé à l'écoute et doit être en lien avec les autres, cela constitue des expériences de socialisation avec des pairs.

Dans une approche de remédiation neurocognitive, l'intention sera de faire des activités autour de capacités cognitives précises afin d'améliorer ces capacités cognitives précises afin de les améliorer (De Lussac, 2016; Franck, 2018). Par exemple un travail sur la mémoire, la capacité d'abstraction, de planification, etc. Ce travail peut être fait par différents spécialistes, dont l'ergothérapeute. Celui-ci va aborder ce travail dans le but d'améliorer les capacités du patient, afin d'accéder à plus d'autonomie.

En parallèle, un travail peut être engagé auprès de la famille, pour les soutenir au cours de la prise en charge (Fousson, 2016; INSERM, s. d.). D'une part, apporter des éléments de compréhension de la maladie et d'autre part de leur permettre de mieux tolérer les difficultés du patient voir de contribuer au parcours de soin.

Enfin, il est possible d'engager un travail autour de la réhabilitation psychosociale. L'objectif étant de travailler sur les interactions sociales, sur l'investissement d'un logement, sur la vie quotidienne pour optimiser la réinsertion dans leur environnement (Amado et al.,



2018; Barrès, 2018). Comme le souligne Fabien Agneray (2018) : « être suppose d'incarner un corps, tout comme le fait d'habiter ». Les sujets souffrant de troubles psychotiques, dont la perception du corps est dissociée, vont avoir du mal à investir un logement et à supporter les contraintes et les interactions sociales que cela suscite. L'ergothérapeute pourra utiliser des outils d'évaluation de cette notion d'habiter (le BVQ, bilan de vie quotidienne ; CASIG-SR, évaluation des forces, intérêts et objectifs du patient) (Gaudelus, 2018). D'autres activités pourront ensuite être proposées pour améliorer les capacités de la personne, tel que des jeux de société (par exemple le jeu de la maison ou le dixiludo) notion qui sera approfondie plus tard.

Ces différentes modalités de prises en charge permettent d'affiner, en fonction de chaque patient, les propositions qui lui seront faites. En tant que soignant, et en fonction des éléments du diagnostic, il sera possible de proposer un ensemble cohérent d'activités et de soins. Les méthodes de la réhabilitation psychosociales peuvent être pertinentes dans la prise en charge à moyen et long terme des patients atteints de psychoses. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à ces méthodes.

2. Réhabilitation psychosociale

a. Définition et historique de la méthode

Pour les adultes psychotiques, la question de la socialisation et le fait de vivre en autonomie en société sont des questions centrales de la prise en charge. La réhabilitation psychosociale est une approche parmi d'autres qui permet de travailler avec le patient sur la sortie des hôpitaux psychiatriques (Duprez, 2008). Il existe différents centres qui pratiquent cette méthode pour faire le relais entre l'institution et le monde extérieur, ce sont principalement les services de psychiatrie ambulatoire. Ces services regroupent les: **CMP** (Centre Médico-Psychologique), **Accueil de Jour**, **CATTP** (Centre d'Accueil de Thérapie à Temps Partiel), **Hôpital de Jour**, **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé) et **SAVS** (Service d'accompagnement à la Vie Sociale).

M. Duprez (2008) donne la définition suivante : « La réhabilitation psychosociale pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. ». Donc la

réhabilitation psychosociale est une approche, et un certain nombre de moyens peuvent y répondre.

Ainsi, la réhabilitation psychosociale va poursuivre deux objectifs complémentaires :

- Premièrement, l'amélioration des capacités du patient, pour qu'il puisse du pouvoir sur les décisions qui le concernent : l'*empowerment* (Duprez, 2008; Jouet, 2016; Leguay et al., 2008; Poriel, 2016). Cela permet aussi de susciter sur la résilience du patient vis-à-vis de sa maladie (Poriel, 2016).
- Deuxièmement, un travail de sensibilisation vis-à-vis de la société pour qu'elle puisse accueillir le patient dans sa spécificité et la mise ne place d'un partenariat pour trouver des solutions d'accueils concrètes (Duprez, 2008; Leguay et al., 2008). On peut penser à la création de groupe telle que les GEM (Groupe d'Entraide Mutuel) ou alors aux établissements d'hébergement sécurisé.

La réhabilitation psychosociale est un mouvement qui apparaît dans les années 1980, dans les pays occidentaux, dans un processus de désinstitutionnalisation de la psychiatrie (Massé 2006 dans De Lépine, 2018; Duprez, 2008). En effet, des personnes restaient dans les services de psychiatrie à vie. Il n'y avait pas de projet pour ces patients, faute de moyens humains et techniques pour améliorer leurs capacités. Cela qui empêchait la sortie dans un environnement classique où il n'y a pas de solution d'accueil viable (Duprez, 2008). Or couper les patients de la société n'est pas toujours la meilleure solution pour les accompagner. L'Humain est un être social et vivre en société est important (Fromm, 2005). La vie en institution fermée, coupée du monde pour le bien du patient et de son entourage, a donc été remise en question. Deux axes ont été explorés : l'amélioration des capacités des patients lorsque cela est possible et un travail avec l'environnement pour que ce dernier puisse l'accueillir dans la société (Duprez, 2008; Leguay et al., 2008). En créant des ponts entre la partie soin psychiatrique et le monde extérieur, les méthodes de réhabilitation psychosociale proposent un processus qui permet aux patients de retrouver de l'autonomie dans la société.

S'il y a de nombreuses initiatives à partir de cette époque, dont les plus connus sont : la *Fontaine House*, un club psychosocial américain, et le mouvement américain des WANA (*We Are Not Alone*) qui a été celui permettant de structurer le mouvement de la

réhabilitation psychosociale (Duprez, 2008). En 1996, l'association mondiale de réhabilitation psychosociale réunit ces différents mouvements, et avec l'OMS vont donner les principaux objectifs et grands axes de cette méthode :

« - Réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires par des traitements médicamenteux.

- Développement des compétences sociales

- Travail d'information et de lutte contre la discrimination, dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux

- Organisation des actions autour de la place centrale de l'utilisateur

- Accompagnement des familles et des proches » (Duprez, 2008).

Par ailleurs, « La loi de 2005 portant sur 'l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées' a quant à elle introduit l'altération psychique dans le champ du handicap. Cette reconnaissance vise à réduire les stigmatisations et les discriminations et à favoriser l'égalité des chances, quel que soit le handicap. » (De Lépine, 2018). Cela va dans le sens des méthodes qui favorisent l'intégration et l'inclusion dans la société, telle que la réhabilitation psychosociale.

C'est toujours ces objectifs qui guident les équipes de soignants qui pratiquent la réhabilitation psychosociale, tout en renouvelant et en actualisant les outils d'accompagnement des patients.

b. L'utilisation actuelle

Aujourd'hui, les patients qui sont dans les établissements psychiatriques ne peuvent pas y rester indéfiniment. D'une part, il n'y a pas assez de place, et d'autre part, d'un point de vue éthique, comme dit précédemment, il est bénéfique pour le patient de retrouver de l'autonomie (Duprez, 2008; Poriel, 2016). L'objectif du soin est, qu'à long terme, le patient puisse avoir de moins en moins besoin de ce soin et qu'il puisse être autonome dans la cité.

En utilisant l'approche de réhabilitation psychosociale, les soignants replacent le patient en tant que sujet, acteur de sa thérapie et de son retour dans la société. Ce processus permet de travailler sur la résilience, et sur la capacité de décision des patients (Poriel, 2016). Les

patients en structures psychiatriques n'ont pas beaucoup de choix à faire, la réhabilitation psychosociale permet de redonner le choix à l'utilisateur (Duprez, 2008).

Par ailleurs, même si le patient doit s'améliorer, travailler sur lui, etc., cette approche exige aussi d'un effort d'accueil de la part de la société (Duprez, 2008; Leguay et al., 2008). C'est un chemin qui doit se faire dans les deux sens.

Les grands axes de travail de la réhabilitation psychosociale sont décrits dans un manifeste du reh@b' (Leguay et al., 2008). Cela se traduit ensuite dans différents secteurs de la vie du patient. Il est possible de cerner différents moyens répondant à cette approche :

Tout d'abord, concernant le travail, en milieu ordinaire ou en milieu sécurisé. En effet, cela représente une activité essentielle de la vie en société. Un accompagnement dans l'apprentissage sera nécessaire à la réinsertion professionnelle. Des structures sont dédiées à cela telles que les ESAT (Etablissements ou services d'aide par le travail), qui sont des lieux de travail protégés (Travail et al., 2020). Les CRP (Centre de réadaptation professionnelle) de leur côté sont conçus pour un apprentissage adapté d'un métier, avec des certifications et des qualifications (Dicom, 2020). Dans ce secteur, l'ambition est de favoriser au maximum le travail dans le milieu ordinaire, car c'est le plus bénéfique pour le patient (Leguay et al., 2008). Les ergothérapeutes ont toute leur place dans ces institutions afin d'y accompagner le patient vers l'autonomie au travail. Il va évaluer les capacités du patient, et ainsi pouvoir agir sur l'adéquation de ces capacités avec les activités nécessaires au travail (aménagement de poste, formations, amélioration des capacités spécifiques, etc.).

Ensuite, la réhabilitation psychosociale infuse également dans les institutions par l'évaluation et la thérapie combinée (Leguay et al., 2008). Ce sont un ensemble d'évaluations (aspect neuropsychologique, habileté technico-sociale, etc.) et de thérapies (programme psychoéducatif, TCC, entraînement aux habiletés sociales, etc.) pour avoir une vision holistique de la personne et pouvoir travailler de manière la plus complète possible. Cela peut être mis en place à tous les échelons de la prise en charge, en commençant par les hôpitaux psychiatriques, dès que la phase aiguë est passée, lors des soins à moyen terme en milieu fermé. Puis, une fois le patient stabilisé, en fonction de son autonomie, une prise en charge en psychiatrie ambulatoire pourra utiliser ce type de thérapie (Fays, 2018). Les ergothérapeutes qui travaillent dans ces institutions peuvent

apporter leurs expertises de la prise en charge par l'activité aux équipes pluridisciplinaires dont ils font partie.

Par ailleurs, l'évaluation combinée est caractérisée par une approche holistique du patient. C'est-à-dire qui prend en compte les aspects symptomatologiques, neurocognitifs, fonctionnels, ainsi que l'environnement de la personne (Leguay et al., 2008). Cela permet de mieux comprendre les éléments facilitant et limitant spécifiquement pour le patient évalué et ainsi adapter la prise en charge. Il existe plusieurs exemples d'outils permettant cette évaluation, tels que « l'Echelle d'aptitude psychosociale de Darcourt et Robert, le Questionnaire d'indépendance et d'intégration sociale de Kowal et Guelfi ou encore l'Echelle d'autonomie sociale de Leguay et al. » (De Lépine, 2018).

Enfin, la mise en place de thérapie combinée peut faire appel à des programmes psychoéducatifs (pour mieux connaître sa maladie, ses médicaments, etc.), des thérapies plus classiques (cognitivo-comportementale, remédiation neurocognitive, etc.), enfin il peut être proposé des entraînements aux habiletés sociales et techniques (Leguay et al., 2008). Il sera important d'évaluer à chaque fois les effets des actes thérapeutiques pour une prise en charge au plus près des besoins du patient. Parmi les activités de réappropriation de la maladie, l'ergothérapeute, va pouvoir travailler sur des activités afin de mieux vivre avec celle-ci.

Parmi les programmes connus, nous pouvons citer le *Cognitive Remediation Therapy* qui est un programme ciblé sur les améliorations des processus déficitaires (De Lépine, 2018). Ou encore, un programme large tel que *Integrated Psychological Therapy* qui permet de prendre en compte l'ensemble des processus potentiellement altérés (De Lépine, 2018).

La difficulté de ces approches, sera de pouvoir développer au maximum ce type d'offres, sans pour autant remplacer les prises en charge psychothérapeutiques qui sont nécessaires sur du long terme (Leguay et al., 2008).

L'approche de réhabilitations psychosociales touche à de nombreux domaines, mais elles ont un même objectif qui est l'autonomie des patients et un retour à une vie la plus ordinaire possible. Cela semble dans plusieurs cas utiliser l'activité (le travail, les activités de vie quotidienne, etc.). Nous allons maintenant voir, au travers de plusieurs exemples, comment l'ergothérapeute prend place dans ce type d'accompagnement des patients, lié à l'activité. L'ergothérapie en effet, dans la façon de prendre en compte le patient est déjà sur

une démarche holistique. Démarche qui se rapproche des thérapies combinées, où on va d'abord se focaliser sur l'amélioration des capacités avant de travailler sur l'adaptation de l'environnement.

c. La réhabilitation psychosociale et l'ergothérapie

Les ergothérapeutes qui travaillent dans les différentes institutions citées précédemment (CMP, CRP, ESAT, CATTP, Hôpital de Jour, SAVS, SAMSAH), s'intègrent au travail d'équipe à partir des modèles conceptuels liés à leur discipline. Dans le cadre de la mise en place de la réhabilitation psychosociale, l'ergothérapeute peut utiliser la notion de participation sociale. Il s'agit de « l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ces environnements. Ces activités sont favorables à l'expression du pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation (*empowerment*) communautaire. » (Poriel, 2016). Cette notion est liée au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

Développé dans les années 1980 par l'américain Gary Kielhofner, le Modèle de l'Occupation Humaine arrive en France dans les années 1990 (Morel-Bracq, 2017c; Poriel, 2016). Il s'agit d'un modèle centré sur la personne avec une notion de continuum entre trois composantes : l'être (la volition, l'habituatation et capacité de performance), l'agir (la participation, les performances et les habiletés) et le devenir (Morel-Bracq, 2017c; Poriel, 2016).

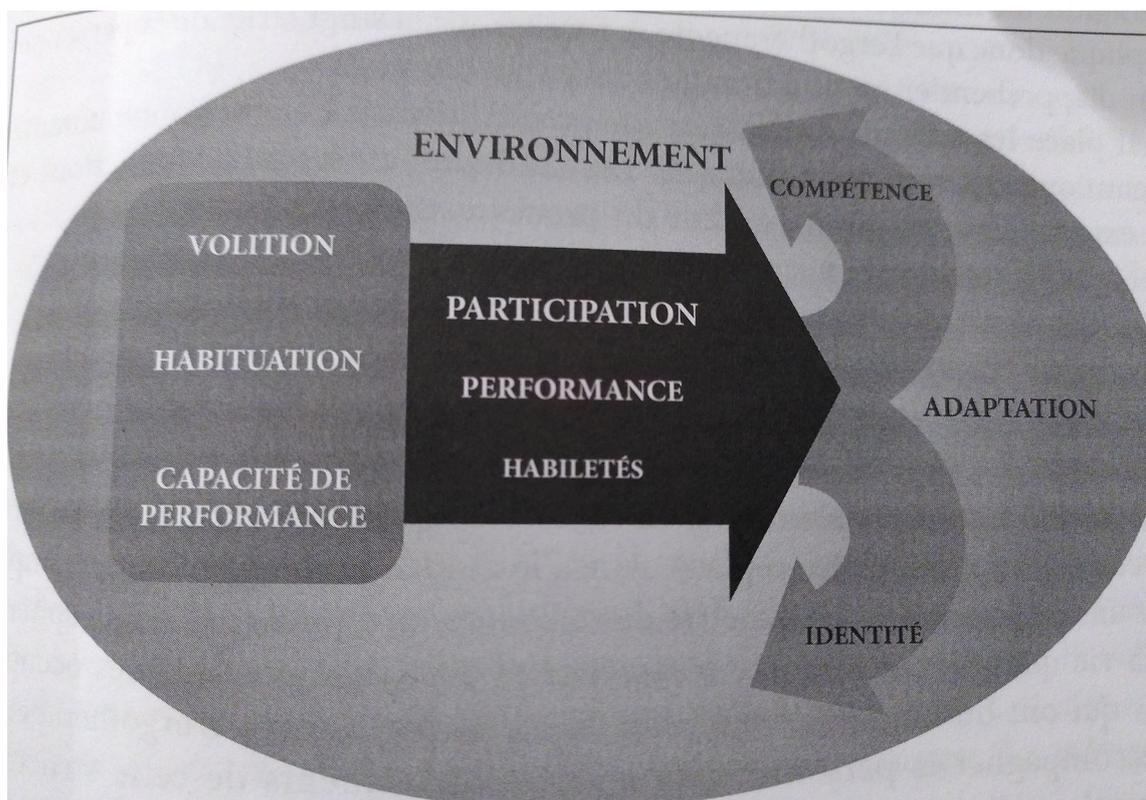


Figure 1 - Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle (d'après Kielhofner, 2008, p. 108)

Ainsi, l'être, va influencer sur la manière d'agir (la manière d'être) dans les activités (loisirs, travail, vie quotidienne, etc.). Quand on fait l'activité, on va modifier l'être en gagnant de nouvelles compétences, c'est le devenir. En d'autres termes, « les conséquences de l'agir sont le développement de la compétence occupationnelle, de l'identité occupationnelle, et de l'adaptation occupationnelle. » (Poriel, 2016).

Ce modèle, appliqué à l'ergothérapie, influe sur le regard porté sur le patient et le travail que l'on peut faire avec lui (Morel-Bracq, 2017b). Il porte la même ambition pour le patient que les réhabilitations psychosociales en remettant la personne au centre de sa thérapie.

Nous pouvons citer plusieurs exemples de travail fait par des ergothérapeutes avec des patients en psychiatrie (certains souffraient de trouble psychotique) et utilisant les modèles et méthodes précités :

Premièrement, des jeux ont été construits afin de favoriser l'expression, de changer de point de vue et de se projeter dans des activités nécessaires à la vie en société. Ces différents jeux de société permettent d'améliorer les capacités des personnes. Il y a par exemple, le Dixiludo, qui va stimuler la verbalisation des ressentis et les fonctions

cognitives, mais aussi favoriser l'affirmation de soi (*Dixiludo*, s. d.). Ou alors Le Jeu de la Maison qui permet aux patients de s'exprimer sur des problématiques qu'ils peuvent rencontrer chez eux, et d'apprendre le fonctionnement d'appareils de la vie quotidienne (Muriel Launois et al., 2020). Pour des adultes souffrant de troubles psychotiques, ces jeux sont une occasion d'appréhender la réalité, de se projeter dans le futur, d'interagir avec autrui, etc. Ces notions seront approfondies dans la partie des jeux de société.

Deuxièmement, les groupes d'autonomie projet sont des « séances hebdomadaires [qui] ont pour but de maintenir l'attention des patients sur la notion d'autonomie et de projet, de créer un esprit de groupe avec un sentiment d'entraide et d'appartenance sociale. » (Muriel Launois, 2015b). Les patients vont y travailler sur des objets individuels, le groupe sera ensuite un appui. Les participants pourront s'entraider dans la réalisation des projets de chacun. Il s'agit là encore du pan de la réhabilitation psychosociale centré sur le patient. Les notions autour de la permanence de l'objet (lors de projet sur plusieurs séances), de la temporalité et de la peur face à l'imprévisibilité d'autrui sont intéressantes pour accompagner les adultes souffrants de psychose.

Enfin, le troisième exemple va à la fois être centré sur le patient, et sensibiliser l'environnement social de celui-ci. Il s'agit des groupes d'écriture présentés par Fays dans son article en 2018. Le principe est de réunir des personnes autour d'un thème commun (Fays, 2018). Au travers de projets d'écriture individuels et/ou collectifs, les patients peuvent s'exprimer autrement qu'à l'oral, et être en relation avec les autres au travers du thème commun. L'exposition de certains textes permet ensuite de sensibiliser le grand public sur la notion de réhabilitation psychosociale.

Les méthodes présentées dans cette partie, basées notamment sur le MOH, montrent qu'il y a de nombreuses activités que l'ergothérapeute peut proposer dans le traitement des troubles psychiques, et plus particulièrement les troubles psychotiques. Cela peut tout à fait s'intégrer dans le travail d'une équipe pluridisciplinaire orienter par la réhabilitation psychosociale. Les jeux de société sont une activité particulièrement porteuse. Entre autres, la prise en compte de règles communes et l'aspect ludique pourraient favoriser une meilleure intégration. Ce qui permettrait d'être dans un cadre facilitant les relations avec les autres joueurs. Cette activité peut-être donc intéressante pour l'accompagnement auprès de patients présentant des troubles psychotiques.

3. Jeu de société

a. Définition et historique

« Nous pouvons tous avoir des définitions et des opinions différentes sur la question [la définition du jeu], tout comme nous pouvons en avoir sur ce qu'est réellement ou non la musique, l'art ou le sport. » (Schell, 2010). Ainsi, chercher à définir le jeu, de manière exhaustive, peut être une tâche assez compliquée, car il englobe beaucoup de notions, et dépend du point de vue (Historien, Pédagogue, Game designer, etc.). Plusieurs auteurs se sont essayés à définir le jeu. La pluralité des visions proposées permet de mieux appréhender les différents aspects de cet objet complexe.

R. Callois (1958), sociologue français, définit le jeu comme une activité libre (où l'envie et le plaisir sont les moteurs), séparée (bornée dans le temps et l'espace), incertaine (dont ni le déroulement ni le dénouement ne sont prédits), improductive, réglée et fictive (qui sort de la vie courante). Il a classifié les jeux dans des catégories, dont chacune à une fiction psychologique originale : *Agôn* (jeu de compétition), *Alea* (jeu de hasard), *Mimicry* (jeu d'expression) et *Ilinx* (jeu de vertige qui procure des sensations sensorielles fortes) (Callois, 1958a).

D.W. Winnicott (1975), pédiatre et psychanalyste anglais, définit le jeu comme une aire avec un espace-temps propre, qui serait une zone transitionnelle et intermédiaire (ni au-dedans ni au-dehors). Un espace où l'expérimentation créatrice et l'action de jouer (*playing*) sont possibles, D.W Winnicott le définit par l'espace potentiel. « Il ne faut jamais oublier que jouer est une thérapie en soi. Faire le nécessaire pour que les enfants soient capables de jouer, c'est une psychothérapie qui a une application immédiate et universelle ; elle comporte l'établissement d'une attitude sociale positive envers le jeu. [...] Ce qui m'importe avant tout, c'est de montrer que jouer, c'est une expérience » (Winnicott, 1975a).

Pour F. Ferland (2003), ergothérapeute canadienne, « Le jeu est une attitude subjective où plaisir, curiosité, sens de l'humour et spontanéité se côtoient; cette attitude se traduit par une conduite choisie librement et dont on n'attend aucun rendement spécifique. ». Elle détaille aussi les différentes fonctions du jeu et leur effet sur les enfants : le plaisir qui procure la motivation d'agir, la découverte qui favorise de l'adaptation, la maîtrise qui

créer de l'initiative et de l'estime de soi, la créativité qui donne de l'humour et des solutions aux problèmes, et l'expression qui permet de la communication des sentiments (Ferland, 2003a).

De nombreuses autres manières de classer les jeux sont possibles, que ce soit en fonction du support (jeu libre, jeu de société, jeu vidéo, etc.), des mécaniques (stop ou encore, enchère, construction de main, etc.), du nombre de joueurs et de leurs interactions (compétition, coopération, etc.), etc.

Dans le cadre de cette recherche, il sera principalement question de jeu réglé, avec des règles préétablies comme les jeux de société. En effet, dans la question de la réhabilitation psychosociale où les règles de la société sont centrales, il semble important de travailler avec ce type de jeux. Cela permet de travailler sur plusieurs questions : comment les règles sont établies, qui décide, pourquoi et comment les respecter, etc. Ainsi ces nouvelles compétences pourront être transférées vers le monde réel et la vie en société.

Pour mieux comprendre la place et la définition du jeu d'aujourd'hui, il est intéressant de se pencher sur son évolution au cours du temps.

D'après Johan Huizinga (1951), le jeu a permis à l'humanité de créer les sociétés et leurs cultures¹. « Le jeu est plus ancien que la culture. En effet, la notion de culture, si insuffisamment délimitée soit-elle, suppose en tout cas l'existence d'une société humaine, et les animaux n'ont pas attendu l'arrivée de l'homme pour qu'il leur apprît à jouer » (Huizinga, 1951b).

Dans les civilisations de l'Antiquité, de -3000 av. J.-C. jusqu'au Ve siècle ap. J.-C., nous pouvons retrouver le jeu des vingt cases, les osselets (objets qui ressemblent à des dés), le jeu de go ; respectivement en Égypte, en Europe et en Chine (« Jeu de société », 2020). Il est possible que les personnes se réunissent pour jouer ensemble grâce à ces supports.

Pendant la période gréco-romaine, du VIIIe siècle av. J.-C. jusqu'au Ve siècle ap. J.-C., le jeu fait partie intégrante des activités des humains surtout auprès des enfants (De Grandmont, 1995). En Grèce débute l'instruction par le jeu : « On observe [...] un besoin d'*instruire* l'enfant au moyen du jeu. [...]. Il n'en fallut pas beaucoup plus pour voir apparaître des jeux de connaissance surtout orientée vers la préparation à un métier. » (De

1 « Ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation » (Larousse, s. d.)

Grandmont, 1995). Apparaissent alors, des jeux pour apprendre à lire, à écrire, à calculer, etc. Dans l'Empire romain, le jeu est un peu moins présent dans l'instruction des enfants, mais nous pouvons retrouver des outils facilitant pour l'apprentissage comme des gâteaux et objets en forme de lettres ou de chiffres.

Quant aux adultes jouaient aux jeux de hasard, avec des jeux d'argent, en misant sur des jets de dés (« Jeux (Rome antique) », 2020). De plus, les Romains faisaient des jeux sportifs, que ce soit des courses de chars, de l'athlétisme, de la boxe ou de la lutte. Ces jeux sportifs étaient des événements nationaux et étaient regardés par le peuple, ce qui peut montrer que le jeu était intégré à la culture de l'époque (« Jeux (Rome antique) », 2020). Enfin, du point de vue sociétal, l'Empire romain regorge de rites et d'événements utilisant des jeux par exemple : les rites de passage à l'âge adolescent, puis adulte, les différentes cérémonies religieuses et les guerres d'expansion.

Au Moyen-Âge, du Ve siècle ap. J.-C. jusqu'au XVe siècle ap. J.-C., le jeu chez les enfants et dans l'éducation se perd (De Grandmont, 1995). En effet, l'expansion du christianisme condamne la société gréco-latine et pousse à se détacher des pratiques de cette dernière. « Pour instaurer sa loi, le christianisme devra tout nettoyer, se départir de tout ce qui peut rappeler le paganisme sous toutes ses formes, y compris les écoles gréco-latines. » (De Grandmont, 1995). Les enfants vont surtout aider les parents au travail. L'éducation sera réservée à certaines personnes de l'église et sans utilisation du jeu. Ce n'est qu'à la fin du Moyen-Âge, que seront créés les soldats en plombs, d'abord pour les stratégies de guerre puis pour l'instruction des enfants. Les nobles pouvaient participer à des tournois que ce soit pour l'argent, pour une promesse, pour l'entraînement ou pour la réputation. Il y avait de nombreuses épreuves : des combats à pied en duel et pour prendre une tour, des combats duel et des mêlés à cheval, des jeux d'adresse à cheval. Ces épreuves se réalisaient en public, et pouvaient donner lieu à des rencontres entre principautés et alors favoriser les liens amicaux entre ces derniers (« Tournoi (Moyen Âge) », 2020). De plus, au Moyen-Âge, les jeux d'argent ont été interdits à plusieurs reprises par l'Église. La société occidentale au Moyen-Âge a toutefois conservé certains mécanismes liés au jeu : « Dans l'adoubement chevaleresque, l'inféodation, le tournoi, l'héraldique, les ordres de chevalerie et les vœux [religieux], [...] le facteur ludique se rencontre dans toute puissance, et est encore réellement créateur. » (Huizinga, 1951a).

Arrivées à l'époque moderne, à partir de la fin du XVe siècle ap. J.-C. jusqu'au XVIIIe siècle ap. J.-C., de nouvelles connaissances et pédagogies voient le jour (De Grandmont, 1995; Huizinga, 1951a). Le jeu est de plus en plus utilisé pour son potentiel éducatif et pédagogique. On peut observer des créations de jeux tel que le jeu de l'oie, au XVIIe siècle, mais aussi de nombreux sports comme le jeu de paume, au XVIIIe siècle (De Grandmont, 1995; Huizinga, 1951a). Le XVIIIe siècle ap. J.-C. a vu la création d'une loterie publique et il est devenu habituel de jouer aux jeux d'argents. Grâce aux écrits de l'époque, nous savons qu'il y avait une certaine ferveur pour ces jeux, mais au XIXe siècle ap. J.-C., les jeux d'argent ont été prohibés par l'Eglise (Harouel, 2011). Pour la société de cette époque, il y a une effervescence de la nouveauté en termes de norme, de connaissance, d'innovation qui alimente la notion de jeu de l'époque. « Ce besoin de débordement, propre au Baroque, ne semble pouvoir s'expliquer que par un degré fortement ludique de l'impulsion créatrice. »(Huizinga, 1951a).

L'époque contemporaine débute à la fin XVIIIe siècle ap. J.-C. et se poursuit jusqu'à aujourd'hui. Le jeu est de plus en plus utilisé dans les écoles dans un objectif d'instruction, jusqu'au milieu du XXe siècle, puis plus largement dans la société (De Grandmont, 1995). A partir du début du XXe, de nombreux scientifiques et pédagogues se sont penchés sur la question de l'intérêt du jeu : D.W Winnicott, R. Caillois, J. Piaget, J. Huizinga, etc. Le jeu est reconnu comme ayant un intérêt éducatif, mais aussi de développement de l'enfant et de source de bien-être. Le jeu va alors prendre de plus en plus de place dans l'éducation, surtout dans sa forme ludique et gratuite (qui n'est pas uniquement rattachée à des apprentissages formels). Par exemple, le jeu de société se développe, innove pour créer de nouvelles mécaniques, et prend sa place dans les habitudes de vie (Atallah & Jaccaud, 2018). Mais aussi la naissance, puis la popularisation des jeux vidéo (« Jeu vidéo », 2020).

Ainsi depuis la création des sociétés Humaines, le jeu a été utilisé de différentes manières. En fonction des époques, les humains ont utilisé les jeux en tant que tels ou ses composantes dans leur quotidien, l'éducation des plus jeunes ou dans leurs coutumes. Ayant une telle place dans la société et le quotidien, la question se pose de savoir quelle place a le jeu et ses composantes dans le domaine des soins.

b. Intérêt dans le soin

Le jeu n'est pas seulement un divertissement, il a une utilité dans le développement de l'enfant et dans la construction de soi. Effectivement, le jeu permettrait à l'enfant d'accéder un espace transitionnel, où apprivoiser son environnement et se dissocier de son parent (Winnicott, 1975b). D.W. Winnicott distingue le jeu (*game*) et l'action de jouer (*playing*). Le *game* se rapproche de tout jeu avec des règles : jeu de société, sport, jeu vidéo, etc. Le *playing* se rapproche du jeu libre sans règle prédéfinie à l'avance : jouer à la poupée.

Le *playing* permettrait de remodeler l'environnement extérieur et intérieur, afin de construire le vrai soi au sein de cette aire de jeu (Bailly, 2001). « Elle [l'aire où l'on joue] est en dehors de l'individu, mais elle n'appartient pas non plus au monde extérieur. [...] L'enfant rassemble des objets ou des phénomènes appartenant à la réalité extérieure et les utilise en les mettant au service de ce qu'il a pu prélever dans la réalité interne. [...] Le jeu [*playing*] est essentiellement satisfaisant. » (Winnicott, 1975a). Alors qu'avec ses règles, le *game* demande à ce que « l'enfant ait à s'adapter à son environnement au détriment de son propre développement personnel (faux self) » (Bailly, 2001). Ce qui renforcerait ses capacités à s'organiser socialement, au niveau interne.

Plus précisément, le vrai self, défini par D.W. Winnicott, désigne l'image que le sujet se fait de lui-même et qui correspond effectivement à ce qu'il est et perçoit à travers une réaction adaptée (« Vrai self et faux self », 2019). Le faux self désigne une instance qui s'est constituée pour s'adapter à une situation plus ou moins anormale et contraignante. L'image qui est alors en cause est défensive et faite en fonction de réactions inadaptées de l'environnement. Elle est surtout représentative d'un rôle qu'on lui aurait imposé.

Le jeu favorise les interactions sociales et les capacités d'interaction des joueurs : «[Dans le contexte du jeu, l'individu développe un sens de lui-même dans un groupe social organisé. Les joueurs exécutent un ensemble de réponses et les organisent en fonction des règles du jeu et des réponses des autres. La participation aux jeux "permet de se faire des amis, de s'entendre avec les autres, d'apprendre à partager, à rivaliser, à coopérer, à se relayer et, d'une manière générale, de s'adapter plus facilement à la société"]» (Harper Love, 1988, traduit de l'anglais) (Cartledge & Milburn, 1980 dans Harper Love 1988). Dans ce texte, H. Harper Love, ergothérapeute, montre la force que peut avoir le jeu pour créer les relations avec autrui.

Le jeu est utilisé comme moyen d'apprentissage dans le milieu scolaire afin d'acquérir de nouvelles connaissances (De Grandmont, 1995). Un jeu produit l'attitude ludique chez les joueurs qui correspond au fait de « ne pas se prendre au sérieux et de ne pas prendre au sérieux la situation » (Ferland, 2003a). Cette propriété du jeu permet de donner assez d'intérêt pour l'apprentissage. De plus, d'après Francine Ferland, le jeu est une expérience en soi, l'enfant teste son environnement afin de le découvrir, de pouvoir apprivoiser la réalité, de créer et de s'exprimer (Ferland, 2003a).



Le jeu a aussi une utilité grâce à sa structure, ainsi que l'amène la notion de game de D.W. Winnicott. Le temps de jeu, qu'il soit « *game* » ou « *playing* » (Winnicott, 1975a), « jeu réglé » ou « jeu à » (Esquerre, 2017), possède toujours des règles. A. Esquerre (2017) apporte une nouvelle notion le jeu et le hors-jeu. Il définit « *le jeu par la manière dont, à la fois, il limite et est limité par le hors-jeu*. Si l'on suit cette définition, il faut repérer des opérations d'opposition entre le jeu et le hors-jeu, tout en gardant à l'esprit que le jeu et le hors-jeu sont posés en même temps. Le hors-jeu ne précède pas le jeu, qui s'opposerait ensuite à lui, mais l'un et l'autre sont constitués ensemble. » (Esquerre, 2017). Dans le jeu réglé, où s'inscrit le jeu de société, les règles sont imposées par le « Hors-Jeu » que ce soit par le biais d'un arbitre ou de règles de jeu (Esquerre, 2017). Dans le jeu-à, jeu libre, les règles sont produites par les joueurs, sans pour autant toujours se concerter, par l'environnement (terrain, humain ou événement). « C'est-à-dire que la frontière entre le jeu et le hors-jeu, dans le jeu-à, est tellement flottante qu'elle peut fluctuer dans le sens ou l'autre, mais qu'elle reste centrale (l'adulte demandant à être situé dans le hors-jeu) » (Esquerre, 2017). Le fait de se situer dans le jeu ou le hors-jeu ne donne pas les mêmes rôles vis-à-vis des autres. L'intérêt de changer de rôle peut être de tester la responsabilité et de mieux comprendre les rôles de chacun.

