

**Institut Limousin de FORMATION
aux MÉTIERS de la Réadaptation
Ergothérapie**

**Intérêt du jeu en ergothérapie dans la prise en soins du patient
psychiatrique :**

Impact de l'activité ludique sur la motivation lors des soins

Mémoire présenté et soutenu par :
Etienne CHABBERT



Mémoire dirigé par
GILLET Francine
Cadre de santé

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord le corps enseignant et le personnel administratif de l'ILFOMER pour leur accompagnement tout au long de ces trois années. Merci plus particulièrement à Mr Thierry Sombardier, Mr Patrick Toffin et Mme Brigitte Devanneaux pour leurs conseils et leur bienveillance, merci à Mr Stéphane Mandigout pour sa disponibilité, son expertise, et sa gentillesse.

Remerciement spécial à Mme Francine Gillet, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagné, rassuré et motivé tout au long de la réalisation de ce mémoire de fin d'études. Merci également à Aurore Gilliocq pour ses bons conseils et son soutien dans les moments de doutes.

Merci à toutes mes tutrices de stage, Béatrice, Anne, Lucile, Caroline et Glwadys pour m'avoir inculquée les valeurs et les savoir-faire de l'ergothérapie qui m'ont mené jusqu'ici.

Merci à mes camarades de promotion pour le bon temps passé ensemble, l'entraide et l'écoute dont vous avez su faire preuve.

Merci à ma famille, Maman, Papa, Julien, Chenda, Thomas et May, pour leur soutien inconditionnel durant tout mon parcours universitaire, pour toute la force et le courage que vous m'avez transmis.

Et enfin, un immense merci à mes amis pour tous les moments de joies, de peines, de rires et de pleurs vécu ensemble, vous avez été toujours présent dans les bons comme les mauvais moments. Vous avez été mon moteur et mon carburant durant ces trois ans de formation. Du fond du cœur, merci à vous.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

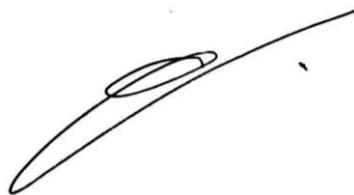
Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné Etienne CHABBERT

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformé.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le jeudi 23 mai 2019



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2019
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Etienne CHABBERT

Etudiant de 3ème année

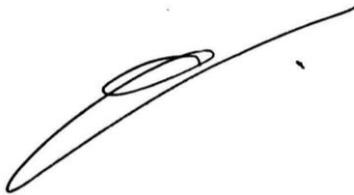
Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : jeudi 23 mai 2019

Signature de l'étudiant :

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a horizontal stroke and a small dot at the end.

Glossaire

AVCI : Année de Vie Corrigées de l'Incapacité

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

ESAR : Exercice, Symbolique, Assemblage, Règles

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentée

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

Table des matières

Introduction	10
Partie théorique	11
1. Les troubles mentaux.....	11
1.1. Définition	11
1.2. Epidémiologie.....	11
1.3. Troubles associés	12
1.3.1. Sur la santé.....	12
1.3.2. Sociales et familiales.....	12
1.3.3. Cognitives	12
1.3.4. Comportementales et émotionnelles	12
1.3.4.1. Zoom sur les troubles de la motivation	13
1.4. Prévention et traitement	13
2. La motivation	14
2.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH).....	14
2.1.1. Concepts liés à la volonté d'agir.....	15
2.1.1.1. Motivation	15
2.1.1.2. Volition	15
2.1.1.3. Engagement.....	16
2.1.1.4. Liens entre les trois concepts	16
2.2. Facteurs influençant la motivation	16
2.2.1. Liés à la personne.....	16
2.2.2. Liés à l'environnement	18
2.2.3. Liés à l'activité.....	18
2.3. Lien entre la motivation et le jeu	19
3. Le jeu.....	19
3.1. Historique	19
3.2. Définition : Caillois, D. Garon (système ESAR),	19
3.3. Symbolique / représentations	20
3.4. Modèle ludique	21
3.4.1. Modèle Ludique de Francine Ferland.....	21
3.4.2. Modèle adapté à l'adulte	21
3.5. Intérêt du jeu en ergothérapie.....	22
3.6. Limites du jeu	22
Problématique et hypothèses	24
Partie expérimentale	25
1. Méthodologie de la recherche	25
1.1. Type de recherche	25
1.2. Objectif de la recherche.....	25
1.3. Critères d'inclusions et d'exclusions	25
2. Méthode de collecte de données	25
2.1. Description de l'outil d'exploration	25
2.2. Justification du choix de l'outil d'exploration	26
3. Méthode d'analyse de données	26
3.1. Description de la méthode d'analyse	26
3.2. Justification de la méthode d'analyse	27

4. Résultats.....	27
4.1. Entretiens individuels.....	27
4.1.1. 1 ^{er} entretien : Mme G	27
4.1.2. 2 ^{ème} entretien : Mme M.....	29
4.1.3. 3 ^{ème} entretien : Mme D	31
4.1.4. 4 ^{ème} entretien : Mr T	32
Discussion.....	34
1. Interprétation des résultats.....	34
1.1. Définition et représentation du jeu	34
1.2. Utilisations et intérêts du jeu.....	35
1.3. Motivation et jeu	35
1.4. Inconvénients et limites du jeu.....	36
2. Vérification des hypothèses et réponse à la problématique.....	36
3. Limites / biais de la recherches	37
4. Réflexion sur la pratique professionnelle et perspectives	38
Conclusion	39
Références bibliographiques	40
Annexes	44

Table des illustrations

Figure 1 : Représentation graphique du modèle ludique.....	22
Figure 2 : Représentation graphique du MOH	15

Introduction

« Jouer, c'est apprendre... à vivre ensemble, à connaître l'environnement... à coopérer. »

Arvid Bengtsson

Le jeu en tant qu'outil thérapeutique est un moyen largement utilisé par les ergothérapeutes : jeu de rôle, jeu de cartes, jeu de société, jeu vidéo... Mais souvent, il est utilisé de manière empirique, sans que ses bénéfices soient forcément prouvés par la littérature

J'ai eu l'occasion de voir aux travers de mes différents stages que les thérapies utilisant le jeu présentaient de nombreux avantages. Je me souviens d'une situation vécue à l'hôpital de jour du pôle Adrien Dany, au Centre Hospitalier Esquirol : des patients avaient réalisé une saynète sur le thème de l'impulsivité ; j'avais été impressionné par l'investissement que les patients avaient déployé dans cette activité, connaissant les troubles motivationnels qu'ils pouvaient présenter.

En effet, l'approche ludique plaît aux patients, car elle permet de faire du « travail détourné » et ainsi d'allier plaisir et thérapie, ce qui est un élément capital dans la vision ergothérapique. De plus, j'ai pu remarquer à plusieurs reprises que le fait de rendre la thérapie ludique permettait aux patients présentant des troubles de la motivation de s'impliquer davantage dans les activités, par rapport à une approche plus analytique.

J'ai choisi ce thème car j'ai eu envie de faire un travail de recherche par rapport à la validation de l'utilisation du jeu en ergothérapie, et notamment par rapport à la perte de motivation souvent rencontrée chez les patients. Mon objectif est, à mon échelle, de montrer scientifiquement que le jeu présente un réel intérêt dans ces problématiques de pertes de motivation chez les patients psychiatriques.

Les troubles mentaux (psychoses, addictions, dépression, etc...) entraînent effectivement très souvent des troubles motivationnels chez les patients, avec des répercussions sur leur quotidien : perte d'élan vital, apathie... C'est dans cette démarche que j'ai décidé d'axer mes recherches sur cette population.

Partie théorique

1. Les troubles mentaux

1.1. Définition

Les troubles mentaux sont une grande catégorie regroupant plusieurs familles de pathologies. Ils se définissent selon l'OMS par « *une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux* ». Cette définition montre déjà que les personnes atteintes de troubles mentaux présentent généralement des difficultés dans les habiletés sociales, et ceux quelques soit le degré de gravité de la pathologie.

Les troubles mentaux se classent en plusieurs familles de pathologies (1) :

- Troubles neurodéveloppementaux
- Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles bipolaires et connexes
- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnel-compulsif et connexes
- Troubles liés au traumatisme et au stress
- Troubles dissociatifs
- Troubles de symptôme somatique et connexes
- Troubles des conduites alimentaires
- Troubles de l'élimination
- Troubles du sommeil-veille
- Dysfonctions sexuelles
- Dysphorie liée au genre
- Troubles des conduites et des impulsions
- Troubles liés aux substances et troubles d'addictions
- Troubles neurocognitifs
- Troubles de la personnalité
- Troubles paraphiliques
- Autres troubles mentaux
- Troubles des mouvements induits par les médicaments et autres effets indésirables des médicaments

1.2. Épidémiologie

Les troubles mentaux sont une véritable problématique de santé publique au niveau mondial. Ils sont en effet responsables d'une forte mortalité : 12 000 morts par an par suicide, auxquels il faut rajouter la surmortalité non-suicidaire (accident, comorbidités somatiques, consommations à risques d'alcool, de tabac ou de stupéfiants).

Les cinq pathologies présentant la plus forte mortalité/morbidité chez les 15-44 ans sont la dépression, l'alcoolisme, les troubles autoagressifs (dont le suicide), la schizophrénie et les troubles bipolaires.

Ils sont également responsables d'une importante morbidité. Au niveau économique, les troubles mentaux entraînent une baisse de la productivité puisqu'on estime que moins de 10% des 400 000 malades psychotiques mondiaux ont une activité professionnelle. Le

Etienne CHABBERT | Mémoire de fin d'études | ILFOMER |

traitement de ces pathologies absorbe 10% des dépenses de santé au niveau mondial et représente une part conséquente de l'offre de soins puisqu'un cinquième des lits d'hospitalisation à temps complets et 20 à 30% des consultations de médecine générale sont utilisés pour le traitement des troubles mentaux (2).

1.3. Troubles associés

1.3.1. Sur la santé

Plusieurs études ont montré que les troubles mentaux avaient une incidence sur l'espérance de vie des patients. Ces répercussions sont mesurées en AVCI (Années de Vie Corrigées de l'Incapacité), qui se définit comme une année de vie en bonne santé perdue.

En 2000, les troubles mentaux et neurologiques étaient responsables de 12,3% du nombre total d'AVCI toutes pathologies confondus (3). En Australie, les troubles mentaux ont été identifiés comme la première cause d'incapacité du pays (4). D'après des prévisions faites en 1996, la proportion d'AVCI à cause des troubles mentaux devrait atteindre 15% en 2020 (5).

1.3.2. Sociales et familiales

Une des difficultés majeures rencontrées par les patients psychiatriques concerne les relations sociales et familiales. En effet, à cause des manifestations extérieures de ces pathologies (bizarreries, comportement inadapté...) et des représentations sociétales de ces pathologies, les patients ont souvent des difficultés à trouver ou à garder un emploi stable, mais aussi à avoir des activités de loisirs. Ils sont souvent victimes d'isolement social, avec une difficulté à se faire des amis, ou à entretenir des relations amicales (6).