Dans les jeux réglés, les règles sont imposées aux joueurs et ils doivent les respecter. En même temps, ces règles les rassurent les joueurs en médiatisant les interactions. D'une part, la règle détermine les actions possibles ou interdites, ce qui permet de prédire les potentiels coups des autres joueurs. D'une autre part, la règle permet de se défendre contre les personnes qui ne respectent pas les règles du jeu. L'expérimentation est possible avec moins de crainte. L'ergothérapeute doit faire respecter ces règles, afin de pouvoir garantir ce cadre sécurisant.

Avec ce cadre sécurisant, instauré par le soignant, et l'attitude ludique que le jeu suscite, il est possible d'ouvrir des temps d'expression au sein des institutions de soin (Attigui, 2014). Cela va aussi modifier le rapport entre le patient et le soignant : « Par le jeu, le regard des soignants traverse une autre dimension, il peut devenir humain, car ils n'abordent plus les patients sous l'angle succinct de leur symptôme, mais plutôt sous celui de leurs potentialités créatives. » (Attigui, 2014).

Pour finir, le jeu peut être comparé à la vie quotidienne : « La vie sociale et en particulier les mondes sociaux peuvent être décrits comme des *jeux de société* grandeur nature. Soit la vie sociale est toujours plus imprégnée de la dimension ludique, soit la métaphore montre là toutes ses vertus heuristiques, les deux pouvant se rencontrer. » (Gaussot, 2014). Potentiellement, si on peut décrire la vie au travers d'un jeu, les expériences vécues à travers le jeu peuvent permettre de transférer des acquis dans la « vraie » vie.

Ainsi, le jeu a une place dans le soin, par sa forme, son fond, son potentiel d'interaction avec autrui et l'attitude ludique qu'il peut susciter. La suite va permettre de comprendre la particularité du jeu dans l'accompagnement en ergothérapie.

c. La place du jeu en l'ergothérapie

« En tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il [l'ergothérapeute] s'attache à rendre possible l'activité pour la personne en situation de handicap et à prévenir les problèmes de santé due aux activités inadéquates. » (SYNERGO, 2008). Il utilise, dans l'accompagnement avec le patient, la relation triangulaire entre : l'ergothérapeute, le patient et l'activité. C'est via cette activité signifiante que le patient peut améliorer ses capacités avec l'aide de l'ergothérapeute. Le jeu peut être une activité signifiante. Cette partie va traiter de l'utilisation du jeu dans la pratique en ergothérapie.

Au cours du XXe siècle, en Amérique du Nord, le jeu a été utilisé en structure de soin, de plusieurs manières. Au départ comme simple moyen de distraire des enfants malades et pour améliorer leur état de bien-être psychologique (1940) (Ferland, 2003b). Il permettait également, déjà à cette époque, à l'ergothérapeute de voir comment l'enfant se comporte avec les autres, de voir ses capacités intellectuelles, de mieux connaître l'enfant et de le faire s'exprimer.

Dans les 20 années qui suivirent, les objectifs thérapeutiques en ergothérapie deviennent plus spécifiques et segmentés. Le « jeu » devient alors « une activité de jeu », visant « des objectifs spécifiques, relater à la condition physique de l'enfant » (Ferland, 2003b). Par ailleurs, certaines évaluations pour enfant utilisent le jeu, comme l'évaluation globale de Vulpe, les débuts de l'intégration sensorielle de Ayres et l'approche neurodéveloppementale des Bobath.

A partir des années 70, le jeu subit une étude plus systématique, notamment au regard de l'utilité qu'il apporte. Le jeu devient un entraînement pour devenir compétent et productif dans un futur métier (Reilly 1974 dans Ferland, 2003b). Les années 80 marquent une validation et des fidélisations pour les évaluations.

C'est dans les années 1990 que les publications scientifiques autour du jeu se multiplient. L'essor des connaissances sur l'impact du jeu sur le développement de l'enfant et les sciences de l'occupation permettent à certains ergothérapeutes de faire la promotion de la santé et du jeu chez l'enfant (Ferland, 2003b). En parallèle, le jeu est considéré comme un cadre privilégié en ergothérapie pédiatrique.

Depuis les années 2000, différents regards se sont développés autour du jeu dans le soin (Ferland, 2003b). Dans le premier, le jeu est considéré comme une activité productive de l'enfant qui développe ses compétences. Le jeu est utilisé comme moyen, afin d'améliorer une fonction donnée pour un objectif donné.

Dans le deuxième, le jeu est utilisé comme support d'interaction et de communication entre les enfants et leurs parents. Il a pour objectif le développement de l'enfant de façon harmonieuse et d'améliorer les interactions familiales pour augmenter la qualité de vie.

Dans le troisième, le jeu, en plus d'être un moyen thérapeutique, est un but à atteindre dans les séances, que ce soit du jeu libre ou du jeu réglé. Le jeu et l'enfant sont pris dans un tout, dans une approche plus globale.

Le modèle ludique, utilisé en ergothérapie, s'inscrit dans ce dernier courant. C'est un modèle conceptuel appliqué qui part du principe que le jeu est l'activité significative de l'enfant qui privilégie l'attitude ludique. « En jouant, l'enfant expérimente des sentiments de plaisir et de maîtrise, il découvre le monde qui l'entoure, il crée et s'exprime » (Morel-Bracq, 2017a). Le jeu permet de voir l'enfant de manière holistique : « C'est donc [le jeu]

une activité qui sollicite l'enfant dans sa globalité. » (Ferland, 2003a). C'est un modèle où le jeu est un moyen et un but.

Le jeu est majoritairement utilisé pour les enfants, en regard du nombre de publications sur le jeu et les enfants, mais il est aussi utilisé auprès d'adultes et d'adolescents. L'attitude ludique chez les adultes permet de « rendre l'activité agréable et positive, accroître la capacité de faire face aux situations de la vie et favoriser la santé et le bien-être » (Guitard et al., 2006). Dans cet article, il y a une extension du modèle ludique de l'enfant modifié pour l'adulte. En ergothérapie, le jeu peut être utilisé avec n'importe quels publics, adulte et adolescent, pour rendre l'activité plus agréable.

Lorsque le jeu est utilisé auprès de patients ayant des troubles psychiatriques, il peut être utilisé pour favoriser l'expression, la créativité, la coopération entre les joueurs, ou en tant que remédiation cognitive (Muriel Launois, 2015a). Il permet aussi de susciter l'attitude ludique chez les patients afin d'améliorer leur bien-être et leur permettre de se sentir autorisés à être soi (M Launois, 2015).

Pour améliorer certaines capacités des patients, des ergothérapeutes vont créer des jeux de société. Par exemple, The Social Skills Game (Harper Love, 1988) qui est un jeu de société créé par H. Harper Love, ergothérapeute, en 1982, et qui a pour objectif d'améliorer les compétences sociales des patients en psychiatrie. Il y a aussi Dixiludo, qui est un jeu de société pour favoriser l'expression, l'affirmation de soi et l'introspection pour des patients en psychiatrie (*Dixiludo*, s. d.). Mais encore, Le jeu de la Maison, qui est un jeu de société pour ouvrir la réflexion et l'expression autour du thème du quotidien et de la maison (Muriel Launois et al., 2020). Ce qui permet de préparer le retour à domicile des patients en psychiatrie.

A travers ces jeux, les patients peuvent adopter une attitude ludique (associé au bien-être et au plaisir), jouer un rôle (se protéger en étant quelqu'un d'autre, mettre de la distance), entrer plus facilement dans les interactions entre les joueurs (prendre en compte l'autre, s'enrichir mutuellement) (*Dixiludo*, s. d.; Harper Love, 1988; Muriel Launois et al., 2020). Tout cela fait la force de tels outils thérapeutiques, même s'il faut parfois adapter les jeux de société aux patients souffrants de psychose (lorsqu'ils sont limités dans leurs capacités psychiques). Par conséquent, une attention a été apportée sur les possibilités d'adaptations

des jeux de société (difficulté ajustable, éléments personnalisables, etc.) (Harper Love, 1988).

Le jeu a été considéré par les ergothérapeutes de différentes façons au cours du temps, et cela se traduit par l'évolution des pratiques d'ergothérapie. Pour les enfants tout d'abord, puis pour les adultes. Comme simple moyen de distraire, puis comme outils d'évaluation ou comme occupation permettant le travail de soin.

Conclusion du cadre conceptuel

Au travers de ce travail de cadre conceptuel, les champs en rapport avec la question de recherche ont été parcourus. La psychose est complexe et même s'il existe un cadre de diagnostic dans les classifications de pathologie, cette pathologie peut varier d'un patient à l'autre (en fonction notamment de son sexe, son environnement socioculturel, etc.). Les manières de prendre en charge ces patients, portées par des équipes pluridisciplinaires, sont variées et dépendent à la fois de l'état du patient (autonomie, capacités, compétences, etc.) et des objectifs visés. Parmi ces méthodes, celles de la réhabilitation psychosociale peuvent être pertinentes. Elles ont pour objectifs de permettre au patient de retrouver un maximum d'autonomie et de rendre possible son retour dans la société. Deux chemins sont empruntés pour réaliser ces objectifs : tout d'abord, travailler avec le patient sur son autonomie et ses capacités, et ensuite travailler à la sensibilisation de la société pour garantir un environnement plus favorable. L'ergothérapeute, par son approche holistique du patient et le travail centré sur l'activité, va s'intégrer aux pratiques de réhabilitation sociale et apporter son expertise aux équipes dont il fait partie. Enfin, l'activité particulière qu'est le jeu peut être associée dans ces prises en charge par différents aspects. Le lien social qu'il va créer, et le travail autour de la règle du jeu en lien avec les règles de la société sont les principaux bénéfices apportés aux soins des personnes ayant des troubles psychotiques.

Rappel de la problématique : En quoi l'utilisation du jeu de société, en ergothérapie, s'intègre-t-elle dans une démarche de réhabilitation psychosociale chez les adultes souffrant de psychose ?

J'émetts l'hypothèse que **le jeu de société, pour répondre à l'approche de la réhabilitation psychosociale, va devoir créer un cadre permettant l'expérimentation**

et l'acquisition de compétence dans le domaine social. Ce qui permettrait, par la suite, une meilleure appréhension de la société et une possibilité de transfert des acquis dans la vie réelle.

La recherche

1. Préparation de la recherche

Le but de la recherche : comprendre les enjeux de l'utilisation du jeu de société auprès des adultes souffrant de psychoses en psychiatrie ambulatoire, dans une optique de réhabilitation psychosociale, et envisager de nouvelle utilisation du jeu de société auprès de ce public.

a. Choix méthodologie de recherche

J'ai utilisé la méthode du *focus group* ou groupe d'expression et d'entretien dirigé. C'est une méthode qualitative qui « permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. » (Thibeault, 2010). A la différence de l'entretien individuel, le *focus group* permet de se rendre compte de la diversité des pratiques et des opinions sur le sujet, mais aussi de pouvoir les confronter entre elles pour faire émerger des idées nouvelles. Les échanges seront d'autant plus riche que les personnes viendront de différent milieu. Je pense que c'est la méthodologie de recherche la plus pertinente pour mon sujet, car je m'intéresse sur les différentes utilisations du jeu de société dans la population adulte en santé mentale.

b. Choix du panel

J'ai fait appel à des ergothérapeutes ayant une expérience dans des services de psychiatrie ambulatoire et médico-sociale : **CMP** (Centre Médico-Psychologique), **Accueil de Jour**, **CATTP** (Centre d'Accueil de Thérapie à Temps Partiel), **Hôpital de Jour**, **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé) et **SAVS** (Service d'accompagnement à la Vie Sociale). Ils devaient utiliser des jeux de société auprès d'adultes ayant des troubles des interactions sociales et s'inscrire dans une démarche de réhabilitation sociale. Les jeux de société utilisés étaient des jeux grand public, jeux grand public avec une adaptation au patient et des jeux créés pour ces patients. En effet, l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie est marquée par la phase aiguë du trouble psychotique qui s'exprime par des délires. A ce moment-là, l'objectif est d'abord de

réduire l'apparition des délires et de consolider le Moi du patient (Constantin-Kuntz et al., 2014).

De plus, j'ai fait appel à des ergothérapeutes dont certains ont créé au moins un jeu de société dans le but d'améliorer les capacités d'interaction des joueurs (Dixiludo, Le Jeu de la Maison, etc.). Cette hétérogénéité va permettre des échanges plus riches en confrontant des personnes ayant des milieux différents.

c. Choix du mode de recrutement de la population

J'ai créé une liste de participants possibles à partir des connaissances que j'ai pu rencontrer via mes anciens stages, des connaissances via les autres étudiants et j'y ai ajouté mes propres recherches. Par la suite, j'ai appelé ces différents services pour savoir s'il y avait un ergothérapeute. En cas de réponse positive, je l'ai contacté par mail et j'ai expliqué la teneur de ma recherche en lui demandant s'il acceptait de participer à mon entretien groupal. Puis, une semaine après, j'ai appelé en cas de non-réponse au mail. Le premier contact a été fait au moins 4 semaines avant l'entretien groupal.

Je leur ai envoyé la semaine précédant l'entretien groupal, les informations relatives à l'utilisation des données que je récolte, à mon mémoire, aux outils numériques qui sont utilisés et à la façon de les utiliser, et j'y ai joint un formulaire de consentement. Quelques jours avant l'entretien, je me suis assuré que chaque participant était bien au courant de la date de l'entretien.

d. Élaboration de la grille d'entretien et de l'analyse

Pour la création de la grille d'entretien du focus group, je me suis basé sur les conseils de Sylvie Tetrault (2014) : une présentation et une conclusion de l'entretien claire, un cas clinique afin de pouvoir projeter ses idées en lien avec ce cas, des questions ouvertes avec une seule idée pour plus de clarté et un brainstorming pour améliorer l'interaction entre les participants. Vous pouvez retrouver cette grille dans l'annexe I.

Ensuite, j'ai articulé la bibliographie avec mes propres hypothèses, j'ai répondu à chaque question de ma trame. Cela m'a permis, à la suite de mon entretien groupal, de comparer la théorie avec l'avis des participants.

e. Choix de la mise en place

Avant l'entretien

Pour respecter les conseils liés à la crise sanitaire actuelle, j'ai opté pour un entretien à distance via une plateforme de visioconférence ce qui permet d'échanger sans risque. Cet outil a également permis d'écarter des freins liés à l'éloignement géographique. Il m'a juste fallu vérifier que tous les participants savaient se connecter.

J'ai utilisé la plateforme Zoom © pour faire l'entretien, car il me semble que c'est un outil pratique, facile d'accès, que j'ai pu utiliser plusieurs fois et qui respecte le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) de l'Europe (CNIL, 2020).

L'entretien a duré 2h18, mais j'avais demandé aux personnes d'être disponibles pendant 3h afin de gérer certains imprévus (problème de connexion, problème pour accéder à la visioconférence, retard, etc.).

Pendant l'entretien

J'ai lancé la visioconférence et accueilli les différents participants lorsqu'ils sont arrivés. Lorsque tout le monde était présent, j'ai présenté le déroulé de l'entretien et proposé des outils pour fluidifier les échanges (par exemple : utiliser l'émoticône lever la main pour demander la parole, applaudir comme en langue des signes pour dire que l'on est d'accord, faire une croix avec ses bras pour dire que l'on n'est pas d'accord). J'ai demandé à chacun de se présenter au groupe.

Ensuite, j'ai démarré par une question ouverte afin de démarrer la discussion. En suite, j'ai posé des questions de plus en plus spécifiques à mon sujet. J'ai fait attention que chacun puisse s'exprimer à chaque question, j'ai rythmé l'entretien en faisant des relances.

A la fin de l'entretien, j'ai résumé ce qui a été dit, j'ai demandé aux participants comment s'étaient sentis pendant ce temps et s'ils ont des critiques à faire. Puis, je les ai remerciés et proposés de leur envoyer le résultat final.

Après l'entretien

J'ai commencé par revoir l'enregistrement de l'entretien pour noter les idées de chaque participant ainsi que les informations non verbales. J'ai fait la transcription complète de l'entretien (cf. Annexe II). Par la suite, j'ai ressorti les idées les plus importantes de chaque intervention.

Après avoir reçu tous les formulaires de consentement de chaque participant et avoir effectué l'entretien de groupe, j'ai pu écrire la partie résultats et débiter son analyse.

2. Résultats et analyses de la recherche

L'entretien s'est déroulé de manière fluide, tout le monde a pu prendre un peu la parole. Je n'ai pas eu besoin d'intervenir, car les sujets s'enchaînaient dans une bonne dynamique. Je n'ai donc pas posé toutes les questions de la trame, car la plupart ont été évoquées spontanément.

Il y a eu 6 participants, dont les noms ont été changés et que je vais citer depuis la transcription en utilisant les deux premières lettres : **M**adeline, **C**arole, **B**aptiste, **K**ilian, **J**ulie et **A**lice.

a. Résultats et analyse du recrutement

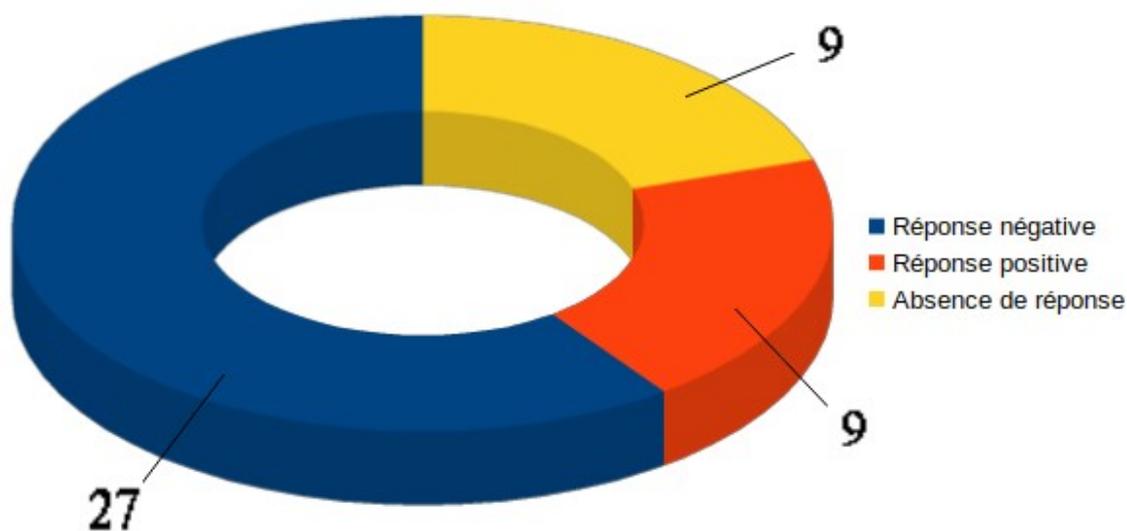


Figure 2 – Proportion des types de réponses du recrutement

J’ai contacté 45 services et personnes, 27 des réponses ont été négatives, 9 des réponses ont été positives et 9 ont été en absence de réponse . Parmi les 9 réponses positives, 6 ont participé à l’entretien. J’ai principalement fait des recherches personnelles. J’ai commencé par repérer les structures qui pourraient correspondre à mon cadre de recherche. Puis je les ai contactés pour savoir s’il y a des ergothérapeutes dans leurs équipes et s’ils seraient intéressés pour participer à ma recherche.

Les participants étaient composé de , 4 femmes pour 2 hommes (cf. Annexe III). Il y a une sur représentation d’hommes, correspondant à la prévalence homme/femme dans ce métier en France (environ 15%) (*La profession – ANFE, s. d.*). Il y avait 2 participants diplômés de 2019, 2 autres de 2015, et les derniers de 1986 et 1983. La différence d’ancienneté dans le métier peut avoir une influence sur : la légitimité que peuvent ressentir de jeunes diplômés face au plus âgé, l’aisance dans la prise de parole, les différentes approches expérimentées par les participants, etc. De plus, la formation ayant été réformée plusieurs fois entre 1983 et aujourd’hui, nous pouvons nous attendre à des différences de point de vue dues aux différences des enseignements et des savoirs. J’ai noté par exemple que l’une des participantes ayant le plus d’expérience considère les sciences de l’occupation comme un concept émergent. Pourtant, elles sont étudiées depuis plusieurs années. Parmi les participants, 3 personnes sont actuellement en psychiatrie ambulatoire (CMP, CATTP et Hôpital de jour). Même s’ils sont actuellement en intrahospitalier ou en unité spécialisée

(unité psychose résistante et unité fermée), les autres participants ont travaillé pendant plusieurs années en psychiatrie ambulatoire. C'est sur la base de cette expérience passée que je les ai invités à participer à cette recherche. D'un côté, il risque d'être un peu décalé dans leur réponse et d'un autre côté, cela peut apporter une richesse et une ouverture à la discussion.

Une personne avait choisi une autre orientation auparavant (BTS Conception de produit industriel). 4 participants ont suivi des formations supplémentaires (seuls les deux plus jeunes diplômés n'en ont pas eu l'occasion) : Recherche paramédicale, Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), Entretien motivationnel, Hypnose Ericksonienne, Relaxation, Musicothérapie, *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et Jeu et Métaphore. La plupart des formations supplémentaires sont en lien avec la psychiatrie.

Contrairement à ce que je supposais préalablement, en lien avec mon propre parcours, l'expérience dans l'animation n'a que peu d'impact sur l'utilisation du jeu de société dans la pratique en ergothérapie. En effet, parmi les participants, les personnes ayant fait de l'animation n'utilisent pas plus le jeu que les autres.

Tous utilisent régulièrement le jeu de société dans leur pratique, mais pas à la même fréquence : 2 - rarement, 1 - ponctuellement pendant quelque mois, 3 - au moins 1 fois par semaine. Leur temps de parole risque de varier selon leur expérience. 4 participants utilisent des jeux grand public, 5 participants utilisent des jeux grand public, mais adaptés pour la population et 3 participants utilisent des jeux créés par un professionnel soignant. Tous les participants s'appuient sur leurs expériences de joueur. Par ailleurs, 3 participants ont créé un jeu pour leur profession (l'un d'entre eux a commercialisé son jeu, les deux autres participants ont travaillé sur le même jeu qui est en libre accès sur internet). Ces mêmes personnes sont également celles qui utilisent le plus fréquemment les jeux de société.

Plusieurs questions peuvent se poser dans le cadre de ce recrutement et marquent des biais dans ma recherche, que je développerai plus en profondeur dans la discussion.

b. Le focus group

La séance de *focus group* a permis de faire ressortir plusieurs thématiques autour de la pratique d'ergothérapie dans un contexte d'accueil de patients psychotiques. Après avoir travaillé autour d'un cas pratique de référence, les participants ont abordé les questions suivantes : la notion d'occupationnel, des exemples d'utilisation du jeu dans la pratique d'ergothérapeute, les intérêts pour les patients et les soignants de ce type d'activité, la posture de soignant dans ces séances, et enfin le lien avec l'extérieur.

Le cas clinique

Après une rapide présentation des participants, le *focus group* a démarré par l'étude d'un cas pratique proposé à partir d'un article (cf. Annexe IV) (Franck, 2013). Le groupe est rapidement parti dans d'autres thématiques, mais y est revenu à plusieurs reprises et a proposé plusieurs éléments de travail pour une prise en charge de ce patient :

- Une première activité a été proposée, Michael's game, qui permet un travail sur les éléments de persécution et sur le raisonnement hypothétique. Ba : « je travaillerai sur les éléments de persécution qui persistent et les biais d'interprétation. [...] travailler sur ce plan-là, [...] sur le raisonnement hypothétique. Il y a un petit jeu qui existe là-dessus... Le Michael's game. »
- Ensuite, une autre participante a proposé de prêter attention à l'accueil du patient pour apprendre à le connaître, quelques séances de discussion pour établir quels sont ses objectifs et ses projets. Ma : « je l'accueillerai pour le rencontrer, pour discuter avec lui et pour essayer de voir un petit peu quels sont ses objectifs à lui. ».
- Le passage de l'ELADEB (Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins) et de l'AERES (Auto-Évaluation des Ressources et Solutions) par exemple permettra d'en savoir plus sur les intentions du patient.
- L'intégration dans un groupe d'autonomie projet a également été proposée pour travailler avec ce patient. Il s'agit de séances régulières où les patients vont travailler sur des objets individuels, le groupe sera ensuite un appui. Les participants pourront s'entraider dans la réalisation des projets de chacun.

- Une activité de Photo langage permettra au patient de s'exprimer et d'extrapoler, lors de séances de groupe, ce que les autres participants peuvent voir derrière les images.

Le cas pratique n'a pas forcément été exploré en profondeur, mais il s'agissait pour moi d'un prétexte pour lancer la discussion. Cela à fonctionner : les participants ont abordé les autres thèmes.

La question de l'occupationnel

Il s'est rapidement posé entre les participants la question d'une définition d'une activité occupationnelle qui semblait être une expression plutôt connotée négativement pour certains. Ki : « C'est-à-dire, que c'était plus une activité qui devait amener du sens pour la personne. Il n'y avait plus de temporalité, du coup, c'est une activité que la personne réalisait pendant 15 ans de la même manière sans progression. ». Puis, ils ont abordé son utilité au regard de l'occupation. Cette question qui n'était pas posée par le cadre du *focus group* est revenue plusieurs fois jusqu'à une sorte de consensus. Le groupe a questionné la légitimité du soignant à proposer des activités sans qu'il y ait forcément d'objectif concret.



Le débat s'est alors porté sur cette question : quelle activité peut être considérée purement occupationnelle (qui n'a pas de sens pour le patient) et/ou bénéfique sur le plan thérapeutique ?

Il est ressorti des différents avis : Ba : « L'occupationnel reste quand même important. [...] les patients par exemple hospitalisés, l'ennui est un élément qu'est vraiment néfaste au niveau du soin, au niveau de l'hospitalisation, etc. », Ca : « il y a de la privation occupationnelle [...] et du coup je pense qu'en effet on peut dire qu'on fait de l'occupationnel des fois dans ces moments là aussi ». Les patients, particulièrement ceux qui sont en hospitalisation à temps plein, ont aussi besoin de s'occuper. Et même si on peut considérer que les patients peuvent aussi s'occuper par eux-mêmes si on leur en donne les moyens (bibliothèque, ludothèque, etc.), Ba : « Mais souvent même s'il y a des choses mises à disposition, les patients ne se les approprient pas. », ils ont parfois besoin d'un petit peu d'aide pour aller vers ces occupations.

Par ailleurs, les activités dites occupationnelles peuvent également être un prétexte pour aller vers plus de socialisation. Ba: « ça peut suffire ne serait-ce que pour qu'ils

s'approprient un jeu, un livre enfin voilà. Des échanges entre eux. » Enfin, un lien peut être fait avec les sciences de l'occupation humaine qui est apparue pour certains participants comme nouvel objet d'étude. Ma : « Et puis d'autant plus que les sciences de l'occupation déboulent et bientôt il va falloir qu'on s'y fasse. »

Une personne a souligné que l'emploi et la définition de certains mots (comme « occupationnel ») dépendaient du service dans lequel travaillait l'ergothérapeute. Ca : « en tant qu'ergo, on s'autorise à utiliser ce mot-là, mais sauf qu'on n'a pas la même définition derrière et quand, utilisé dans nos services où il y a des médecins, en effet, qui n'ont pas la même définition occupationnelle, bah ça peut amener ... Donc on n'ose pas trop l'utiliser, mais c'est surtout en psy, je pense, dans certains contextes. ». Il est possible de remarquer que le groupe d'ergothérapeute se questionne sur la posture du soignant dans ces institutions, ces questionnements seront approfondis dans la discussion.

Exemples d'utilisation des jeux dans ce cadre

Cette séance de *focus group* s'est également beaucoup intéressée aux pratiques autour du jeu de société et cela a été le cœur de la plupart des discussions.

Il y a eu plusieurs remarques d'ordre plus générales, puis une discussion autour de nombreux exemples.

Les participants sont tombés d'accord sur plusieurs points, ce qui montre l'importance de ces points :

- Le jeu est ludique et donne une atmosphère agréable. Ca : « [le jeu] ça permet aussi de créer une atmosphère plutôt agréable et de passer un bon moment qu'on perde ou qu'on gagne finalement en général on passe un bon moment. »
- Les règles doivent être simples afin de rentrer plus facilement dans le jeu. Ma : « Si on n'est pas sur quelque chose de ludique rapidement et qu'il faut faire 5 parties avant de comprendre, [...] mes patients dépressifs vont s'ennuyer, des patients psychotiques qui vont décrocher. »

- Les jeux choisis dépendent des objectifs visés (interactions sociales, travail sur les fonctions cognitives, évaluation, etc.). Ca : « Moi ça dépend aussi de quel est l'objectif finalement. »
- Il ne faut pas hésiter à détourner les jeux pour qu'ils correspondent mieux aux attentes et objectifs. Ba : « Le dixiludo fait partie des jeux dont on s'approprie et qu'on détourne en fonction de sa population en fonction de soi, de sa pratique, etc. Il n'échappe pas à la règle. ».

Enfin, le jeu est une activité qui attire grâce à sa capacité ludique et le patient ne se rend pas forcément compte sur le moment que ça le fait travailler. Parfois, il s'en rend compte en fin de séance, mais ça ne l'empêche pas de vouloir rejouer.

Une participante a proposé un groupe en extérieur, en lien avec l'utilisation du jeu de société. Le groupe de patients et de soignants allait jusqu'à la ludothèque pour choisir des jeux avec l'aide du ludothécaire. Ju : « On a avait fait aussi un lien avec une ludothèque de notre quartier du coup l'idée d'aller chercher les jeux sur place avec les patients avec les conseils du coup de la personne. » Cela permettait en même temps de travailler sur les compétences sociales, en mettant en situation les patients à l'extérieur.

De plus, plusieurs jeux et expériences ont été décrits pendant le *focus group* les participants ont pu les décrire, donner des exemples d'utilisation et d'expériences vécues. Et pour certains des éléments d'analyse ont été proposés dans la discussion.

Ces différents éléments sont présentés sous la forme de tableaux avec 4 catégories :

| |
|---|
| <i>Nom du jeu ou de l'activité</i> |
| Règle du jeu et l'explication de l'activité |
| Utilisation par les participants |
| Nuances apportées par le groupe |
| Adaptations lorsqu'il y en a eu |

| | |
|----------------------|--|
| <i>Nom</i> | <i>Michael's game</i> |
| Règle et explication | Voici, par exemple, une utilisation en groupe sur quelques séances (5-7). Dans un premier temps l'animateur pourra favoriser l'utilisation des situations où il n'y a pas trop de charge émotionnelle, ni d'éléments délirants pour bien comprendre le |

| | |
|------------------------------|--|
| | mécanisme de pensée. Et ensuite on peut imaginer qu'ils vont pouvoir faire des liens avec leur vécu voir même proposer des situations vécues, qui seront alors mises à distance par le fait que ce soit Michael qui les vive la situation. |
| Utilisation des participants | Ba : « C'est un outil, c'est un jeu, c'est pas un jeu de société, ça permet de travailler sur le raisonnement hypothétique en groupe, voilà, avec un petit personnage à qui, il arrive tout un tas d'aventures ou de mésaventures. Et du coup, il y a un travail d'analyse par rapport à l'interprétation qui est faite par le personnage, on lui amène... On est missionné, le groupe, d'aider le personnage à voir d'autres interprétations liées à une analyse par rapport aux émotions, aux conséquences comportementales, etc. ». Les patients rapidement vont pouvoir proposer leur propre histoire, Ba : « ça permet de s'approprier le schéma de réflexion par rapport à des situations vraiment vécues et qui sont personnelles ». On peut permettre aux patients de garder une trace de ce qui s'est dit pour avoir la trame pour analyser des moments vécus par la suite. Le groupe se soutient, les patients s'entraident et construisent un certain savoir. |
| Nuance du groupe | Le Michael's game, n'est pas très ludique, à cause de son protocole d'après certains, ça se rapporte plus à un outil, qu'à du jeu. Ca : « Pour le coup pour l'avoir utilisé, ça s'appelle Michael's game, mais du coup le côté ludique est quand même peu présent sur cet outil en tout cas. », Ma : « On est bien d'accord ! ». Il a même été nommé « jeu sérieux » Ba. |
| Adaptation | Pas d'adaptation spécifique. |

| | |
|----------------------|---|
| <i>Nom</i> | <i>Dixiludo</i> |
| Règle et explication | « A tour de rôle, chaque joueur lance les dés, le score le plus élevé débute la partie. Ce joueur lance les 2 dés et avance son pion du nombre de cases indiquées par les dés et tire une carte selon la couleur indiquée par la case. Le joueur lit la question à haute voix, y répond et repose verbalement la question à un autre joueur de son choix. Chaque joueur dispose de trois minutes maximum pour répondre à la question. Puis c'est au joueur de gauche de lancer les dés. Une fiche de tenue des scores comptabilise les points selon le barème ci-après. Case verte 1, rouge 2, jaune 3, bleue 4, violette 5, orange 6, Dixiludo® +5, multicolore +10, grise -2. |

| | |
|------------------------------|---|
| | <p>Bonus de +5 points lors du passage sur la case départ. Chaque fois que vous tombez sur une case Dixiludo, vous tirez une carte «dixiludo». Vous suivez les consignes puis la carte va tourner entre les joueurs durant le temps du sablier. Puis, vous avancez votre pion selon la consigne indiquée sur la case. Tirez ensuite une carte selon la couleur et additionnez les points des deux cases. Chaque fois que vous tombez sur une case multicolore, vous piochez une carte de votre choix (excepté les cartes «dixiludo»)</p> <p>Chaque fois que vous tombez sur une case grise, suivez les consignes. Si en avançant vous tombez sur une case occupée par un autre pion, vous poursuivez votre chemin jusqu'à la prochaine case libre. Lorsque vous arrivez à la case 63, poursuivez votre chemin vers la case 1 et gagnez 5 points de bonus. » (<i>Dixiludo - Règle du jeu, s.d.</i>)</p> |
| Utilisation des participants | Il a été beaucoup cité, car c'est l'un des participants qui l'a créé, mais assez peu décrit. |
| Nuance du groupe | Il a été à l'origine d'autres jeux de société comme <u>autonomia</u> et le <u>jeu de la maison</u> . |
| Adaptation | Pas d'adaptation spécifique. |

| | |
|----------------------|--|
| Nom | <i>Photolangage et jeux d'expression</i> |
| Règle et explication | « Rôle de l'animateur. L'animateur-intervenant joue un rôle-clé dans l'organisation du cadre et le déroulement de la séance, nécessitant pour lui un temps de préparation préalable. Son rôle principal consiste à mettre en place le cadre, matériel, thématique et déontologique, en transmettant au groupe l'ensemble des consignes concernant le déroulement de la séance. Il présente l'objectif choisi de façon à motiver le groupe et lui donner envie d'explorer le champ proposé. Puis il énonce la ou les tâches que chaque participant devra accomplir. Il intervient au cours de la séance pour donner la parole, rappeler le temps, la consigne, ou l'objectif, selon les besoins du groupe. Il peut, si nécessaire, rappeler le cadre dont il demeure garant tout au long de la séance. Il veille à ce que se mettent en place |

| | |
|------------------------------|---|
| | <p>une écoute vigilante, un respect de la parole de chacun et des échanges permettant d’approfondir les différents propos. Il participe à la tâche du groupe par la présentation de son choix personnel de photographies.</p> <p>Conditions matérielles. La séance doit se dérouler dans une pièce, à l’écart du bruit ou fermée, suffisamment grande et adaptée pour le travail d’échanges en groupe. L’intervenant doit disposer du jeu des photographies et éventuellement d’un tableau pour inscrire la ou les tâches. La durée est d’environ deux heures pour 10 à 15 participants.</p> <p>Déroulement du travail et consignes. La séance comporte trois temps. Il y a d’abord la présentation de la méthode de façon à permettre à chacun de comprendre le déroulement et d’intégrer les objectifs. C’est ensuite un travail personnel de choix individuel de photographies, travail qui suppose compréhension de la tâche demandée, concentration, et possibilité d’interagir librement avec les photographies sans être gêné par des commentaires des autres participants. Le troisième temps est le <i>travail en grand groupe</i> au cours duquel chacun est invité à présenter son choix et à fournir au groupe les informations qu’il estime nécessaires pour se faire comprendre. La présentation des consignes au groupe est très importante et celles devant être transmises sont bien identifiées dans le livret, afin de faciliter le travail de l’intervenant. » (<u>« Photolangage® pour l’animation et la communication de groupe », s. d.</u>)</p> |
| Utilisation des participants | <p>Deux méthodes ont été proposées. Dans la première, Ma : « chacun à 5 ou 6 images en main et doit poser des images de la ressource qu’ils mettraient vis-à-vis de cette difficulté-là et on en discute un peu tous ensemble sur les 5 ou 6 images qui apparaissent. » Une discussion peut ensuite s’établir pour argumenter sur les différents choix.</p> <p>Ou Ma : « je demande aux patients de choisir leurs 3 cartes et une fois qu’ils ont choisi ils s’attendent tous à pouvoir parler d’eux, de leur futur, etc. Maintenant, c’est pas du tout ça le but du jeu, c’est qu’en fait ils mélangent leurs cartes ils les retournent et c’est les autres qui parle. » Cela permet d’observer des projections des patients.</p> |
| Nuance du | Pas de commentaire particulier. |

| | |
|------------|--|
| groupe | |
| Adaptation | Utilisation d'images d'internet ou de cartes de « dixit » ou « mysterium », sont très poétiques et/ou abstraite, et permettent peut-être plus facilement de s'approprier et d'interpréter l'image. |

| | |
|------------------------------|---|
| <i>Nom</i> | <i>Concept</i> |
| Règle et explication | « Dans Concept, le seul moyen pour communiquer est d'utiliser des icônes universelles et de les associer entre elles. Vous verrez, il ne faut pas forcément parler pour communiquer ! Par équipe de deux joueurs, choisissez un mot à faire deviner aux autres. Placez ensuite judicieusement les pions sur les icônes du plateau pour les activer une à une. Le premier joueur qui devine le mot gagne des points de victoire. Après 12 cartes jouées, le joueur qui a le plus de points remporte la partie. » (Concept (2013), s. d.) |
| Utilisation des participants | Kilian et Carole ont pu l'utiliser. |
| Nuance du groupe | Un jeu intéressant, mais qui est assez complexe, car Ki : « il faut que les patients effectivement ils aient un bon niveau d'abstraction qu'ils arrivent à bien mentaliser un petit peu. ». Mais avec de l'entraînement les patients y arrivent : Ca : « Avec de l'entraînement j'ai réussi à faire mots noirs quand même avec les patients. ». Les mots sont classés par difficulté, les mots noirs sont les plus difficiles. |
| Adaptation | Pas d'adaptation spécifique. |

| | |
|----------------------|---|
| <i>Nom</i> | <i>Feelings</i> |
| Règle et explication | « Un tour de jeu se déroule en 9 étapes qui se jouent strictement dans l'ordre. 1. Un nouveau <i>Maître</i> des émotions est désigné, il est assis à droite gauche du précédent. 2. Le <i>Maître</i> des émotions lit à voix haute chacune des émotions visibles. Il s'assure que chaque émotion est comprise par tout le monde. |

3. La situation.

Le *Maître* des émotions pioche une carte Situation, en choisit une parmi les 3 proposées et lit aux autres joueurs.