Au niveau familial, cela peut entraîner des difficultés à assumer ses fonctions familiales pouvant entraîner un dérèglement de la vie familiale au quotidien. Cela peut également porter préjudice aux aidants familiaux à se réaliser pleinement dans leurs activités professionnelles ou de loisirs (7).

Enfin, cela peut également avoir des répercussions juridiques, souvent liés à des comportements de consommations à risques, ou à des violences.

1.3.3. Cognitives

Il est fréquent de rencontrer des troubles cognitifs chez les patients malades psychiatriques :

- Troubles de l'organisation de la pensée
- Troubles de l'attention
- Troubles de la concentration
- Troubles de la mémoire

1.3.4. Comportementales et émotionnelles

Les troubles du comportement représentent des éléments majeurs dans les pathologies psychiatriques. Ils sont très liés aux troubles émotionnels et s'inter-influencent les uns les autres.

Les troubles diffèrent en fonction de la pathologie (troubles de la personnalité, hallucinations à tous les modes, morcellement, désinhibition, apathie, trouble addictif, etc.), néanmoins certains troubles du comportement et émotionnels se retrouvent d'une pathologie à l'autre (8).

- L'impulsivité, qui se caractérise par des agissements inadaptés réalisés sans y avoir réfléchi au préalable.
- Des difficultés dans la gestion et la reconnaissance des émotions chez autrui, entraînant généralement
 - o une labilité émotionnelle, une importante irritabilité, une euphorie irraisonnée, une désinhibition...
 - o ou à l'inverse, une grande tristesse, une perte d'élan vital, allant jusqu'à des idées noires et des tentatives de suicide.
- Une grande anxiété, pouvant générer détresse, peurs irrépressibles, TOC, etc.
- Une dévalorisation de l'image de soi
- Une agressivité envers soi et/ou les autres
- Des troubles de la motivation

1.3.4.1. Zoom sur les troubles de la motivation

Les troubles de la motivation peuvent être un vrai frein à l'autonomie et au bien-être pour les patients psychiatriques. La perte de motivation peut à la fois être due à la maladie psychiatrique, ou être un facteur de risque de survenue de la maladie psychiatrique. Dans tous les cas, leurs répercussions sont réelles et représentent une véritable problématique dans le traitement des troubles mentaux. Ils peuvent prendre diverses formes mais partagent des caractéristiques communes :

- Perte de l'élan vital : abandon progressif par le patient de ses activités de loisirs, sociales, etc.
- Apathie : perte générale de l'envie d'agir. La personne néglige ses soins personnels (hygiène, alimentation, apparence...) et ses centres d'intérêt.
- Aboulie : affaiblissement de la volition entraînant la diminution, voire l'arrêt des activités du quotidien, tant physique qu'intellectuelle
- Dépression

Il faut remarquer que ces troubles motivationnels peuvent être considérés comme des pathologies à part entière (9).

1.4. Prévention et traitement

Il existe de multiples façons de traiter les troubles mentaux, mais on peut dégager deux grandes catégories : la pharmacothérapie et les psychothérapies. Ces dernières peuvent être très variées en fonction de ce qu'elle traitent : La thérapie comportementale et cognitivo-comportementale, la relaxation, les thérapies de soutien... (3).

La prévention des troubles mentaux en France suit les recommandations décrite par le Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe (2), à savoir :

Pour la prévention primaire : La lutte contre la diminution du sentiment d'appartenance sociale ainsi que les facteurs d'isolement, contre la perte d'élan vital et l'émoussement affectif, contre la diminution du sentiment de contrôle de sa vie, induisant une autodépréciation et la lutte contre la disparition de la spiritualité, de références politiques ou éthiques, qui est génératrice d'angoisse existentielle.

Pour la prévention secondaire : Le dépistage précoce des troubles mentaux en mobilisant médecins généralistes, scolaires, du travail et les travailleurs sociaux. Ceci dans l'objectif de réduire le délai moyen entre les premiers symptômes et la première prise en charge thérapeutique de 10 ans.

Pour la prévention tertiaire : La diminution des récives et de la chronicisation des patients. L'optimisation des prises en charges thérapeutiques par des réflexions autour des pratiques actuelles et le suivi des bonnes pratiques décrites par les organisations de références (OMS, HAS...).

2. La motivation

2.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH)

Le MOH est un modèle intéressant à explorer dans ce sujet étant donné qu'il a pour objectif d'étudier les interactions entre l'individu, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement (10). C'est un modèle client-centré, très humaniste, prenant en compte de nombreux éléments de la personne afin de la comprendre au mieux.

Il développe notamment la notion d'engagement de l'être humain dans les activités signifiantes et significatives. A partir de cela, G. Kielhofner définit 3 composantes de l'être humain (11) :

- La volition, que nous détaillons plus loin,
- L'habituatation, qui correspond aux habitudes de vie et aux rôles sociétaux et culturels,
- Les capacités de rendement, qui sont liées aux systèmes organiques, cognitifs et à l'expérience subjective de l'individu.

Ces composantes interagissent avec l'environnement physique, social et culturel de l'individu d'où découle l'action, que Kielhofner subdivise en trois dimensions : la participation, la performance (au sens de la réalisation d'une activité), et les habiletés (c'est-à-dire les séquences d'actions nécessaires pour mener à bien l'activité). La notion de participation se définit comme l'engagement de l'individu dans ses activités (AVQ, loisirs, travail...), ce qui sous-entend que les actions que nous faisons ont une signification personnelle, mais aussi sociale (11).

Ce sont ces trois composantes réunies qui permettent de comprendre l'engagement occupationnel de l'individu dans une activité.

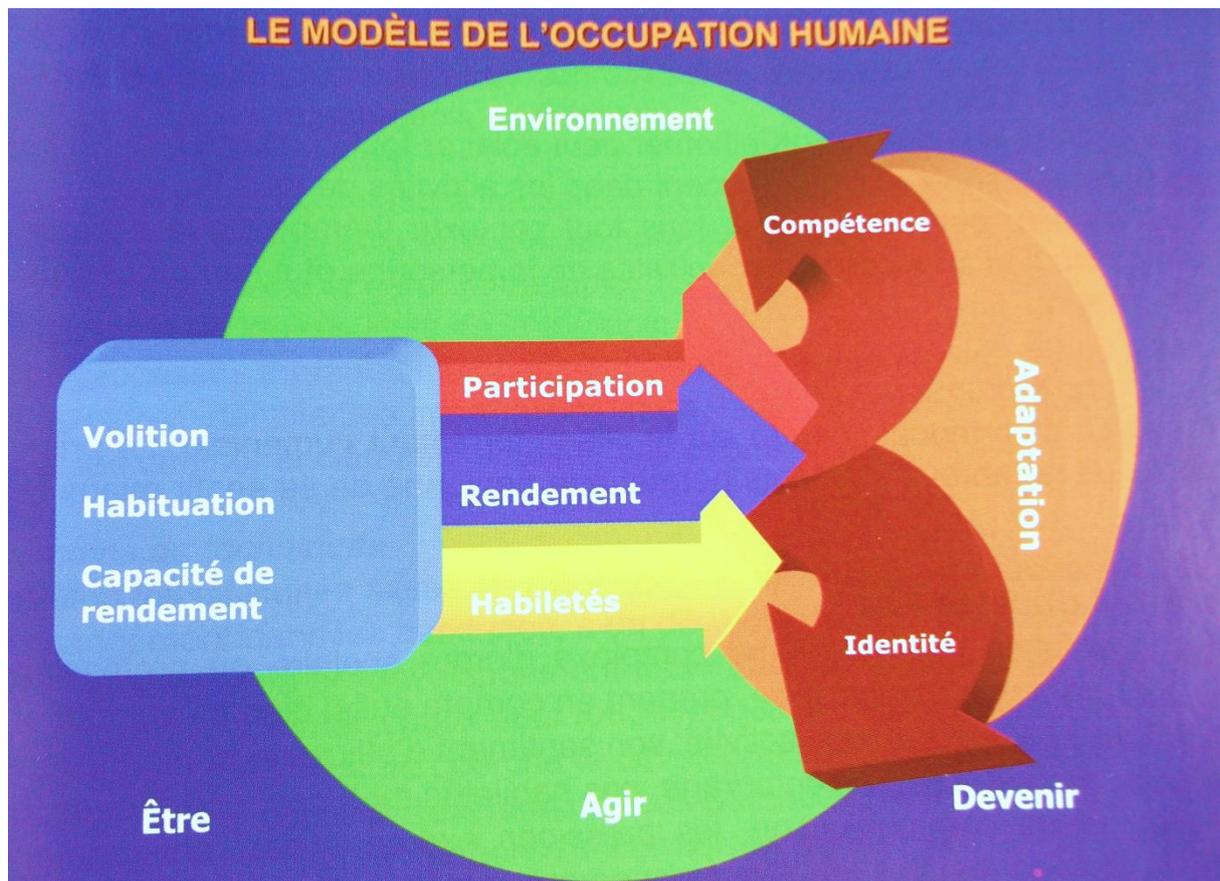


Figure 1 : Représentation graphique du MOH

2.1.1. Concepts liés à la volonté d'agir

2.1.1.1. Motivation

La motivation correspond à un état mental, une force qui pousse l'individu à s'engager dans des occupations jugées signifiantes et attractives par l'individu. Elle se divise en motivation extrinsèque et motivation intrinsèque. La première va concerner la motivation pour des occupations faites suite à une demande extérieure ou entraînant l'obtention d'une récompense (par exemple pour un enfant : « aide-moi à ranger ta chambre et tu pourras commencer un nouveau jeu »). La seconde concerne la motivation pour une activité librement choisie par l'individu, ceci dans un but d'auto-réalisation. Cette motivation intrinsèque se subdivise également en trois sous-catégories : la motivation à la connaissance, la motivation à l'accomplissement d'un défi ou un surpassement de soi, et enfin la motivation aux stimulations et sensations agréables procurées par l'occupation (12).

2.1.1.2. Volition

La volition est un autre concept principalement développé par Gary Kielhofner dans le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) (10). Elle se définit comme la motivation d'une personne à agir sur son environnement en ayant conscience de l'action qu'il exerce sur ce dernier, ceci afin de pouvoir décider de s'engager ou non dans cette action (12),(13).

2.1.1.3. Engagement

L'engagement est une notion pouvant se définir en ergothérapie comme l'investissement affectif, cognitif, attentionnel et comportemental de la personne dans une occupation, associé au sentiment subjectif de participer et de s'impliquer(12).