4. L'émotion personnelle.

Chaque joueur, y compris le *Maître* des émotions, sélectionne parmi ses cartes Vote le numéro qui correspond le mieux à la réaction émotionnelle qu'il ressent - ou s'imagine qu'il ressentirait - dans la situation évoquée. La carte Vote est posée devant soi face cachée.

5. Les équipes.

Le *Maître* des émotions mélange les cartes *Partenaire* et les distribue aléatoirement. Elles désignent les partenaires pour le tour.

6. L'émotion du partenaire.

Chaque joueur sélectionne parmi ses cartes Vote, celle qu'il pense correspondre à l'émotion personnelle de son partenaire. Il se projette donc et tente de deviner ce que son partenaire a choisi à l'étape 4. S'il pense que son partenaire a choisi la même émotion que lui (et donc le même numéro), il choisit la carte « joker ». La carte Vote sélectionnée est posée face cachée devant le partenaire du tour.

7. Révélations.

En commençant par le *Maître* des émotions, et ensuite dans le sens horaire, chaque joueur révèle son choix personnel. Il est libre de le commenter ou pas. Une fois ce premier tour terminé, un deuxième tour permet à chacun de révéler son choix pour l'émotion du partenaire. Il est libre de le commenter ou pas.

8. Décompte des points.

-> Vous devinez l'émotion de votre partenaire, mais votre partenaire se trompe (ou vice versa) : vous gagnez chacun un point (et avancez donc votre jeton d'une case sur la Piste des émotions).

-> Vous devinez l'émotion de votre partenaire et réciproquement : vous gagnez trois points (et avancez votre jeton de trois cases).

-> Vous vous trompez et aucune émotion n'est correctement devinée, ni par l'un ni par l'autre, aucun point n'est gagné.

| | |
|------------------------------|---|
| | 9. Changement d'une carte émotion. Si le souhaite, le <i>Maître</i> des d'émotions peut changer une des cartes <i>Emotion</i> de son choix. » (<i>Règles du jeu - Jeux Feelings</i> , s. d.) |
| Utilisation des participants | Ki : « j'ai commencé à passer un peu "feelings" aussi pour l'analyse des émotions chez les autres. » |
| Nuance du groupe | Pas de commentaire particulier. |
| Adaptation | Pas d'adaptation spécifique. |

| | |
|------------------------------|---|
| <i>Nom</i> | <i>Totem</i> |
| Règle et explication | Le but du jeu est de faire son animal totem avec l'aide des autres. On a tous 5 cartes en main et on en donne une à un autre joueur. Le patient choisit l'animal qui lui plaît le plus parmi les cartes données puis ensuite on va attribuer une qualité. Ma : « Il va y avoir donc, on peut devenir un koala sympathique, un saumon philosophe ou un kangourou, enfin c'est d'une manière ça reste tout à fait positif et les patients apprécient beaucoup » |
| Utilisation des participants | Elle semblait l'utiliser dans sa règle originale, sans faire d'adaptation particulière. |
| Nuance du groupe | C'est un jeu positif qui permet une valorisation des joueurs. |
| Adaptation | |

| | |
|----------------------|---|
| <i>Nom</i> | <i>Le plus</i> |
| Règle et explication | Je n'ai pas trouvé de règle du jeu pour ce jeu de société |
| Utilisation des | Ma : « C'est un jeu où il y a une carte en cercle au milieu, c'est le truc le plus sexy, le plus sympa, le plus dangereux, le plus moche, le plus, etc. On met 5 cartes |

| | |
|------------------|---|
| participants | autour alors généralement c'est un hamster, une fenêtre un dieu, etc. Enfin il y a vraiment des thématiques complètement loufoques. Après les gens doivent voter pour la carte qu'ils préfèrent ». |
| Nuance du groupe | Cela permet de créer des discussions et des débats sur des choses assez simples et avec peu d'attachement personnel. Il est possible avec certains groupes de prendre plus le temps pour expliquer les positionnements de chacun. |
| Adaptation | Pas d'adaptation spécifique. |

| | |
|------------------------------|--|
| Nom | <i>Jeu de la maison, co-crédation avec un groupe de patients</i> |
| Règle et explication | Ca : « C'est un jeu où du coup c'est une maison donc en fait il y a plein de pièces du logement et on a des questions d'expression des questions d'investissement du logement et des résolutions de problèmes autour du quotidien en fait vraiment autour du logement. » Cela permet de travailler sur des situations et de s'imaginer le domicile lorsque les patients sont en structures fermées par exemple. C'est un jeu qui à été co-crédé avec des patients. La création est une activité en soi, qui est appréciée en tant que telle par les patients. Le jeu de la maison a été créé par un groupe de patients accompagné par tous les soignants (avec une implication plus ou moins importante selon les personnes). |
| Utilisation des participants | |
| Nuance du groupe | Certains ont préféré la partie création que le fait de jouer avec ensuite. |
| Adaptation | Pas d'adaptation spécifique. |

Intérêts pour les patients et pour les soignants

Au cours de la discussion, de nombreux intérêts ont été pointés, que ce soit pour les patients, pour les soignants, ou pour les deux.

Les intérêts communs sont le plaisir, la convivialité, l'amusement, la collaboration et les échanges. Mais aussi la découverte, l'apprentissage. La notion de rituel dans le jeu de société qui permet de rassurer les patients : notion de *game* et *playing* de Winnicott.

Pour les patients les éléments suivants sont ressortis :

- S'engager dans une activité qui ne ressemble pas à du soin, mais qui reste connue, car nous avons tous joué à un moment ou un autre au jeu de société, souvent dans l'enfance.
- Travailler sur des habiletés sociales, la coopération par exemple, la confiance en l'autre, qui sont des points faibles des patients atteints de troubles psychotiques.
- Avoir une méta position, pouvoir faire des commentaires, analyser et critiquer les jeux proposés. Ma : « Ils aiment bien ça les patients êtres en méta position »
- Le fait de gagner ou de perdre n'a pas forcément d'incidence dans le plaisir pris à jouer. Ba : « On peut soit jouer gagner, soit jouer et perdre et avoir pris plus de plaisir en perdant parce que la partie était différente, la dynamique au niveau du jeu c'est vraiment ça qui est sympa, qu'on retrouve pas dans d'autres activités. »
- Des parallèles peuvent être faits entre les situations vécues lors de jeux de société et la vie réelle. Ba : « je pense que ce qui se joue pendant une séance ou une partie c'est, oui c'est un échantillon d'un petit bout de la société avec certaines règles ».
- Avec beaucoup de jeux, il y a des mécanismes de défense qui sont rapidement abolis et qui permettent aux patients de s'y lancer à corps perdu, sans risque. Ba : « il y a des mécanismes comme ça de défense qui sont rapidement abolis et qui permettent aux patients, voilà, parce que c'est un jeu, on risque rien quoi comme souvent on parle des jeux quoi et ça permet aux patients de pouvoir s'y lancer à corps perdu et sans risque. », Ma : « T'as le côté « rituel » là-dedans. »
- Même si on joue, il y a beaucoup de choses qui sont travaillées avec une approche ludique. Ba : « on dit au patient en fait qu'on va jouer, mais en fait c'est qu'il y a tout un tas de choses derrière, derrière le jeu »
- En groupe de patients, ils peuvent s'entraider et donc éviter que le soignant soit trop sachant. Les réponses sont construites collectivement entre pairs. Et le soignant



n'est pas intrusif, il peut rester en retrait et poser des questions. Il est donc moins menaçant pour des patients ayant des troubles psychotiques.

En ce qui concerne les soignants, les activités autour des jeux permettent de :

- Mieux connaître ses patients, les observer dans des situations variées, notamment en interaction sociale. Ca : « ça peut être à la fois sur une évaluation finalement », Ki : « que ça permette aussi dans sa multiplicité de découvrir plein de choses que ce soit sur la personne, que ce soit sur ce qu'il aimerait travailler sur les loisirs qu'il aime faire. »
- Fédérer un groupe (dans le cadre d'une co-création par exemple)
- Le plaisir de jouer et de faire jouer les patients

Et grâce à une multitude de jeux, on peut s'adapter à des groupes de patients très variés.

Questionnements sur les postures du soignant

Ca : « Et faut aimer soi-même aussi le jeu et jouer en tant qu'ergo, parce que faut quand même avoir une aptitude ludique et puis pouvoir amener ça dans l'animation de la séance finalement. »

Les participants ont pu également proposer quelques pistes sur les postures que le soignant peut adopter. Certains ont parlé du fait d'avoir une certaine authenticité dans le jeu. Mais sans forcément dévoiler tout ce que l'on est. On peut, par exemple, jouer sans laisser gagner les patients, jouer dans un jeu d'expression de soi et dévoiler certaines tranches de vie où l'on sait que cela peut faire écho à d'autres.

De plus, le soignant ne joue pas toujours avec les patients, parfois il peut simplement animer le jeu. Mais il semble qu'il y ait quand même une nécessité d'avoir une certaine habitude de jouer, de s'investir dans le jeu, cela permet d'expliquer les règles et de transmettre plus facilement l'intérêt du jeu aux patients.

Une question est revenue : faut-il connaître tous les jeux qu'on propose ? Pour la plupart, il y a une nécessité de connaître les jeux pour pouvoir transmettre les règles clairement, mais aussi pour connaître l'intérêt du jeu dans la thérapie. Ba : « Voilà transmettre l'intérêt du jeu aux patients, mais de façon plus générale, il faut se familiariser avec les jeux. Avec le

fait de jouer avec toutes les règles du jeu plus ou moins compliqué tordu, complexe, incompréhensible parfois. » Pour d'autres, cela n'est pas absolument nécessaire et le fait de ne pas connaître tous les jeux permet de découvrir des jeux avec les patients, de les mettre dans une autre position, avec plus d'égalité sur ce plan-là.

Enfin, nous avons eu des discussions autour du cadre de ces activités. Certains laissent un maximum de choix, de liberté et d'autodétermination. D'autres mettent en place plus de cadres dans leur organisation, par exemple dans le but de rassurer les patients.

Travail avec l'extérieur pour la déstigmatisation

Le travail avec l'extérieur, les familles et le grand public, grâce au jeu était une hypothèse de départ. Mais il se trouve que c'est quelque chose de peu exploré par les ergothérapeutes consultés, à part pour les sorties en médiathèque/ludothèque.

Cela reste cependant une piste que certains aimeraient explorer davantage par exemple, par une valorisation du travail de création dans des lieux grand public tel qu'une médiathèque, ou alors en travaillant à des jeux pour vulgariser la connaissance des pathologies psychiatriques. Ma : « Mais ça moi j'ai envie de dire c'est plutôt sur des créations que par rapport au jeu ou alors il faut moi ce que tu racontais là ça me faisait penser à ou alors il faut créer des jeux sur la folie pour faire comprendre un peu les choses ». Ju : « après il y a deux choses, il y a l'intégration des patients du coup avec d'autres publics et à la fois il y a le côté, si c'est valorisation du travail si y a eu création de jeu, ça peut être faire découvrir ces jeux à d'autres publics en faisant des ateliers dans des médiathèques ou autre. »

La création de jeu de société en tant qu'ergothérapeute

Le thème de la création de jeu de société dans la pratique de certains participants prend une grande place. On peut noter un plaisir pour la création qu'elle soit dans la création de toute pièce d'un jeu ou dans l'adaptation d'un jeu existant. Ma : « Moi, j'aime bien créer personnellement les jeux, ça y a pas de soucis. Mais le fait de co-crée comme ça avec des gens, le jeu de la maison, on s'était super bien amusé, enfin je veux dire parce que tout le monde s'y était mis. Je veux dire à un moment donné, j'avais des externes de médecine qui

sont venus créer des pions avec des patients, j'ai été obligée de les arrêter parce que la pâte fimo y serait passée complètement. ».

Mais on peut noter une différence dans l'objectif de création de jeu : si cela a un but de création à l'échelle de service (dans une création artisanale) ou une création accessible à d'autres services et professions. Ba : « ça dépend dans quel esprit on fait les jeux. Si c'est dans, avec l'objectif du groupe avec le patient avec lequel on est et on a l'idée de créer un jeu, d'amener une réflexion, etc. C'est une chose, si l'idée est de, nous, quand on a créé dixiludo on a travaillé avec l'idée que ça allait, ça prend un temps fou de créer un jeu » Ba : « On l'a créé le dixiludo avec l'idée qu'il puisse être accessible à un max de professionnels, après qu'ils vont l'utiliser à leur sauce, etc, et aussi qu'il soit accessible à un max de patients. ».

Il a été évoqué les éléments nécessaires pour faire de la création de jeu de société. Il est ressorti quatre conditions :

- Dégager du temps qu'il soit professionnel et/ou personnel. Ba : « Créer un jeu ça demande du temps quoi , mais c'est super expérience. Je la souhaite à tout le monde. », Ca : « en effet ça demande énormément de temps et c'est pas forcément le temps professionnel finalement. ».
- Posséder des compétences en informatique et en graphisme dans la création de documents imprimables. Ca : « ça demande des compétences pour créer et pour vraiment l'outil et que ce soit présentable et pas que artisanal aussi, mais là ... ça demandait des compétences autres. »
- Rassembler un groupe de patients intéressés par le projet, si on souhaite co-créaliser avec eux.
- Trouver de l'argent pour financer un projet de jeu de société à commercialiser. Ba : « Et puis, ça peut demander après du temps certes, mais demande aussi de l'argent.»

Lors de ce *focus group*, nous avons également élaboré une carte mentale autour des éléments qui constituent le jeu de société. Les participants donnaient des mots qui leur semblaient être dans le thème « jeu de société ». A un moment donné, les participants ont ressenti le besoin de modifier le titre du *brainstorming* en « jeu » au lieu de « jeu de

société ». Pourtant, tout ce qui a été évoqué pouvait s’appliquer aux deux. Par ailleurs, après avoir changé le titre, des éléments sur les activités d’expression ont été ajoutés qui n’avaient pas forcément été associés aux cadres plus restrictifs du jeu de société.

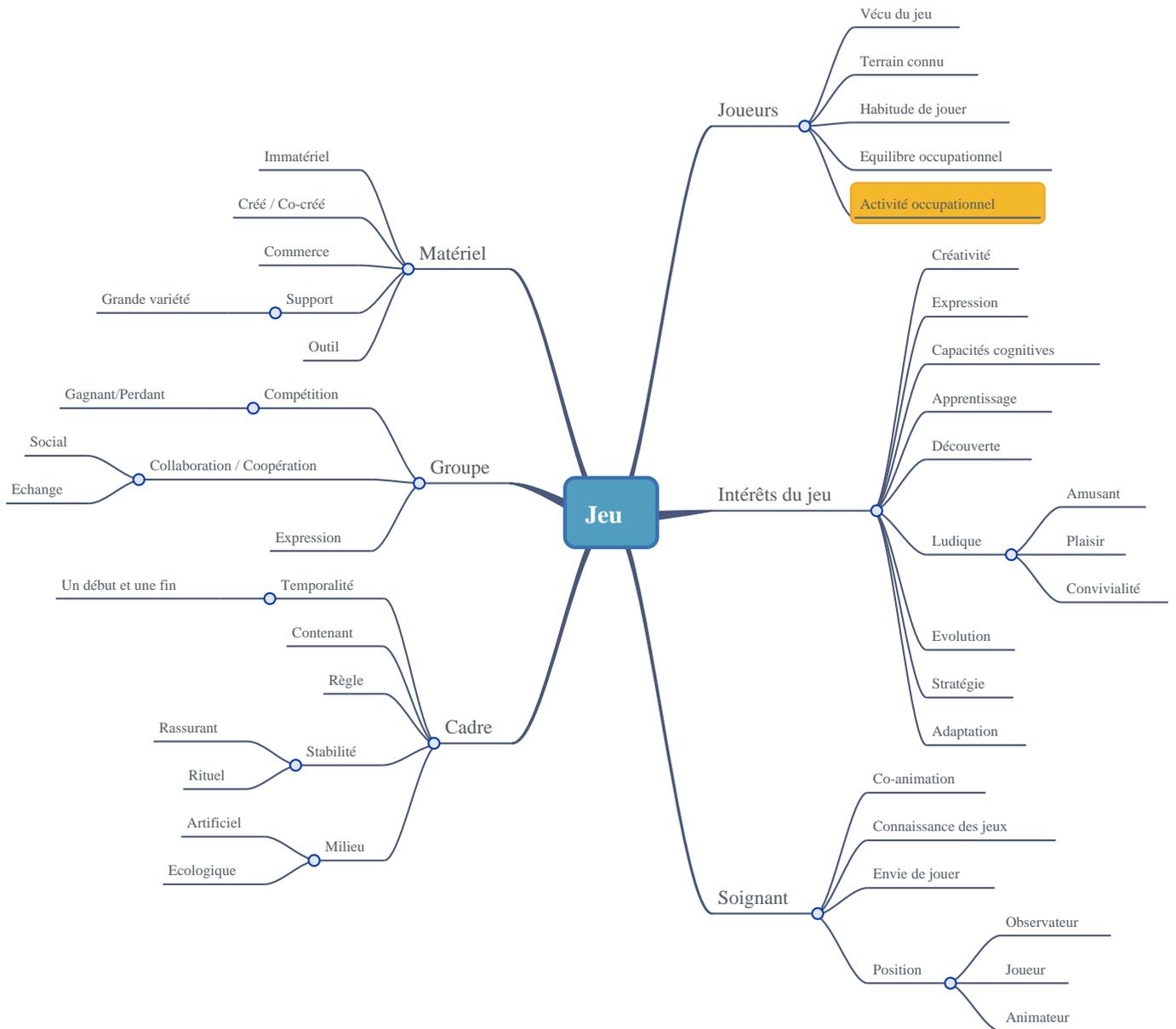


Figure 3 – Brainstorming autour du Jeu effectué lors du Focus group



Figure 4 – Brainstorming autour du Jeu de Société avant modification du Focus group

Pour les participants, le jeu est constitué de 45 items répartis dans 6 thèmes qui sont : le matériel, le groupe, le cadre, le joueur, l'intérêt du jeu et le soignant. Ce qui montre que le jeu un concept complexe pour les participants.

c. Confrontation et méta-analyse

En commençant ce mémoire, j'ai fait des recherches en lien avec la question : ***En quoi l'utilisation du jeu de société, en ergothérapie, s'intègre t-elle dans une démarche de réhabilitation psychosociale chez les adultes souffrant de psychose ?***

L'hypothèse était d'utiliser le jeu de société pour que les patients puissent expérimenter et acquérir des compétences dans le domaine social et ensuite les transférer dans la vie réelle. Le *focus group* a permis d'aborder cette même question avec des expériences de différents ergothérapeutes, dans le but de mieux comprendre les enjeux de l'utilisation du jeu de société auprès des adultes souffrants de psychose. Je vais maintenant pouvoir mettre en lien ces différents éléments pour en établir une première analyse qui sera ensuite discutée dans la partie suivante.

Pour privilégier la dynamique du *focus group* certaine question de la trame ont été laissé de côté, mais la perte d'information est limitée, car le groupe a abordé spontanément la

majorité des questions. Nous avons donc mis un terme à la discussion pour ne pas abuser de la disponibilité des participants.

Un accord du groupe a été trouvé sur trois grandes questions, l'**utilisation des jeux de société**, le **cadre d'utilisation**, les **apports et intérêts**. Et cela confirme les éléments bibliographiques présentés dans le cadre conceptuel (cf. Annexe V).

Concernant l'**utilisation du jeu de société**, nous avons vu par exemple l'utilisation du Michael's game, qui a une utilité dans la prise en charge des patients, même si le groupe a émis des réserves sur le côté ludique qu'il peut avoir. L'utilité de ce jeu réside dans le raisonnement hypothétique (Khazaal & Favrod, 2014). De nombreux autres jeux de société ont été cités (cf. 2. Résultats et analyses de la recherche ; b. Le Focus group). Certains étaient spécifiques pour certains objectifs thérapeutiques, et avaient fait l'objet de publication d'articles cités dans le cadre conceptuel. D'autres sont des jeux grand public, dont certains ont été ajustés en fonction des objectifs des ergothérapeutes. Les participants semblent être sensibles à la découverte de nouveautés (nouveaux jeux ou nouvelles manières de les utiliser). Cela montre l'intérêt personnel que chacun a pour ce média. La création des jeux de société a été également abordée. Plusieurs participants ont travaillé sur des projets de création, avec et/ou pour des patients atteints de psychose. Ils ont pointé le temps important qu'il faut consacrer à ce type de projet, d'autant plus lorsque de nombreuses personnes et des patients participent au projet. Remarque qui fait lien avec la création dans l'article de Alexandre & Lefèvre (2010). Dans l'exemple du Jeu de la maison, il semble que, chez certains patients, la création a suscité plus d'intérêt que le fait d'y jouer. L'activité de création peut avoir un intérêt intrinsèque pour le public ciblé et les places dans une posture de méta-position. Enfin, les activités autour du jeu ont permis aussi dans certaines situations exposées de favoriser le lien avec l'extérieur en travaillant avec une ludothèque, rappelant le projet de Cassandra Fays (2018). Là encore, le jeu est utilisé au-delà de son usage strict et peut apporter aux patients des éléments pour être en contact avec la société.

Concernant la question du **cadre d'utilisation**, plusieurs contextes ont été proposés. Premièrement, un groupe ouvert pour un atelier autour du jeu de société où les personnes venaient à cet atelier en autodétermination. Le but était de redonner le choix à l'utilisateur ce qui relève de la notion d'*empowerment* (Jouet, 2016). Il semblait important de partir de

l'intérêt des patients et de les accompagner vers les activités qui avaient du sens. Ensuite, pour le Michael's game, un groupe fermé a été proposé avec des participants désignés et qui restent les mêmes d'une séance à l'autre. Cette démarche est conseillée dans l'article de [Khazaal & Favrod \(2014\)](#). On peut penser qu'un groupe qui reste stable peut être plus rassurant pour chacun des individus. Par ailleurs, Michael's game n'est pas vraiment un jeu comme les autres, et les objectifs qu'il poursuit ciblent un public particulier qui sera présélectionné par les soignants en fonction de leurs observations. Enfin, le nombre de jeux proposés et leurs diversités peuvent avoir un intérêt, afin que les patients puissent faire des choix par exemple.

Pour terminer avec les questions pour lesquelles le *focus group* a pu compléter et conforter le cadre théorique, nous allons évoquer les **intérêts des jeux de société** dans la pratique de l'ergothérapeute. L'utilisation des jeux de société a, en effet, de multiples apports pour les patients et les soignants. Le soignant peut adapter les jeux en fonction des besoins des patients et ainsi être au plus prêt des objectifs de prise en soin. Par ailleurs, l'attitude ludique, élément intrinsèque au jeu de société, permet de créer une ambiance agréable entre les joueurs (Caïra, 2018; Ferland, 2003a). Ce plaisir de jouer rappelle l'enfance et renforce l'attraction pour ce type d'activité. Le jeu de société étant dans un cadre plus sécurisé où les patients peuvent expérimenter, sans qu'il y ait un impact direct sur sa vie. Il pourra en effet choisir de réessayer hors du jeu ou alors de faire autrement. Ainsi, le jeu va permettre de faire tomber les barrières défensives des patients pour qu'ils puissent se découvrir sous un autre angle. Le groupe a pu faire un lien entre le jeu de société et la vie réelle. Il est possible de faire le lien avec l'hypothèse, le jeu de société va permettre d'améliorer les capacités de la personne (l'expression, la créativité, les compétences cognitives, de l'adaptation, etc.) et créer un cadre plus sécurisant pour l'expérimentation. Comme il y a un lien entre la vie réelle et les jeux de société, le patient va pouvoir y transférer des compétences qu'il a expérimentées dans le jeu, ce qui pourrait renforcer l'*empowerment* qu'il peut éprouver sur sa vie. D'autre part, la création d'un jeu va avoir d'autres intérêts et donc permettre d'attirer d'autres personnes qui n'ont pas forcément été intéressées par le fait de jouer. Il est possible que ce soit la méta-position qu'offre la création de jeu de société qui les attire.

Enfin, le brainstorming a permis d'avoir les éléments constitutifs du jeu, plus précisément sur l'utilisation du jeu par les ergothérapeutes d'après les participants à cette réunion. Cela

permet de résumer le focus group, de mieux comprendre comment le jeu est envisagé pour ces professionnels et comment les éléments sont intriqués entre eux. On se rend compte que leur manière de construire les éléments du jeu est assez proche de ce que la bibliographie a pu faire ressortir.

Les questions n'ont pas obtenu de réponses lors de ce *focus group* sont :

- Quels sont les difficultés les plus importantes que peut rencontrer une personne souffrant de psychose ?
- Quelles seraient les objectifs de cette intervention (en lien avec le domaine social) ?
- Comment définiriez-vous la réhabilitation psychosociale ?
- Comment définiriez-vous le jeu de société ?
- Comment le jeu de société cadre t-il l'activité ?
- Pourquoi utiliser des jeux grand public, grand public adaptés au patient ou créés pour le patient ?
- Quelle est la plus value de la création de jeu de société pour ces patients ?

On peut notamment pointer des éléments liés aux définitions du jeu de société et de la réhabilitation psychosociale. Il y a aussi eu peu d'informations sur l'intérêt du jeu dans le cadre du travail de réhabilitation psychosociale. Cela peut s'expliquer par le fait que certaines questions n'ont pas été posées et que d'autres sujets n'ont pas été suffisamment approfondis. Par exemple, le cadre conceptuel énonce que le jeu pouvait favoriser les interactions sociales, mais cela n'a été qu'effleuré par le groupe à travers de la thématique de la bonne ambiance (*Dixiludo*, 2020; Ferland, 2003a; Harper Love, 1988). Il est possible que le groupe ait pris cet élément comme évident, donc ne l'a que peu évoqué. La notion de zone de défi atteignable n'a pas été évoquée, ni rattachée aux faits que les règles pouvaient être adaptables (Morel-Bracq, 2018; Rossini et al., s. d.). Et enfin, le groupe n'a pas évoqué l'intérêt du jeu avec l'incarnation d'un personnage. Peut-être parce que la problématique de l'identité est importante pour des adultes souffrant de troubles psychotiques, car la projection sur des personnages peut exacerber le risque délirant. C'est un première piste de réflexion. Une autre piste serait que les jeux cités ne demandent pas d'incarner un personnage, il n'y a pas particulièrement de rôle à endosser.

Le groupe a par ailleurs abordé des thématiques qui n'étaient pas prévues dans le cadre de cette recherche. Tout d'abord, avoir un minimum d'investissement personnel dans le domaine du jeu de société semble nécessaire, pour transmettre l'envie de jouer dans une dynamique ludique pour le patient. Expérimenter les jeux au préalable permet de transmettre les règles du jeu de manière plus accessible et d'adapter les règles au public. La trame prévoyait plutôt de travailler la posture professionnelle que la posture personnelle.

L'utilisation du Michael's game en tant qu'exemple dès le début de la discussion a posé la question de ce qu'est un jeu, ce qui va être un élément essentiel ou non pour qu'il puisse être catégorisé dans les jeux. La notion de jeu et de non jeu a donc pris une place assez importante dans le débat. Pour la plupart des participants le Michael's game n'était pas un jeu, car trop protocolaire. Il doit être fait sur plusieurs séances et il n'aurait pas vraiment un aspect ludique. Plusieurs nuances peuvent être apportées à cet avis tranché. Pour l'aspect ludique, on peut faire le rapprochement avec les définitions du jeu de R. Callois, de D.W. Winnicott et de F. Ferland pour qui le plaisir et la curiosité (qui sont des composantes ludiques) sont primordiaux dans un jeu. Pourtant, si on apporte une nuance, cette composante ludique peut être provoquée par le jeu comme par exemple : « la nouveauté, l'incertitude et le défi », mais il reste que le plaisir et l'attitude ludique du joueur lui sont propres (Ferland, 2003a). Les jeux de société se composent de règles, ce qui peut constituer un protocole de jeu. Certains jeux de société ont beaucoup de règles ou ont des tours de jeu particulier, et sont quand même ludiques, ils sont considérés comme des jeux (« Jeu de société », 2020). Une autre catégorie de jeu, les jeux de rôles sur table, sont des jeux assez codifiés et la plupart du temps les parties sont tellement longues qu'il faut se retrouver plusieurs fois pour finir une partie (Roux, 2016). Ces deux situations de jeu montrent que les limites avancées pour dire que Michael's game n'est pas vraiment un jeu, sont discutables. De plus, le Michael's game a également été qualifié de jeu sérieux. Et cela peut également ouvrir la discussion sur cette catégorie particulière qui sont : les *serious game* (jeux sérieux)². Ou encore sur la notion qui est de plus en plus utilisée : gamification. C'est-à-dire d'utilisation d'éléments ludiques et de mécaniques de jeu dans des contextes qui sont éloignés du jeu (Collon, 2016b). Par exemple les cagnottes de fidélités dans les supermarchés ou encore dans le programme sportif (Wii Fit, Ring Fit Adventure, Freeritics) où il y a de nombreux éléments liés au jeu (Collon, 2016a).

2 « Un serious game est une application informatique, réalisée à des fins autres que le simple divertissement » (Lhuillier, 2011)

Lors de l'élaboration de la carte mentale, la question de la différence entre le jeu et les jeux de société a été abordée, car les éléments donnés par les participants sous le terme jeu de société peuvent être repris sous le terme de « jeu » de manière plus générique en ajoutant des éléments de créativité et d'expression.

Il semble donc difficile de différencier le jeu, des jeux de société/jeu de table. On peut se demander si c'est réellement nécessaire de les différencier dans la pratique en ergothérapie.

3. Discussions

Après avoir analysé les différents éléments, nous pouvons déjà considérer que l'hypothèse est en partie validée. En effet, les participants ont confirmé qu'ils utilisaient le jeu pour créer un cadre d'expérimentation et d'acquisition de compétences dans le domaine social. Ces expériences liées aux jeux pourront ensuite être réutilisées dans un cadre de vie quotidienne. Je vais maintenant discuter en intégrant les limites de l'étude puis mon positionnement professionnel selon trois axes : le jeu pour le patient, le jeu pour la société et l'institution et enfin le jeu pour l'ergothérapeute. Enfin je reviendrai sur le travail effectué autour de la question de recherche, et le chemin que ce mémoire m'a permis de faire.



a. Biais de recherche

J'ai repéré certains biais liés au recrutement et à la manière dont s'est déroulé le *focus group*.

Je me suis également posé la question d'une certaine légitimité des conclusions étant donné le nombre restreint des participants, 6 personnes. Un deuxième *focus group* pourrait être intéressant, afin de compléter cette première approche. La recherche pourrait également être complétée par une méthode plus quantitative, telle qu'un questionnaire ou un sondage élaboré à partir des éléments de ce mémoire.