2.1.1.4. Liens entre les trois concepts

L'engagement est en fait l'expression simultanée de la motivation et de la volition dans le sens où la motivation va être l'initiatrice de l'engagement, tandis que la volition va en être le catalyseur par l'expression consciente de l'individu à s'engager dans l'occupation.

Par conséquent, favoriser l'engagement d'un individu dans une occupation passe obligatoirement par la stimulation de la motivation et de la volition (14).

2.2. Facteurs influençant la motivation

La motivation d'une personne est fortement dépendante de ses capacités propres, mais aussi des caractéristiques de son environnement social, familial, financier, etc., ainsi que des caractéristiques intrinsèques de l'activité. Ainsi, nous nous intéresserons dans cette partie à la description des différents facteurs pouvant influencer la motivation, en positif comme en négatif.

2.2.1. Liés à la personne

Ryan et Deci, dans leur théorie de l'auto-détermination, définissent le bien-être psychologique comme la satisfaction de trois besoins psychologiques de base, à savoir : l'autonomie, le fait d'être en relation avec l'autre et le sentiment de compétence. Ils indiquent que le niveau de satisfaction de ces besoins, ainsi que le niveau d'autodétermination de la personne influencent la motivation. Si l'activité procure peu de satisfaction à ces besoins, et si elle est présentée comme inéluctable, alors la motivation à réaliser cette activité sera plutôt extrinsèque. A l'inverse, une activité satisfaisant les besoins psychologiques de bases et permettant une marge de liberté stimulera plutôt la motivation intrinsèque. Or, Ryan et Deci indiquent que c'est ce type de motivation qui procure le plus haut niveau d'engagement et d'amusement pour la personne (15).

Bandura propose la notion de sentiment d'auto-efficacité générant la motivation. Il définit celui-ci comme la croyance de l'individu dans sa capacité à réaliser une activité, avec un certain niveau d'exigence. Ce sentiment d'auto-efficacité se structure grâce à quatre éléments :

- Les « *expériences actives de maîtrises* », c'est-à-dire les expériences passées réussies
- Les expériences de vicariance, c'est-à-dire le fait d'apprendre en observant le comportement d'autrui
- La valorisation et la rassurance par les proches
- L'état physiologique de l'individu au moment de la réalisation de l'activité

Bandura dit alors que si le sentiment d'auto-efficacité est fort, il génère une motivation élevée à réaliser l'activité (16).

La notion d'estime de soi est également à prendre en compte dans les facteurs personnels influençant la motivation puisqu'une faible estime de soi diminue l'engagement et la motivation. Celle-ci peut avoir plusieurs origines tel que des échecs répétés dans la réalisation d'une activité par exemple. Une bonne estime de soi en revanche entraînera un gain de motivation pour s'engager dans de nouvelles activités (16),(17).

Weiner avance la notion d'attribution causale des échecs et réussites comme facteur personnel de la motivation. Il s'agit de a quoi la personne attribue son succès ou son échec dans la réalisation d'une activité. Elle se compose de trois dimensions :

- Le « *locus* », c'est-à-dire la cause du succès ou de l'échec. Il peut être interne, externe ou inconnu (18).
- La stabilité de la cause de l'échec ou du succès, qui peut être constante ou variable.
- La contrôlabilité de la cause

Chacune de ses dimensions est associée à l'état émotionnel de la personne :

- le « *locus* » sera associé aux émotions allant de la faible estime de soi à la fierté
- la stabilité sera associée aux émotions allant du découragement à l'espoir
- la contrôlabilité sera associée aux émotions allant de la culpabilité à la gratitude, ainsi que la colère

Weiner dit alors que ces émotions peuvent influencer notre motivation à réaliser de nouvelles activités, ainsi que notre persistance face à une difficulté (19). Connell rajoute qu'identifier les causes de ses échecs et de ses succès impacte de façon positive la motivation puisque dès lors, l'individu est en mesure d'agir sur les facteurs responsables de ses échecs, et renforce les facteurs assimilés à ses succès (18).

Wigfield et Eccles propose une théorie en lien avec l'attribution causale de Weiner et le sentiment d'auto-efficacité de Bandura : l'attente-valeur. Cette théorie indique que plus nous avons d'attentes par rapport aux résultats d'une action et plus ces résultats ont de la valeurs pour nous, plus nous allons être motivé pour réaliser cette action. Par conséquent, un individu ayant un faible sentiment d'auto-efficacité ou n'attribuant pas la possibilité de succès à ses capacités propres, verra sa motivation diminuer à réaliser l'activité car il ne se sentira pas capable d'atteindre son objectif (20). A l'inverse, une attente importante de l'activité associée à un résultat valorisant pour un individu ayant un bon sentiment d'auto-efficacité et ayant confiance en ses capacités de réussite verra sa motivation s'accroître.

Enfin, le dernier facteur lié à la personne pouvant influencer sa motivation est simplement ses propres intérêts. Kielhofner, dans le MOH, nous parle de la notion d'activité signifiante et d'activité significative. Une activité présentant un intérêt pour la personne ne sera pas vue comme une contrainte mais plutôt comme un plaisir. En conséquence, la personne sentira motivée à réaliser cette activité. Cependant, malgré l'intérêt que peut représenter l'activité, la motivation peut être impactée par les capacités fonctionnelles de la personne. En effet, Majnemer et al. ont montrés que l'intérêt pour une activité n'est pas toujours corrélé avec un fort engagement cette activité en raison de limitations fonctionnelles (21).

2.2.2. Liés à l'environnement

Par rapport aux facteurs liés à l'environnement, on distingue deux types d'environnements impactant la motivation à réaliser une activité : l'environnement physique et l'environnement social.

L'environnement physique, en lien avec les habitudes de vie de la personne, peut en effet influencer la motivation. L'utilisation d'objets familiers à l'individu peut augmenter la motivation à réaliser des activités utilisant ces objets (22). Il en est de même avec une activité habituelle ou un élément d'une activité habituelle, revêtant un caractère rassurant pour l'individu, favorisant donc sa motivation.

L'environnement social peut se montrer motivant pour la personne dès lors qu'il influe positivement sur les trois besoins psychologiques de bases décrit par Ryan et Deci dans la théorie de l'auto-détermination (15) : autonomie, relation aux autres, et compétences personnelles. Il apparaît en effet que la qualité des relations sociales avec l'entourage soit un facteur important de la motivation à la réalisation d'une activité. Le fait que les proches, les professionnels, ou des pairs se montrent rassurants, valorisants, encourageants, et renforcent positivement la personne à réaliser une activité donnée augmente de façon importante la motivation de la personne à réaliser l'activité en question (23).

Il a également été montré que l'influence d'une norme sociale favorise la motivation : les normes subjectives, c'est-à-dire les normes auxquelles les proches tentent d'emmener la personne, et les normes de groupe, c'est-à-dire les normes auxquelles les pairs répondent, ont une influence positive sur la motivation de la personne à réaliser cette activité, dans le but d'imiter ces pairs et donc de se rapprocher de cette norme (24). De plus, atteindre la norme sociale augmente la confiance en soi et facilite l'acceptation sociale. La notion de défi peut également persommettre de stimuler la motivation en instaurant un contexte de compétition et de dépassement de soi (25). Enfin, l'adaptation d'une activité en différent niveau de difficulté croissant permet également de favoriser la motivation en stimulant le désir de performance de l'individu.

2.2.3. Liés à l'activité

Les caractéristiques de l'activité peuvent aussi influencer sur la motivation de l'individu. Par exemple, Csikszentmihalyi décrit le flow comme une profonde absorption dans une activité présentant un fort intérêt pour l'individu. L'absorption est telle que l'individu oublie la fatigue, le temps qui passe et tous les éléments en dehors de l'activité (26). La forte motivation à réaliser l'activité provient donc de l'activité elle-même et pour elle-même, sans notion d'objectif à atteindre. Le flow peut être obtenu s'il y a équilibre entre le challenge que représente l'activité et les compétences de l'individu. Si les compétences sont dépassées ou sous-utilisé, l'expérience de flow pourra difficilement être vécue. C'est donc un « *optimum d'activation* » des compétences de l'individu (27). Si cet optimum n'est pas atteint, la motivation à réaliser l'activité sera faible pour l'individu.

La pose d'objectif est également un facteur pouvant contribuer à la la motivation. Locke et Latham montrent dans leur étude que plus l'objectif fixé est élevé et spécifique, plus la motivation pour atteindre cet objectif sera élevée (28). Il faut cependant que l'objectif soit atteignable par l'individu au risque de provoquer un sentiment de frustration et de dévalorisation pour lui. Poser un objectif élevé aura en effet pour conséquences de prolonger l'effort et d'augmenter le niveau de performance requis, ce qui aura tendance à stimuler la

motivation de l'individu. De plus, la recherche d'atteinte de l'objectif peut également motiver l'individu à acquérir de nouvelles connaissances (29).

La pose d'objectif peut se faire d'une part par un tiers (l'ergothérapeute par exemple), ou par l'acteur lui-même. Il est plus intéressant que l'acteur définisse lui-même son objectif car il aura tendance à mieux se l'approprier et donc à être plus motivés pour le mener à terme (28).

Ensuite, les caractéristiques de l'activité interviennent aussi dans la motivation du patient. Miller et Kuhaneck ont par exemple montrés que le principal critère de choix de jeu pour des enfants est le caractère amusant de celui-ci. C'est le facteur de motivation intrinsèque le plus décisif (30). La notion de défi rentre également dans les facteurs liés à l'activité. Un défi optimal permet en effet d'accroître la motivation et l'engagement de la personne. Ce degré de difficulté optimale se situerait légèrement au dessus des capacités de la personne afin de favoriser le dépassement de soi, l'amusement, et le niveau d'attention (31),(32). Cependant, Miller et Kuhaneck ajoutent que pour que la personne soit la plus motivée et engagée possible, le défi doit être amené progressivement, en allant du plus facile au plus difficile (30).

2.3. Lien entre la motivation et le jeu

Après avoir vu les différents facteurs pouvant influencer la motivation, nous pouvons nous questionner sur le lien avec l'utilisation du jeu en ergothérapie. Solinski nous dit que : « *en nous motivant par la perspective du plaisir, le jeu nous invite à participer* » (33). Cela montre bien que le jeu peut être une activité source de motivation pour l'individu.

Par son aspect ludique, le jeu met en œuvre la notion de plaisir favorisant l'engagement de la personne dans l'activité. Cet aspect ludique, en plus d'être attractif, permet également de capter l'attention du joueur et, pourquoi pas, lui permettre d'expérimenter le flow décrit par Csikszentmihalyi (26),(34). Callois rajoute que le désir de performance, de gagner, ou de compléter un défi sont autant de facteurs galvanisant la motivation de la personne à jouer (35).

Explorons maintenant plus en détail le jeu, ses représentations, et ses intérêts pour l'ergothérapie.