En effet lors du recrutement, j'ai pu constater que la démarche de réhabilitation psychosociale n'était pas un terme réellement utilisé pour décrire des pratiques qui étaient pourtant effectives (qui rentre dans le cadre conseillé par Leguay et al. (2008)). Donc, leur admission dans le groupe était pertinente.

Certains ayant des expériences actuelles ou passées dans des contextes qui ne relèvent pas de la psychiatrie ambulatoire, ils ont pu se référer à certains événements sortent du cadre

strict de cette recherche. Par exemple, le fait que les activités occupationnelles sont nécessaires pour les personnes étant hospitalisées dans un service fermé n'est pas réellement pertinent dans le cadre de la psychiatrie ambulatoire. Enfin, certains participants ne sont plus actuellement dans des services de psychiatrie ambulatoire, mais leurs expériences passées entraient dans le cadre de cette recherche.

Concernant le *focus group*, j'ai relevé plusieurs biais. Premièrement, je n'ai pas eu l'impression de devoir beaucoup intervenir pour alimenter la discussion, mais, par conséquent, le cadre n'était peut-être pas assez marqué ce qui a permis des digressions et également le fait que le groupe n'ait pas répondu à toutes les questions.

Ensuite, comme dans toute recherche, il est possible que le groupe ait été influencé par la tournure des questions. De plus, le fait que ce soit moi qui ait écrit et mis en place les éléments du brainstorming peut avoir influencé les propositions. En fonction de la manière dont les mots étaient associés, des idées ont pu émerger, et d'autres auront été oubliées.

Par ailleurs, il est possible que le cas clinique n'ait pas assez inspiré les participants. Ce qui n'a que peu d'importance, car le cas clinique étant un prétexte pour engager les réflexions des participants. J'ai donc choisi de ne pas toujours revenir toujours sur ce cas pratique.

J'ai pu remarquer également que certains participants ont beaucoup plus parlé, car ils avaient l'air d'avoir plus de connaissances sur le sujet et d'expérience auprès de ce public, ce qui a pu influencer les autres dans leur prise de parole et de position. D'autres sont donc restés plus en retrait. On peut également supposer que la présence de certains participants considérés comme faisant autorité sur la question (articles publiés, formateurs sur la thématique, créateurs de jeu spécifiques, etc.) a pu rendre plus timides certains autres participants et ainsi créer le déséquilibre observé dans la prise de parole. Cela pose la question de la constitution d'un tel groupe. Est-ce qu'un groupe plus homogène aurait créé une répartition différente ? Est-ce que des questions auraient pu être plus inclusives ?

b. Le jeu de société pour les patients

De manière générale sur le jeu en ergothérapie, il semble y avoir un consensus entre la bibliographie et les participants du *focus group*. Il y a eu des propositions auxquelles on pouvait s'attendre : favoriser les interactions sociales et d'attitude ludique, prendre du plaisir dans l'activité. Mais aussi des choses plus spécifiques sur la psychose : les

difficultés de certains patients autour des questions d'identités, la notion de s'ancrer dans le réel, la peur de l'autre, etc.

Il me semble que le jeu peut avoir de nombreux intérêts pour le patient atteint de psychose, c'est un outil multi-tâche. Tout d'abord, il s'agit d'une activité de divertissement qui peut être une alternative aux pensées obsédantes et aux comportements stéréotypés qui sont un frein à la socialisation.

Certains jeux peuvent créer un espace d'expression, ce qui pourrait servir à accompagner les patients dans l'énonciation de leur vécu, leurs émotions, leurs craintes, leurs difficultés ou les éléments de leur histoire par exemple. Mais je crois important de faire attention à ne pas amener les patients à trop se livrer en public, ce qui pourrait être contre productif dans le traitement et l'accompagnement. Le patient pourrait avoir des difficultés à discerner les informations transmissibles en public et d'autres, transmissibles dans les sphères intimes. Les personnes souffrant de psychose parlent sans filtre, mais peuvent regretter de s'être trop exposées.

Dans d'autres situations de jeu, on peut voir une occasion de dédramatiser ses maladroites relationnelles ou celle des autres. Mais aussi un moyen de travailler sur sa représentation de soi et des autres (leurs attentes, leur regard...). Je vois également le jeu comme un outil permettant de prendre conscience de ses difficultés, voire de les analyser. En créant un décalage avec la réalité, c'est parfois plus simple pour voir ce qui est problématique.

Enfin, dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, le jeu de société me servirait à préparer la sortie de l'hôpital et une réinsertion professionnelle en proposant une sorte de mise en situation artificielle pour se projeter sur un avenir, acquérir des compétences sociales transposables dans la vie réelle. Cela permettrait un travail sur plusieurs plans : l'autonomie, les interactions sociales, le respect de règles, le repérage dans l'espace et le temps, la capacité à répondre à une demande (par exemple dans le cadre d'une future activité professionnelle).

Pour moi le jeu a de multiples intérêts pour les patients, à condition, comme pour tous les traitements, qu'ils adhèrent à cette activité.

c. Le jeu de société pour la société et l'institution

C'est un thème qui a été peu abordé dans le focus group. Mais qui me semble pertinent lorsque l'on se place dans le cadre de la réhabilitation psychosociale et de la réintégration,



même partielle, dans la société. Plusieurs idées ont tout de même émergé de la discussion du *focus group* et au travers du cadre conceptuel, vers plus d'ouverture entre les services psychiatriques et la société. Par exemple, je trouve cela intéressant de développer un concept de jeu de société grand public qui permettrait de mieux comprendre les pathologies de la psychose, ou même des troubles psychiatriques. On pourrait même se demander si la co-construction avec des patients atteints de ces troubles pourrait être pertinente sur les deux tableaux, un travail du patient sur son trouble et un jeu plus proche de la réalité. Je m'interroge également sur les freins qui font que peu d'ergothérapeutes du *focus group* vont en extérieur/ludothèque. Selon les conditions d'exercice, il n'est pas forcément possible de sortir des services, la crise sanitaire du COVID-19 ne doit pas faciliter les choses non plus. De plus, il n'est pas évident de trouver des partenaires qui acceptent de recevoir des patients dont ils ne connaissent pas vraiment les pathologies et qui ont une représentation de la psychose qui peut être un frein à l'accueil de ces publics. On peut penser par exemple qu'une ludothèque de quartier, qui accueille des établissements scolaires et un public plutôt familial, peut avoir quelques réticences à accueillir un public qu'ils pensent pouvoir être dangereux. Un travail préalable sur la représentation de ces pathologies pourra être nécessaire. D'autre part, on pourrait également développer un partenariat avec des ESAT, en définissant ensemble des compétences à travailler en vue d'une insertion professionnelle en milieu protégé ou encore avec des services sociaux pour l'appropriation d'un logement et une vie plus autonome dans un cadre ordinaire.

Le jeu de société peut également être un outil approprié aux besoins des institutions accueillant un public en hospitalisation complète. Par exemple afin d'éviter le désœuvrement, les déambulations ou canaliser le risque de conflits entre des patients, en mettant en place des espaces de convivialité. Je pense notamment que l'utilisation du jeu peut participer à l'évaluation des capacités des patients, et ainsi anticiper des évolutions possibles dans la suite du traitement. Enfin, j'estime que c'est un objet transversal, qui peut créer une dynamique de service, pluridisciplinaire et ainsi favoriser le travail d'équipe en institution.

d. Le jeu de société pour les soignants et dans ma future pratique professionnelle

Au début je pensais que le rôle du soignant dans le jeu serait surtout de proposer des jeux, d'être un guide et un garant de la loi du jeu. J'ai appris au travers du *focus group* qu'il doit y avoir un investissement personnel, cela fait également écho à mon parcours dans l'élaboration de ce mémoire. L'envie de proposer du jeu vient d'une envie personnelle. La manière dont on énonce les règles et où on amène le jeu dépend aussi de l'expérience personnelle du soignant, en tant que joueur. Il est possible d'avoir plusieurs postures dans ce type d'activité. Ce niveau d'implication va dépendre des objectifs visés et de ce que le patient et le soignant souhaitent traiter par ce média : simple présence, observateur, mis à disposition de l'outil au départ, médiation des relations (favoriser ou border l'expression), animation, participation active, entretiens pré et post séance.

Par ailleurs, l'intention que le soignant va mettre dans le jeu (objectifs, cadre, compétences travaillées) ne va pas forcément se réaliser, il y a de l'imprévu dans la manière dont le patient va se saisir de l'activité. Il s'agirait pour moi de ne pas enfermer le patient dans mes propres représentations, mais de le laisser acteur du soin. De garder à l'esprit que l'on peut avoir une certaine intention pour une activité, mais cela ne va pas forcément faire l'effet escompté. Je m'interroge sur différentes choses dans le positionnement du soignant qui propose d'utiliser le jeu dans sa pratique professionnelle. Tout d'abord, je crois qu'il est important de réfléchir au maniement du jeu. Il y a de nombreuses manières de l'amener. En fonction du groupe, je pourrai le proposer en libre accès, avec ou sans explication des règles, de façon régulière sur un nombre de séances à définir ou de façon ponctuelle, en participant à la création ou à l'animation du jeu, etc.

Le choix du jeu va être influencé par les objectifs thérapeutiques et les difficultés du public. En prenant en compte les aspects ludiques, leur facilité d'utilisation et de prise en main, l'adaptabilité, la possibilité de le détourner, etc. Enfin, j'ai pu m'interroger sur le niveau de préparation et la rigidité du cadre à mettre en place. Le fait de connaître les jeux permet de mieux maîtriser les choses, tout en gardant de la souplesse. En effet, si je connais déjà un peu le jeu, il me paraît plus facile d'improviser pour réagir à ce qui se passe, de border si nécessaire les échanges, de saisir des opportunités pour permettre au patient de se dépasser. Cela permet de moduler l'implication du patient et de lui laisser de l'espace pour qu'il soit acteur de sa thérapie.



e. Evolution de ma question de recherche

Intéressé par l'utilisation thérapeutique du jeu de société, j'ai été attentif à cette question au cours de mes stages, de mes lectures et des cours que j'ai pu suivre.

Contrairement à ce que j'ai pu appréhender sur un plan théorique, l'utilisation sur le terrain m'a paru souvent restrictive : souvent le jeu était utilisé comme simple support de rééducation et délaissait bien des aspects qui auraient pu être exploités. Je trouvais aussi qu'avec une conception utilitariste et purement fonctionnelle le jeu perdait son caractère ludique et gratuit et qu'il n'était pas employé à la hauteur de sa complexité.

De plus, l'utilisation du jeu de société semblait plus évidente et plus fréquente avec les enfants. On trouve plus facilement des travaux à ce sujet. J'ai donc eu envie de m'adresser à un public adulte pour lequel bien des usages du jeu pourraient encore être inventés.

Certes, le jeu de société peut être perçu comme quelque chose d'infantilisant, mais en même temps, c'est quelque chose d'accessible à tous, car chacun en a eu une expérience. On peut considérer qu'à tout âge, l'être humain a besoin de s'amuser. Pour Hubert Jaoui , le jeu est même « un besoin fondamental pour la santé mentale et la créativité [...]. Si on ne joue pas, l'esprit se mécanise, les émotions s'assèchent. Or, le jeu est une véritable source d'énergie, pleine, par essence, d'émotions positives ».

Lorsqu'il est proposé dans le cadre du soin, le jeu peut prendre une dimension supplémentaire : son côté facile le rend attractif et c'est une source d'exploration et de dépassement de soi.

Mon expérience personnelle de joueur m'a motivé pour développer cet outil en prenant davantage en compte tout son potentiel. J'ai cherché à échanger avec d'autres ergothérapeutes qui auraient cette sensibilité et qui pourraient me faire part de leurs réflexions et de leur pratique.

L'écriture de ce mémoire a été une occasion de mettre à l'épreuve mes premiers constats et mes hypothèses de travail. Je me suis très vite aperçu combien cette thématique croisait de nombreux champs de réflexion, mais le cadre donné à ma recherche : le choix d'un public et d'une orientation thérapeutique de remédiation sociale, m'ont aidé à préciser et border ma démarche.

Ma première intention était de travailler plus spécifiquement le rapport aux règles et je pensais choisir un public ayant des troubles des conduites, mais ces adultes sont rarement suivies par les ergothérapeutes et les services de psychiatrie adulte sont davantage fréquentés par des sujets psychotiques.

J'ai donc réorienté mes questions en fonction des symptômes de cette pathologie : troubles dans la perception du corps, angoisses, sentiment d'être menacé par l'entourage, difficulté d'expression, etc.

Le croisement entre mes questions, mes lectures et les échanges de mon panel d'ergothérapeutes s'est noué principalement autour des points suivants :

- Comment définir le jeu ?

La notion de jeu est complexe à définir (univers relativement infini, je n'imaginai pas qu'autant de questions puissent se poser autour de cette notion), comment situer le jeu de société par rapport au jeu en général ? Le brainstorming a ouvert la discussion à ce sujet, notamment sur le fait d'accoler le mot « société » à la notion de jeu. Je ne sais pas si c'est pertinent de s'arrêter sur cette distinction, car tout ce qui a été dit sur la notion de jeu fonctionnait aussi pour un jeu de société. Donc, pourquoi être gêné par cette précision ? Est-ce par crainte qu'elle soit restrictive ? Ou parce qu'un jeu de société vise surtout à l'amusement, alors que le jeu se rapproche du jeu théâtral, du jeu de rôle, etc, utilisé en psychothérapie ? Est-ce parce que c'est justement la difficulté des patients de vivre en société que cette notion semble inappropriée ?

- Quel usage du jeu de société dans la réhabilitation psychosociale en ergothérapie ?

Le texte de Ludovic Gaussot (2014) m'a particulièrement marqué, avec sa façon d'inverser les choses. Si, comme il le propose, on peut conceptualiser la vie en société comme un jeu de société, alors en extrapolant : est-ce que jouer à un jeu de société peut apprendre à vivre en société ?

Le jeu de société serait comme un microcosme protégé où expérimenter des compétences réutilisables et transposables à l'extérieur. C'est en ce sens qu'un atelier « jeu de société » est une façon de créer une aire transitionnelle, un entre-deux, où un sujet, mal dans sa peau, peut faire tomber les barrières et se risquer à des relations sociales cadrées par le jeu. Cet espace et sa résonance interne peuvent ensuite servir de passerelle vers la vie en société.

- Comment ne pas se perdre dans la multiplicité des jeux ? Quels jeux de société sont le plus de pertinents pour cette population ?

Il y a eu une explosion de l'offre de jeux ces dernières années et chaque jeu propose une multiplicité de compétences à mobiliser. Comment s'y retrouver dans la multiplicité des jeux possibles, lesquels seraient le plus adaptés au public et à un travail de remédiations sociales ?

Une des ergothérapeutes du *focus group* a insisté sur le fait de sélectionner uniquement des jeux coopératifs, valorisant tous les participants, car tous gagnent et facteur de relations sociales apaisées, ou des jeux d'expression. Elle est particulièrement expérimentée, a publié sur ce sujet et son point de vue semblait faire consensus. J'ai moi aussi été sensible à ses arguments, car des jeux compétitifs qui provoquent une rivalité peuvent mettre à mal des sujets déjà vulnérables. Mais j'aimerais, cependant, essayer certains jeux où une part de compétitivité peut être exprimée. Pour permettre aux patients de dédramatiser les situations de confrontation et montrer qu'elles sont sans enjeux sérieux. On peut mettre ponctuellement une carte négative à quelqu'un pour l'embêter, sans réelle méchanceté, tout en s'amusant. A sentir avec quel patient puis-je proposer cela sans que cette fausse méchanceté puisse blesser réellement quelqu'un.

Par contre, je serai, moi aussi, très prudent avec les jeux de rôles où il faut incarner un personnage, car je me demande si les sujets ayant des troubles psychotiques pourront mettre la distance nécessaire et garder le sentiment de soi. Ou s'ils risquent de confondre le jeu de société et la réalité ce qui pourrait être néfaste et je ne suis pas sûr de pouvoir maîtriser suffisamment les paramètres pour éviter les dérapages.

- Enfin, j'ai été étonné qu'un seul ergothérapeute (parmi le panel) ait investi un partenariat avec une ludothèque. Je souhaiterais dans ma pratique approfondir l'étude des freins potentiels pour essayer de les dépasser, car il me semble que cela apporterait un vrai plus dans l'accompagnement des patients.

Cette étude confirme en partie l'hypothèse de départ qui considérait que le jeu de société, pour répondre à l'approche de la réhabilitation psychosociale, devait créer un cadre permettant l'expérimentation, l'acquisition de compétences dans le domaine social et une possibilité de transfert des acquis dans la vie quotidienne. Ce qui concernait la meilleure appréhension de la société, il n'a pas pu être confirmé par l'étude.

Conclusion

Il ressort de cette étude que le jeu de société peut être utilisé auprès d'adultes atteints de psychose et s'inscrire dans une démarche de réhabilitation psychosociale sur trois axes.

Premièrement, le jeu de société est ludique, il permet plus de convivialité et favorise les interactions sociales. La posture ludique qui y est associée permet aussi au joueur d'être en position d'acteur (curiosité, dépassement de soi, etc.). Le modèle ludique de Ferland (2003) nous rappelle d'ailleurs que l'attitude ludique adoptée par la personne va amener une forme de spontanéité, de créativité dans le jeu, mais aussi apporter un attrait, une curiosité pour l'extérieur de soi. Et ainsi permettre au patient d'aller vers les autres.

Deuxièmement, le jeu de société permet de travailler les compétences sociales du patient par les interactions sociales. Il offre un cadre sécurisant par les règles qui s'appliquent à tous et donc qui permettent d'anticiper les actions d'autrui. Esquerre (2017) parle du fait que les règles d'un jeu sont dans le hors-jeu, même si cela régit le jeu en lui-même. De la même manière, l'environnement va pouvoir alimenter et border le jeu et ainsi permettre un cadre sécurisant. Il y a également la notion de rituel qui permet un sentiment de sécurité.

Dans ce cadre plus sécurisant, les patients pourront expérimenter des manières de réagir, des interactions sociales qu'ils pourront ensuite réinvestir dans leur vie quotidienne. Le fait de pouvoir expérimenter constitue le troisième axe. Cela fait écho au concept d'aire transitionnelle de Winnicott (1975), qui définit une manière de s'approprier son environnement. La personne prend des éléments de l'extérieur pour se les approprier dans le jeu et en créer un sens. Il s'agit de l'espace entre le Moi et l'extérieur et cet espace semble être celui qui permet, dans le jeu, d'expérimenter les compétences sociales et ainsi de se les approprier.

Cette recherche ne m'a pas permis de répondre à deux questions importantes pour valider mon hypothèse : Est-ce que le jeu de société permet de mieux appréhender la vie en société ? Une distinction entre jeu de société et le jeu sont-ils faits par les ergothérapeutes ? Ces questions m'intéressent encore et cela pourrait faire l'objet d'autres entretiens avec des ergothérapeutes.

Cette étude a également suscité d'autres questionnements pour ma future pratique professionnelle. En effet, je m'interroge sur les problématiques de lien entre les institutions

psychiatriques et la société. Le fait par exemple que l'insertion sociale semble complexe pour des personnes qui sont sorties de la société suite à une maladie mentale. En considérant particulièrement le travail à partir du concept de réhabilitation psychosociale, on se rend compte que la rencontre doit être produite par un effort combiné, à la fois du côté du patient et du côté de la société. Je m'interroge par exemple sur la possibilité et l'intérêt de créer des environnements adaptés aux personnes ayant des difficultés à s'insérer socialement dans la société. Dans le travail d'ergothérapeute, le rôle sur l'aspect fonctionnel sera plutôt d'adapter l'environnement à la personne (éléments pour se tenir dans la salle de bain, etc.). Or dans le cadre des patients en psychiatrie, il semble, en général, que ce soit au patient de s'adapter à la société. De manière plus large, cela pose question concernant la notion de normalité : Que fait-on des personnes qui sont hors de la société (en santé mentale ou pour d'autres types d'exclusion) ?

Je m'intéresse également à la place du patient dans le soin, et à la notion d'*Empowerment*. On se rend compte que dans certains contextes les patients n'ont pas toujours une grande place dans les soins et dans les choix qui sont faits. Les soignants sont sachants et cela peut déresponsabiliser les patients. Je trouve intéressantes les discussions qui ont eu lieu entre les participants du *focus group* sur l'autodétermination : sur la venue du patient dans l'atelier et de son choix du jeu de société. Et je m'interroge sur la manière dont on peut donner plus de choix et de responsabilités aux patients dans les services de psychiatrie.

Enfin, j'ai été étonné, lors du recrutement des participants de voir une certaine crainte des ergothérapeutes que leur travail soit attaché à la notion de réhabilitation psychosociale, alors que leur démarche pouvait s'y inscrire. Je me suis donc demandé quelle est la vision des ergothérapeutes sur le courant de la réhabilitation psychosociale ?



Bibliographie :

- Agneray, F. (2018). Schizophrénies et clinique de l'habiter. *Santé mentale*, 228, 29-31.
- Alexandre, A., & Lefèvre, G. (2010). *ANALYSE DE L'ACTIVITÉ EN ERGOTHÉRAPIE OU POURQUOI CRÉER SES PROPRES JEUX ?* 14.
- Amado, I., Rigaut, B., Danset-Alexandre, C., Brulez, N., Zarrou, L., & Brénugat-Herne, L. (2018). Psychose, troubles cognitifs et logement. *Santé mentale*, 228, 57-61.
- Atallah, M., & Jaccaud, F. (2018). *Le jeu*. ActuSF et le Maison d'Ailleurs.
- Attigui, P. (2014). Et si jouer, c'est soigné ? *Santé mentale*, 189, p 36-41.
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances Psy*, no15(3), 41-45.
- Barrès, M. (2018). Psychiatrie et logement : Enjeux actuels. *Santé mentale*, 228, 34-41.
- Caïra, O. (2018). Les dimensions multiples de l'engagement ludique. *Sciences du jeu*, 10, Article 10. <https://doi.org/10.4000/sdj.1149>
- Callois, R. (1958a). Classifications des jeux. In *Les jeux et les hommes* (p. 45-91). Gallimard.
- Callois, R. (1958b). Définition du jeu. In *Les jeux et les hommes* (p. 32-44). Gallimard.
- CIM-10 Chapitre 05 : Troubles mentaux et du comportement. (2017). In *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=CIM-10_Chapitre_05:_Troubles_mentaux_et_du_comportement&oldid=143935302
- CNIL. (2020, mai). *COVID-19 : Les conseils de la CNIL pour utiliser les outils de visioconférence* | CNIL. <https://www.cnil.fr/fr/covid-19-les-conseils-de-la-cnil-pour-utiliser-les-outils-de-visioconference>
- Collon, A. (2016a). Exemples de gamification. In *La puissance de la gamification* (p. 61-66). Atlande.
- Collon, A. (2016b). Introduction. In *La puissance de la gamification* (p. 15-22). Atlande.
- Concept (2013). (s. d.). Tric Trac. Consulté 20 mai 2021, à l'adresse <https://www.trictrac.net/jeu-de-societe/concept/details>

- Constantin-Kuntz, M., Pons, É., Artaud, B., Zoute, C., & Tran, J. (2014). Parcours de soin en psychiatrie adulte : De l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie. *Cliniques*, N° 8(2), 88-105.
- De Beaurepaire, R. (2014). La schizophrénie et les autres psychoses dans le DSM-5. *La lettre du Psygiatre*, 2, 7.
- De Grandmont, N. (1995). Le jeu à travers les âges. In *Pédagogie du jeu. Jouer pour apprendre* (p. p21-47). Les éditions logiques.
- De Lépine, C. (2018). La réhabilitation psychosociale en secteur médico-social. *Ergothérapies*, 68, 39-48.
- De Lussac, A. (2016). Remédiation cognitive, réhabilitation et schizophrénie. In *Ergothérapie en psychiatrie* (p. p 255-278). deboeck supérieur.
- Di Ciaccia, A. (1999). *Antonio Di Ciaccia : Qu'est-ce que la psychose ? | Le Pont Freudien*. <http://pontfreudien.org/content/antonio-di-ciaccia-quest-ce-que-la-psychose>
- Dicom, F. (2020, décembre 31). *Centres de réadaptation professionnelle*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/centre-reeducation-professionnelle>
- Dixiludo. (2020). <http://www.dixiludo.fr/>
- Dixiludo—Règle du jeu. (2021). <http://www.dixiludo.fr/dixiludo/>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), 907. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>
- Esquerre, A. (2017). Le Jeu et le Hors-Jeu. *Les Temps modernes*, 696, 101-130.
- Fays, C. (2018). Ergothérapie et écriture dans un département de réhabilitation psychosociale. *Ergothérapies*, 68, 49-57.
- Ferland, F. (2003a). Le Jeu et l'enfant. In *Le modèle ludique. Le Jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*. (p. 15-38). Les presses de l'Université de Montréal.

- Ferland, F. (2003b). *Le jeu et l'ergothérapie* (p. p 55-76). Les presses de l'Université de Montréal.
- Fontaine, P. (2014). La psychose et les frontières de la folie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 117(2), 8-20.
- Fousson, J. (2016). Famille et soignants à l'épreuve de la schizophrénie. *Santé mentale*, 209, 50-57.
- Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 10(1), 1-16.
[https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)59577-5)
- Franck, N. (2018). Remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Santé mentale*, 36-41.
- Fromm, E. (2005). Les besoins psychiques de l'homme et la société. *Le Coq-heron*, no 182(3), 84-89.
- Gaudelus, B. (2018). *Quels outils pour évaluer la capacité à habiter ?* 228, 48-53.
- Gaussot, L. (2014). La réalité sociale en tant que jeu. *Santé mentale*, 189, p 78-83.
- Guitard, P., Ferland, F., & Dutil, E. (2006). L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 281-294. <https://doi.org/10.2182/cjot.06.002>
- Harouel, J.-L. (2011). De François Ier au pari en ligne, histoire du jeu en France. *Pouvoirs*, n° 139(4), 5-14.
- Harper Love, H. (1988). Concept and Use of The Social Skills Game to Facilitate Group Interaction. *Occupational Therapy in Mental Health*, 8, p 119-133.
- HAS. (2013, février). *Education thérapeutique du patient (ETP)*. Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- Huizinga, J. (1951a). Civilisations et époques sous l'angle du jeu. In *Homo Ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu* (p. p 241-267). Gallimard.
- Huizinga, J. (1951b). Nature et signification du jeu comme phénomène de culture. In *Homo Ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu* (p. p 15-50). Gallimard.

- INSERM. (2021). *Schizophrénie*. Inserm - La science pour la santé.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- Jeu de société. (2020). In *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jeu_de_soci%C3%A9t%C3%A9&oldid=177629800
- Jeu vidéo. (2020). In *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jeu_vid%C3%A9o&oldid=177633305
- Jeux (Rome antique). (2020). In *Wikipédia*. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jeux_\(Rome_antique\)&oldid=176357005](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jeux_(Rome_antique)&oldid=176357005)
- Jouet, E. (2016). Promouvoir l'empowerment en santé mentale. *Santé mentale*, 212, 24-31.
- Khazaal, Y., & Favrod, J. (2014). Michael's game ou le jeu des hypothèses. *Santé mentale*, 189, 52-56.
- La profession – ANFE*. (s. d.). Consulté 19 mai 2021, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>
- La schizophrénie—Chiffres clés—Inicea*. (2021). <https://www.inicea.fr/la-schizophrenie-chiffres-cles>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). Forclusion. In *Vocabulaire de psychanalyse* (PUF, p. 163-167).
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Culture - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 2 janvier 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>
- Launois, M. (2015a). *Cadre et analyses Dispositif ludique Attitude ludique*.
<http://ergopsy.com/attitude-ludique-a796.html>
- Launois, M. (2015b). *Cognition et compétition Une orientation cognitive Cognition et compétition*. <http://ergopsy.com/cognition-et-competition-a797.html>
- Launois, M. (2015c). *Groupe Autonomie-Projets Description et évolution Objectifs et outils*. <http://www.ergopsy.com/creation-du-groupe-a865.html>
- Launois, M., Pichon, C., & Picherit, R. (2020). Le jeu de la maison. *Ergothérapies*, 79, 53-60.

- Leguay, D., Giraud-Baro, É., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C., Duprez, M., Bantman, P., Roelandt, J.-L., & Vidon, G. (2008). Le Manifeste de Reh@b' : Propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *L'information psychiatrique*, *Volume 84*(10), 885-893.
- Lhuillier, B. (2011). Qu'est ce qu'un serious game ? In *Concevoir un serious game pour un dispositif de formation* (p. 19-30). fyp.
- Maziade, M., Mérette, C., Chagnon, Y., & Roy, M.-A. (2003). Génétique de la schizophrénie et de la maladie bipolaire. *M/S : médecine sciences*, *19*(10), 960-966.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017a). Cadre conceptuel et modèle appliqués en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. p 131-166). deboeck supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017b). Introduction. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 1-12). deboeck supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017c). Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). deboeck supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2018). La théorie du Flow et l'ergothérapie. *Ergothérapies*, *71*, 51.
- Photolangage® pour l'animation et la communication de groupe. (2021). *Communiquer en groupe avec des photographies*. <http://photolangage.fr/photolangage-pour-animation-et-la-communication-de-groupe/>
- Poriel, G. (2016). Ergothérapie et participation sociale : Quels liens pour quelle pratique ? *Ergothérapies*, *61*, 5.
- Potvin, S., & Lalonde, M. (2014). Psychose et toxicomanie : Le cimetière des évidences. *Santé mentale au Québec*, *39*(2), 75-98. <https://doi.org/10.7202/1027833ar>
- Règles du jeu—Jeux Feelings. (s. d.). Consulté 20 mai 2021, à l'adresse <http://www.feelings.fr/fr/jeux-feelings/feelings/article/regles-du-jeu>
- Rossini, E., Meyer, S., & Margot, I. (s. d.). *RECOMMANDATIONS POUR LA FORMULATION DES OBJECTIFS EN ERGOTHERAPIE*. 14.

- Roux, U. (2016). Jeu de rôle de table 2.0 : Évolution d'une pratique ludique à l'ère du numérique. *Sciences du jeu*, 6, Article 6. <https://doi.org/10.4000/sdj.741>
- Santé Québec. (2021). *Troubles psychotiques*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-psychotiques/>
- Schell, J. (2010). L'expérience découle du jeu. In *L'art du game design : 100 objectifs pour mieux concevoir vos jeux* (Pearson, p. p 33-48). Pearson Education France.
- SYNERGO. (2008). *Livre Blanc de l'Ergothérapie*.
https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/livre_blanc.pdf
- Thibeault, E.-N. (2010, mars 14). *A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés*. <http://www.adjectif.net/spip>. <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>
- Tournoi (Moyen Âge). (2020). In *Wikipédia*. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Tournoi_\(Moyen_%C3%82ge\)&oldid=177544835](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Tournoi_(Moyen_%C3%82ge)&oldid=177544835)
- Travail, M. du, l'Insertion, de l'Emploi et de, Travail, M. du, & l'Insertion, de l'Emploi et de. (2020, décembre 31). *ESAT | Etablissements ou services d'aide par le travail*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion.
<https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/handicap-et-travail/article/esat-etablissements-ou-services-d-aide-par-le-travail>
- Vrai self et faux self. (2019). In *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Vrai_self_et_faux_self&oldid=162774829
- Winnicott, D. W. (1975a). Jouer. In *Jeu et réalité* (p. p 108-126). Folio.
- Winnicott, D. W. (1975b). Objet transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité* (p. 27-64). Folio.

Annexes :

Annexe I

Trame de Focus group :

Bonjour à toutes et à tous, bienvenue dans cet entretien groupal qui a pour but de comparer les différentes utilisations du jeu de société sur le terrain pour en faire sortir une utilisation plus complexe et complète. Il s'inscrit dans une démarche de recherche, lors d'études d'ergothérapie à l'ADERE Paris, dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. Avec votre accord et afin de faciliter une retranscription fidèle, j'enregistre l'image et le son de la visioconférence. Les données récoltées seront utilisées exclusivement dans le cadre de ce mémoire. Avez-vous des questions avant que je vous explique le déroulement de la rencontre ?

A partir d'une vignette clinique (histoire décrivant une situation réelle d'adulte psychotique en psychiatrie ambulatoire), vous devrez identifier les interventions pouvant être proposées à ces patients, en identifiant des objectifs et des moyens en lien avec leur problématique d'interaction sociale et de leur autonomie dans la vie en dehors des établissements de soins. De plus, des questions additionnelles permettront d'aborder les thèmes de la psychose et des difficultés d'interaction sociales des personnes psychotiques, la réhabilitation psychosociale dans l'intervention auprès de ce public, et le jeu de société, son cadre, son apport pour ces patients.

La technique du focus group permet de réaliser le bilan des pratiques et d'échanges d'information, mais aussi de faire émerger de nouvelles idées. Les interactions et les discussions vont permettre de recueillir vos opinions sur différents sujets. Je vous invite à formuler vos expériences et essais afin d'amener une plus grande collaboration et richesse de l'échange. L'objectif de ce groupe n'est pas d'obtenir un consensus mais de pouvoir s'exprimer sur ses points de vue dans un cadre bienveillant.

Afin d'améliorer la bienveillance et la fluidité dans la discussion, je vous propose un code afin d'exprimer des idées simples comme : « Je suis d'accord », « Je ne suis pas d'accord », « Il y a un problème technique », « Je souhaite que l'on clarifie », « Je souhaite

prendre la parole » et « Je souhaite faire une réponse rapide/rebondir ». Je me suis basé sur les métacartes. Avez-vous des questionnements avant que l'on commence ?

Pour commencer, j'aimerais que l'on fasse un tour de table afin de se présenter et présenter son service.

Merci à tous.

Je vous énonce le cas clinique :

[Présentation des cas cliniques]

Après un petit temps de réflexion, nous allons élaborer ensemble les interventions possibles avec ce cas clinique. Il est important de rappeler que nous ne cherchons pas un consensus mais plutôt la diversité des avis.

En fonction de l'histoire du Patient et de ses difficultés, quelles seraient, pour vous, les interventions possibles dans le domaine social ?

Quelles seraient les objectifs de cette intervention ?

Quelles seraient les moyens de cette intervention en lien avec les objectifs ?

Si vous deviez utiliser le jeu de société avec ce patient, quelle serait l'intervention que vous proposeriez à cette personne ?

Quels cadres sont nécessaires ?

Quels matériels (au sens large) sont nécessaires ?

Quels types de jeu de société seraient utilisés ?

Quels seraient les apports de l'utilisation du jeu auprès de ce patient ?

Quel est l'apport de l'utilisation du jeu dans la réhabilitation psycho-sociale du patient ?

Quelle serait la place de la création de jeu de société possible dans cette situation ?

Quelle seraient la plus valus de la création de jeu de société dans cette situation ?

Maintenant nous allons nous détacher de ce cas clinique et élargir notre champs pour parler plus largement de l'utilisation du jeu de société chez les psychotiques.