3. Le jeu

3.1. Historique

« *Panem et circenses* » : du pain et des jeux, disait l'adage romain. Cette phrase montre à elle seule à quel point le jeu et les symboliques qu'il transporte ont évolué au fil du temps. Que ce soit les jeux romains du cirque, mettant en scène des combats de gladiateurs, des exécutions d'esclaves, ou encore des reconstitution de batailles navales ; les jeux olympiques de la Grèce Antique, se faisant s'opposer les grandes citées rivales par l'intermédiaire du sport ; ou un tournoi de Poker actuel, une caractéristique commune à tous ces jeux est l'importance qui leurs ont été accordée par les différentes civilisations à travers l'Histoire. Le jeu a toujours rassemblé les Hommes depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours. L'objet de cette partie sera donc d'explorer le jeu en tant qu'activité ludique, mais aussi, conception plus récente, en tant qu'outil thérapeutique.

3.2. Définition : Caillois, D. Garon (système ESAR), ...

Définir strictement le jeu semble être une tâche quasi impossible du fait de l'incroyable diversité de formes qu'il peut prendre d'une culture ou d'une époque à l'autre : jeu de stratégie,

jeu de société, jeu de cartes, jeu d'argent, jeux olympiques, jeux sportifs, etc... il existe néanmoins plusieurs auteurs qui ont essayé de définir le jeu afin d'en établir une classification la plus exhaustive possible.

Huizinga en 1938 le définit comme « *une action ou une activité volontaire, accomplie dans certaines limites fixées de temps et de lieu, suivant une règle librement consentie mais complètement impérieuse, pourvue d'une fin en soi, accompagnée d'un sentiment de tension et de joie, et d'une conscience d' « être autrement » que dans la « vie courante »* ». Le mot « *fin en soi* » est intéressant vis-à-vis de l'utilisation du jeu en ergothérapie car il peut à la fois s'interpréter comme l'objectif thérapeutique (défini par l'ergothérapeute), ou comme le but du jeu (défini par les règles de celui-ci). Caillois en 1958 détermine 4 catégories de jeux afin de préciser cette définition :

- Agôn : catégorisant regroupe les jeux de compétition basé sur une qualité du joueur (force, endurance, réflexion, connaissances...).
- Alea : correspondant aux jeux de hasard,
- Mimicry : les jeux de déguisement et d'imitations
- Ilinx : les jeux de vertige visent à accéder à un état d'étourdissement éloignant le joueur de la réalité (par des mises en danger, la confrontation à des peurs, etc.).

L'auteur rajoute à cela deux notions, la Paidia et le Ludus. La Paidia correspondant à une « *improvisation totale* » tandis que le Ludus regroupe les jeux aux règles bien définies (36).

Il existe une autre classification décrite par Denise Garon en 2002 qui semble plus adaptée au jeu tel qu'on le conçoit aujourd'hui. Il s'agit du Système ESAR qui classe le jeu en quatre catégories :

- Les jeux d'Exercice : qui sont des jeux principalement moteurs passant par la manipulation
- Les jeux Symboliques : qui sont les jeux d'imitation, impliquant des scénarios et autres représentations de la réalité
- Les jeux d'Assemblage : qui sont les jeux de construction
- Les jeux de Règles : qui sont les jeux comportant des règles précises

Se rajoute à ses quatre catégories 6 facettes : Les activités ludiques (Facette A), les conduites cognitives (Facette B), les habiletés fonctionnelles (Facette C), les activités sociales (Facette D), les habiletés langagières (Facette E) et les conduites affectives (Facette F). ces 6 facettes constituant le « *plan d'ensemble méthodique des concepts psychopédagogiques* » formant la banque de descripteurs dans le modèle de classement ESAR (37).

Formulé plus simplement, il s'agit d'une liste de jeux triés par catégorie et intérêts psychopédagogique.

3.3. Symbolique / représentations

Les premières traces de jeu retrouvées, datant de -3000 avant notre ère, montrent que les jeux de sociétés étaient majoritairement réservés aux adultes. Ils pouvaient être associés au pouvoir, à la religion, ou à la stratégie militaire, par exemple. De nos jours, le jeu est

beaucoup plus associé à l'enfance, preuve que les représentations que nous en avons ont considérablement évolué au fil du temps.

G. Brougère, professeur en sciences de l'éducation, a tenté de décrire les représentations du jeu dans société actuelle. Il écrit que le jeu possède une image positive et valorisée dans le domaine de l'éducation et du développement de l'enfant, étant associé à une idée de bien-être et d'apprentissage. Cependant, certains types de jeux spécifiques tel que les jeux d'argent et les jeux vidéo, portent une image dévalorisée associée à la dépendance, la violence et l'isolement social (34).

Le jeu, par sa multiplicité de formes et d'utilisations possède donc plusieurs facettes dans nos représentations, malgré tout, il s'impose de plus en plus dans la société actuelle. Il se retrouve dans de nombreux domaines : éducation (pédagogie et andragogie), loisirs familiaux ou personnels, thérapeutique... transcendant les représentations négatives dont il pouvait être affublé. L'INSEE décrit qu'en 2017, les dépenses liées aux jeux, jouets et articles de sport représentaient 14,4% de l'ensemble des dépenses culturelles et de loisirs, soit 14 milliards d'euros (38). Ceci montre bien que malgré les représentations contrastées qu'il peut avoir, le jeu est un média culturel tenant une place importante dans notre société, notamment grâce à la multiplication de ses formes et supports. De plus, le jeu est de plus en plus accessible grâce à l'essor des nouvelles technologies : les consoles de jeux vidéo, les smartphones proposent de plus en plus de contenu ludique facilement accessibles et gratuits, en en garantissant l'accès au plus grand nombre. Les rythmes de travail ayant également évolué au cours de la fin du 20^{ème} siècle, les gens ont plus de temps libre à accorder aux activités de loisirs, donc au jeu (39).

3.4. Modèle ludique

3.4.1. Modèle Ludique de Francine Ferland

Le Modèle Ludique de Francine Ferland met le jeu au cœur de la prise en soin. C'est au départ un modèle pensé pour les enfants mais qui peut tout à fait être adapté à un public adulte. En effet, ce modèle favorise la dédramatisation et permet à l'adulte de percevoir des situations difficiles pour lui comme des défis à relever ou des occasions d'apprentissage et d'enrichissement (40). Ce modèle permet de donner du sens à l'activité ludique et en augmente le potentiel thérapeutique, ce qui permet un engagement plus soutenu de l'individu dans l'activité (41).

3.4.2. Modèle adapté à l'adulte

Bien qu'il ait été théorisé pour une approche pédiatrique, le modèle ludique s'adapte aisément à une population adulte. Le modèle ludique « adapté » à l'adulte met en relation trois éléments : la personne, l'environnement et les conséquences de l'attitude ludique dans le quotidien de la personne. Il est montré que l'attitude ludique est influencée par les caractéristiques propres à l'individu et à son environnement, celle-ci résultant justement de l'interaction entre ces caractéristiques. Cela permet, entre autres, de rendre agréable et positive les activités du quotidien, et donc par extension, d'accroître la capacité de résolution de problèmes des patients. C'est donc un bon moyen de favoriser la santé et le bien-être des patients dans leur quotidien.

Une étude de 2006 montre justement que l'attitude ludique permet de modifier son point de vue par rapport à n'importe quelle situation, avec la même ouverture d'esprit qu'un

enfant abordant un jeu (40). Adopter une attitude ludique et dédramatiser les problèmes permettrait de transformer les situations vécus comme négatives en défis à relever ou des

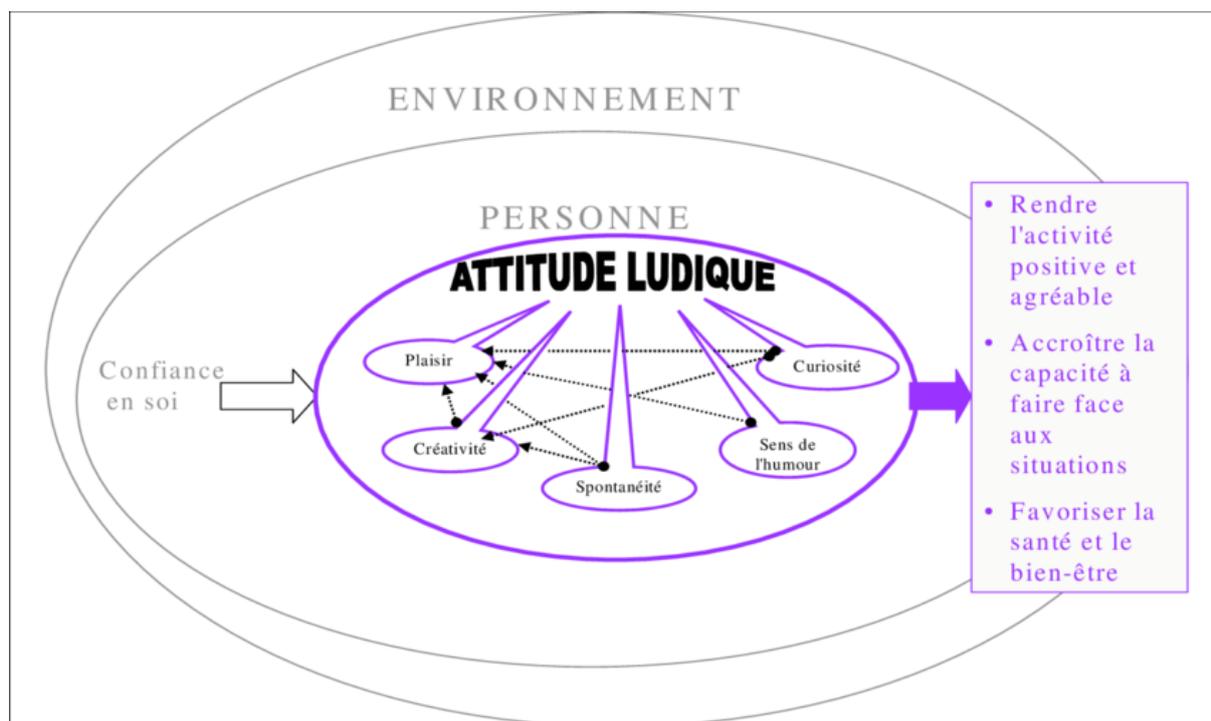


Figure 2 : Représentation graphique du modèle ludique

occasions d'apprentissage pour les patients. En fait, l'attitude ludique permet à l'ergothérapeute de donner du sens à l'activité, d'améliorer l'engagement dans les activités significatives, et donc d'en augmenter le potentiel thérapeutique.

3.5. Intérêt du jeu en ergothérapie

Le jeu permet en effet de mettre en avant des notions liées à la performance d'individu : le dépassement de soi, le défi, la valorisation, etc. et des notions liées à la participation sociale : la rencontre, l'échange, le fair-play, tout en offrant un cadre rassurant de règles et un espace d'expression privilégié au joueur.