Je vais vous laisser quelques minutes afin que vous puissiez me lister, selon vous, quelles sont les difficultés les plus importantes que peut rencontrer une personnes psychotique. Par la suite, nous mettrons en commun pour en discuter.

Avec ces différentes difficultés, nous allons nous focaliser sur le domaine social, quelles sont les interventions que l'on pourrai proposer ?

Comment définiriez vous la réhabilitation psycho-sociale ?

Quels moyens mettez vous en place pour que l'on s'inscrivent dans cette démarche ?

Quels sont les bénéfices pour le patient ?

Pour poursuivre cette rencontre, nous allons aborder le jeu et plus particulièrement le jeu de société. Comment définiriez vous le jeu de société ?

Quels sont les composants qui constitue le jeu de société ?

Que peut-on en conclure ?

En lien avec les difficultés de la personne psychotique précédemment utilisées, quelles seraient les interventions possibles avec le jeu de société ?

Quel cadre utilisez-vous ?

Comment le jeu de société cadre t-il l'activité ?

Pourquoi utiliser des jeux grands publics, grands public adaptés au patient ou créés pour le patient ?

Quels seraient les apports de l'utilisation du jeu auprès de ce type de patient ?

Quel est l'apport de l'utilisation du jeu dans la réhabilitation psycho-sociale du patient ?

Est-il possible de faire un rapprochement entre le jeu de société et la vie de tous les jours ?

La réhabilitation psycho-sociale à deux versant, un où l'on travaille avec le patient pour l'aider à se réinsérer dans la vie de tous les jours, mais aussi un autre versant où l'on travaille sur la société pour mieux accueillir ce public. Quelles seraient les interventions possibles pour le deuxième versant ?

Comment le jeu de société peut s'inscrire dans ce genre de démarche ?

Que pensez vous de la création des jeux de société dans la profession d'ergothérapeute ?

Quelle est sa place dans la profession ?

Quelle est sa place auprès de cette population ?

Quelle est la plus value de cette création pour ces patients ?

Quelle avantage vis à vis des jeux grand public adapté ?

Quelles seraient les compétences requises ?

Merci à tous. Nous allons conclure cette rencontre. Avez-vous d'autre chose que vous aimeriez partager ?

Nous avons vu, *résumer de la séance*.

J'aimerais faire un tour de table pour que vous puissiez vous exprimer sur comment vous vous sentez après cette rencontre, les points positifs et les axes d'améliorations pour les prochaines rencontres.

Merci encore à tous. Je vous rappelle que cette entretien a été enregistré et que vous pouvez demander à visionner l'enregistrement. Si personne ne souhaite encore s'exprimer que vous propose de clore cette séance.

Annexe II

Maxence - OK super. Donc hop, j'ai lancé l'enregistrement, parce que bon par souci de facilité, je vais enregistrer via Zoom pour retranscrire d'une manière plus facile, et puis bah, si vous voulez bien on va pouvoir commencer.

Si vous avez déjà des questions avant même de commencer. Hop

Bon bah euh bienvenue en tout cas dans cet entretien groupal. En fait, qui va avoir ce soir pour but de comparer les différentes utilisations du jeu de société sur le terrain pour en faire ressortir une utilisation peut-être plus complexe et complète. Il s'inscrit, ce focus group s'inscrit dans une démarche de recherche lors d'études d'ergothérapie à l'ADERE Paris dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. Donc, avec votre accord, je vais enregistrer l'image et le son pour une retranscription plus fidèle et ces données en fin de compte seront utilisées exclusivement pour le bien de ce mémoire.

Est-ce que vous avez des questions avant que l'on débute ? Non, pas plus que ça ? Super.

Donc, je vais vous expliquer un peu comment ça va se dérouler en fin de compte ce focus group. À partir d'une vignette clinique, on va essayer de proposer différentes interventions vis-à-vis de ce patient qu'on va avoir en essayant d'identifier des objectifs et des moyens en lien avec les problématiques du patient. Dans une notion... Avec cette problématique qui sont lié à des interactions sociales, mais aussi au niveau de son autonomie en dehors de son établissement de soin. Et ensuite, avec des questions additionnelles, on va essayer d'aborder d'autres thèmes autour de la psychose et des difficultés qu'ils peuvent rencontrer autour de la réhabilitation psycho sociale dans l'intervention auprès de ce ce public. Et puis, aussi, le jeu de société dans son cadre et de son apport qui peut apporter à ces patients.

Donc, la technique du focus group permet de réaliser un bilan des pratiques et d'échanger des informations, mais aussi de faire émerger potentiellement de nouvelles idées. Les interactions et les discussions vont permettre de recueillir vos opinions sur les différents sujets qu'on va aborder. Donc, je vous invite à formuler vos expériences et essais afin d'amener une plus grande collaboration et richesse dans l'échange. En sachant que l'objectif du focus group n'est pas d'obtenir un consensus, mais de pouvoir s'exprimer sur ses points de vue dans un cadre bienveillant. Et donc, pour essayer de rester dans ce cadre bienveillant et aussi pour améliorer peut-être la fluidité de la discussion, je propose de faire un code afin d'exprimer des idées simples. Par exemple : « je suis d'accord », on va

pouvoir mettre en tout cas sur le chat +1 ou si vous avez vu, il y a aussi l'onglet réaction, donc avec un petit pouce en l'air ou un petit cœur si vous voulez. Ensuite, « je suis pas d'accord », avec peut-être un -1 sur le chat. S'il y a un problème technique, bah, pouvoir le signaler sur le chat directement. Si au bout d'un moment il y a une personne qui parle et que vous avez des difficultés à la comprendre, peut-être aussi écrire sur le chat de clarifier en fin de compte la personne, et puis bah si vous souhaitez prendre la parole n'hésitez pas à utiliser l'émoticône de lever la main.

Est-ce que vous avez des questions avant qu'on commence pour de vrai ?

Madeline - Il est où le bidule pour lever la main ?

Maxence - Alors ça va être dans l'onglet réaction et logiquement il y a levé la main.

Madeline - Ah oui, OK.

Maxence - Voilà tout simplement.

Hop là. Donc si vous avez pas de questions bah en fait on va peut-être commencer d'abord par un petit tour de table pour qu'on puisse un peu se présenter et puis présenter votre lieu d'exercice.

Carole - Je commence.

Maxence - Allez-y, allez-y Carole.

Carole - Alors moi, je suis Carole, je travaille en psy et je crois que tout le monde travaille en psy du coup... En fait, je viens de changer de service, je suis actuellement dans un service pour les psychoses résistantes, une unité régionale pour les psychoses résistantes et heu... je... j'étais juste auparavant sur trois unités : une unité d'admission d'hospitalisation, moyen séjour d'hospitalisation et un hôpital de jour. Voilà. Donc, toute

pathologie. Et là je suis dans une unité schizo résistante, mais il y a aussi une partie sectorisée donc, j'ai pas que des patients psychotiques. Voilà. C'est tout.

Maxence - Très bien, merci. Kilian par exemple, aller, on va faire comme ça.

Kilian - Du coup moi, c'est Kilian, je travaille du coup dans un CMP. Du coup, c'est un hôpital de jour où là on accueille des patients ayant des troubles psychotiques, de la schizophrénie et des troubles aussi mentaux. Du coup, on englobe un petit peu toute cette population-là et on leur propose des activités à visées thérapeutiques. Voilà. Donc, on est un peu dans la réhabilitation psychosociale de plus en plus, on avait tendance à faire des activités un peu occupationnelles et là on est passés plutôt vers le versant empowerment, et du coup repris du pouvoir d'agir pour ces patients. Donc, direction le domicile à fond à fond. Voilà en gros.

Maxence - Parfait. Euh, Madeline si vous voulez continuer.

Madeline - Je m'appelle Madeline je bosse aux CPN au même endroit que Baptiste. Ça fait beaucoup beaucoup beaucoup d'années que je bosse en psy, ça fait 35 ans. J'ai passé 5 ans en addictologie et depuis qu'on est revenus au CPN, c'est-à-dire à peu près 5 ans, je travaille en milieu intrahospitalier en milieu de soin protégé fermé. Dans une unité libre aussi. J'ai fait quelques années en CATTP et donc depuis 5 ans à ces pratiques en santé mentale, ce rajoute des temps d'éducation thérapeutique pour des gens en chirurgie bariatrique, en rhumato, en cardio et en névralgie parce qu'en fait moi je suis aussi relaxologue et hypnothérapeute, et dans ce cadre là ils m'ont fait venir pour des éducations thérapeutiques, donc ils m'ont former en éducation thérapeutique. Je dois avouer que j'y suis allée à reculons et j'ai découvert qu'il y avait des choses assez intéressantes dans ce système, dans ce type d'animation. J'ai, à ma grande surprise, ramené alors que moi j'étais très psychodynamique et j'y suis encore, mais il y a des choses qui font des ponts pour moi... Et comme on nous demande aussi d'aller à domicile, alors pas à domicile, mais d'aller vers l'autonomie à fond, je recommence à mettre un petit doigt, deux petits droits de temps en temps du côté de la réhabilitation et de l'autonomie. De temps en temps.

Maxence - Très bien merci bien. Euh, Julie peut-être la suite. Si vous voulez.

Julie - Alors du coup moi je travaille en CATTP et en intrahospitalier. Et voilà.

Maxence - Très bien, Alice, Baptiste, la suite

Alice - Euh oui donc moi je travaille avec Kilian. Moi, je suis arrivée, on va dire, après les ateliers un peu plus occupationnels, je suis arrivée en mode un peu moins de 6 mois, donc là, c'est vrai qu'on fait plus de domiciles et avant j'ai travaillé 8 mois en UMD. Voilà.

Maxence - Très bien, merci.

Baptiste - Alors moi, c'est Baptiste, donc je travaille en psychiatrie depuis quelques années aussi un peu moins que Madeline quand même. Là, je travaille sur une unité d'hospitalisation sous contrainte, donc, avec essentiellement des patients psychotiques et l'autre partie de la population, c'est bon des patients d'addicto avec des hospitalisations récurrentes, voilà essentiellement la population auquel je suis référent. Après, j'interviens aussi avec les collègues sur d'autres unités. Une autre unité fermée essentiellement des patients SDRE, donc une population un peu différente ayant commis des actes médico-légaux, donc c'est particulier bon et puis ponctuellement j'interviens auprès de patients soit libres, ou pour faire des bilans d'autonomie, ou pour remplacer des collègues quand ils sont en vacances, donc voilà, un peu mon petit parcours. Bon, j'ai travaillé en ambulatoire aussi pendant de nombreuses années en CATTP, en même temps sur de l'hospit', enfin voilà. J'ai barboté dans la psychiatrie du CPN pendant quelques années voilà, mais c'est vrai que pour en revenir aux jeux, j'utilise des jeux depuis quelques années quand même dans ma pratique. Pas quotidienne, mais voilà je joue au moins toutes les semaines.

Maxence - Très bien. Bon moi je vais aussi me présenter rapidement. Je m'appelle Maxence MD, étudiant en ergothérapie à l'école de Paris et si tout va bien, donc je suis en

3e année, et si tout va bien je suis diplômé en juillet voilà, on verra bien. Et puis donc voilà, je fais ce mémoire autour du jeu de société et auprès de la population adulte psychotique et puis je vous accueille, je suis en stage actuellement, et je suis en stage à la clinique de La borde, voilà, aussi pour changer un peu de cadres on va dire, mais toujours dans cette thématique de la psychiatrie. Hum...

Est-ce que vous avez eu l'occasion de pouvoir lire le petit cas clinique que je vous ai envoyé la semaine dernière ?

Alice – Oui.

Baptiste – Oui.

Maxence - Super. Vous voulez peut-être que je vous le mette aussi en partage d'écran peut-être, ça peut être aussi intéressant. Hop là. Est-ce que tout le monde le voit ?

Madeline - Il faudrait que tu le montes un petit peu.

Maxence - Ouais

Madeline - Je suis pas sûre qu'on va le voir complètement, mais...

Maxence - Si, si je pense que l'on va pouvoir... Vous voyez tous ?

Baptiste, Alice, Carole - Ouais

Maxence – Super, parfait.

Madeline - J'ai trouvé ça extrêmement original que ce soit un étudiant qui nous envoie clinique pour nous faire bosser. Ça m'a fait bien rire. Je me suis dit : « Ah yes, ça faisait des années que ça m'était pas arrivé un truc comme ça ! ».

Maxence - Super et bah ça me fait plaisir.

Donc, je me suis basé sur un article, toute une première partie... J'ai recopié le cas clinique et ensuite j'ai un peu élaboré autour de ça.

Donc ce que je peux vous proposer, c'est qu'avec un petit temps de réflexion, si vous avez besoin, afin de pouvoir peut-être qu'on le relise ensemble si vous voulez. Et on va essayer encore une fois, sans chercher de consensus essayer en fonction de l'histoire de ce patient et de ses difficultés, en fait : quelles seraient pour vous les différentes interventions possibles autour du domaine social en fin de compte avec ce patient-là ? Est-ce que vous souhaitez qu'on le relise ensemble ?

Madeline, Baptiste - Non ça va. Non non.

Maxence - Très bien bah parfait, OK

Eh bien Qu'est-ce qu'on pourra proposer auprès de ce patient-là ?

(Temps d'attente)

Baptiste - Alors comme ça moi pour un patient de ce profil-là moi je travaillerai sur les éléments de persécution qui persistent et les biais d'interprétation. Ça me semble déjà un premier élément qui permettrait d'accéder après à d'autres activités, d'autres possibilités de sortir de chez lui. Donc de travailler sur ce plan là, pas sur le raisonnement hypothétique. Il y a un petit jeu qui existe là-dessus...

Madeline - Le Michael's game

Baptiste - ...Le Michael's game qui permet, ou en individuel ou en groupe, après à voir selon les conditions, mais ça me semblerait assez indiqué de commencer par ça. Je sais pas si tout le monde connaît le Michael's game ?

Madeline - Si !

Maxence - Oui moi je connais aussi.

Baptiste - C'est un outil, c'est un jeu, c'est pas un jeu de société, ça permet de travailler sur le raisonnement hypothétique en groupe, voilà, avec un petit personnage à qui, il arrive tout un tas d'aventures ou de mésaventures. Et du coup, il y a un travail d'analyse par rapport à l'interprétation qui est faite par le personnage, on lui amène... On est missionné, le groupe, d'aider le personnage à voir d'autres interprétations liées à une analyse par rapport aux émotions, aux conséquences comportementales, etc.

Kilian – OK. Il a l'air bien

Baptiste - Ouais, c'est sympa en groupe, ça amène une bonne dynamique. Du coup, il y a un principe comme ça où c'est entre patients ... il y a une entraide au niveau des patients, on n'est plus les grands soignants, possesseurs de tous les savoirs, mais du coup il y a cette relation entre pairs qui est vraiment une bonne chose.

Kilian – Merci.

Carole - Pour le coup pour l'avoir utilisé, ça s'appelle Michael's game, mais du coup le côté ludique est quand même peu présent sur cet outil en tout cas.

Baptiste - Oui, oui.

Carole – Enfin, je le vois plus comme un outil que comme un jeu, pour le coup.

Madeline - On est bien d'accord !

(Petits rires)

Madeline - C'est pas très ludique, moi je l'avais utilisé, avec un groupe. Pardon, je suis en train de bidouiller avec le petit truc. Ça y est j'ai fini. Je fais des pouces sur moi toute seule, ça part tout seul, moi. Donc moi, je l'avais utilisé avec un groupe de patients psychotiques dans un groupe qui s'appelle « autonomie et projet », une fois par semaine et ça avait donné des trucs très drôles, car généralement dans ce groupe-là j'essaie de proposer aux gens qu'ils décident par eux même les outils qu'on va utiliser. Donc, il y en avait un qui avait des éléments de persécution. Donc, je leur ai proposé Michael's games. Alors déjà y a un patient qui a trouvé que Michael's avait des idées vachement détonnantes, j'ai trouvé ça excellent, car lui, il avait des capacités de distinction, mais effectivement ils ont pas voulu reproduire, parce qu'ils n'ont pas trouvé ça assez ludique. On l'a utilisé une fois, ils l'ont découvert, mais dans la mesure où je travaille pas avec un fonctionnement de protocole, on n'a pas insisté. Par contre, dans mon service, il y a un psychologue qui propose Michael's game au titre de groupe régulier, parce qu'il a une orientation très cognitive. Donc, voilà, il y a un de mes patients à qui on l'a proposé, on lui a expliqué et qui y va. Moi personnellement, par rapport à un patient comme ça, moi déjà, je l'accueillerai pour le rencontrer, pour discuter avec lui et pour essayer de voir un petit peu quels sont ses objectifs à lui. J'essaye généralement plutôt de rencontrer des gens, de voir un peu quelles sont ses intentions, quels sont ses objectifs, sans bilan. On utilise presque pas de bilan. Éventuellement de temps en temps des gens psychotiques, un ELADEB, mais une fois qu'on a déjà fait plusieurs séances ensemble et qu'on commence à se connaître pour préciser éventuellement quelque chose et qu'il ait une image de l'endroit où il se trouve. Mais voilà après je sais pas moi j'ai pas d'intention très ... à l'avance, je fait pas de bilan, j'ai pas trop d'intention, je cherche déjà à savoir quel sont les objectifs et les intentions du patient ou est ce qu'il se situe, qu'est ce qu'il aime et après on voit ensemble. Sachant qu'on a quand même des groupes qui sont un peu montés en relaxation,

créativité, jeu, etc. Donc, on a quand même un panel de choix pour les patients, mais c'est plutôt laisser le choix au patient, dans un premier temps sur quoi il va se diriger et qu'elles sont ses intentions. Et après, on pourra éventuellement réaxer ou proposer d'autres choses. Et on bosse toujours à partir, en tout cas avec ma collègue, à partir de l'intention du patient. Donc, je ne sais pas ce qu'il voudrait faire ce patient. Je lui demande.

Maxence - En tout cas en termes de ... la avec ce qu'on peut avoir peut-être, il y a au niveau de ses loisirs occupations qui sera intéressant après ses intentions en tant que telles dans cette prise en charge nous ne l'avons pas, mais ce serait intéressant de le questionner.

Madeline - Et puis de savoir qu'est-ce qu'il attend ? Effectivement, il a parlé de ses loisirs. Alors moi, c'est quelque chose auquel je fais très attention quand j'accueille les gens, parce que quand ils me disent qu'ils apprécient quelque chose en termes de loisirs, pour moi, j'essaye de savoir s'ils distinguent les activités thérapeutiques des activités de loisir. Parce que, quand j'ai entendu parler tout à l'heure d'activités occupationnelles, je serai assez curieuse de savoir ce que vous entendez par occupationnelle, parce que les activités et les médiations expressives, voilà c'est pas des occupations, c'est un soin psychique qui est totalement intéressant. Alors, en artisanat, tu as un soin psychique qui est cognitif, en créativité tu as un soin psychodynamique donc pour moi l'occupationnel. Je vois pas trop.

Kilian – Oui, j'ai employé ce terme parce que ça perdait du sens, en fait. C'est-à-dire, que c'était plus une activité qui devait amener du sens pour la personne. Il n'y avait plus de temporalité, du coup, c'est une activité que la personne réalisait pendant 15 ans de la même manière sans progression.

Madeline - OK d'accord alors là oui

Kilian – Bon, j'exagère le trait de 15 ans, mais globalement, donc c'est pour ça que c'était plus pour empêcher l'ennui que réellement travailler quelque chose.

Madeline - OK OK.

Kilian – Donc, c’est ça que j’entendais par occupationnel.

Alice - Et moi, c’est pareil j’ai employé ce terme de occupationnel, c'est souvent moi un terme que j'entendais en UMD, c’est des psychiatres qui nous demandait d’occuper la personne, mais sans vraiment justement le questionner sur ses envies, ses motivations, etc.

Baptiste - L'occupationnel reste quand même important.

Kilian - Oui oui

Baptiste - On a tout un tas d'activités occupationnelles pour remplir notre journée

Alice, Madeline - Oui !

Baptiste - C’est la patiente comme ça qui surtout les patients par exemple hospitalisés, l’ennui est un élément qu’est vraiment néfaste au niveau du soin, au niveau de l’hospitalisation, etc. Et de proposer parfois des séances assez longues, comme ça pour ne serait ce que pour occuper les patients, pour pouvoir justement les rendre plus disponibles parfois vers d'autres activités là plus thérapeutiques, où il va y avoir un autre investissement. Je suis favorable à l'occupationnel malgré tout. Pas que l’occupationnel, mais il en faut

Kilian – Oui, c’est vrai que nous par rapport à ça ce qu’on essaye de proposer. Bon, en ce moment, y a le covid, mais c’est justement de pouvoir accompagner les gens les faire plutôt dans les milieux ordinaires pour qu’ils puissent interagir avec des personnes qui n’ont pas forcément de troubles psychiatriques. Et du coup, qui soient un petit peu plus inséré dans la société donc vers les associations ou les groupes de sport de loisirs. L’idée

c'est un petit peu de les pousser vers ça pour qu'ils puissent quand même retrouver de l'occupationnel et que nous on puisse se centrer sur les médiations plus thérapeutiques.

Madeline - Ça dépend de ce que vous entendez par occupationnel. Moi, par exemple, les activités artisanales pour moi ne sont pas occupationnelles. Une activité artisanale permet d'être actif, elle permet de travailler comme mission. Moi, je ne trouverai rien occupationnel. Je veux dire : un mandala vous pouvez avoir un sens à ce que ça fait. Moi, y a rien de véritablement occupationnel, à moins que le patient décide que ce soit occupationnel, et si quelqu'un demande de l'extérieur alors là ça me fait un peu grincer des dents, mais bon là c'est autre chose. Mais si le patient décide que c'est occupationnel pour lui, bah bingo, OK, il vient il s'occupe. Moi personnellement, je ne dirai jamais que c'est de l'occupationnel, parce qu'il y a du sens à tout ce que l'on propose. Occupationnel dans le sens négatif du terme.

Kilian - Mais tant qu'il y a du sens du coup effectivement, il y a un intérêt et que la personne y trouve un intérêt surtout ça en a effectivement.

Madeline - Tu peux bien faire des claquettes ou ce que tu veux, mais voilà.

Kilian - Ah oui oui.

Carole - Après je pense qu'on parle aussi ça dépend du lieu d'exercice, parce qu'en hospitalisation temps plein, il y a de la privation occupationnelle du fait qu'ils sont hospitalisés et qu'il y ait rien de proposé à côté. Et du coup je pense qu'en effet on peut dire qu'on fait de l'occupationnel des fois dans ces moments là aussi, où on leur propose des choses pour qu'ils s'occupent et on ne sait pas forcément même avec nous finalement, c'est aussi des temps voilà où ils puissent s'occuper parce que dans les temps d'hospitalisation, voilà. Après ça dépend des lieux d'exercices. Là c'est plus du point de vue hospitalisation temps plein ou la privation elle est vraiment présente tout au long de la journée...

Madeline - Surtout dans les unités fermées.

Carole - ... entre deux repas en général.

Madeline - Mais surtout dans les unités fermées, mais c'est vrai qu'on peut être force de proposition pour soutenir qu'il y ait des activités occupationnelles pour les patients, mais sans forcément que ce soit ... Ils peuvent s'occuper tout seuls aussi à condition qu'on leur en donne les moyens.

Kilian – Aussi.

Carole - Mettre à disposition en fait des ...

Baptiste - Mais souvent même s'il y a des choses mises à disposition, les patients ne se les approprient pas.

(Onomatopée d'acquiescement de Carole)

Baptiste - Nous, sur l'unité on a installé une bibliothèque, on a une ludothèque, mais ce n'est pas l'initiative chez les patients est pas leur première caractéristique quand ils sont hospitalisés. Et souvent, être mis dans une ambiance avec quelqu'un qui va un peu initié pour eux différentes activités, ça peut suffire ne serait-ce que pour qu'ils s'approprient un jeu, un livre enfin voilà. Des échanges entre eux. Et moi, j'oppose pas l'occupationnel et le thérapeutique, avec un grand "T". Pour moi l'occupationnel est une première, comme tu dis Madeline, il y a toujours quelque chose derrière l'occupationnel qui est thérapeutique, sinon on le ferait pas quoi.

Kilian - Oui effectivement, c'est que nous, c'est un langage qu'on a mis à employé autour des activités qui n'avaient plus de sens et du coup effectivement, on a collé ce terme-là sur ce type d'activité là, mais pas en disant que l'occupationnel c'était mauvais. Pas dans ce sens-là. Et puis effectivement...

Madeline - Et puis d'autant plus que les sciences de l'occupation déboulent et bientôt il va falloir qu'on s'y fasse. Le mot d'occupation va bien falloir qu'on. Je ne sais pas bien ce qu'on va en faire.

Kilian - Faudra qu'on se mette d'accord.

Madeline - Y a du boulot.

Maxence - Qu'est ce que vous voulez dire par là. C'est qu'il y a des discussions autour de la définition d'occupation c'est ça ?

Madeline - Bah, les sciences de l'occupation humaine telles qu'elles sont définies de plus en plus dans les IFE ça n'a aucun sens pour les praticiens cliniciens qui sont plus anciens. Moi, j'enseigne à l'IFE de Nancy, donc du coup, j'essaie de suivre un peu les termes, les nouveaux termes qui sont employés par les étudiants, mais j'ai écrit un texte sur le fondement des ergothérapeutes au CPN, c'était assez drôle, parce que j'ai essayé de dire un petit peu ce qu'on faisait tous. À un moment donné, j'ai parlé des sciences de l'occupation alors tous les gens de santé mentale se sont mis à brayer qu'il fallait pas que j'emploie ce mot-là. Donc, j'ai dit que les sciences de l'occupation arrivaient un peu dans l'ergothérapie en général et que quand j'ai fait une conclusion j'y ai écrit qu'il y avait un équilibre ... que nous on travaillait à un équilibre occupationnel du patient et tous mes collègues du CPN, les 25, ont tiré dessus à boulets rouges en exigeant que je retire ce mot. Donc, je l'ai retiré j'ai fait une espèce de métaphore en disant : bah voilà, on est des spécialistes des occupations humaines de la personne et de ses besoins en expression et des médiations, etc. Quand j'ai fait lire ça aux collègues à l'école à l'IFE de Nancy : « bah quoi c'est l'équilibre occupationnel pourquoi t'écrit pas ça ». Donc, je me suis dit qu'il y avait quand même encore du boulot entre les praticiens et puis les jeunes, dans les IFE, où là effectivement on emploie ce langage-là à tour de bras et ça donne des trucs un peu chelous quand ils arrivent sur le terrain.

Carole - Je pense que c'est surtout problématique quand on va en psychiatrie parce que le côté occupationnel, car les cotes... les unités occupationnelles ça a existé et c'était vraiment des unités de loisirs finalement. Et nous, en tant qu'ergo, on s'autorise à utiliser ce mot-là, mais sauf qu'on a pas la même définition derrière et quand utilisé dans nos services où il y a des médecins, en effet, qui n'ont pas la même définition occupationnelle, bah ça peut amener ... Donc on n'ose pas trop l'utiliser, mais c'est surtout en psy, je pense, dans certains contextes.

Madeline - Mais aujourd'hui encore, on cherchait avec un cadre en soin somatique : comment coder ce que je faisais et il m'a proposé "activité culturelle et de loisir". Je lui ai dit : « écoute ça fait 35 ans que je bosse c'est pas pour m'entendre dire que je fais "des activités culturelles et de loisir" quoi . Faut que tu me trouves un autre code que ça ça va bien ! » Donc, on a trouvé autre chose.

Maxence – Bon, pour l'instant, en fin de compte, avec ce patient, on va essayer de revenir sur le patient. En fin de compte, il y a cette notion d'accueil du patient d'essayer de voir ses objectifs, ses intentions potentiellement passer l'ELADEB pour potentiellement connaître ses intentions. Peut-être aussi travailler avec la notion de persécution et de biais d'interprétation avec potentiellement travail sur le raisonnement hypothétique avec le Michael's game. Je crois que j'ai à peu près résumé ce que vous avez pu dire autour de cette question-là. Maintenant, on en a un peu parlé avec le Michael's game, mais en fin de compte, si on devait utiliser le jeu de société avec ce patient, en fin de compte : quelle serait les différentes interventions qu'on pourrait faire avec lui ? Donc y avait le Michael's game avec cette notion de groupe. Peut-être, décrire davantage comment ça se passerait. Le groupe autour du michael's game ?

Baptiste - Le groupe autour du michael's game, moi j'utilise cet outil là depuis quelque temps je l'ai fait avec certains groupes passés les 80 cartes dans l'ordre chronologique, etc. Pour voir un peu ce que ça donnait. Bon, ça va que j'avais des patients qui étaient hospitalisés au long cours, donc j'avais un peu de temps devant moi. Mais maintenant je réduis tout ça à 5-6 séances, où dans un premier temps, j'utilise les premières situations de

Michael où il n'y a pas trop de charge émotionnelle ni d'éléments délirants ou interprétatifs trop fort. Pour un petit peu lui faire montrer qu'il y a un schéma, un peu comme des dominos, l'interprétation va générer de l'émotion, qui va générer, qui va influencer sur son comportement et du coup avoir des conséquences sur ses relations avec les autres une fois qu'on a passé une ou deux séances là-dessus, je rajoute les probabilités et puis la recherche des preuves au niveau du jeu, et j'essaie d'introduire dès la 2e séance, l'idée qu'ils fassent des liens avec sa propre histoire pour qu'on puisse s'appuyer sur des situations qu'il a vécues. Donc, du coup que l'on réécrit avec comme personnage principal Michael et du coup ce qui permet de mettre à distance la situation qui est arrivée à un patient pour pouvoir la travailler en groupe comme ça. Voilà donc, maintenant j'utilise ça et à la fin de ces X séances, souvent là maintenant on n'a plus le temps, quand on a 6 ou 7 séances c'est déjà pas mal. On a fait un petit résumé de ça sur une feuille qu'on laisse au patient, et qui du coup qui ça lui permet d'avoir une trace de la trame pour analyser une situation. Voilà, mais j'essaie d'amener le plus vite possible que ce soit des situations vécues par mes patients.

Maxence - Et ce serait quoi l'intérêt d'apporter rapidement, en fin de compte, cette notion de proposer ses propres histoires ?

Baptiste – Bah, ça permet de s'approprier le schéma de réflexion par rapport à des situations vraiment vécues et qui sont personnelles, parce que même si dans le jeu Michael's game y a tout un tas de situations, j'ai jamais rencontré de patient qui vont eux rencontrer les mêmes situations que Michael. Chaque patient pourrait donc faire des situations, où il interpréter, où il a vu les choses, etc. Et qui sont, comment dire, qui sont d'une inventivité délirante assez parfois déconcertante. Et je trouve que c'est important de pouvoir travailler sur leur histoire à eux comme ça du coup au niveau du groupe, il y a un regard différent qui se pose sur ce qu'ils ont pu vivre et qui leur permet d'analyser leurs réactions et de pouvoir avoir des propositions de ce qu'ils auraient pu comment ils auraient pu interpréter autrement.

Madeline - Ah ça pour moi c'est déjà, c'est pas du jeu.

Baptiste - Non, on ne joue plus.

Madeline - C'est pas du jeu ça. ça pour moi ce sont, à partir du moment où tu rentres dans un jeu sur plusieurs séances, dans un protocole dans quelque chose qui est déjà travaillé comme ça surtout avec la structure que vous aviez décrite d'ailleurs avec tes collègues hypothèse, machin, etc. Ça pour moi c'est pas du jeu, c'est du groupe de thérapie donc voilà, c'est utiliser un outil. Je suis désolée, de temps en temps j'ai mon œil qui part parce qu'on surveille le volcan islandais qui est en éruption, alors de temps en temps, y a mon mari qui me fait signe qu'il y a un truc, donc je regarde. Donc pour moi, c'est pas personnellement quand j'ai un groupe de patients en jeu thérapeutique, je ne sais pas ce qu'ils ont, je ne sais pas qui ils sont, et c'est en autodétermination. C'est-à-dire que j'ai un noyau de personnes que je connais, on a déterminé ça avec les médecins, donc il y a une prescription globale et générale parce que justement ça intéresse les médecins. Quelles sont les personnes qui vont s'engager à venir jouer ? Donc, on a des activités thérapeutiques, les gens s'inscrivent viennent régulièrement avec un engagement, mais les jeux thérapeutiques, c'est en autodétermination, donc ce qui fait que je fais le tour. J'entre rapidement et quand le groupe est là, c'est-à-dire, que c'est le groupe qui va choisir de manière à les positionner en position d'acteur donc généralement, alors moi, j'ai des jeux d'expression, des jeux autour des émotions des jeux sur les habiletés sociales, des jeux sur les ressources des jeux sur, alors j'évite les cognitions parce que la cognition on est sur du compétitif ce que je ne cherche absolument pas, on va plutôt sur des jeux de collaboration / coopération et une fois en fait je connais mes jeux. Donc je sais un peu 3 jeux différents que je propose au groupe je leur explique et c'est eux qui choisissent de façon à ce qu'il y ait un véritable engagement, si il y a 8 personnes si y en a 6 qui ont choisi un jeu, je suis sûre déjà qu'ils ont envie de découvrir et ensuite on joue. Donc, c'est toujours sur ça et c'est après qu'on découvre des gens qu'on fait connaissance à travers ça bon après y en a que je connais, y en a que je connais pas, y en a que je sais même pas ce qu'ils ont comme pathologie. Et après le travail se fait autour de ce qui se passe dans le jeu et dans le groupal. Et bon, nous on a une façon de travailler peut-être pas classique, sans prescription intention objective. Donc, on est beaucoup plus centré sur le choix du patient de détermination, etc. Mais ça nécessite aussi d'avoir des accords de tout le monde et que le médecin soit OK avec ça. De

manière à ce que... On est en train de passer avec ce type de travail aussi ça c'est un équilibre avec des gens psychotiques ou pas, parce que justement dans les jeux thérapeutiques on essaye de mélanger les jeux, parce que le groupe autonomie et projet est réservé aux psychotiques, mais je groupe jeu thérapeutique est très dans la mixité et on est en train de passer ça à l'USPF (Unité de Soins Protégés Fermés) avec des patients hospitalisés et des patients d'HDJ pour voir un petit peu ce que ça donne et également on est en train de leur laisser le choix également pour ces patients là aussi.

(Temps d'attente)

Madeline - Si causez pas, je vais causer toute la soirée je vous préviens. Moi je suis capable d'emboliser la parole pendant deux heures.

(Rire)

Baptiste - Nous au service, on n'a pas le même fonctionnement que toi, Madeline, on a plus des groupes qui sont, on laisse moins le choix au patient. Voilà, c'est une habitude de fonctionner qui pourra être tout à fait questionnée. On était plus par exemple quand on faisait une activité jeux, jeux coopératif, où là, voilà, il y avait une thématique qui était bien définie au départ et du coup on indiquait un peu plus au niveau du profil des patients qui pouvaient participer et pour qui y aurait de l'intérêt justement à travailler sur la coopération, la confiance dans l'autre, etc. Du coup on avait pas tout à fait la même approche, mais voilà, c'est après on a des populations pas tout à fait pareilles.

Madeline - Oh si.

Baptiste - Voilà. Qui ont besoin parfois d'un peu plus de cadres.

Madeline - L'unité de soins protégés ça marche aussi même avec des patients psychotiques. Ça marche aussi à partir du moment où tu leur explique que 3 jeux, tu leur dis quelles sont

un peu les intentions des jeux et puis tu les vois discuter un peu entre eux sur quelle est l'intention. Nous on essaye de co-créer des jeux mêmes avec les patients. Je veux dire là, j'ai un patient en ce moment après il a des compétences. Mais il veut devenir programmeur, là, il est intéressé, il voudrait créer un site sur la schizophrénie pour aider les autres personnes par rapport à la schizophrénie. Moi, j'ai sauté dessus en lui disant : « bah écoutez voilà moi je vous donne un coup de main ». Il sait très bien que moi, c'est quelque chose qui peut potentiellement m'intéresser, moi aussi c'est vraiment comment on peut partir de l'intention du patient. Le jeu de la maison, par exemple, on a créé, on a co-créé à avec des patients. Pour moi ça c'est le plus intéressant. Au bout de 6 mois, quand on a dit : « bah maintenant on va jouer au jeu », y en a un qui a dit on a joué une fois et puis y en a un qui m'a dit : « bon bah alors quand est-ce qu'on recommence à créer des jeux ? ». Je dis : « bah attendez-on a passé 6 mois à le créer on va pas jouer qu'une seule fois avec ». Le patient qu'il avait préféré c'était qu'on le fasse, s'était qu'on le co-créer ensemble, et puis après, bah le jeu, il pouvait partir il s'en fichait, lui il était près à recommencer. Moi, j'aimerais bien savoir, les autres, comment vous utilisez les jeux.

Carole - Moi ça dépend aussi de quel est l'objectif finalement. Si on veut savoir comment le patient il se comporte en groupe, quelles sont ses interactions sociales ou quelles sont ses difficultés cognitives, en fait on va aller chercher différents jeux. Donc, ça peut être à la fois sur une évaluation finalement ou bien pour après retravailler sur les difficultés qu'on a pu voir lors de l'évaluation. En sachant que, bah on sait pas, mais y a peut-être un bilan neuropsychy aussi, donc des fois, on peut s'appuyer sur ce qui a déjà été fait par le neuropsychy, on voit qu'il y a un déficit au niveau de l'attention, donc on va essayer de trouver un jeu qui va faire travailler l'attention par exemple. On voit que dans les échanges, les relations aux autres il a des difficultés donc bah on peut proposer le Dixiludo. (Rire) Je serai pas la meilleure pour en parler. (Rire) J'ai peut-être laissé parler Baptiste ? (Rire), Mais c'est des choses que bah moi j'utilise plein de jeux différents et en fonction de ce qu'on a besoin de travailler avec le patient, là, je vais choisir ce jeu ou sinon je peux aussi proposer tel ou tel jeu. Je peux aussi laisser le choix entre plusieurs jeux au groupe si c'est des patients qu'ont. Je sais qu'on peut travailler sur différents jeux je peux laisser le choix.

Madeline - Après cette idée de laisser le choix, c'est très bien quand on est à l'aise avec les jeux et qu'on les connaît ...

Carole - Oui, il faut les connaître.

Madeline - ... moi en ce moment. J'ai en ce moment un étudiant de 3e année qui m'a fait cette excellente remarque, et qui m'a dit : « bah oui, mais moi je les connais pas les jeux, je les connaîtrais qu'une fois qu'on sera à la fin du stage ». Donc effectivement, on a créé une fiche de jeu, d'analyse de jeu très rapide parce que la grille que j'ai en psy elle est trop longue, on a essayé de faire quelque chose de très rapide de manière à ce que les étudiants quand ils arrivent puissent déjà quels types de jeu va aller vers quel genre d'expérience. Donc, il y a une grande intention globale et quelques expériences en dessous, mais c'est avec quelques règles et quelques adaptations parce que généralement le jeu du commerce on les utilise jamais en mode compétitif, on les détourne. Bon, là on a fait une photo langage sur les ressources et les difficultés de manière à associer les personnes posent au milieu de la table une difficulté qu'ils ont tout le monde a des cartes qui peuvent vous connaissez AERES ? Le bilan qui parle un peu des ressources, bah, on a utilisé ça pour faire une carte ressource, alors dans un premier temps, on a fait un jeu et puis là on a fait juste un photo langage, et donc, chacun à 5 ou 6 images en main et doit poser des images de la ressource qu'ils mettraient vis-à-vis de cette difficulté-là et on en discute un peu tous ensemble sur les 5 ou 6 images qui apparaissent. Moi, je vais plutôt chercher des jeux comme ça qui sont très rapides d'utilisation et très plus dans l'expression à la limite. Plus on est dans l'expression, plus c'est intéressant.

Et Kilian tu utilises quoi toi ?

Kilian – Bah, j'essaye de mettre en place des jeux. Je n'ai pas encore trop mis en place, j'ai utilisé le jeu "concept" par exemple je sais pas si vous connaissez.

Madeline - Si...

(Brouhaha)

Madeline - ...c'est un peu compliqué, mais il est intéressant.

Kilian – Oui, effectivement, oui sur les premiers mots premier niveau, je dois dire ça reste à peu près accessible, mais il faut que les patients effectivement ils aient un bon niveau d'abstraction qu'ils arrivent à bien mentaliser un petit peu. Après...

Carole - Avec de l'entraînement j'ai réussi à faire mots noirs quand même avec les patients.

Kilian – Oh !

Carole - Avec de l'entraînement... Ça fonctionnait.

Kilian - Après je trouve qu'il faut une familiarisation aussi au jeu. Parce qu'au début, c'est vrai que les mots sont difficiles et on peut amener plusieurs niveaux, il faut que les patients effectivement se soient un petit peu entraînés. Après, j'ai commencé à passer un peu "feelings" aussi pour l'analyse des émotions chez les autres. Et ensuite, bah, en réflexion justement on pourrait éventuellement pouvoir mettre en place dixiludo ou adapter en fonction aussi des besoins et des activités qui souhaiteraient travailler les patients justement de faire des choses assez ludiques et les orienter un peu autour du jeu. Quand on aura plus de possibilités de faire des groupes un peu plus grands. On est très vite à deux. Ou 3 alors. Ce n'est pas encore le plus confortable. Donc, voilà en somme, c'est que des débuts... dans l'utilisation du jeu.

Baptiste - Je te rejoins sur un point que j'aimerais élargir sur le fait d'utiliser un jeu par exemple comme "concept", il faut se l'approprier être plus familier avec ce jeu, qui permet après de pouvoir transmettre. Voilà transmettre l'intérêt du jeu aux patients, mais de façon plus générale, il faut se familiariser avec les jeux. Avec le fait de jouer avec toutes les règles du jeu plus ou moins compliqué tordu, complexe, incompréhensible parfois. Il y a

parfois des jeux, si j'ai un collègue qui est un grand joueur qui explique la règle du jeu, bah ouais ça me semble pas clair forcément du premier coup.

(Réactions)

Du coup c'est le fait de jouer une fois, 2 fois, 3 fois qui permet d'appréhender les jeux. Je pense que les jeux classiques de société qu'on connaît tous un peu comme ça, mais si on va sur des jeux un peu plus spécialisés, il y a tout un temps d'appropriation des jeux qui est nécessaire et qui est assez long. Et que si on se l'entretient pas on perd des morceaux, enfin ça c'est un peu, on perd des éléments de règles du jeu, ou des choses comme ça. Enfin c'est quelque chose de jouer, c'est pas si simple que ça de jouer d'une part et d'animer des ateliers jeux non plus.

Madeline - Après j'ai envie de dire si les règles sont, enfin moi j'ai acheté "Mysterium", c'est trop compliqué, moi j'ai laissé tomber, y a trop de trucs. Moi je kiffe ce jeu-là, j'adore jouer avec mes amis à ça, mais pour les patients c'est trop compliqué. Si on n'est pas sur quelque chose de ludique rapidement et qu'il faut faire 5 parties avant de comprendre, pour moi, je veux dire à mes patients dépressifs vont s'ennuyer, des patients psychotiques qui vont décrocher. Donc, j'essaye vraiment on a dégoté dernièrement un jeu qui s'appelle Totem je sais pas si vous le connaissez qui est super intéressant. Alors ça, c'est un jeu qui est dit uniquement positif, alors ça ça m'a un peu contrarié au début parce qu'on va positiver à toute force, je trouvais ça un peu j'aime pas trop ça, mais Totem vous essayez de faire votre animal totem, et les cartes sont que positives, donc on a un animal, chacun va donner une carte. On a tous 5 cartes en main, on en donne une à quelqu'un il va choisir l'animal totem qui lui plaît le plus et après on lui donne une qualité. Il va y avoir donc, on peut devenir un koala sympathique, un saumon philosophe ou un kangourou, enfin c'est d'une manière ça reste tout à fait positif et les patients apprécient beaucoup ça parce que du coup ça leur renvoie systématiquement une image positive même si je suis pas pour la valorisation au sens volontaire. J'ai découvert que les patients apprécient bien ce jeu-là. Je vais plutôt aller chercher des jeux de ce type-là qui sont très rapides à comprendre de manière à ce qu'on puisse se dégager de la notion de règle du jeu pour être plus dans la discussion et dans l'expression.

Pour ceux que ça intéresse si effectivement vous commencez on a fait avec Carole et Romain, qui n'est pas là... On a fait un Webinaire sur les jeux à la ANFE. Alors

normalement c'est accessible qu'aux gens de la ANFE, il est sur mon site ergopsy. Il est tout en haut il y a webinaire sur les jeux et il y a tous les liens avec les sites avec les différents types de jeu que vous pouvez trouver dans le site.

Kilian – OK.

Madeline - Eh Baptiste, c'était le premier jeu qu'on a cité tu verras sur le PowerPoint, dixiludo c'est le premier. Dans les jeux d'expression Dixiludo en premier.

Baptiste - Il commence à prendre un peu de l'âge quand même.

Madeline - Nous on l'a décortiqué complètement parce que là on est en train. Je devrai peut être pas te dire ça, mais on est en train de créer un groupe parce que moi je l'utilise pas parce qu'il y a trop de questions, trop de machins, tu sais Véronique en avait trois, elle nous a filé un, et en fait, on est en train d'y travailler pour des personnes âgées qui ont du mal à retourner à domicile. Alors, nous on a fait plein de jeux, tu sais je t'avais demandé si on pouvait le jeu de la maison à partir un peu comme dixiludo. On a fait le jeu de la maison des loisirs des machins, etc. Le dernier stagiaire, il en a fait un sur le téléphone. Et en fait, Véronique elle l'a fait sur Autonomia. Et en fait, on a détricoté dixiludo, parce qu'en fait on voulait faire un jeu pour les personnes âgées qui ont du mal à retourner à domicile, donc on va utiliser le jeu de la maison et d'autres choses, mais on a cherché toutes les questions qui pouvaient être intéressantes par rapport à la solitude le retour à domicile et l'autonomie. Donc, on a pris toutes les questions et on les a toutes mélangées on va l'utiliser, c'est vrai que j'avais le médecin qui était là, mais l'objet sacralisé dixiludo on ne pouvait pas y toucher. Parce que c'est un peu fatigant de créer des jeux comme ça tout le temps. J'ai passé 2h cette après-midi à plastifier les petites cartes et là vous avez des questions toutes faites, donc on vous a piqué toutes les questions qui nous intéressent par rapport à la solitude, etc. Et on va pas utiliser en monde dixiludo on va l'utiliser en mode on prend les questions on pioche au hasard et on discute.

Baptiste - Le dixiludo fait partie des jeux dont on s'approprie et qu'on détourne en fonction de sa population en fonction de soi, de sa pratique, etc. Il n'échappe pas à la règle.

(Rire)

Madeline - Du détournement.

Maxence - Qu'est-ce que vous en pensez vous peut-être Julie autour de l'utilisation du jeu de société avec ce patient-là ou même autour des adultes psychotique ?

Madeline - Avec le micro ce serait mieux.

Maxence – Ouais.

Julie – Oui, nan, c'est vrai que j'ai découvert là la vignette de cas clinique. Moi, je suis là ce soir, mais je suis pas une experte d'utilisation du jeu avec les patients. En tout cas, c'est quelque chose qui m'intéresse d'ailleurs je me suis inscrite à la formation de la ANFE sur la session de juin sur "jeu et métaphore". Donc, nous devrions nous croiser.

Madeline - Pas sûre malheureusement que ça ait lieu. Tu verras sur le ... Tu étais au webinaire ?

Julie – Non.

Madeline - À la fin du Webinaire ce qu'on a proposé avec le GRESM, c'est de créer une plateforme collaborative pour y mettre des jeux coopératifs et que chacun puisse aller récupérer des jeux, etc. Bon sur le site, c'est très bien, je peux les fournir aux gens et envoyer les fichiers et des fois je suis un peu fatiguée tous les soirs d'aller regarder et de répondre à toutes les questions et tout... Et donc, on va essayer de créer une plateforme

collaborative où tous les ergos qui ont créé des jeux vont pouvoir les amener. Alors des jeux en mode fichier c'est pas des jeux comme le dixiludo, mais voilà tous les jeux qu'on va pouvoir se partager les uns les autres on va essayer de faire une plateforme comme ça et donc du coup même si ça n'a pas lieu une fois de plus cette année à cause du COVID, on va essayer de développer ça même sans qu'il y ait besoin de stage pour avoir plus de choses partageables comme ça avec le GRESM on a décidé de faire ça.

Julie - Mais du coup, comment, moi je peux plus parler de ma petite pratique autour des jeux de société. C'est moi, j'ai donc au CATTP où je travaille on a fait plusieurs fois une session avec un groupe fermé autour de jeux de société. On a avait fait aussi un lien avec une ludothèque de notre quartier du coup l'idée d'aller chercher les jeux sur place avec les patients avec les conseils du coup de la personne. Bon, on choisissait quand même un peu pas mal avec eux. Et après, ça restait du coup y avait pas de jeux comme le Dixiludo enfin ça restait des jeux société grand public avec des jeux assez traditionnels et d'autres moins. Et bien sûr, bah adaptation des règles souvent, et du coup moi en travaillant toutes les interactions sociales y avaient pas du tout de visée à réhabilitation psycho sociale mise à part le fait qu'on allait du coup à l'extérieur chercher ces jeux, et du coup moi qui travaille maintenant aussi à l'hôpital, c'est un outils aussi que j'utilise là-bas, mais j'ai pas constitué de groupe fixe, c'est plus de manières spontanées, mais c'est vrai que c'est quelque chose éventuellement que j'aimerais bien monter. Mais, jusqu'à maintenant, j'utilise pas de jeux spécifiques adaptés.

Maxence - OK, Alice, peut-être rajouter quelque chose ?

Alice - Alors moi, je suis arrivée y a pas si longtemps que ça, donc à la passerelle sur Jonzac et c'est vrai que actuellement avec la crise actuelle, on n'a pas trop l'occasion de pouvoir faire du groupe, et donc bah c'est vrai qu'on se centre plus sur le domicile et les accompagnements qu'on peut faire sur l'extérieur. Et bon, bah un peu comme Julie, j'ai pas trop d'expérience non plus dans la mise en place de groupe autour du jeu. J'en faisais plus en UMD donc j'ai utilisé le Dixiludo et le jeu Feelings et je faisais avec une collègue

psychologue et je trouvais ça super intéressant de pouvoir travailler avec une psychologue sur ce genre de support.

Maxence - Très bien. Et donc en fin de compte, quelle seraient, en fin de compte, la place un peu de la création de jeux de société avec ce patient là et même avec d'autres ? On en a déjà un peu parlé avec Madeline et le Jeu de la maison.

Mais en fin de compte la création de jeux de société avec ce type de patient, comment ça pourrait se mettre en place ? Est-ce que la création de jeux de société pour ce type de patient la plus-value par rapport à des jeux non créés pour cette population ?

Baptiste - C'est vaste comme sujet !

Maxence - Oui ! Commençons par se promener.

Baptiste - Parce que quand on crée enfin, la création d'un jeu, on le fait pas spécialement par rapport à un profil de patient quand Madeline a créé beaucoup de jeux, c'est parce qu'il y a un groupe à un moment donné qui a une certaine émulsion et qu'on mène dans la dynamique de créer un jeu. On initie quelque chose, on sème une graine et ça se construit autour. Construire un jeu avec un patient, ça serait bien compliqué.

Madeline - Après, tu peux, moi j'ai déjà eu des patients qui ont construit, une jeune fille par exemple qui était dépressive elle a construit avec une étudiante son... Elle a construit son propre outil à savoir on lui a demandé quels qu'est qui pourrait être intéressant pour elle, elle a construit un photo langage sur la tristesse. Donc, elle est allée chercher des images sur la tristesse et puis on les a plastifiées, on en a discuté, elle a parlé un peu de ça et après quand on lui a dit, mais alors si on l'utilisait pour d'autres personnes, elle a eu cette remarque absolument phénoménale, de nous dire bah on colle ça au milieu d'une feuille blanche, et puis je disais moi je voudrais récupérer les trucs plastifier je peux pas donner des images à chaque fois. Donc, elle disait : « bah quand ils vont enlever le carré de la photo ça va faire un blanc et ils vont voir comment ils se situent par rapport à l'absence de tristesse ». Ça, c'est une patiente qui était limite borderline et pas psychotique, elle avait

des compétences d'introspection de pouvoir travailler sur la métaphore, mais c'est vrai que les patients soit on peut créer un jeu soit on peut, nous souvent ce qu'on essaye de faire par exemple c'est avec le photo langage dont je vous parlais tout à l'heure, je disais tout à l'heure que l'on peut faire des mots avec des problèmes au milieu de la table, mais c'est les patients qui peuvent les donner.

On a créé un jeu en addictologie sur le passage par différentes étapes minérales, végétales, animales, etc. Humain et singe. Bah, c'est des patients qui mettaient les petits papiers bah au fur et à mesure on a créé le jeu et puis bah on l'a enrichi et à chaque séance quand quelqu'un trouve un nom supplémentaire bah on lui met dedans. Ça veut dire que c'est pas une co-création à chaque fois d'un jeu complet, mais ils vont le tester l'étudiant qui a fait le jeu sur le téléphone, il a testé les patients ils ont dit ça c'est bien ça c'est pas bien OK la prochaine fois on travaille sur ça. Après les patients peuvent avoir des idées eux-mêmes à certains moments, mais ça peut être aussi des co-créations avec des personnes et puis simplement donner un avis et quand un patient donne un avis il dit bah on va rajouter cette carte-là parce que ce que vous avez dit c'est intéressant bah ça suffit. Je veux dire après, il y a un sentiment d'avoir été incluse dans un processus de création qui se construit qui se poursuit comme ça tout le temps, mais bon qui manque effectivement comme tu dis Baptiste faut des patients qui intègrent ça. Donc ce n'est pas tous les patients. Mais, le jeu de la maison est parti de l'unité de soins protégée, je veux dire là on était vraiment sur des patients enfermés pour longtemps.

Julie - C'est quoi le jeu de la maison en fait ?

Madeline - Carole elle va te le décrire parce que c'est elle qui est responsable de la dernière monture téléchargeable donc hop.

Carole - Je savais que ça allait me retomber dessus.

Madeline – Yes !

Carole - Du coup, moi à la base, j'ai fait la formation avec Madeline "jeu et médiation thérapeutique" et elle nous avait présenté la version artisanale du jeu de la maison qu'elle avait fait. Et donc moi, j'ai retravaillé pour qu'il soit téléchargeable, bah à la base, pour mon service et mes collègues ergo de l'Hôpital. J'ai pas dit, mais je suis au CHR de Rouen, et on est plusieurs ergos moi je travaille toute seule, mais du coup en présentant ce que j'avais fait ils étaient plutôt enjeux de pouvoir l'utiliser aussi. Donc finalement, j'ai travaillé avec Madeline et avec Pierre pour faire une version téléchargeable sur internet, et bah c'est un jeu où du coup c'est une maison donc en fait il y a plein de pièces du logement et on a des questions d'expression des questions d'investissement du logement et des résolutions de problèmes autour du quotidien en fait vraiment autour du logement. Donc, il y a 12 pièces, mais il n'y a pas forcément besoin d'avoir les 12 pièces dans le logement de la personne. Par exemple, il y a la buanderie qui est plutôt une pièce où on va parler du ménage en général dans le logement. Y a pas forcément besoin d'avoir une buanderie chez soi. Voilà. Donc moi je l'ai utilisé dans mes trois anciens services avec des objectifs différents à chaque fois finalement.

Madeline - Au départ on en avait créé un dans l'unité de soin protégé avec les patients et donc il était effectivement artisanal et on avait des petites maisons personnelles et puis il y avait un grand plateau au centre. Romain quand, il est parti en détention, il a fait son mémoire dessus, il a fait des fiches d'observations, etc. Mais surtout il s'est rendu compte qu'en détention les patients, bah ils adoraient les petite maison personnelles, parce qu'ils s'imaginaient quand ils allaient sortir dans leur maison. Maintenant, qu'il bosse avec des ados, il travaille toujours sur les petites maisons personnelles lui il a vraiment gardé ça, il y avait le côté déco & co, là alors là il adorait ça. Carole et moi on a plus gardé le plateau central avec le système de question. Après si ça t'intéresse d'aller le télécharger tu vas sur le site ergopsy et dans le webinaire ANFE comme j'ai mis tous les liens, j'ai remis aussi directement le lien pour télécharger et ça va plus vite il y a juste un tout petit souci, c'est qu'on n'a pas été fichus de faire des recto verso correctes parce que toutes les comment s'appel, les imprimantes se décalent sans arrêt, donc on a fait recto d'un côté verso de l'autre donc il faut se taper le découpage de tout avant de les coller et les plastifier donc bon courage.

(Rire)

Carole - Et du coup on a fait un article dans une des revues ou il y a aussi tout ce qui est de côté Madeline a fait tout le côté co-crédation aussi et pourquoi.

Julie – Merci.

Carole - Aprés moi aussi j'ai mon jeu, j'ai à la base je voulais aussi poursuivre le travail de co-crédation avec les patients, mais finalement j'ai utilisé l'outil tel quel et ils y ont peu participé, c'était... Je l'avais présenté comme un outil qui était encore modulable et qui pouvait être retravaillé et je leur ai demandé de me dire leur avis, mais finalement ils étaient très contents en fait. Ils avaient pas forcément d'avis négatif donc ça a pas permis de retravailler sur la co-crédation. Moi, j'ai pas fait vraiment de co-crédation avec les patients j'utilise le jeu ou sinon c'est moi qui le travaille de mon côté, mais j'ai pas co-crédé avec les patients un nouveau jeu en tout cas je m'en souviens pas.

Madeline - Ils aiment bien ça les patients êtres en méta position enfin c'est moi le groupe de patient que j'ai en autonomie et projets ils sont ils ont l'habitude de fonctionner comme ça. Donc dès qu'on amène un outil j'ai même plus besoin de leur demander forcément ils analysent ils le critiquent, ils sont d'accord ils sont pas d'accord. Donc, c'est ça qui est intéressant parce qu'effectivement ça les met en position de dire, bah je suis OK avec cet outil là, ça peut nous intéresser, ça peut nous apporter ça moi les patients, alors lui ça fait quand même plus d'un an que je l'ai, parce que ça fait longtemps qu'il est à l'hôpital. Quand il m'a dit la dernière fois qu'il voulait faire un site sur la schizophrénie pour aider les schizophrènes, je me suis dit : « bah alors là youpi quoi bah c'est l'aboutissement ultime que je pouvais entendre par rapport à ce groupe-là ». J'ai aucune compétence pour aider sur le site lui, oui. Donc c'est sur que... C'est ce patient d'ailleurs qui nous a aidés à faire le site Wix, mais bon au début, il était initialement qu'il crée complètement le site sauf que le CPN hein, Baptiste tu les connais. J'ai fait l'erreur de dire je vais faire bosser un patient, et là ça a été l'apocalypse. Je voulais dire alors parce que c'était pas possible il pouvait pas être payé, mais non alors il fallait que je fasse une association pour les

questions de droits intellectuels, il allait démolir le site parce qu'il était schizophrène bah je veux dire qu'on a été obligé d'arrêter parce qu'ils ont pas du tout compris où on voulait en venir.

Baptiste - Ils voulaient pas lui donner un pécule comme dans l'ancien temps.

Madeline - Oui mais c'était ça j'ai dit je voulais faire bosser un patient et ils ont cru que je voulais le faire travailler j'ai dit non, mais on va créer un site oh la la oh misère. J'aurais dû dire que nous allions collaborer/coopérer. C'est pas bon le mot travail.

Baptiste - Le travail est banni chez les ergothérapeutes, c'est un mot qu'on utilise plus.

Madeline - Un gros mot. Occupation c'est un gros mot, travail aussi.

Maxence - Très bien. Et en fin de compte avec un peu tout ce qu'on a pu voir autour du jeu.

En fin de compte quel serait en fin de compte l'apport de l'utilisation du jeu de société par rapport à d'autres interventions qu'on peut faire qui seraient pas forcément autour du jeu, du jeu de société ?

Vaste sujet.

(Rire)

Madeline - Bah je trouve que c'est sympa. C'est génial de jouer.

Baptiste - Utiliser un jeu c'est pas si vaste comme sujet hein il y a le plaisir de jeu.

Madeline - Bah oui c'est génial de jouer.

Baptiste - Je pense que c'est tout l'intérêt d'utiliser le jeu hein. Le plaisir du jeu quel que soit le type de jeu voilà, c'est quelque chose qui est agréable, qui si c'est en groupe ça peut... ça a cette vertu d'être convivial après ça dépend si on veut de la compétition ou pas de compétition, mais si on y rajoute plutôt un côté collaboratif ça peut devenir rapidement sympa. Et c'est surtout enfin moi, je pense, avec les jeux c'est y a pas de comme dire ça. Il y a le fait de gagner ou perdre enfin ça laisse pas la même trace que lorsque l'on réalise un objet qui est dit réussi ou pas réussi ou selon l'avis du patient ou selon l'avis de la société. Le risque n'est pas le même, la trace n'est pas la même. On peut soit jouer gagner soit jouer et perdre et avoir pris plus de plaisir en perdant parce que la partie était différente la dynamique au niveau du jeu c'est vraiment ça qui est sympa, qu'on retrouve pas dans d'autres activités.

Madeline - Pardon, je suis fascinée par la coulée de lave. J'ai pas du tout... Je trouve que le jeu, c'est vraiment génial, enfin maintenant moi, je pense que le lundi le mardi le jeudi, le vendredi moi je joue tout le temps je veux dire moi la dernière fois qu'on a proposé un jeu. Alors, après moi, j'ai des jeux plus ou moins sérieux effectivement, mais vous connaissez le jeu Dixit ? C'est pas Dixiludo c'est Dixit ou y a plein de cartes imaginaires la dernière fois, alors dans une formation une collègue psychiatre qui a trouvé une façon d'utiliser le jeu qui est absolument génial. Elle demande aux gens de prendre une carte qui les représente actuellement, elle demande aux gens qui les représente dans le futur tel qu'ils voudraient être, elle leur demande de prendre une carte qui entre les deux permet, c'est la ressource qui permet de passer de l'un à l'autre. Et en fait ça, ce c'est son initiative à elle et moi ce que je fais je demande aux patients de choisir leurs 3 cartes et une fois qu'ils ont choisi ils s'attendent tous à pouvoir parler d'eux, de leur futur, etc. Maintenant, c'est pas du tout ça le but du jeu, c'est qu'en fait ils mélangent leurs cartes ils les retournent et c'est les autres qui parle. Là, vous avez une projection qui est phénoménale, parce que toutes les autres personnes vont parler d'elles à fond en projetant sur les cartes des autres personnes et en se rendant pas du tout compte qu'elles parlent complètement d'elle et la personne elle va faire l'expérience d'entendre : « bah moi je mettrai ça comme ça pour telle et telle raison je mettrai c'est pas une ressource c'est pas une ressource » ; C'est une ressource et quand tout le monde autour parle on est à la limite de la c'est de la projection pure c'est de la psychodynamique à fond le patient fait vraiment l'expérience que les autres projettent

d'autres choses, et nous il suffit d'ouvrir grand nos oreilles, et on entend des projections de tous les patients sur ce qui se dit sur ce qui se fait. Et sur ce qu'on a manifesté, c'est assez phénoménal à faire, effectivement là, les patients du coup découvrent que sans aucune compétition ils vont pouvoir découvrir se découvrir et parler d'eux et parler avec les autres personnes. Celui-ci, il est particulièrement rigolo à faire parce qu'effectivement les gens s'attendent à le truc classique, bon bah, je vais parler de moi je vais parler de comment je vais être dans le futur et bah non c'est pas du tout ça.

Carole - Pour revenir à la question, tu penses que si le jeu, ça permet aussi de créer une atmosphère plutôt agréable et de passer un bon moment qu'on perde ou qu'on gagne finalement en général on passe un bon moment. Et faut aimer soi-même aussi le jeu et jouer en tant qu'ergo, parce que faut quand même avoir une aptitude ludique et puis pouvoir amener ça dans l'animation de la séance finalement. Donc, ça joue beaucoup en fonction de celui qui propose la séance. C'est aussi le but en général quand on propose ça c'est passer un bon moment oui on va travailler on peut travailler sur un jeu cognitif, mais le tout c'est comment on l'anime et comment on propose aux patients. C'est pour ça que pour moi, je reviens sur Michael's game, mais Michael's Game je n'ai jamais réussi à le rendre ludique quoi.

Madeline - C'est un jeu sérieux quand même.

Carole - C'est ça.

Kilian - Faut qu'on puisse s'amuser, que ça puisse être ludique et que ça permette aussi dans sa multiplicité de découvrir plein de choses que ce soit sur la personne, que ce soit sur ce qu'il aimerait travailler sur les loisirs qu'il aime faire. Ça peut être adaptable à l'infini quasiment, du coup, je pense que c'est aussi ça qui est bien dans le jeu, c'est qu'en fait on peut trouver à s'amuser dans n'importe quelle forme et c'est intéressant parce qu'on a tellement de personnes différentes que je trouve que c'est intéressant comme moyen à utiliser.

Madeline - Tu disais Baptiste, on peut pas créer forcément un jeu avec une personne. Moi, il m'est arrivé, j'avais une patiente qui était non voyante de créer un jeu, mais bon parce que là j'avais du temps et une envie de le faire. C'est un jeu à partir du tissu des sacs tactiles des choses comme ça. Elle a beaucoup apprécié parce que, du coup, elle gagnait tout le temps. Là, pour le coup, elle elle avait une reconnaissance tactile que les autres n'avaient pas, et donc bon moi, c'était pas le but de la manœuvre, mais effectivement moi il m'arrive de créer des jeux par rapport à ces situations de groupes ou de personnes. Bon alors après, c'est devenu une manie, donc on me parle de quelque chose, je me demande tout de suite comment on pourrait faire un jeu à partir de ça. Donc là, du coup, mes étudiants c'est devenu un jeu à chaque fois qu'y en a un qui vient, il se demande ce qu'il va pouvoir faire. Résultat des courses il y a un jeu hyper chiant en ce moment que je voudrai bien finir, c'est le jeu du budget parce que ça fait 3 étudiants qui me font un jeu sur la cuisine un jeu sur les ressources et un jeu sur le téléphone parce que je pense qu'un jeu sur le budget personne n'a envie de le faire (Rire) . Faut que j'attende toujours mon jeu sur le budget qui n'amuse personne donc bon. Alors, il avance petit à petit avec chaque étudiant, mais on voit que c'est pas assez ludique justement.

Baptiste - Je crois que l'intérêt premier du jeu, c'est vraiment d'aborder. C'est en fait une espèce de tromperie parfois le jeu où on dit au patient en fait qu'on va jouer, mais en fait c'est qu'il y a tout un tas de choses derrière derrière le jeu, voilà on est quelque part quand même thérapeutes, et en fait on fait pas que jouer si on ferait que jouer voilà. Tout au début, on parlait de l'occupationnel on peut jouer comme ça de façon occupationnelle, mais dès qu'on amène certains jeux un peu plus spécifiques où là on travaille sur d'autres choses sur des notions feeling ou le jeu de la maison des choses comme ça, en fait on dit qu'on va jouer, mais en fait non. On joue enfin rapidement les patients où généralement, en fin de séance, qu'ils nous disent, mais c'est un travail votre jeu quand même. Bon c'est sympa, on joue, mais quand même quoi. Je trouve que le jeu permet justement d'y... avec beaucoup de jeux, il y a des mécanismes comme ça de défense qui sont rapidement abolis et qui permettent aux patients, voilà, parce que c'est un jeu, on risque rien quoi comme souvent on parle des jeux quoi et ça permet aux patients de pouvoir s'y lancer à corps perdu et sans risque. C'est l'avantage du jeu, même si au fond rapidement ils se rendent compte

que, bah y a beaucoup de choses qui sont en fait travaillées lors de ces séances-là, mais comme l'approche est ludique on y revient.

(Attente)

Madeline - Effectivement moi j'aime bien ce que tu disais Carole, c'est aussi notre attitude qui peut être ludique. Alors, après la question qui peut se poser c'est : est-ce qu'on participe ou pas ? Donc voilà, moi généralement une bonne fois pour toutes, j'adore jouer, donc je participe y compris dans les jeux où il y a introspection, dévoilement de soi, etc. Mais il faut être à l'aise avec ça, savoir ce qu'on peut dévoiler ou pas dévoiler, savoir si on est en train de partager avec les patients ou pas, mais bon voilà, après moi, j'ai mon petit bataillon d'histoires où c'est pas forcément moi, ça peut être d'autres, etc. Que je peux ramener aux patients aussi de manière à leur amener un petit peu comme ça des messages, donc c'est vrai que même sur des jeux qui peuvent être apparemment. Je sais pas si vous connaissez le truc : le plus ? C'est un jeu où il y a une carte en cercle au milieu, c'est le truc le plus sexy, le plus sympa, le plus dangereux, le plus moche, le plus, etc. On met 5 cartes autour alors généralement c'est un hamster, une fenêtre un dieu, etc. Enfin il y a vraiment des thématiques complètement loufoques. Après les gens doivent voter pour la carte qu'ils préfèrent, ça ça donne un truc extrêmement ludique qui peut être extrêmement rapide, donc les gens votent, donc tout le monde est d'accord personne n'est d'accord voilà, etc. On peut faire un truc très rapide très ludique, ça prend 5 min même pas, et puis on peut prendre un truc, tu te poses et tu demandes à la personne à bah le truc le plus machin, le truc le plus bidule, ça vous fait penser à quoi, etc. Et là si tu te mets à creuser et à poser des questions, bah cette après-midi mon stagiaire, il me disait j'avais jamais vu un groupe parler autant avec le truc le plus. La semaine dernière, on a joué avec un autre groupe de patient, ça a été à toute vitesse, parce que ça les amusait beaucoup ils voulaient voir les cartes passer, défiler ils avaient pas envie de parler. Donc, après ça dépend aussi des groupes, et c'est vrai qu'il y a des jeux mêmes des jeux du commerce et celui-ci on l'a pas adapté le truc le plus, il est direct comme ça même des jeux du commerce qu'on peut détourner dans la façon de les animer. C'est-à-dire animer ça de façon ludique ou se poser et interroger dès que tu commences à demander aux personnes à chacune de parler, eh bah elles s'entendent parler elles se découvrent et après ça devient un tour de parole. Il y a juste un jeu avec

lequel j'ai jamais réussi à faire ça c'est Troquons, c'est du verbe troquer et y a sujet verbe moral et celui-ci il est absolument génial, mais ça donne des phrases tellement hilarantes que les gens ils voient pas du tout le rapport avec leur histoire donc celui-ci on se marre point barre et ils le réclament assez fréquemment.