Guitard et Ferland vont encore plus loin dans la réflexion sur l'intérêt de l'activité ludique : en effet, ils décrivent que jusqu'à présent, les ergothérapeutes s'attachaient surtout à la nature de l'activité mise en relation avec les intérêts du patient pour en déduire qu'elle était significative ou signifiante pour lui. Selon leur étude, l'attitude ludique permet de transcender le concept même d'activité signifiante et significative en permettant de rendre significative ou signifiante n'importe quelle activité, si elle est abordé sous l'angle du jeu et du ludique (40). Cela représente donc un fort potentiel thérapeutique pour l'ergothérapie chez l'adulte.

3.6. Limites du jeu

Bien que présentant de nombreux points positifs, le jeu peut également avoir des limites, et des contre-indications. Nous pensons notamment au public addictologique qui pourrait, s'il est mal utilisé, remplacer l'objet addictif (produit ou comportement) par le jeu. Cela semble d'autant plus plausible que l'addiction au jeu est elle-même une pathologie reconnue.

Le second aspect négatif lié au jeu est par rapport à l'effet galvanisant qu'il peut entraîner, et qui peut permettre à l'individu dans une certaine mesure de s'affranchir du danger, ou au contraire, de rechercher l'effet stimulant du danger au travers du jeu. C'est le phénomène que l'on observe par exemple dans les « *jeux dangereux* » retrouvés dans le milieu scolaire (42). Chez l'adulte, cela sera des jeux de type « *roulette russe* » ou « *jeu du couteau* ».

Problématique et hypothèses

Ces éléments théoriques amènent à se questionner par rapport au lien entre le jeu, ou l'attitude ludique, et la prise en charge des troubles de la motivation chez le patient psychiatrique. De ce questionnement découle notre problématique :

Le jeu, en ergothérapie, représente-t-il un outil motivationnel privilégié afin d'améliorer la motivation du patient psychiatrique lors des soins ?

Afin de pouvoir confirmer ou infirmer cette problématique, nous posons plusieurs hypothèses de réponses :

- Le jeu est une médiation compatible à la rééducation ergothérapique des patients psychiatrique.
- Le jeu est un outil thérapeutique ludique permettant d'allier plaisir et travail, et permet donc une meilleure motivation du patient dans la prise en soin.
- Le jeu permet de favoriser la participation aux soins plus efficacement que des activités non-ludiques.

Partie expérimentale

1. Méthodologie de la recherche

1.1. Type de recherche

Afin d'explorer cette problématique et tenter d'y répondre, nous avons réalisé une étude expérimentale auprès d'ergothérapeutes travaillant en hôpital psychiatrique. La méthode retenue a été celle de l'entretien (ou interview) semi-dirigé.

Quatre ergothérapeutes ont donc été interviewées afin de recueillir leurs expériences et leurs expertises par rapport à l'utilisation du jeu dans leur pratique en milieu psychiatrique.

1.2. Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche était de pouvoir montrer de façon scientifique si le jeu présentait un réel intérêt dans le travail de remise en action en ergothérapie. C'est une pratique souvent retrouvée dans les services de psychiatrie ayant un ergothérapeute afin de permettre la remotivation des patients et leur remise en action : pourquoi ? Et comment ? Telles ont été les questions qui nous ont motivé à explorer ce thème.

Nous sommes donc allés questionner les ergothérapeutes sur les modalités d'utilisation du jeu dans leur pratique. Nous avons ensuite exploré les représentations véhiculées par le jeu en tant qu'outil thérapeutique pour elles en tant que soignant, mais aussi pour les patients, selon elles. Par la suite, les questions de la motivation et la remotivation ont été abordées par rapport aux types de troubles de la motivation rencontrés dans leurs services dans un premier temps, puis par rapport au lien qu'elles faisaient entre l'utilisation du jeu et la remise en action des patients.

1.3. Critères d'inclusions et d'exclusions

Au niveau des critères d'inclusions et d'exclusions, le premier critère à évidemment été que la personne interrogée soit ergothérapeute diplômée d'Etat, et travaillant en milieu psychiatrique. De plus, les patients suivis devaient présenter des troubles de la motivation. Ensuite, la personne interrogée devait nécessairement utiliser de façon régulière le jeu dans sa pratique ergothérapique, et notamment dans le traitement des troubles de la motivation.

2. Méthode de collecte de données

2.1. Description de l'outil d'exploration

Nous avons choisi d'utiliser l'outil de l'entretien semi-dirigé pour cette expérimentation. Le principe de ce type d'entretien est de structurer l'interview en grands thèmes, en ne posant que des questions ouvertes.

On recherche avant tout le dialogue dans ce type d'entretien, c'est pourquoi les questions posées se doivent d'être ouvertes afin de permettre la libre expression de la personne sur le sujet abordé. Au cours de l'entretien, d'autres questions pourront être posées de façon spontanée en fonction de la tournure que prend l'échange afin d'explorer d'autres facettes non-prévues par les questions générales, ou bien pour préciser un point évoqué jugé intéressant. Ces questions secondaires sont appelées relances. Dans la mesure du possible, il faut également favoriser les questions ouvertes pour les relances, mais dans certains cas,

les questions fermées peuvent également être utilisées (vérification d'une information précise, par exemple).

Dans notre cas, l'entretien était donc constitué de 5 questions principales, auxquelles se rattachait plusieurs relances préparées à l'avance, en plus des relances spontanées (V. Annexe I).

Le guide d'entretien a été prévu pour des interviews de 30 minutes environ, durée qui a été respectée lors des passations. Afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse des résultats, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable, avec l'accord des ergothérapeutes interrogés. Les passations se sont déroulées en face-à-face sur le lieu de travail des ergothérapeutes pour deux d'entre elles, et par téléphone pour les deux autres, pour des raisons logistiques. Aller sur place nous permettant cependant par la même occasion de voir directement les jeux utilisés par les ergothérapeutes avec leurs patients, ce qui nous a également fournis des données supplémentaires quant à la réalité d'utilisation du jeu dans leur quotidien de thérapeute.

2.2. Justification du choix de l'outil d'exploration

L'objectif d'utiliser l'entretien semi-directif était de réaliser une étude qualitative auprès de professionnels possédant une expérience dans l'utilisation du jeu et de l'attitude ludique en milieu psychiatrique. Nous avons jugé plus cohérent de privilégier l'approche qualitative étant donné que nous sommes sur un recueil de pratique. De fait, une analyse quantitative n'aurait eu que peu d'intérêt pour ce sujet puisqu'il n'aurait pas permis la réflexion personnelle suscitée par l'entretien ouvert, qui nous a permis par la suite d'aborder des éléments auxquels nous n'avions pas pensé initialement.

L'avantage de cette technique d'entretien est qu'elle est facilement personnalisable en fonction de son interlocuteur. Le fait de pouvoir explorer différemment chaque grand thème permet d'obtenir une richesse de résultats que nous n'aurions pas plus retrouvée dans une analyse quantitative.

3. Méthode d'analyse de données

3.1. Description de la méthode d'analyse

La technique d'analyse d'entretien que nous avons utilisée est une analyse transversale.

L'étape préalable nécessaire à l'analyse des résultats a été de retranscrire entièrement chaque entretien afin de pouvoir traiter les données grâce au logiciel ATLAS. ATLAS est un logiciel permettant de coder un ou plusieurs textes afin d'en isoler et trier les éléments clés dans différentes catégories, facilitant par la suite le travail d'analyse.

La première étape, la retranscription, se caractérise par un rapport factuel de chaque entretien séparément. Nous avons simplement fait l'inventaire des réponses données par les ergothérapeutes aux questions posées. Cette étape nous a permis de faire le point sur le recueil des différentes pratiques des ergothérapeutes et d'en tirer des éléments quant au contexte d'utilisation du jeu, ses modalités d'utilisation, et son intérêt par rapport aux troubles de la motivation pour chaque ergothérapeute interrogée (V. Annexe II).

La seconde étape, l'analyse transversale, se caractérise par l'analyse comparée de tous les entretiens, les uns aux autres. Cette analyse s'est faite selon plusieurs indicateurs tels que la fréquence de sortie de certains mots clés, la similarité ou la dissemblance de modalités

d'utilisation du jeu dans la prise en soin, etc., en comparant les informations clés obtenues dans chaque entretien grâce à un tableau récapitulatif (V. Annexe III).

3.2. Justification de la méthode d'analyse

Le fait d'utiliser une analyse transversale a permis de limiter les influences personnelles propres à chaque ergothérapeute fin d'en tirer des données fiables se rapprochant de la population générale des ergothérapeutes français travaillant en milieu psychiatrique. Il en est de même pour la population étudiée : croiser les résultats entre différentes populations psychiatrique nous a permis de nous rapprocher de la vision de la population générale psychiatrique.

4. Résultats

4.1. Entretiens individuels

4.1.1. 1^{er} entretien : Mme G

- Type de population

Mme G est une ergothérapeute travaillant dans une clinique d'addictologie. Les patients qu'elle rencontre sont principalement des patients présentant des troubles d'alcoolodépendance principalement, mais aussi de troubles addictifs à d'autres substances ou comportements (drogues, sexe, jeu...). La répartition d'âge est très variée, allant du jeune adulte à la personne âgée. Dans cette structure, Mme G intervient sur deux services : un service d'hospitalisation complète d'une part qui a un fonctionnement sous forme de cures de 4 semaines, et un service d'hospitalisation de jour où les patients peuvent venir de plusieurs fois par semaine, à une fois tous les 6 mois (pour un suivi à long terme).

- Utilisation et intérêt du jeu

Mme G utilise peu le jeu dans sa pratique d'ergothérapeute, ou en tout cas, pas autant qu'elle le souhaiterait. Actuellement, la principale utilisation qu'elle en fait est avec des jeux de plateaux, notamment le jeu Dixiludo, un jeu validé, réalisé par des ergothérapeutes. Son principal intérêt à utiliser le jeu est pour travailler la communication, notamment orale, avec ses patients. Le Dixiludo fonctionne sur le principe d'un jeu de l'oie avec différents thèmes d'expression verbale ou non-verbale proposé, il permet d'instaurer le dialogue entre les patients dans une ambiance joyeuse et ludique.

C'est donc une utilisation du jeu exclusivement en groupe qui est faite, car c'est l'échange qui est avant tout intéressant selon elle. Pour Mme G, utiliser le jeu en individuel n'a pas d'intérêts dans son cas. Elle aimerait mettre en place des jeux de coopération car selon, elle ça serait un bon moyen de les faire travailler ensemble plutôt qu'en compétition. Elle envisage également d'utiliser le jeu en lien avec la reprise des loisirs et des activités par les personnes en perte d'élan vital. De plus, elle fait le lien entre l'utilisation du jeu et le côté motivant de découvrir une nouvelle activité. Selon elle, les patients aiment qu'on leur propose de nouvelles activités, cela leur donne l'impression que l'on cherche à se renouveler et qu'on leur accorde de l'importance. Enfin, Mme G suggère également que le jeu peut être un excellent support de mise en situation pour l'évaluation ou la rééducation des fonctions cognitives.