Baptiste - Ça fait du bien aussi de rire.

Madeline - Oui tout à fait.

Kilian – Oui.

Carole - Bon après, des fois, on peut pas jouer non plus parce que soit on connaît le jeu par cœur, et donc, du coup, on sait les réponses. Par exemple "concept", moi je sais que les patients ils savent que je l'ai tellement joué à la fois avec des amis, donc je connais quasiment toutes les cartes, donc je peux plus jouer. Genre ils me disent de me taire donc. Mais après y a aussi en fonction des capacités par exemple, s'il y a un jeu où il faut travailler l'attention et tout, moi je jouai des fois aux jungle speed. jungle speed j'allais trop vite pour eux, et en même temps, si je me mettais à leur niveau ils le voyaient, ils s'en rendaient compte, donc il y a des jeux aussi, c'est pour ça qu'il faut réfléchir à quoi on joue et est ce qu'on joue ou pas. Parce que faut quand même le faire de façon authentique, ils le voient en général si on essaie de les laisser gagner, c'est ils s'en rendent compte donc...

Parle au même moment : [Madeline - Oui sur des jeux de compétitions, moi je parle de ça sur les jeux d'expression. J'utilise plus la compétition, je ne fais plus de compétition.

Carole - Oui, les jeux de compétition aussi, ouais.]

Carole - C'est plus sur le travail cognitif qu'on trouve les jeux de compétition. Même les jeux d'adresse aussi, il y a tout ce qui est corporel le jeu de fléchettes, le jeu de molkky et

tout ça c'est pas des jeux, je sais pas si vous les utilisez, mais moi c'est les jeux que j'utilise beaucoup aussi avec les patients.

Maxence - Et plus pour peut-être dans une construction d'atelier, d'activité, quelle serait la plus valut du jeu à la différence d'une autre intervention peut-être vis-à-vis du cadre qu'offre le jeu peut-être enfin autour de ça.

Madeline - Ce que disait Baptiste toute à l'heure le fait que. (Attente) Je sais plus. Je viens de voir une coulée de lave je sais plus, j'ai décroché pardon je suis désolée.

Carole - Bah je pense qu'il y a aussi le fait d'être en groupe parce que le jeu moi je le propose quasiment tout le temps en groupe jamais ou rarement en individuel alors que il y a des fois des prises en charge ou des accompagnements qu'on fait beaucoup plus en individuel donc je pense que le jeu permet plus d'être en groupe aussi. c'est pas les mêmes objectifs c'est pas le même accompagnement finalement

Madeline – Oui, ce que disait Baptiste, j'ai retrouvé ça laisse pas de trace, ça laisse pas de trace sur un objet et donc il y a pas le sentiment d'échec ou de réussir, voilà. J'ai retrouvé.

Baptiste - La coulée de lave est finie ?

(Rire)

Madeline - oui ça y est ça y est c'est bon

Baptiste - J'ai perdu ce que je voulais dire (Rire)

Madeline - Désolée

Baptiste - Oui je crois qu'il faut différencier deux choses le fait de jouer avec des jeux et le fait de créer des jeux. C'est pas la même, chose Madeline, elle anime un atelier de création de jeu d'adaptation de jeu de personnalisation. Voilà, on peut le décliner de différentes formes et le fait de jouer avec des jeux qui sont déjà là et je crois que c'est pas la même

chose de créer quelque chose alors que ce soit des jeux, un objet ou je sais pas quoi enfin ça amène pas du tout la même chose que le fait de jouer à quelque chose.

Madeline - Et puis la fameuse distinction de Winnicott entre les games, où il y a des règles, et puis le playing, où on joue librement. Moi j'aime bien aussi, par exemple, ce que je propose aux étudiants en 1re année, souvent c'est on a chacun une feuille et puis on fait des dessins et ça moi je l'ai décliné en addictologie j'arrive même à le fourguer en gestion des émotions. Dans le service de chirurgie bariatrique. Mais le fait de jouer ensemble comme ça on se passe une feuille on dessine, on dessine pas un dessin, mais on fait n'importe quoi sur la feuille et on le fait tourner. Et une fois que c'est fini, moi je demande aux gens de regarder ça alors on peut en faire une histoire, un puzzle enfin tout ce qu'on veut. Si on demande aux gens, par exemple, les gens en chirurgie bariatrique je leur dis bah vous imaginez c'est quelqu'un qui vous envoie une carte postale pour vous envoyer un message, et là y a une projection un peu comme dans un Rorchard, où ils vont projeter quelque chose d'eux de ce qu'ils attendent. Alors, j'ai envie d'aller en vacances là, c'est quelqu'un qui me dit d'aller de l'avant, etc. Bon généralement, ils essaient de positiver à tout crin. Mais, ils ont découvert qu'on pouvait créer en groupe et essayer de faire quelque chose dans un jeu libre, parce que l'inconvénient du jeu avec des règles ou des protocoles enfin moi au cas où vous l'auriez pas remarqué j'ai ... le cognitivo-comportementale et le cognitif c'est pas trop ma tasse de thé encore moins, donc du coup, effectivement, le côté jeu libre et on joue comme ça, pour moi c'est plus garant du fait qu'il y ait plus une impression de se projeter personnelle ou groupale et du fait qu'il y ait de la liberté comme ça pour déterminer d'échanger même d'échanger au niveau des stratégies ce qui a priori peut être comportemental, parce qu'on échange au niveau des stratégies de comportements et des savoirs et des choses comme ça. Ça peut être très comportemental, mais sans compétition, le côté compétitif ou trop cognitif qui entraîne une nécessité de se concentrer et de suivre quelque chose comme ça de très contraignant je l'ai abandonné petit à petit.

De par ma nature et puis aussi de par les groupes de patients que je pouvais avoir et qui n'aimaient pas trop ça. En tout cas, j'arrive pas à le vendre en tant que jeu comme tu dis Carole, le Michael's game moi j'arrive pas à l'amener comme quelque chose de ludique c'est pas possible.

Baptiste – Mais, Michael's game il a de jeu que le nom.

(Rire)

Carole et Madeline - Oui

Baptiste - Mais tu parlais tout à l'heure du photo langage, c'est le même jeu que le Michael's game.

Madeline - Euh bah non.

Baptiste - Non mais, c'est le même jeu, c'est dans le même esprit, y a des règles au niveau du photo langage. Après il y a tout un tas d'expression ça va pas travailler sur le même objet, mais au niveau, comme tu disais, du game ou du playing, on est dans le play.

Madeline - Ah bah, le photo langage t'amène des photos, enfin moi ça je le ramène à toutes les sauces : t'amène différentes photos et puis tu donnes aux passants les cartes avec par exemple les différentes émotions et puis chacun va mettre un nom d'émotion chacun va mettre une ressource, où chacun va mettre un truc. Tu peux faire ça avec les plaisirs, tu peux faire ça avec des tas de choses. Effectivement, ça t'amène un cercle de parole, là il y a absolument pas de protocole, alors, ce qui peut être intéressant, c'est de partir du mot. Moi, j'essaye de lier l'image et le mot, parce que ça, c'est un peu la fonction symbolique, et donc j'essaye de proposer soit de partir du mot, soit de partir de l'image, et de jouer un peu comme ça, mais y' a jamais si tu veux dans le Michael's game, tu as un suivi progressif de ce que fait Michael's, alors que là on part sur des images où chacun peut projeter fantasmatiques. N'importe qui ou autre chose que ce qui est même dessus. D'ailleurs, les images que je choisis sur internet c'est toujours les trucs les plus, les plus particuliers ou les plus poétiques possibles.

Baptiste - Moi j'étais sur le photo langage comment dire... comme il a été créé, tu sais. C'est pour ça qu'il y a des règles, il y a tout un protocole, etc. J'étais plus sur ce type de photo langage.

Madeline - Oui mais moi je suis état limite, moi donc... (Rire) Les règles et les machins là c'est pas possible, ça va pas.

Baptiste - On parle beaucoup de jeu, mais enfin je serai bien en difficulté de définir qu'est-ce que le jeu. Qu'est-ce que le jeu, et qu'est-ce que un jeu ?

Maxence - Bah je propose d'ouvrir avec cette question-là, on va peut être passé, je pensais faire un, non, mais très belle transition.

J'accepte... le... comme ça.

De faire peut-être un petit, une petite carte mentale, autour du jeu, du jeu de société ?

Madeline - Oh yes on peut jouer !

(Rire)

Maxence - Oui moi j'... Hop là.

Carole - Donc ça, c'est le jeu de société du coup.

Maxence - Oui après on peut.

Carole - Parce que le jeu tout court et le jeu de société c'est pas pareil.

Kilian – Oui.

Maxence - Nous sommes d'accord.

Madeline - Ça commence...

Maxence - Eh bah commencez par ce que vous voulez je mets le jeu à côté et puis on peut définir à partir du jeu ou à partir du jeu de société en fonction dites moi.

Madeline - On part sur quoi, on commence par le jeu de société ?

Maxence - Allez-y très bien

Madeline - Donc on te dit nos mots...

Maxence - Oui vous pouvez lancer des mots ou ...

Madeline - ... et c'est toi qui écris...

Maxence - Oui tout à fait.

Madeline - ... c'est toi qui écrit c'est pas un mur de mot ou un mur de post it, où on peut écrire nous. C'est toi qui écris.

Maxence - Oui c'est ça oui.

Madeline - D'accord, OK.

Alice - Alors moi j'ai le mot « support » qui me vient en tête et le mot « cadre ».

Maxence – OK.

Madeline - Moi j'ai « règles » et « compétition ».

Carole - Moi j'ai « groupe ». Du coup c'est le jeu de société en général ou utilisé dans notre cadre professionnel ?

Maxence - Bah ça peut être les deux. Après l'idée, c'était un peu peut-être savoir comment on peut définir le jeu de société, même si c'est aussi un sujet très vaste, mais ça peut aussi être rattaché à la profession d'ergothérapeute.

Madeline - Bah c'est « social ».

Alice - Ca peut être un « outil ».

Baptiste - La « convivialité ».

Julie - Et « plaisir » aussi.

Kilian - Ouais « amusant ».

Maxence - Et j'ai pas entendu Madeline.

Kilian - « Plaisir ».

Julie - « Collaboration ».

Madeline - « Découverte ».

Kilian - « Echanges ».

Maxence - J'ai échange, et ?

Carole - « Apprentissages ».

Alice - « Evolution ».

Baptiste - Il y a de la « Stratégie » aussi dans les jeux de société.

Carole - Le côté « ludique ».

Julie - « Adaptation ».

Baptiste - Dans le jeu de société y a une stabilité je trouve parce que chaque, les règles sont là et ça permet de reproduire les mêmes parties, les mêmes.

Madeline - T'as le côté « rituel » là-dedans.

Baptiste - voilà

Madeline - quelque chose qui est ritualisé et connu

Baptiste – Il y a un truc « rassurant » dans tout ça.

Madeline - C'est ce que dit Winnicott, il dit que les games, c'est rassurant par rapport au danger du playing libre.

Julie – Il y a un côté « contenant » du coup et une notion de « temporalité » aussi.

Baptiste - À cette notion-là, je la préciserai bien en disant qu'il y a « un début et une fin d'une partie ». Ça s'inscrit dans le temps vraiment sur une durée quoi...

Madeline - Oui et c'est ça qui est important, parce que dans certains jeux d'expression, par exemple, on pourrait faire durer ça toute l'après-midi. Là on est plutôt arrêté par une heure alors que le jeu, lui, s'arrête à la fin du jeu. Ça, c'est intéressant.

Carole - Ca dépend comment on l'adapte par contre parce que des fois on peut l'adapter sans cette compétition et finalement y a une fin que à la fin de la séance

Madeline - Oui effectivement

Maxence - Bon je fais des petits rangements et essaye de regrouper un peu les choses.

Madeline - Tu peux mettre la « contenance » avec le cadre aussi.

Maxence - Hum hum, hop. Peut-être la dedans peut être ça et...

Alice - Peut-être les « échanges » avec la « collaboration ».

Madeline - La « convivialité » aussi.

Maxence - « Echanges » avec « collaboration ».

Madeline - La « convivialité » aussi avec, « convivialité » et « social » ça va.

Maxence - Hop, il y a aussi cette notion de « groupe » en fait. 'fin le, la « collaboration »...

Madeline - Tu pourras même mettre « groupe » ouais plutôt comme ça.

Kilian, Julie, Carole - hum (acquiescement)

Julie - « Temporalité » dans le « cadre ».

Madeline – Ouais.

Kilian – Hum.

Baptiste - Alors moi je mettrai plutôt la « convivialité » dans le côté « ludique ».

Carole – Oui.

Baptiste - C'est pas parce qu'on forcément qu'on « collabore » qu'il y a un côté « convivial » c'est assez. Dans le jeu il y a ce côté là « agréable » et « plaisir ».

Madeline - « Plaisir », « convivialité »

Carole - « Amusant » peut être oui.

Julie - Hum hum.

Maxence - « Outil », « support », on est OK ?

Baptiste - « Adaptation » et « évolution », je sais pas.

Kilian – Ouais.

Baptiste - Ça se rapproche.

Maxence - C'était dans quel sens après ? Enfin...

Madeline – Moi, je mettrai « les intérêts du jeu » et je mettrai « compétition », « adaptation », « stratégie », « évolution », quand il s'agit découverte parce qu'effectivement ça regroupe ça, c'est « l'intérêt du jeu », t'a l'« apprentissage », t'a la « stratégie » euh, la « découverte ».

Maxence - « Evolution » c'était dans cette, dans une notion où la personne va évoluer, grâce au jeu, c'est ça ?

Alice - Oui c'est ça.

Maxence - Bah on peut le mettre dans « l'intérêt ». tac, et puis...

Madeline - « Support », « outil » effectivement ils vont ensemble

Kilian – Hum.

Madeline - Alors la compétition bah moi j'aime pas, mais ça fait quand même partie de « l'intérêt du jeu », c'est un intérêt quoi.

Maxence - Ouais ou ça peut être dans une notion de « cadre » aussi en fait.

Carole - Ouais ça peut être dans groupe aussi.

Alice – Ouais.

Baptiste - La compétition c'est une chose le fait qu'il y ait un gagnant et un perdant c'est pas la même chose...

Madeline, Carole – hum.

Baptiste - ... Parce que même si c'est collaboratif ou coopératif y a toujours une espèce de compétition qui traîne là-dedans.

Madeline - Non dans les jeux d'expression purs c'est pas obligé.

Baptiste – Oui.

Madeline - Il est où le « groupe » ?

Maxence - « Groupe » il est là.

Madeline - Bah je pense que tu peux rajouter « groupe collaboration », « groupe coopération » et « groupe compétition » parce qu'effectivement, c'est des vécus groupaux différents donc je sais pas comment mettre en forme ce groupe, mais...

Maxence - Comme ça ? Ou non c'était vraiment un.

Madeline - Bah « coopération », « collaboration » ça va ensemble, c'est « compétition » qui se rajouterait comme...

Maxence - Hum, OK bon on va mettre pour l'instant comme ça...

Madeline - Voilà et « coopération » il va avec.

Maxence - Oui de toute façon je propose juste qu'on le mette avec comme ça, hop !

Madeline - Ton « support » et ton « outil » tu peux le mettre sur « le jeu ».

Maxence - Sur « le jeu ».

Madeline - Oui le jeu voilà qui est un support, et « gagnant-gagnant » vous le voyez ou ?

Maxence - « Gagnant perdant ».

Madeline - « Gagnant perdant », pardon ? C'est vraiment une obsession.

Maxence - Bah ça peut être « gagnant-gagnant » hein.

Alice - Au niveau de la « compétition » peut-être.

Madeline - Oui « gagnant perdant », « compétition ».

Maxence - OK

Madeline - Elle est belle, elle est belle !

Maxence - Ouais pas mal.

J'ai juste, enfin on va essayer de voir avec peut être essayer de voir ce que ça permet de dégager un peu tout ça enfin tout ce qu'on a pu voir avec ces différents, ce brainstorming, ce que ça dégage, ce que ça conclut vis-à-vis de ce jeu de société en attendant moi je vais essayer d'allumer la lumière pour que vous me voyiez mieux.

Madeline - Mais c'est qu'il nous fait bosser.

Kilian - Bah oui.

(Rire)

Maxence - Hop là !

Madeline - Moi la « stabilité » avec « rassurant », « rituel » pour moi ça fait partie du « cadre ».

Carole - Oui ça fait partie du « cadre ».

Madeline - C'est un élément du « cadre ».

Madeline - Je sais pas les autres y a quelque chose qui vous chiffonne ou pas ?

Carole – Non.

Kilian - Non c'est plutôt bien.

Madeline - Moi ça me paraît bien.

Baptiste - Tout ce qui est au niveau fonction cognitive l'attention, la concentration tous les... la logique

Madeline - Oh mince j'y ai pas pensé !

Baptiste - Tous ces trucs-là.

Madeline - Ouais, les trucs là c'est pas faux ça.

Maxence - Quand vous voulez dire « cognition », « capacités cognitives » peut-être.

Carole - Ouais « cognition ».

Madeline - Bah ça va dans l'intérêt du jeu. Tu peux mettre au pluriel d'ailleurs les intérêts du jeu.

Maxence – Ouais.

Madeline - Bizarre j'ai oublié ça.

Maxence – Hop.

Baptiste, Madeline - Non “VES”.

Maxence - Oui je me disais qu'y avait un truc ça me convenait pas « V.E.S » voilà, merci. Intérêt avec un « s », hop.

Julie - Mais est-ce que « ludique » ça irait pas dans « les intérêts du jeu » aussi ? Ou c'est à part ?

Baptiste - Bah c'est un peu un pléonasme de dire qu'un jeu de société c'est ludique.

Madeline - Oui c'est vrai que c'est dans les intérêts.

Baptiste - Dire qu'un jeu est « ludique », euh

Maxence - Même du « cadre » aussi, enfin de trouve personnellement.

Madeline - Comment ?

Maxence - Le « ludique » ça fait aussi partie du « cadre », non ? Je sais pas si Non ?

Baptiste - Peut-être pas tant, c'est une caractéristique de l'objet, enfin

Madeline - c'est vrai que pour créer, ouais, on peut créer une atmosphère ludique, mais c'est vrai que je le mettrai pas dans le cadre moi je le mettrai plus comme « intérêt du jeu ».

Maxence, Kilian – hum.

Madeline - Ca fait même des dessins

Maxence – hum.

Julie - Et « le jeu » est-ce qu'il reste à part ou est-ce qu'il rentre dans « le cadre » au final ?

Madeline - Moi ça me va bien qu'il soit à côté parce que je vois pas trop où il irait.

Maxence - Après je peux...

Carole - « Le jeu » je pense que c'est pas « le jeu », c'est plutôt « le matériel » finalement, « le support » parce que « le jeu » c'est tout ça et plutôt le côté « matériel de l'outil » finalement

Madeline - Donc tu mets du « matériel » à la place du « jeu », quoi voilà c'est ça. Et tu peux enlever « le jeu » en fait. Car il est déjà au centre. En plus tu l'a bien situé hein, « matériel », « groupe » « cadre » à gauche et « intérêts » à droite.

Maxence - Je suis pas sûre que ce soit fait tout à fait exprès dans ma tête.

Madeline - Oui mais c'est très bien, c'est parfait.

Baptiste - Bon « l'intérêt » du jeu du côté de « société ».

Madeline - Tu dis ?

Baptiste - « L'intérêt du jeu » il est du côté « société ».

Madeline – Ouais.

Baptiste - C'est le hasard.

Maxence - Ouais un petit peu.

Est-ce qu'il y avait d'autres choses que vous souhaitez ajouter un peu là-dessus, des choses qui en fin de compte vous sautent aux yeux qu'il manque ça ?

Carole - Moi c'est juste la position de l'animateur du coup.

Madeline - Ah oui.

Kilian - Ah oui.

Carole - La position du coup : est-ce que l'ergothérapeute ou le soignant est-ce qu'il est animateur ? Est-ce qu'il a la même position ? Est-ce qu'il joue ? C'est le côté plutôt comment il est proposé finalement.

Madeline - « Joueur », « animateur ».

Carole - « Observateur » même.

Julie - hum hum.

(Brouhaha)

Carole - Des fois on a des observateurs.

Julie - Si il y a plusieurs soignants ou non.

Madeline, Carole – Ouais.

Julie – « Co-animation ».

Madeline - « Co-animation » ouais. Oh dites d'un coup on se rappelle qu'on est là eh !

Carole – Ouais.

Madeline - Là c'est le hasard qui a fait que « le soignant » est au-dessus ?

(Rire)

Ou je deviens interprétative, là je vais avoir le droit.

Maxence - Aller hop il est en bas. Il est en bas voilà.

Madeline - Position basse, yes !

Carole - Non mais la position je trouve qu'elle est intéressante à noter, bah du coup ça va avec « joueur ».

Julie - hum hum.

Carole - Quand on propose une activité comme ça c'est intéressant de ...

Julie – Ouais.

Madeline - Et le patient aussi.

Carole - C'est justement une question qu'on peut, on disait qu'il fallait connaître le jeu, mais quand on va, moi aussi j'allais en médiathèque avec les patients aller chercher des jeux et des fois, c'était des jeux qu'on connaissait pas nous non plus en tant que soignants, et bah des fois on n'est pas forcément à l'aise pour apprendre en même temps qu'eux, mais ça permet d'être au même niveau finalement.

Julie - Peut être que dans « soignant » il y a « connaissance des jeux » qui rentre aussi, « des règles ».

Carole – Ouais.

Madeline – Ouais.

Kilian – hum.

Baptiste – Alors, il y a la connaissance des jeux, des règles du jeu, mais y a aussi, je pense, une appétence à jouer.

Carole, Madeline – hum.

Madeline - L'addiction aux jeux !

Baptiste - J'allais pas jusque là, mais puisque tu en parles.

Madeline – Yes ! Vous en avez combien chez vous de jeux ?

Carole - Ceux qu'on crée ou ceux qu'on achète ?

Madeline - Ceux qu'on achète ou qu'on crée les deux ?

Baptiste - Ceux qu'on crée, moi j'en ai 400 exemplaires dans mon garage...

(Rire)

Madeline – OK.

Baptiste - C'est toujours le même...

Maxence - Peut-être une petite fixette avec ça...

(Rire)

Baptiste - Le pire c'est y en a qui en demandent toujours donc bon.

(Rire)

Carole - Oui je vais peut-être bientôt faire une commande aussi.

Madeline - Après moi je me demande si est-ce nécessaire de laisser « jeu de société » ? Tu veux faire autre chose après ? Tu veux faire quoi d'autre comme carte mentale, Maxence ?

Maxence - Ah non juste une seule c'était déjà très bien en fait.

Madeline - Parce que tu peux mettre jeu pas forcément « jeu de société ».

Carole – hum.

Madeline - « Le jeu » en général. Le jeu en général parce que là vu tout ce qu'on est en train de raconter il suffira de rajouter quelque chose sur « l'intérêt du jeu » c'est « l'expression » aussi dans ce cas là, tu peux rajouter.

Carole - « La créativité » du coup.

Madeline - Voilà, « créativité » et « expression » et dans ce cas là on retrouvera un peu tout.

Maxence - Hop , oui après vu que je m'intéresse au jeu de société c'est comme ça de prime abord que je les extrais comme ça « Expression » c'est ça ?

Madeline - « Expression » y a bah t'a toute l'expression de soi des émotions des bidules et des machins enfin bons après c'est hyper large ?

Baptiste - Après ça va aussi dans « le groupe » tout ça « les échanges », ça génère de l'expression.

Madeline, Julie – hum.

Carole - Ah oui c'est dans « l'intérêt », mais du coup « les échanges » ça ferait de « l'intérêt du jeu ».

Madeline – hum. Ah non-laisse le dans expression parce qu'effectivement... Oh tu le mets dans les deux, OK, d'accord.

Maxence - Voilà comme ça j'ai pas de ... pas de chichi.

Madeline - Et le patient ce qui est intéressant aussi pour le patient faut aussi qu'il y ait c'est que c'est connu. C'est des choses qu'on a tous pratiqué à un moment donné dans notre vie, donc après y en a qui peuvent trouver infantile enfantin, etc, mais au moins c'est quelque chose l'état d'esprit ludique et le jeu on y est tous passés en étant enfants, donc c'est quelque chose qui est connu.

Carole – Après, je sais pas, mais c'est quand même ça revient pas mal à la mode, alors je sais pas si c'est à la mode, mais ça dé-stigmatise aussi finalement on va aller faire aussi après un objectif aller dans un bar à jeu quelque chose comme ça...

Kilian, Julie – Ouais.

Carole - ...ou d'aller à la ludothèque.

Madeline - Ouais tout à fait.

Kilian - Du coup on pourrait parler aussi du milieu peut-être, est-ce que c'est à « l'intérieur », à « l'extérieur »...

Madeline - Alors ça, c'est dans « le cadre » oui.

Carole - Dans « le cadre » oui.

Madeline - « En milieu écologique » ou « artificiel ».

Kilian – Ouais.

Julie - Et dans « le groupe » aussi, « le sentiment d'appartenance au groupe », enfin dans « le social ».

Madeline - Donc « en milieu écologique » ou « en milieu artificiel » aussi. Ah bah on s'amuse bien là...

Kilian – hum.

(RIre)

Madeline - Moi je veux la carte mentale après.

Maxence - Avec grand plaisir.

Baptiste - Aussi dans « les supports » c'est en fait l'infinité des supports c'est peut-être un peu exagéré l'infinité, mais en tout cas il y a des dizaines de milliers de jeux quoi

Madeline – Ouais.

Baptiste - Grande diversité, il y a pas un jeu, y a une variété immense quoi.

Madeline – Ouais.

Carole - Dans « matériel » du coup y a « les jeux du commerce », mais « les jeux adaptés » aussi finalement.

Madeline, Kilian, Julie – hum.

Madeline - « Créé » et « co-créé » voilà.

Julie - Et y a aussi « les jeux immatériels », y a pas forcément besoin de matériel physique.

Madeline - Ah oui ils ont fait les infirmiers pendant que tous les gens étaient en covid chacun dans leurs chambres ils faisaient ça dans les couloirs.

Carole - Des blind test on en a fait beaucoup.

Madeline - Matériel immatériel on est bien barré là.

Kilian, Maxence – Ouais.

Maxence - C'est pas mal du tout.

Madeline - Il manque « le patient », c'est pour ça quand j'avais dit terrain connu pour moi c'était « le patient ».

Maxence - Hum d'accord, hop.

Madeline - Ah « usager », usager, client ou patient... on a eu de longues conversations là-dessus.

Baptiste - Ça peut pas être « joueur » ?

Maxence - Aller on va mettre ça ça va être plus thématique, hop, avec un « s » ...

Julie - Avec « le vécu du jeu pour le joueur » ? ou ...

Maxence - C'est-à-dire ?

Julie – Bah, que le vécu va être propre à chacun et peut varier d'une fois sur l'autre.

Maxence, Kilian – hum.

Carole - Les « habitudes » aussi, les habitudes de vie, est-ce que c'est quelque chose qu'il pratique déjà ou pas ?

Baptiste - Ça fait partie de ces « activités occupationnelles ».

Carole – hum.

Madeline - Oh hé il a réussi à le placer.

Madeline - De son « équilibre occupationnel ».

Maxence - Je mets « activité », « équilibre » ou les deux ?

Madeline - Bah mets les deux

Maxence - Okay...bon... hop là !

Madeline - Oh pfff !

Maxence - Ou ça fait un peu loin.

Madeline - On voit plus rien.

Maxence - Mais je vous enverrai ça, heu je vous enverrai ça.

Bon j'ai quand même deux-trois petites questions, après on va commencer à être sur la fin tout de même. Tout à l'heure, on parlait un peu de l'intérêt du jeu et y avait cette notion où on risque rien, jouer c'est travailler aussi un peu d'une certaine manière avec les effets de groupe, etc. Et je me posais la question en fin de compte, moi j'ai lu un article d'un sociologue, qui en fait pouvait décrire la société sous forme de jeu de société en fait comme si, enfin, une sorte de support de comparaison on va dire et je me demandais en fait est ce qu' il pouvait y avoir un peu un effet un peu inverse de savoir si avec le jeu on pourrait potentiellement aider à une forme de réhabilitation dans la société est-ce que le fait d'expérimenter dans le jeu de société pourrait avoir en fin de compte une sorte de comparaison avec expérimenter dans la vie de tous les jours.

Donc ma question, est-ce que c'est possible de faire un rapprochement entre le jeu de société et la vie de tous les jours ?

Madeline – Oui.

Baptiste - Voilà la réponse est donnée, question suivante...

Maxence - C'est, au moins c'est concis.

Madeline - Avec tout ce que tu as dit avant, si on avait pas dit oui... on aurait été mauvais joueurs...

Baptiste – Moi, je pense que ce qui se joue pendant une séance ou une partie c'est, oui c'est un échantillon d'un petit bout de la société avec certaines règles. Mais, avec le gros avantage du jeu ce qui fait qu'une fois la séance terminée on remet les compteurs à zéro, enfin y a pas de trace de tout ça et je pense que là c'est, des choses qui se passent pendant les parties qui sont en fait le reflet de ce qui se passe dans la société. Que ce soit de la compétition que ce soit de la coopération que ce soit du relationnel que ce soit tout ça, y a, c'est, comment ça. C'est des petits morceaux, des petites sphères, pas comment, ouais, des petites billes comme ça qui constituent toute la société un petit bout de relationnel, une petite bille sur la compétition, une petite bille sur la coopération une petite bille sur ... Du coup les jeux permettent de travailler peut-être une des petites billes qui constitue l'ensemble de la société et des règles de la société.

Carole - En même temps, c'est autour d'un jeu donc on peut se permettre aussi de lever un peu certaines barrières parce qu'on sait que ça reste dans le jeu.

(Attente)

Maxence - Très bien, peut-être un avis ceux qui ont peut être un peu moins parlé....

Madeline - C'est pour ça que j'essaye de me taire...

Kilian - Ça reflète effectivement un petit peu ce qu'on peut retrouver dans la société et il y a cet aspect de protection qu'il peut y avoir à travers le jeu et aussi la comment dire, tous les freins qu'on peut rencontrer en société et qui sont justement inquiétants et qui

empêchent d'agir effectivement on peut lever ici et permettre du coup de se découvrir d'autres sous d'autres façons et puis de s'exprimer peut-être de sortir un petit peu des conditions qui entravent un petit peu les personnes dans la société telle qu'elle est.

(Attente)

Maxence - Très bien. Et puis une autre question qui se rejoint un peu je trouve qu'elles se complètent d'une certaine manière. Dans mon sujet, en fin de compte, je parle de réhabilitation psychosociale dans le sens où, en fin de compte, avec deux versants, en fin de compte, de l'utilisation psychosociale une notion où on va travailler avec le patient, en fin de compte, pour améliorer ses capacités et, en fin de compte, pour l'aider à s'insérer, en fin de compte, dans la vie de tous les jours. Et aussi un autre versant où on travaille, en fin de compte, sur la société pour mieux accueillir en fin de compte ce public-là, donc là, en fin de compte, on a quand même pas mal parlé en fin de compte du premier versant.

Est-ce qu'il y aurait des idées ou des interventions que vous avez déjà ou des idées qui seraient possibles en fin de compte dans plutôt le 2e versant de la réhabilitation psychosociale une notion de travailler sur la société pour mieux accueillir. Avec cette notion de jeu de société.

Carole - Tu parles de dé-stigmatisation finalement ?

Maxence - Par exemple.

Carole - C'est en fait travailler dans la société, pas forcément avec nos patients, c'est ça ?

Maxence - Bah, soit ça peut être avec une sorte de co-création par exemple y avait une, juste pour la petite histoire, qui vient de cette question-là. Un article d'une ergothérapeute, je pourrai pas citer son nom parce que j'ai oublié. Mais, en fin de compte, elle avait fait un projet, c'était un atelier d'écriture libre, souvent il mettait un thème et les personnes écrivaient autour de ça et, en fin de compte, il y a eu ce projet-là en fin de compte avec les patients de faire une sorte de recueil de ces différents écrits et en fait ces écrits-là ont été

créés en affiches et ensuite montrés dans un parc, etc. Donc, y a peut-être cette notion de dé stigmatisation, de découverte de la population, de cette maladie, pathologie. Mais ça venait à la base d'un atelier.

Madeline - Bin ça y a l'atelier « delta » a Nancy, enfin anciennement l'atelier delta à Nancy. Qui devait aussi au CATTP y a un truc dans le site ergo psy ça s'appelle delta-métamorphose eux ils ont fait ça ils sont partis de "squiggle" en argile, c'est-à-dire, que les gens ont fait des tas de choses, ils ont fait des peintures dessus puis ils ont fait des textes à partir de ça ils ont fait venir des créatifs des musiciens pour mettre en musique et ils sont allé exposé dans une médiathèque donc effectivement. Mais ça moi j'ai envie de dire c'est plutôt sur des créations que par rapport au jeu ou alors il faut moi ce que tu racontais là ça me faisait penser à ou alors il faut créer des jeux sur la folie pour faire comprendre un peu les choses y a un jeu qui s'appelle "le monde des fous" comme ça. Ou on va partir et un autre aussi qui s'appelle que ma collègue m'a donné, je sais plus le nom faudra que je le retrouve c'est un jeu ou justement on essaye, ça, c'est un jeu du commerce ou on essaye de, y a une histoire de voix, une personne entend des voix et on essaye de la persuader qu'on est une voix ou qu'on est pas une voix. Euh, j'ai pas trouvé ça très pertinent d'ailleurs enfin bon elle me l'a prêté, je l'ai laissé dans un coin, il faudrait que je m'y repenche dessus. J'ai pas tout compris, mais il y avait une histoire d'essayer de persuader la personne que telle ou telle voix a plus de puissance que d'autres, bon c'est trop barré pour certains patients, mais il y a peut-être des jeux pour dé stigmatiser, mais sinon je vois pas trop, ou alors aller jouer à l'extérieur avec ces patients-là.

Carole - En médiathèque ou quelque chose comme ça

Julie - après il y a deux choses, il y a l'intégration des patients du coup avec d'autres publics et à la fois il y a le côté, si c'est valorisation du travail si y a eu création de jeu, ça peut être faire découvrir ces jeux à d'autres publics en faisant des ateliers dans des médiathèques ou autre.

(Attente)

Maxence - Très bien et puis alors dernière un peu question un peu et puis après on s'arrêtera là. C'est autour de, pas forcément, c'est un peu plus perso d'une certaine manière pas forcément, qui se décale un peu de cette de ce sujet.

C'est autour de la création de jeux de société dans la profession d'ergothérapeute ou avec aussi des populations en fin de compte ce que vous en pensez, d'une part dans la profession, avec les populations et vis-à-vis des compétences qui peuvent être requises pour faire ce genre de création en fait est-ce que.. Autour de ça quoi...

Julie - De l'intérêt personnel.

Madeline - Bah moi, personnellement, je trouve ça extrêmement intéressant et de créer avec des patients, enfin de créer le jeu de la maison. Moi, j'aime bien créer personnellement les jeux, ça y' a pas de soucis. Mais le fait de co-créaliser comme ça avec des gens, le jeu de la maison, on s'était super bien amusé, enfin je veux dire parce que tout le monde s'y était mis. Je veux dire à un moment donné, j'avais des externes de médecine qui sont venus créer des pions avec des patients, j'ai été obligé de les arrêter parce que la pâte fimo y serait passé complètement. Ils étaient en train de s'amuser, y avait la cadre qui nous disait bah alors ce serait bien d'imaginer, on essayait d'imaginer les personnages qui pourraient jouer là-dedans au départ on avait essayé d'imaginer des personnages et finalement ça c'est pas fait comme ça, mais tout le monde donnait son avis et son grain de sel. Il y avait des gens qui venaient me trouver avec des idées aussi bien des thérapeutes que des patients moi je trouve que c'est très très fédérateur au niveau de ce qui peut se passer. Sincèrement, ça a duré 6 mois, je le referai pas tout le temps comme ça, parce que c'était vraiment quelque chose de long et compliqué et puis la forme qui était la plus pertinente, c'est la forme que Carole a donné à la fin où, effectivement, c'est devenu téléchargeable est intégrable. Parce que sinon les 6 mois de création pour arriver à un truc qui était très artisanal bah ça reste j'ai envie de dire ça reste après sur place, donc après c'est une autre étape ça Baptiste pourra vous en parler l'étape du passage à la vente ou à la production c'est encore autre chose, mais la co-création artisanale les patients, ils aiment bien. La dernière fois on a fait la liste des plaisirs, donc chacun écrit des petits plaisirs, et puis après on a retourné ça et de là ils se demandaient si ça valait le coup qu'on passe dans

le jeu ou pas, ou si c'était bien qu'on ait créé un jeu comme ça tous ensemble et que ça reste comme ça écrit avec des écritures différentes sur les papiers et c'est resté comme ça.

Baptiste - Je crois que d'après ma petite expérience, ça dépend dans quel esprit on fait les jeux. Si c'est dans, avec l'objectif du groupe avec le patient avec lequel on est et on a l'idée de créer un jeu, d'amener une réflexion, etc. C'est une chose, si l'idée est de, nous, quand on a créé dixiludo on a travaillé avec l'idée que ça allait, ça prend un temps fou de créer un jeu ça je rejoins Madeline là-dessus. Voilà, ça prend un temps fou. mais on a toujours travaillé avec l'idée qu'il puisse être utilisé par d'autres, donc du coup, on travaille pas tout à fait avec le même esprit que quand on est avec un petit groupe de patient, où on est en train de créer quelque chose et là on peut aller, laisser libre cours à toute notre imagination à toutes les choses comme ça quand on a créé le dixiludo on savait que si on voulait qu'il soit utilisé par d'autres professionnels quels qu'ils soient s'était pas que des ergo, bah il fallait avoir un minimum qu'elle compétences, etc. Du coup, pour qu'il puisse être accessible le jeu. On l'a créé le dixiludo avec l'idée qu'il puisse être accessible à un max de professionnel, après qu'il vont l'utiliser à leur sauce, etc, et aussi qu'ils soient accessibles à un max de patient. Voilà, donc moi, mon expérience avec le dixiludo, on l'a créé avec cet objectif-là. Voilà. La création d'un jeu en lui-même crée un jeu si on a deux joueurs, c'est quelque chose qui est relativement accessible, après plus le jeu devient compliqué, plus le jeu demande du matériel des choses comme ça, c'est là que ça commence à se compliquer la vie. Quand on a quelques cartes à créer, etc, ça ça va on plastifie tout ça et c'est bon. Quand on met un plateau de jeu, qu'on met des pions, qu'on met des trucs comme ça, quand on se dit bah tien il faudrait pouvoir le passer à quelqu'un d'autre il faut que la règle du jeu soit claire, pas que dans notre tête, mais qu'elle soit claire sur un morceau de papier et tout ça ça complique, ça complexifie en fait la création du jeu, la création du jeu.

Carole - Je suis d'accord, parce que du coup, Madeline quand le jeu de la maison, moi après justement c'était le travail que j'ai essayé de faire de pouvoir l'ouvrir à tout le monde parce qu'à la base c'était l'envie de mes collègues de pouvoir l'utiliser, mais du coup de pouvoir utiliser tout et puis d'informatiser tout aussi et là du coup des fois ça demande des

compétences pour créer et pour vraiment l'outil et que ce soit présentable et pas que artisanal aussi, mais là ... ça demandait des compétences autres.

Madeline – Oui, l'intérêt de l'artisanat, c'est que le groupe à la satisfaction de voir ça, mais ça reste un intérieur. Nous dès qu'il est parti en détention, il a fallu en faire une autre mouture, une autre maquette et c'est vrai par contre pendant le webinaire sur les jeux ce qui était assez intéressant c'est qu'on a questionné les gens sur les différents. Parce qu'il y avait 25% d'ergo santé mentale, 75% de rééducation et d'adaptation, ils étaient intéressés aussi par tout ce qui était jeu autour de l'autonomie que ce soit budget loisir téléphone, cuisine, etc. D'ailleurs, j'ai eu des demandes autour du jeu de la cuisine, autour du jeu de la maison, elle est déjà téléchargeable, mais j'ai eu des demandes pour le jeu de la cuisine, parce que effectivement, on voyait bien que ça intéressait pas que les gens de santé mentale, parce que ça, c'est des jeux de mise en situation. Nous on avait commencé aussi parce qu'en fait il y avait une demande de l'unité de soin protégé on pouvait pas faire des séances. On pouvait faire des séances à l'intérieur si vous voulez, mais pas en milieu écologique. On a commencé à travailler sur le jeu de la maison pour que les gens puissent s'imaginer qu'il allait à l'extérieur ou ramener des expériences de ce qu'ils avaient vécu. Donc c'était pour entraîner les compétences, mais pour imaginer les compétences en parler, échanger parce qu'ils pouvaient pas sortir. Romain lui il l'a utilisé en détention avec les détenus qui ont un passé, parce que justement ils imaginaient la maison qu'ils allaient avoir après donc c'était quelque chose à l'extérieur. Mais, les jeux, moi, je pense que les jeux, tout ce qui est autour de l'autonomie tout ce qui est centré sur les activités vie quotidienne passée en mode ludique y a un côté effectivement où ça ressemble parfois à un bilan le jeu autonomia que ma collègue elle a fait qui questionne toute l'autonomie possible du patient tu joues plusieurs voies avec la personne tu sais un peu où il en est de son autonomie tu repères des choses qui vont pas.

(Attente)

Maxence - Et puis toute petite dernière question, pour de vrai. En fin de compte, là, ce que ça me fait penser, par rapport à différentes catégories de jeu. On avait parlé de jeux

commerciaux, des jeux en fin de compte commerciaux, mais qui étaient adaptés, en fin de compte, à la population ou pour une autre utilisation.

Mais en fait, je me demandais : quelle était potentiellement la différence ou la plus value en fin de compte d'avoir un jeu créé par rapport à un jeu qui est du commerce qu'on a adapté à notre activité à notre population ?...

Baptiste - Si il y a un jeu qui existe qu'on peut adapter faut pas se casser plus loin.

Madeline - Tout à fait, voilà parce que, moi j'adore créer et bricoler, mais ça prend du temps, donc effectivement si on a le temps et qu'on peut le faire moi je trouve ça génial, mais ça demande énormément de temps. Mais enfin moi, personnellement, je préfère faire ça. Je pense que ma créativité, elle passe par là et que celle des patients que ça intéresse aussi d'autres personnes, parce que maintenant, on essaye de s'y mettre, donc les étudiants, c'est encore mieux, mais c'est vrai que dès qu'on peut, enfin dixit ça a une richesse phénoménale on peut l'utiliser de tas de façon, les cartes de mysterium aussi. On peut aller piquer des tas de trucs un peu à droite à gauche et faire un des jeux de cette façon-là. C'est pour ça que cette plateforme collaborative de création de jeu ça pourrait être quelque chose d'intéressant, parce que justement on pourra se passer nos idées, et puis, parce que c'est des idées qu'on ne peut pas. Enfin moi, le photo langage j'ai été piqué des tas de photos sur internet voilà quoi. C'est des photos que j'ai piqué sur internet, donc ça, je peux donner les fichiers à des collègues, mais on peut rien en faire d'autre. Dixiludo a demandé un travail gigantesque parce qu'il a fallu créer tout donc voilà je veux dire.

Baptiste - Le fait de vouloir le commercialiser il fallait être le posséder jusqu'au nom quoi pour l'anecdote il s'appelait pas comme ça avant, il s'appelait "bla bla bla", et y a un petit jeu pour les enfants qu'est sorti avec ce nom "bla bla bla" quoi donc c'est là que tu te rends compte que bah non si on veut, il faut en créer un et puis le déposer.

Madeline - Moi j'aimais bien « bla bla bla ».

Baptiste - Ah oui, mais... ça fait plus sérieux dixiludo, c'est plus vendable.

Madeline – Nous, on a créé un jeu avec mon mari pour une copine qui partait en retraite ça s'appelait "la course à l'hospice", j'ai cru qu'elle allait nous le faire manger, elle était pas très contente. Mais bon nous on s'est bien amusés...

Baptiste - C'est vrai que de créer un jeu, c'est un truc qui est, c'est super intéressant, c'est une expérience qui est enrichissante et tout que ce soit en groupe ou avec des collègues, etc. ou avec des patients, mais ça demande un temps et une énergie qui est... Il faut le savoir quoi c'est pas un truc qu'on fait comme ça parce qu'on a une semaine un peu plus cool au boulot et puis on se dit qu'on va créer un jeu quoi. C'est, on créera un petit jeu, mais pendant cette semaine-là, mais on n'aura pas un objet, on n'aura pas quelque chose qui pourrait être prêté à des collègues, etc. c'est... Créer un jeu ça demande du temps quoi, mais c'est super expérience. Je la souhaite à tout le monde.

Carole - Après ça demande souvent du temps personnel finalement, il faut aussi s'investir sur le plan personnel en général au travail, on n'a pas ce temps-là, donc moi je sais quand j'avais travaillé sur le jeu de la maison c'était des soirées entières, donc voilà, mais... Parce que du coup c'était quelque chose qui me tenait à cœur et que je pensais vraiment qu'il y avait un intérêt, mais en effet ça demande énormément de temps et c'est pas forcément le temps professionnel finalement.

Baptiste - Et puis, ça peut demander après du temps certes, mais demande aussi de l'argent.

Julie - Oui si on veut le commercialiser.

Baptiste – Voilà, c'est financièrement, ça coûte des sous. Mon ça en rapporte avec le temps.

Madeline - T'est rentré dans tes frais ?

Baptiste – Oui, depuis longtemps, mais initialement c’est un peu un pari…

Maxence - Très bien, alors tout d’abord merci à tous, et puis bah je pense qu’on va pouvoir conclure, est-ce qu’il y a d’autres choses que vous aimeriez partager avant cette conclusion ?

Madeline - C’était très sympa de pouvoir parler et échanger autour des jeux.

Maxence - Eh bah merci bien eh bah, on va profiter un peu pour faire un petit tour de table pour savoir comment vous avez vécu ce moment-là, et si y a potentiellement des points positifs ou des axes d’amélioration potentiellement, même si je ne pense pas en refaire un focus group tout de suite, car je n’ai pas eu assez de retours, mais c’est quand même intéressant d’un point de vue personnel.

Madeline – Moi, je trouve que c’est intéressant pour nous aussi parce que ça nous permet de rencontrer des personnes qu’on connaît pas forcément et d’échanger avec, d’apprendre des choses, donc y a eu une autre jeune fille qui fait un mémoire alors d’une autre façon elle a choisi 2 ergos et deux moniteurs de coop elle veut nous mettre en interaction pour voir un petit peu comment ça fonctionne moi je trouve que le distanciel, pour le coup, COVID aura fait des trucs intéressant parce que ça, c’est une formule que je trouve extrêmement intéressante et originale. C’est une bonne manière de recueillir des infos et qui nous sert à nous aussi parce que c’est vrai que parfois parce que moi dans le site ergo psy j’ai de nombreux questionnaires qui arrivent que je relaye et que je réponds, c’est beaucoup plus chiant de répondre tout seul dans son coin à un questionnaire alors que là on peut avoir des échanges. T’enlèvera chiant dans la traduction…

Baptiste - C’est vrai que pour, on est moult fois sollicité pour répondre à des questionnaires ou des entretiens pour des mémoires, et c’est vrai que là du coup le fait d’être en groupe et de pouvoir échanger, etc., c’est plus convivial, c’est moins chiant… C’est vrai que des fois les entretiens sont un peu longs, c’est un peu fastidieux des fois, là c’était un petit peu plus ludique.

Kilian – Ouais.

Alice - Plus dans le jeu.

Kilian - Et puis après ça permet de vraiment aussi partager parce que du coup j'ai récupéré plein plein plein de noms de jeux, je suis trop content de pouvoir en essayer plein aller en chercher plein non non, très enrichissant cette formule. ça m'a beaucoup plu.

Alice - Alors moi, c'est pareil j'ai pas forcément beaucoup parlé, mais j'ai beaucoup écouté, j'ai noté aussi pas mal de choses. Étant jeune diplômée, bah voilà, j'ai pas beaucoup d'expérience par rapport à d'autres et j'ai trouvé ça hyper intéressant et enrichissant d'avoir le retour de plus ancien si je peux me permettre et je te remercie du coup pour cette formule c'est vraiment sympa.

Julie - Bah je rebondis un peu là-dessus, c'était très intéressant du coup d'avoir tous ces partages. Ça me donne vraiment envie d'utiliser davantage le jeu dans mon travail. Bon je ne sais pas si la fameuse formation aura lieu ou non, mais oui ça ouvre d'autres horizons de possibilités de travail avec le jeu et c'est vraiment multiple. Que ça peut se réinventer tout le temps et merci beaucoup d'avoir organisé ce moment d'échanges sous cette forme.

Kilian – Oui.

Carole - Alors moi c'est pareil, après je suis pas sûre qu'on ait bien qu'on soit bien rentré dans le moule de l'étude de cas finalement, je crois qu'on était pas prêt à...

Madeline - On a pas voulu bosser !

Carole - On était plus là pour discuter autour des jeux que vraiment faire une étude de cas, je pense, en tout cas finalement je suis pas sûre qu'on ait vraiment donné des réponses, donc je sais pas si ça va t'aider vraiment.

Maxence - Euh pour vous dire, en fait, l'étude de cas, c'était juste une histoire, enfin un texte pour pouvoir se dire : « OK on parle là-dessus ». Peut-être que ça peut être plus parlant pour des personnes, c'était vraiment une excuse plus que ça et en fait c'est pour ça que en fait mon focus group était coupé en deux parties 1er partie vraiment sur l'étude de cas et puis une autre partie où on va élargir un peu aux adultes psychotiques un peu plus en général et puis à la profession donc en fait y a pas de soucis, c'est pour ça que j'ai pas forcément trop ramené vers le patient parce que bah de toute façon c'était pas ça qui m'intéressait le plus que ça. Et puis, enfin, je vous remercie en tout cas d'avoir participé vraiment c'était vraiment l'idée de pouvoir échanger en fait et confronter les différents avis, les différentes expériences de personnes qui ont plus d'expériences dans l'idée et ceux qui en ont moins et qui ont quand même des choses à dire intéressantes et voilà c'était vraiment l'idée. Donc content que ça soit comme un point positif.

Madeline - Très intéressant. Merci à toi.

Kilian - Merci à toi.

Julie – Merci.

Maxence - Merci à vous. Petit point juste rapide, donc ça a bien été enregistré si vous avez envie de visionner pour savoir s'il y a des choses. Rien n'a été retouché ni rien, mais voilà si vous avez envie à un moment de pouvoir visionner y a pas de soucis et puis si personne d'autre veut s'exprimer...

Madeline - Tu nous envoies la carte mentale.

Maxence - Oui je vous envoie ça.

Madeline - Moi ce que je veux ajouter c'est que j'accueille ton mémoire dans le site si ça t'intéresse y a une zone sur les mémoires des étudiants donc tu me l'envoies et puis il intégrera le site.

Alice - Oui moi je suis intéressée pour le lire également.

Maxence - Pas de soucis je vous enverrai ça, j'ai vos mails donc y a pas de soucis donc très bien je vous envoie ça. Bah merci bien.

Alice – Bon courage à toi.

Kilian – Merci !

Baptiste - Merci bien !

Madeline - Merci bien, au revoir.

Maxence - Bonne soirée à vous.

Baptiste - Bon appétit.

Maxence - Bonne soirée.

Annexe III

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
|----|--------------------------------------|------------|---------------------------------------|---|---------------|------|---------------------------|---|--------------|--------|
| 1 | Service | Ancienneté | Autre orientation | Formation continue | Animation | BAFA | Utilisation du jeu | Type de Jeu (jeu grand public, jeu grand public adapté, jeu créer) | Création jeu | Joueur |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | CMP | 2019 | BTS conception de produit industriels | | oui | BAFA | oui mais rarement | jeux grand public | non | oui |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | HdJ | 2019 | | | non | non | oui mais rarement | jeux grand public et jeux grand public adapté. Demande du dixludo | non | oui |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | CATP + intrahospitalier | 2015 | | musicothérapie | séjour adapté | non | par moment pendant 3 mois | grand public et grand public adapté | non | oui |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | service intra hospitalier | 1983 | | ETP, hypnose Ericksonienne et thérapie brèves | non | non | tous les jours | grand public adapté et crée | oui | oui |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | Unité psychose résistante, avant HdJ | 2015 | | jeux et métaphore, IPT de breinner | non | non | 3-5 fois par semaine | les trois | oui | oui |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | unité ferme d'hospitalisation en psy | 1986 | | TCC, entretien d'aide, relaxation, entretien motivationnel, recherche paramedical | non | non | 1-3 fois par semaine | jeux grand public et créer | oui | oui |

Annexe IV

Cas clinique :

Alain 42 ans est marié et père de trois enfants mineurs. Il a exercé une profession manuelle en intérim jusqu'à l'année dernière. Il se sent épié, a l'impression que sa famille subit une influence qu'il ne se sent pas en mesure de définir, mais qui lui procure une angoisse extrêmement importante.

En outre, certaines couleurs, comme par exemple le jaune, exerceraient une emprise directe sur son fonctionnement mental et il demande à son épouse d'éviter de les utiliser dans la décoration et l'habillement. Leur existence quotidienne se trouve singulièrement compliquée par ce genre de considération.

De plus, son activité professionnelle a toujours été très instable, jusqu'à ce qu'il ne puisse plus du tout travailler, parce qu'il était régulièrement persuadé que certains de ses supérieurs lui étaient hostiles, ce qui le conduisait à démissionner de manière itérative.

Après une tentative de suicide et le passage aux urgences, Alain est hospitalisé en service de psychiatrie générale. L'expression des symptômes diminue pendant son séjour, et il est transféré en hôpital de jour. Il vient 6 demi-journées par semaine. Sa femme vient l'accompagner à l'hôpital.

Le retour chez lui n'est pas simple, après sa perte d'emploi, il reste seul à la maison, voit très peu de personnes, ce qui l'enferme dans ses idées délirantes. Les sorties pour les achats de nécessité deviennent compliquées à cause de sentiments de persécution, surtout à l'égard de personnes en costume.

Alain aime l'art en général, mais plus particulièrement la musique sans parole, ça l'apaise selon ses dires. Il aime marcher, surtout dans la forêt près de chez lui.

Il souhaite retrouver du travail. Parfois, il exprime l'envie de se balader en ville, de voir un concert, de discuter et de débattre avec ses amis et avec de nouvelles rencontres, mais il ne se sent pas capable de le faire pour l'instant.

Vous remarquez, que de temps en temps, qu'Alain a du mal à choisir et à rester en place. Sinon, il vous semble de bon contact lorsqu'il ne se sent pas persécuté.

Annexe V

| Thème | Sous thème | Question | Réponse personnelle / Réponse de la bibliographie | Réponse des participants |
|-------------------------------|------------|--|---|--|
| Patient | | Vous puissiez me lister, selon vous, quelles sont les difficultés les plus importantes que peut rencontrer une personnes psychotique. | - Difficulté dans les interactions avec autrui - Difficulté de se repérer dans le temps et l'espace - Difficulté à sentir les limites de son corps et de son esprit | |
| Prise en soin sociale | | Interventions possibles dans le domaine social ? Avec ces différentes difficultés nous allons nous focaliser sur le domaine social, quelles sont les interventions que l'on pourra proposer ? Quelles seraient les moyens de cette intervention en lien avec les objectifs ? | 1) Remédiation neuro-cognitif 2) Réinsertion social 3) Repas thérapeutique 4) Accompagnement dans les activités de vie quot 5) Mise en situation 6) Activité avec une médiation par l'objet | 2) puis accédé à d'autre activité et sortir de chez lui 3) le Michael's game 4) groupe d'autonomie projet 5) essayer de savoir ses propres objectifs, passer l'ELADEB AERES => proposer différent atelier qui pourrai le correspondre 6) le photo langage 7) travaille en ludothèque |
| | | Quelles seraient les objectifs de cette intervention ? | 1) Améliorer les compétences sociales 2) Favoriser l'autonomie dans les occupations 3) Améliorer ses capacités d'adaptation et d'introspection | |
| Réhabilitation psycho-sociale | | Quelles seraient les interventions possibles pour le deuxième versant de la réhabilitation psycho-sociale ? Comment définiriez vous la réhabilitation psycho-sociale ? | Créer un jeu de société avec des usagers et le présenter dans la ville, en lien avec le projet de (Fays, 2018) (Duprez, 2008) | 1) création d'un jeu de société avec les patients autour de la maladie psychique 2) faire jouer les patients avec des personnes de l'extérieur, dans une médiathèque - différence ente intégration sociale et valorisation d'un projet |
| | | Quel est l'apport de l'utilisation du jeu dans la réhabilitation psycho-sociale du patient ? | 1) Cadre intéressant (Attigui, 2014) favorise interaction, jouer un rôle, attitude ludique (Dixludo, s. d.; Harper Love, 1988; Muriel Launois et al., 2020) règle adaptable (Harper Love, 1988) 2) Attire plus facilement avec le côté ludique pour un test avec des personnes non malade 3) Améliore capacité du patient | En améliorant les capacités cognitifs, la créativité, l'expression, l'adaptation |
| Généralité | | Comment définiriez vous le jeu de société ? | Les définitions sont diverses : - selon Wikipédia - selon Johan Huizinga (Ethnologue, Historien) - selon Roger Callois (Sociologue) - selon D.W. Winnicott (Pédopsychiatre) - selon Francine Ferland (Ergothérapeute) - selon Stéphane Chauvier (Philosophe) | |
| | | Quels sont les composants qui constitue le jeu de société ? | La notion de Jeu et de Hors Jeu (Esquerre, 2017) Une règle, un matériel et au minimum 2 joueurs (wiki) Du ludique (Ferland, 2003) | brainstorming |
| | | Comment le jeu de société peut s'inscrire dans une démarche de réhabilitation psycho-sociale ? | Créer un jeu de société avec des usagers et le présenter dans la ville, en lien avec le projet de (Fays, 2018) En améliorant les capacités sociales de la personne | En améliorant les capacités cognitifs, la créativité, l'expression, l'adaptation En créant un jeu autour des troubles psychique et en jouant avec l'extérieur |

| Thème | Sous thème | Question | Réponse personnelle / Réponse de la bibliographie | Réponse des participants |
|-------|-----------------------|--|--|--|
| | | Si vous deviez utiliser le jeu de société avec ce patient, quelle serait l'intervention que vous proposeriez à cette personne ? En lien avec les difficultés de la personne psychotique précédemment utilisées, quelles seraient les interventions possibles avec le jeu de société ? | 1) L'utilisation du jeu de société comme facilitateur des interactions sociales. Avec une notion de coopération, de compétition. Avec aussi un rôle que peut incarner les joueurs afin d'éviter que leur Moi ne soit pas touché en jeu. Ce qui permettra de familiariser avec des personnes extérieurs et d'avoir moins d'apprehension ni de persécution. Attention tout de même à l'utilisation de rôle pour les joueurs car leur structure peut être problématique. 2) Il est possible de faire un atelier autour de la création de jeu de société avec ce patient. Une manière différente de travailler autour des interactions sociales dans un projet commun !! pourra être jouer par des personnes qui ne sont pas malade afin de les sensibiliser et déconstruire les préjugés sur ces patients. 3) L'utilisation de jeu créer pour cette population comme par exemple le Michael's game et le dixiludo. Pour améliorer les capacité d'adaptation, d'appliquer une méthodologie et favoriser les interactions sociales. | 1) utilisation du michael's game → critique que ce n'est pas un jeu car trop protocolaire et pas assez ludique 2) groupe de jeu thérapeutique, ouvert à tous (même de différent service), avec un travail autour de l'autodétermination et le choix. Permet de découvrir les personnes à travers le jeu. 3) Groupe autour du jeu de société, groupe fermé sur des thématiques précise 4) Sortie à la ludothèque avec un partenariat 5) la co création de jeu de société avec le jeu de la maison |
| | | Quels cadres sont nécessaires ? Quel cadre utilisez-vous ? | 1) Un groupe ouvert avec une entrée libre (les personnes peuvent sortir et rentrer comme ils le souhaitent). Il est possible, pour certains jeux qui demande du temps ou une ambiance particulière, que l'entrée ne soit pas libre. Avoir 1-2 ateliers par semaine. 2) Un groupe fermé dans l'idéal (ou un groupe semi ouvert). Avoir 2-3 ateliers par semaine pendant quelque mois. Une demande de pouvoir s'engager sur l'intégralité de l'atelier. | 1) sur les 5-7 séances, commencé par des situation sans trop de charge émotionnel ou de biais interprétatif. Puis introduire dès la deuxième séance, des histoires personnel de patient pour s'approprier le raisonnement du Michael's game 2) une salle dédié, la possibilité de mobilité dans la salle, laisser la possibilité de choisir les jeux parmi 3 |
| | | Comment le jeu de société cadre t-il l'activité ? | (Esquerre, 2017) | |
| | Jeu en tant que moyen | Quels matériels (au sens large) sont nécessaires ? | 1) Avoir 2 soignants, un qui permet d'incarner la règle, et le deuxième qui fait parti des joueurs. Pour les grands jeux sinon une personne accueil les patients et l'autre peut jouer avec d'autre patient. Une salle. De plusieurs jeux avec des mécaniques différentes. 2) 2 soignants (pour être sûr d'assurer une continuité). Une salle. Un tableau, de quoi écrire. Du matériel de craft pour le jeu de société qui est construit. | 1) une salle, le michael's game, un soignant, trame de raisonnement hypothétique 2) une salle dédié, de nombreux jeu de société sauf de cognition et de compétition, plusieurs soignants. C'est un groupe ouvert à tous. - il y a un besoin de connaître les jeux avant de pouvoir y faire jouer (création de fiches de jeu) - d'avoir un certain nombre de participant/joueur - besoin de jeu avec des règles simples |

| Thème | Sous thème | Question | Réponse personnelle / Réponse de la bibliographie | Réponse des participants |
|--------------------------------|---|---|--|--|
| Jeu de société | | Quels types de jeu de société seraient utilisés ? | 1) Des jeux de société grands publics et des jeux grands publics avec les règles adaptées 2) Des exemples de jeu de société grand public pour s'en inspirer. 3) Des jeux créés pour les patients 4) Des mécaniques différentes : compétition, coopération, d'adresse, de réflexion, de question etc. | 1) le choix du jeu de société dépend de l'objectif (est ce qu'on cherche à savoir comment la personne se comporte en groupe, comment elle interagit avec les autres, si elle a des difficultés cognitives) 2) des jeux détournés comme le dixit, le dixiludo 3) des jeux créés comme le dixiludo, le jeu de la maison, autonomia 4) des jeux du commerce le plus, totem, feelings, concept 5) des jeux d'expression, de collaboration/coopération, d'adresse |
| | | Pourquoi utiliser des jeux grands publics, grands public adaptés au patient ou créés pour le patient ? | Pour des utilisations différentes : Le jeu créé pour des patients à un but précis et souhaite travailler une dimension particulière chez le patient Le jeu grand public avec les règles adaptées cherche à modifier la règle d'un jeu du grand public afin de soit améliorer l'accessibilité, soit de faire jouer autrement Le jeu grand public qui a été conçu pour jouer et s'amuser, l'avantage que c'est plus simple de se le procurer que les jeux adaptés | |
| Apport de l'utilisation du JdS | | Quels seraient les apports de l'utilisation du jeu auprès de ce patient ? Quels seraient les apports de l'utilisation du jeu auprès de ce type de patient ? | Cadre intéressant (Attigui, 2014) favorise interaction, améliore les compétences sociale, jouer un rôle, attitude ludique (Dixiludo, s. d.; Harper Love, 1988; Muriel Launois et al., 2020) règle adaptable (Harper Love, 1988) | - plaisir du jeu ++, création d'un atmosphère agréable, ça fais du bien de rire - permet de les détournés - découvrir la personne dans sa multiplicité - on s'amuse mais on travail surtout - les mécanismes de défense tombent, les barrières tombent - ça renvoie à des choses connu, jeu peut être perçu comme enfantin - ça viens à la mode |
| | | Est-il possible de faire un rapprochement entre le jeu de société et la vie de tous les jours ? | Parallèle entre jeu et réalité (Gaussot, 2014) Expérimentation social | - oui - le jeu c'est comme une tranche de vie - permet de se découvrir d'une autre manière - permet de se projeter aussi avec le jeu de la maison |
| Création de JdS | | Quelle serait la place de la création de jeu de société possible dans cette situation ? Que pensez vous de la création des jeux de société dans la profession d'ergothérapeute ? | Il est possible de faire un atelier autour de la création de jeu de société avec ce patient. Une manière différente de travaillé autour des interactions sociales dans un projet commun. Il pourra être jouer par des personnes qui ne sont pas malade afin de les sensibilisés et déconstruire les préjugés sur ces patients. | |
| | | Quelle est sa place dans la profession ? | (Alexandre, Lefévère, 2010) => la création permet de coller au plus proche des objectifs, d'être accessible pour le patient et être attrayant pour faire l'exercice. | - un intérêt personnel - intéressant - ça amène plus de monde |
| | | Quelle est sa place auprès de cette population ? | 1) Quelque jeu créé pour cette population : Michael's game, dixiludo, jeu de la maison, the behaviour skill game 2) Projet autour de la création de jeu de société | - besoin d'un groupe avec qui la création peut prendre - initiation par le patient (parfois) - sinon le jeu est initié et conduit par l'ergothérapeute, et les patient vont l'analysé, donner leur avis et proposé des idées, créer des pions etc. |
| | | Quelle seraient la plus valus de la création de jeu de société dans cette situation ? Quelle est la plus valus de cette création pour ces patients ? | Apporter du ludique pour un meilleur engouement, appropriation et adhérence à l'activité. S'adapter au plus près au problématique de la population. Jouer pour n'importe qu'elle but. | |
| | | Quelle avantage en comparaison des jeux grands publics adaptés ? | Pouvoir créer des jeu adaptés au objectif du patient | - la création par soit même - on ne va pas faire un jeu s'il en existe déjà un (à cause du temps) |
| | Quelles seraient les compétences requises ? | (Shell, 2010) (Alexandre, Lefévère, 2010) => compétence dans l'analyse de jeu et de l'activité | - de la patience, temps personnel - des compétences d'informatique pour informatisé le jeu pour qu'il soit accessible - de l'argent | |

Le jeu de société, en ergothérapie, dans la réhabilitation psychosociale chez les adultes souffrant de psychose

Mots clés :

Ergothérapie en Psychiatrie Ambulatoire, Jeu de société, Réhabilitation Psychosociale, Adultes Souffrant de Psychoses, Focus Group

Aujourd'hui en psychiatrie, un des enjeux principaux est la desinstitutionalisation, le retour à domicile. L'ergothérapeute, travaillant dans ce domaine, utilise le jeu dans leur pratique. Je me suis donc demandé : ***En quoi l'utilisation du jeu de société, en ergothérapie, s'intègre-t-elle dans une démarche de réhabilitation psychosociale chez les adultes souffrant de psychose ?*** Je suppose que le jeu de société va devoir créer un cadre permettant l'expérimentation et l'acquisition de compétence dans le domaine social. Ce qui pourrait permettre une meilleure appréhension de la société et de transférer des acquis dans la vie quotidienne. Six ergothérapeutes ayant une expérience auprès d'adultes souffrant de psychose en psychiatrie ambulatoire ont été interrogés, lors d'un focus group en visioconférence, sur les questions de l'utilisation du jeu de société auprès de ce public. Il ressort de cette étude que le jeu de société est utilisé auprès d'adulte atteints de psychose pour plusieurs raisons. Premièrement, il est ludique, ce qui favorise les interactions sociales. Deuxièmement, il permet de travailler les compétences sociales, par les interactions sociales. Troisièmement, il offre un cadre sécurisant par les règles qui s'appliquent à tous et permet donc d'anticiper les actions des autres. Dans ce cadre, les patients pourront expérimenter des manières de réagir. Potentiellement, les compétences acquises durant le jeu de société pourront être transféré dans la vie quotidienne.

The board games, in occupational therapy, in psychosocial rehabilitation for adults with psychotic diseases

Keywords :

Occupational Therapist in Ambulatory Psychiatry, Board Games, Psychosocial rehabilitation, Adults with Psychotic Diseases, Focus Group

Nowadays in psychiatry, one of the most important issue is leaving institutions, to go back home. The occupational therapist, worked in this sector, are using games in their practice. So, I wonder : ***How board games usage, in occupational therapy, fits in a psychosocial rehabilitation approach for adults with psychotic diseases ?*** I suppose that : the board games must create settings allowing experimentation and social capacities acquisition. Which could allow a better social understanding and knowledge transfer to daily life. I asked questions to six occupational therapists an interest in ambulatory psychiatry, during a video conference focus group. The questions relate to the use of board games with adults with psychotic diseases. This study brought out that board games are used with this public for different reasons. Firstly, it is playful, which encourage social interactions. Secondly, it encourage the practice of social capacities, through social interactions. Thirdly, it offers a safe setting with game rules that all players must follow, so, people can predict each-others actions. In this setting, the patients can test other social interactions. Potentially, the knowledge acquired in gamed could be transferred in daily life.