Le second grand axe évoqué par Mme G à propos du jeu est son intérêt vis-à-vis de la relation thérapeutique. En effet, elle décrit qu' à plusieurs reprises, le jeu lui a permis de rentrer en relation avec des patients pour lesquels l'accroche était très difficile à obtenir en ergothérapie. Une de ses phrases illustre bien cela : « *Autant la relation peut aider à aller vers le jeu, autant le jeu peut aider à aller vers la relation* ». Car « *Ça casse le côté « blouse blanche* » » selon ses dires et permet d'avoir un statut de joueur et non plus de professionnel de santé. Permettant donc d'instaurer un positionnement différent. Pour des patients ayant l'habitude de jouer chez eux, c'est également une porte d'entrée aux transferts des acquis à l'extérieur de l'hôpital, qui est à ce jour la plus grande difficulté rencontrée par Mme G.

- Représentations du jeu

Par rapport aux représentations du jeu, Mme G décrit une vision du jeu très positive. En effet, il est associé pour elle à la convivialité, à l'apprentissage ludique, la communication et aux relations aux autres. Elle précise aussi qu'on peut jouer à tout âge. Selon elle, les représentations que l'on peut avoir du jeu en tant qu'ergothérapeutes varient beaucoup en fonction de la façon dont le jeu est perçu en dehors du contexte professionnel. Ainsi, Elle qui joue beaucoup dans le cadre privé y associe une image positive, ce qui n'est pas forcément le cas de tous les ergothérapeutes.

Elle nous fait ensuite part des représentations du jeu que les patients peuvent lui renvoyer en ergothérapie. Elle constate que le jeu est souvent perçu comme infantilisant par les patients et renvoie à des images d'école et d'enfance. Mme G explique cela par le fait que ses patients dont elle s'occupe ont souvent un rapport au passé difficile en raison de parcours de vie complexes, et que de fait, ils ont oublié le côté imagination et rapport à l'enfance et se mettent beaucoup de barrières par rapport à cela. Ceci ayant pour conséquence une vision négative du jeu, même en tant qu'outil thérapeutique. Enfin, pour certains patients présentant des troubles d'addictions comportementales, le jeu peut être associé à la dépendance et il est à proscrire de la prise en soins, ou à utiliser avec beaucoup de précautions dans ces cas-là.

Par rapport à un patient opposant à l'utilisation du jeu, Mme G indique qu'il est déjà plus facile de justifier l'emploi du jeu quand celui-ci est thérapeutique initialement (comme pour le jeu Dixiludo par exemple). Cependant, l'utilisation de n'importe quel jeu peut se justifier dès lors que l'on met en avant le côté thérapeutique, ludique, groupe et la notion de plaisir à jouer. Enfin, pour Mme G, il sera plus évident de faire accepter le jeu à un patient réfractaire du moment que la relation thérapeutique est saine et qu'une relation de confiance s'est instaurée avec lui.

- Troubles motivationnels

Mme G décrit les troubles motivationnels comme une des principales difficultés rencontrées par les patients dans sa structure. Que ce soit en lien avec les troubles cognitifs entraînés par la consommation de substances, ou d'une perte d'élan vital, les patients de Mme G ont beaucoup de difficultés à se mobiliser sur les activités du quotidien. C'est donc un des objectifs centraux de ses prises en soins que de remettre en action ces patients, et de les faire travailler sur la notion de plaisir, loisirs, et de motivation.

- Lien entre les troubles motivationnels et le jeu

Là où le jeu a réellement du sens en ergothérapie pour Mme G, c'est par rapport au transfert des acquis sur le milieu écologique. C'est le cas par exemple pour les groupes d'EHS (Entraînement aux Habiletés Sociales), qui sont des groupes de communication travaillé sur

la structure mais dont il est difficile de faire appliquer les techniques aux patients dans le quotidien. L'utilisation du jeu, sous diverses formes (jeux de rôles, jeux de plateau, etc.) permet de rendre ces techniques de communication plus concrètes, leur donnant plus d'impact par rapport à la vie de tous les jours.

L'aspect nouveauté de l'activité est également un levier sur lequel l'ergothérapeute peut jouer pour favoriser la motivation des patients à venir en séance. En effet, le fait que l'ergothérapeute cherche à renouveler ses prises en soins montre aux patients qu'ils sont considérés, ce qui les valorise et les motive à participer. Mme G met également en avant la notion de découverte pouvant être perçue comme un défi à relever pour les patients, ce qui aura tendance à accroître leur motivation dans le jeu. De même qu'une fois l'effet stimulant de la nouveauté passé, le défi peut être maintenu en mettant en avant la progression dans le jeu (stratégies, résultats...).

4.1.2. 2^{ème} entretien : Mme M

- Type de population

Mme M est une ergothérapeute travaillant dans deux services distincts au sein d'un même hôpital psychiatrique. D'une part un service de gérontopsychiatrie où elle prend en soin des patients âgés présentant des pathologies psychiatriques : bipolarité, psychoses maniaco-dépressives, dépression... Et d'autre part, un service de psycho-gériatrie dans lequel on rencontre des personnes âgées présentant des pathologies neuro-dégénératives (tous types de démences et maladie de Parkinson).

- Utilisation et intérêt du jeu

Mme M utilise différents types de jeux dans sa pratique d'ergothérapeute : jeux de plateaux, jeux d'équilibre, de ballons, de quilles, jeux de rôles, parcours de marche ludique... En fonction des objectifs qu'elle souhaite travailler. Elle utilise le jeu aussi bien pour travailler le moteur que le cognitif. Elle utilise également le jeu en individuel comme en groupe, bien que l'utilisation en groupe soit plus intéressante selon elle grâce à la dynamique qu'il permet. Son utilisation en individuel sera plutôt axée sur un objectif précis tel que le relevé du sol, ou des problèmes plus fonctionnels d'épaule, de dos, etc. Elle fait cependant le lien dans tous les cas avec une notion d'apprentissage de nouvelles techniques liés à la réalisation des activités de la vie quotidienne. En groupe, le jeu sera plutôt utilisé comme support d'un groupe de parole par exemple, ou pour travailler sur les fonctions cognitives, mnésique et la communication.

Mme M fait le lien entre l'utilisation du jeu et le côté revalorisant de celui-ci, surtout en groupe où elle fait remarquer l'entraide qui peut se mettre en place entre les patients et le fait qu'ils se valorisent les uns les autres. De plus, elle décrit que le jeu peut être « *vecteur de lien social, notamment lors du retour à domicile* ». Enfin elle précise que même lorsque le jeu est dur pour les patients, « *ils en tirent toujours quelque chose de positif au final* », par rapport au dépassement de soi, au plaisir d'être ensemble, de s'entraider, etc. ce qui est valorisant pour eux. De plus, le jeu leur permet de travailler sans qu'ils ne s'en rendent compte.

Par rapport à la relation thérapeutique, le jeu peut permettre de trouver une accroche avec le patient, afin d'établir la relation thérapeutique. C'est d'autant plus vrai lorsque l'on peut s'appuyer sur les familles des patients pour nous aider à trouver les intérêts de ceux-ci. Le jeu permet aussi un échange différent par rapport à une prise en soin conventionnelle selon Mme M. Elle observe que le rapport au soignant a tendance à s'effacer pour laisser place à un

rapport entre joueurs. Cela entraîne plus de sourires, plus de sympathie et plus d'échanges personnels avec les patients, permettant d'accroître la relation de confiance avec eux.

- Représentations du jeu

Pour Mme M, le jeu représente avant tout un outil thérapeutique, avec la nuance qu'il permet de s'adapter facilement à la personne et à ses capacités, avec en supplément la notion de plaisir et d'activité ludique.

Concernant la représentation du jeu par les patients, Mme M indique que l'image qu'ils en ont diffère du type de jeu proposé : Pour tout ce qui est jeux de sociétés (scrabble, jeux de cartes, etc.), ils sont généralement assez réceptif, surtout les personnes âgées. En effet, Mme M explique que ce type de jeu est associé pour eux à la convivialité et à l'échange, et revêt donc une image positive. A l'inverse, les jeux d'assemblage, de puzzle, de couleurs, sont bien moins bien perçus car vécus comme infantilisant. Cela leur donne le sentiment d'être stigmatisés, diminués, et qu'on les fait régresser avec ces types de jeu.

Face à un patient ayant de mauvaises représentations du jeu, Mme M essaie toujours de justifier son utilisation avec les objectifs thérapeutiques. Quitte à complètement décrédibiliser le jeu, elle met en avant les composantes thérapeutiques travaillées. Cette démarche se recoupe avec la représentation du jeu qu'elle a : ce n'est qu'un moyen thérapeutique ludique.

- Troubles motivationnels

Pour Mme M, les troubles motivationnels peuvent prendre deux formes en fonction du public avec lequel elle travaille. En psychogériatrie, il y a vraiment un symptôme de la pathologie neuro-dégénérative qui est l'apathie. C'est un symptôme sur lequel il est difficile d'agir car bien souvent les patients n'ont pas conscience d'être apathiques, néanmoins, avec beaucoup d'incitations, Mme M arrive assez facilement à mobiliser ces patients. En gérontopsychiatrie, le trouble motivationnel se manifeste plutôt sous la forme de perte d'élan vital. Dans ce cas, ils n'ont pas du tout envie de venir, n'ont plus du tout de motivation. C'est donc plus complexe pour elle de les faire venir en ergothérapie.

- Lien entre les troubles motivationnels et le jeu

Selon Mme M, la notion de groupe dans le jeu joue énormément. Par rapport à la notion d'échange, de convivialité, elle note une meilleure implication des patients dans la séance et une meilleure motivation à participer. Elle fait remarquer qu'expliquer clairement les objectifs thérapeutiques favorise également la motivation des patients.

Mme M rajoute que l'utilisation du jeu est d'autant plus pertinente avec des personnes pouvant en comprendre l'intérêt thérapeutique. Elle fait le parallèle avec l'exemple de patients présentant d'importants troubles cognitifs, pour lesquels faire comprendre les objectifs thérapeutiques du jeu n'est pas possible. Dans ce cas-là, elle va s'attacher au côté ludique du jeu afin de motiver la personne à participer. Prendre en compte la dimension significative de l'activité pour la personne permet aussi d'accroître la motivation peu importe son niveau cognitif.

Par rapport aux limites de l'utilisation du jeu, Mme M met en garde quant à la notion de défi et de compétition. Face à un public trop déprimé qui rencontre des problématiques de dévalorisation et de mauvaise estime de soi, mettre les patients en concurrence est à éviter. Néanmoins pour d'autres patients, le défi peut favoriser la motivation et l'implication dans

l'activité et dans la prise en soin. Enfin, Mme M exprime que le jeu n'est pas une fin en soi, et qu'il vaut mieux favoriser les mises en situation écologique dans les démarches de retour à domicile, par exemple, car sinon la personne se verra difficilement évoluer par rapport à la réalisation des activités de la vie quotidienne.

4.1.3. 3^{ème} entretien : Mme D

- Type de population

Mme D est une ergothérapeute intervenant à 50% sur un service de gérontopsychiatrie et 50% en SSR gériatrique. En gérontopsychiatrie, elle prend en soins des patients présentant des pathologies neuro-dégénératives, principalement des MAMA (Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentée). Pour l'entretien, nous lui avons demandé de se concentrer sur son utilisation du jeu avec cette population.

- Utilisation et intérêt du jeu

Mme D utilise principalement le jeu pour rééduquer les fonctions cognitives et les fonctions mnésiques de ses patients. Selon elle, son aspect ludique est plus parlant pour les patients qu'une activité analytique, ce qui favorise leur motivation et leur engagement. De plus, le jeu sort des activités traditionnellement rencontrées à l'hôpital, et permet donc aux patients de changer de contexte : « *le fait de jouer fait oublier que l'on est en train de travailler* ».

Bien qu'elle utilise préférentiellement le jeu en groupe, Mme D s'en sert également dans ses prises en soins individuelles. Par exemple pour les patients ayants de gros problèmes de socialisation et de participation, Les intégrer à un groupe serait contre-productif car cela pourrait être délétère pour eux et pour les autres. L'utilisation en individuel est donc mieux adaptée. De plus, cela permet à Mme D de vraiment se concentrer sur le fonctionnement de la personne plutôt que sur la dynamique générale du groupe.

En groupe, elle recherche l'interaction entre les patients afin de stimuler leur participation et leurs capacités de façon ludique en répétant le fait que le jeu permet de travailler sans s'en rendre compte. Dans ces groupes, Mme D a pour volonté de laisser le maximum de place aux patients afin de laisser la dynamique de groupe agir. Elle ne se positionne en semi-directif que si elle est face à des patients présentant d'importants problèmes d'apathie ou d'initiation.

- Représentations du jeu

Pour Mme D, le jeu est une médiation qui « *parle à tout le monde* » grâce à ces composantes ludiques et culturelles, elle cite notamment des jeux connus comme le Scrabble, le Monopoly, etc. De fait, le jeu est facilement accepté par ses patients. C'est pour elle un moyen thérapeutique plus agréable à utiliser pour les patients, « *tout en s'amusant* ». De plus, le jeu revêt selon elle un aspect convivial permettant de rassembler les gens.

Par rapport aux troubles apathiques auxquels elle peut être confrontée, Mme D précise que le jeu par sa composante culturelle permet également de s'appuyer sur les souvenirs des personnes pour les remobiliser et les motiver. De plus il est rassurant pour des personnes atteintes de MAMA d'utiliser un jeu déjà connu.

En cas de refus de la part d'un patient d'utiliser le jeu, Mme D aura pour réponse de justifier l'utilisation du jeu par la mise en avant des objectifs thérapeutiques en faisant le parallèle avec les troubles du patients (dans une démarche similaire à l'éducation

thérapeutique du patient). Et si malgré cela, le patient refuse toujours, Mme D indique qu'elle trouvera une autre activité à faire, car « *forcer le patient à faire un jeu alors qu'il n'en a pas envie n'a pas de sens, et puis on perd complètement le potentiel thérapeutique du jeu* ».

Enfin, par rapport aux autres professionnels, Mme D indique qu'il est souvent difficile de faire comprendre l'intérêt du jeu aux autres collègues de la structure et que trop s'en servir peut amener à une décrédibilisation de la profession : « *combien de fois j'ai entendu : « toi il est pas dur ton métier tu joues toute la journée »* ».

- Troubles motivationnels

Les principaux troubles motivationnels auxquels Mme D est confrontée sont principalement l'apathie, qui est un symptôme des MAMA, des pertes d'élan vital, et des défauts d'initiations.

Mme D insiste sur le fait que face à des troubles de la motivation, il est important d'adapter le jeu à la personne afin que celle-ci puisse aller jusqu'au bout de l'activité, ce qui est valorisant pour elle. Elle cite l'exemple du jeu du Mikado : « *avec une de mes patientes qui avait de faibles capacités attentionnelles, je faisais des parties avec seulement 10 mikados, mais le fait qu'elle puisse terminer la partie était déjà une victoire en soi pour elle* ».

- Lien entre les troubles motivationnels et le jeu

Pour Mme D, il y a un lien évident entre le jeu et la motivation de ses patients. Elle dit « *c'est ce qui fait la force de l'ergothérapie, le fait qu'avec une activité ludique et plaisante pour eux, on arrive à les rééduquer* ». Cependant elle insiste sur le fait que la significativité du jeu pour les patients doit être prise en compte, surtout pour des pathologies neuro-dégénératives entraînant beaucoup d'angoisses pour les patients, le fait de se raccrocher à un cadre connu aide à la rassurance et donc à la motivation.

4.1.4. 4^{ème} entretien : Mr T

- Type de population

Mr T est un ergothérapeute travaillant dans un service d'addictologie au sein d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Ses patients ont des problématiques d'addictions diverses (produits et/ou comportement), mais l'addiction la plus fréquemment rencontrées est l'alcool-dépendance.

- Utilisation et intérêt du jeu

Mr T utilise le jeu principalement en groupe, mais il peut également s'en servir en individuel.

En groupe, il recherche la communication, l'entraide ou au contraire la confrontation, la stimulation par le groupe

En individuel, il peut utiliser le jeu pour entrer en communication avec l'autre, ou pour aborder des sujets sensibles en détournant l'attention du patient sur le jeu.

Pour des problématiques de troubles du comportement et de gestion des émotions, il peut utiliser le jeu pour extérioriser ces émotions négatives du patient. Il prend l'exemple des jeux sportifs que le touch rugby, ou le tir à l'arc par exemple.

Par rapport aux jeux sur table, Mr T explique que « *le simple fait d'avoir des règles précises permet déjà d'installer un cadre rassurant* » pour des patients souvent en manque de repères.

- Représentations du jeu

Pour Mr T, le jeu est un « *formidable outil de rééducation* » qu'il prend plaisir à utiliser. Il précise qu'il est important selon lui que le thérapeute apprécie la médiation qu'il utilise car il sera forcément plus investi dans sa prise en soin que s'il utilise une activité à contre-cœur. Pour lui, le jeu permet de faire travailler le patient sans qu'il s'en rende compte, ou en tout cas de façon plaisante pour lui. Il dit « *on peut utiliser un jeu dur, ce n'est pas un problème, mais il faut que le patient garde la sensation de plaisir* ».

Par rapport à ses patients, Mr T décrit qu'il est impératif de toujours justifier sa pratique d'ergothérapeute par les objectifs thérapeutiques « *sinon on est juste des animateurs* ». De plus, il indique qu'il est important que les objectifs thérapeutiques que l'on avance puissent être concrets pour les patients : « *je ne dis pas que c'est pour les rééduquer aux habiletés sociales, je dis que c'est pour travailler leurs problèmes de communication dans le quotidien* ». Selon lui, du moment que les objectifs thérapeutiques sont explicités et bien compris dès le départ, il y a peu de chance que le patient se montre opposant au jeu. Au contraire, ils ont tendance à le demander.

- Troubles motivationnels

Les patients suivis par Mr T présentent principalement des troubles motivationnels de type perte d'élan vital, ou défaut d'initiation. Bien souvent, l'addiction est corrélée à la dépression pour eux, ce qui entraîne une perte d'envie, et donc une diminution de la motivation selon Mr T. De plus, la faible estime qu'ils ont d'eux-mêmes fait qu'ils ont du mal à avoir confiance en eux et à oser de nouvelles activités.

- Lien entre les troubles motivationnels et le jeu

Pour Mr T il existe intérêt à utiliser le jeu pour lutter contre les troubles de la motivation. En effet, le côté ludique du jeu permet à la fois de stimuler l'intérêt du patient et de le faire travailler sans qu'il ne s'en rende compte. Mr T rajoute cependant que le jeu en lui-même ne suffit pas toujours à augmenter significativement la motivation, mais il peut simplement permettre au patient de « *s'évader* » du quotidien de la cure, et d'avoir un moment de convivialité agréable.

Discussion

1. Interprétation des résultats

Pour donner suite à la retranscription de chaque entretien, nous pouvons remarquer que plusieurs éléments communs se détachent concernant l'utilisation du jeu par les ergothérapeutes. Nous pouvons également observer que des divergences apparaissent. L'objectif de cette analyse transversale sera de confronter les différents points de vue afin de constituer une vision globale de l'utilisation du jeu pour favoriser la motivation à participer aux soins.

1.1. Définition et représentation du jeu

Par rapport à la définition du jeu, les ergothérapeutes font la distinction entre différents types de jeux : jeux de plateaux, de ballons, de rôles, de cartes, etc. et font également la distinction entre leurs représentations, leurs acceptations, et ce qu'ils permettent plus spécifiquement de travailler.

Le jeu semble revêtir une symbolique de convivialité, d'échange, de plaisir, et faisant parti de la culture collective pour les ergothérapeutes interrogées. De façon générale, le jeu est perçu comme une activité positive, permettant l'échange et la communication entre les participants, dans une ambiance joyeuse et agréable.

Dans le cadre de leur pratique professionnelle, il revêt également un aspect ludique et intergénérationnel. De plus, le jeu est perçu comme un moyen privilégié d'établir ou de renforcer la relation thérapeutique. Cependant pour Mme M, on constate que le jeu peut également être considéré comme un simple outil thérapeutique à composante ludique, sans forcément fait de distinction avec une activité plus analytique.

Concernant les représentations des patients, la donnée ressortant majoritairement est que le jeu est souvent perçu comme infantilisant par les patients. Ceci est à mettre en parallèle avec les représentations du jeu véhiculée par la société mais aussi parfois un rapport à l'enfance difficile. Il n'est pas évident pour les patients de concevoir que le jeu puisse avoir un bénéfice à leurs prises en soins.

Nous constatons cependant que les représentations des patients varient d'un type de jeu à l'autre. Ainsi, si les jeux de sociétés et les jeux de cartes sont plutôt bien acceptés pour leur côté réflexif et stratégique. Les jeux d'assemblage, les jeux de rôle ou encore les jeux de balles ont à l'inverse une image de jeux pour enfants et sont donc peu motivants pour les patients. Pire, l'utilisation de certains jeux peut même avoir un effet négatif sur la motivation des patients puisqu'ils leur donne l'impression de régresser dans leurs capacités. D'où l'importance de bien choisir le type de jeu employé en fonction des patients que l'on prend en soins.

Enfin, il y a une composante de sensibilité personnelle qui est non-négligeable, pour les ergothérapeutes comme pour les patients. Des personnes familières avec le jeu auront nécessairement plus de motivation pour jouer que des personnes non-joueuses. De même qu'un ergothérapeute aimant le jeu aura plus tendance à l'utiliser dans ses prises en soins.

1.2. Utilisations et intérêts du jeu

Utilisation du jeu en ergothérapie peut être très variée étant donné la multiplicité de types de jeux existants. Néanmoins une tendance se dégage clairement par rapport au cadre d'utilisation : l'utilisation en groupe. Il est en effet décrit par tous les ergothérapeutes que c'est en groupe que l'utilisation du jeu est la plus intéressante. En effet, le groupe offre une dynamique permettant de nombreux échanges entre les patients, mais aussi entre les patients et le thérapeute. C'est un espace d'expression privilégié au sein duquel la parole peut se libérer plus facilement qu'ailleurs, comme Mme G le décrit par exemple dans son interview : « *Ça casse le côté « blouse blanche* » ». Ainsi c'est un outil qui semble pertinent pour répondre aux problèmes de communication fréquemment rencontrés chez les patients psychiatriques. Par rapport au thérapeute, il permet la mise en place d'un contexte différent d'une prise en soin classique, car en se positionnant comme joueur, le thérapeute se met au même niveau que le patient, ce qui favorise la relation de confiance et l'alliance thérapeutique.

Le groupe crée également une dynamique de valorisation et de motivation collective en permettant l'entraide. Le fait de travailler vers un objectif commun, avec les jeux coopératifs par exemple, permet une émulation positive entre les patient favorisant la motivation. Il en est de même pour la notion de défi qui permet de stimuler la volonté d'agir et favorise le dépassement de soi. Cette notion de défi est cependant à nuancer et à utiliser intelligemment car il n'est pas adapté à tous types de pathologies psychiatriques (Mme M).

Un autre élément central de ces entretiens est le fait que le jeu permette de « *travailler sans s'en rendre compte* » (Mme M, Mme D, Mr T). Cet élément fait écho aux notions d'activité signifiantes et significatives du MOH de Kielhofner, ainsi qu'à la théorie du Flow de Csíkszentmihályi (11),(26).

1.3. Motivation et jeu

Nous voyons grâce à ses entretiens qu'un lien entre le jeu et la stimulation de la motivation semble exister. Tout d'abord, en prenant en compte l'aspect significatif du jeu, les ergothérapeutes interrogées indiquent une amélioration notable de la motivation. Ce concept de jeu significatif peut même être élargi grâce aux travaux de Guitard et Ferland montrant que l'attitude ludique permet de transcender la notion d'activité significative (40) en rendant significative pour la personne des activités qui ne l'étaient pas forcément initialement. De plus, l'effet valorisant du groupe stimule les patients et augmente leur motivation à venir en séance comme Mme M le décrit dans l'interview avec un groupe de belotte qu'elle a pu monter en ergothérapie : « *Il y en a une qui m'a dit une fois en entretien « moi j'adore la belote, à la maison de retraite j'y joue beaucoup, mais ici j'ai l'impression qu'il y a personne qui joue » mais c'est normal parce qu'elle allait pas vers les autres donc il pouvait pas savoir. Mais en se renseignant, on a pu créer un petit groupe avec un soignant et ils ont pu jouer à la belotte* ».

D'autre part, un autre constat que nous pouvons faire est que la justification du jeu par l'explicitation des objectifs thérapeutiques favorise également la motivation des patients à participer (Mme G, Mme M, Mme D et Mr T). En effet, les patients auraient tendance à mieux accepter, et donc plus participer à des jeux, si les enjeux thérapeutiques ont été clairement énoncés au préalable. Ceci allant de paire avec la notion de confiance thérapeutique, mais aussi de justification de notre pratique auprès des autres professionnels de santé.

Enfin, par rapport à l'aspect nouveauté de l'activité, les avis divergent entre Mme G qui met en avant l'effet stimulant de la nouveauté (certainement en corrélation avec sa propre

motivation à essayer un nouveau jeu), et Mme D et Mr T préfèrent utiliser des jeux déjà connus par les patients en raison de leur côté rassurant.

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, nous constatons que si le jeu en tant qu'activité peut induire une augmentation de la motivation, c'est également le cas pour le contexte d'utilisation du jeu, et notamment le groupe. Pour les quatre ergothérapeutes interrogés, le groupe associé à l'aspect hédonique et ludique du jeu crée une émulation positive entraînant une hausse globale de la motivation. Pour Mr T, le jeu en lui-même ne suffit pas toujours à favoriser la motivation, mais il permet parfois simplement d'offrir au patient un moment de détente et d'évasion psychique.

1.4. Inconvénients et limites du jeu

Les limites à l'utilisation sont liés aux notions d'activités significatives évoquées précédemment. Il peut en effet arriver que certains patients soient fortement opposés à l'utilisation du jeu, qui devient alors un frein à la motivation. Cependant, nous pouvons penser que dans une telle situation, c'est plus un problème de relation de confiance insuffisante entre le patient et le thérapeute que d'utilisation du jeu.

Enfin, Mme M explique que dans une démarche de retour à domicile du patient, le jeu est insuffisant à la rééducation de la réalisation des activités de la vie quotidienne. Il faut nécessairement compléter la prise en soin avec des mises en situations écologiques pour lesquelles le transfert sur l'extérieur sera plus facile. Néanmoins, comme le souligne Mme G, bien qu'insuffisant à lui tout seul, le jeu peut aussi être la porte d'entrée au transfert sur le quotidien.

2. Vérification des hypothèses et réponse à la problématique

A la vue de ces résultats d'analyse, qu'en est-il maintenant de nos hypothèses de recherche ?

Concernant le jeu en tant que médiation adéquate à la rééducation ergothérapique des patients psychiatriques, nous pouvons constater aux travers de nos recherches bibliographiques et de nos entretiens que l'utilisation du jeu est pertinente pour la rééducation du public psychiatrique. De nombreux articles montrent en effet les bénéfices du jeu sous diverses formes dans la prise en soin des patients souffrant de troubles mentaux (43),(44). Et ces faits sont corroborés par les propos que nous avons pu recueillir au cours de nos entretiens. Les ergothérapeutes interrogés utilisent aussi bien le jeu pour rééduquer les habiletés sociales (communication, gestion des émotions, etc.), que des fonctions motrices. De plus, dans le cadre de la psychiatrie où les patients sont souvent en perte de repère, les travaux de Callois nous montrent que le jeu de règle, par sa structure, permet l'instauration d'un cadre rassurant pour les patients (36). Ceci montre bien que le jeu est un outil polyvalent et pertinent à utiliser dans la prise en soin du patient psychiatrique.

Ensuite, vis-à-vis du jeu en tant qu'outil thérapeutique permettant d'allier plaisir et travail, et permettant donc une meilleure motivation du patient dans sa prise en soins, nous pouvons voir que pour les ergothérapeutes interrogés, l'aspect ludique du jeu permet bel et bien d'allier plaisir et travail. Trois ergothérapeutes sur quatre ont d'ailleurs affirmé que le jeu permettait aux patients de « *travailler sans s'en rendre compte* », ce qui rejoint bien ce postulat. Quant au gain de motivation dans la prise en soins, il semble que le jeu permette effectivement de favoriser la motivation du patient psychiatrique de part ses composantes

ludiques qui sont attractives patient, Solinski nous parle d'ailleurs de « *la perspective de plaisir* » du joueur (33). Callois rajoute les notions de défi, de dépassement de soi, de valorisation... comme vecteur de la motivation à jouer (35).

Quant au jeu pour favoriser la participation aux soins plus efficacement qu'une activité non-ludique, nous n'avons pas réellement pu montrer la distinction de participation entre une activité ludique et une activité non-ludique, néanmoins, nous constatons que le jeu semble tout de même favoriser la participation aux soins. Le fait que le jeu soit pour un grand nombre de personnes une activité signifiante, voire significative, entraîne une volonté de participer au jeu. D'un point de vue social, le jeu permet la rencontre, l'échange, la communication, qui sont autant de sentiments valorisants pour le patient et faisant qu'il aura tendance à plus participer avec un jeu. Il peut également être perçu par les patients comme un moyen privilégié d'exprimer ses émotions, de se confier, ou de s'évader le temps du jeu du contexte de l'hospitalisation.

Cependant nuancions le propos puisque le jeu peut être victime de représentations négatives (infantilisant, inefficace...) entraînant une faible volonté à participer. Dans ces cas-là, les ergothérapeutes interrogés nous ont donné une réponse unanime qui est la justification de l'emploi du jeu par les objectifs thérapeutiques sous-jacents. L'explicitation de ceux-ci permet en effet selon eux de renforcer la relation de confiance en étant tout à fait transparent sur nos prises en soins, et donc de favoriser la participation des patients.

Ainsi nous pouvons répondre à notre problématique qui était : le jeu, en ergothérapie, représente-t-il un outil motivationnel privilégié afin d'améliorer la motivation du patient psychiatrique lors des soins ? Nos recherches, nos observations et notre analyse des entretiens avec les ergothérapeutes semble effectivement aller dans le sens de cette problématique. La vérification de nos hypothèses a pu mettre en lumière que le jeu en ergothérapie est une médiation adéquate à la rééducation du patient psychiatrique et qu'il permet de favoriser la motivation et la participation aux soins de ce dernier.

3. Limites / biais de la recherche

Par suite de cette confirmation de notre problématique, nous pouvons néanmoins essayer d'adopter un regard critique par rapport à notre travail. Tout d'abord, vis-à-vis du sujet choisi : tenter d'aborder le thème de l'utilisation du jeu par rapport aux problématiques motivationnelles du patient psychiatrique est un vaste sujet dans lequel une multitude de facteurs très divers interviennent à plusieurs niveaux.

Nous avons pu voir dans la partie théorique que définir précisément le jeu était une tâche complexe du fait de la multitude de formes qu'il peut avoir : jeux de société, jeux de rôle, jeux de sport, jeux vidéo, etc..., sans parler des activités ludiques que peuvent être les arts plastiques, le bricolage ou encore la cuisine. Ainsi il est très délicat d'englober la totalité de ces variations du jeu sur une seule étude. Dans notre cas, nous nous sommes rendu compte qu'en interrogeant les ergothérapeutes sur le jeu, ils comprenaient implicitement le jeu sur table, ou de société. Ensuite concernant la population étudiée, nous nous sommes rendu compte au cours de cette recherche de à quel point la classification des troubles mentaux du DSM 5 était large. Il serait utopique de penser que ce travail est significatif pour l'ensemble de la population psychiatrique tant son spectre est étendu et varié. De plus, il aurait été nécessaire d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes pour pouvoir balayer une plus grande partie de cette famille de pathologies.

En effet, ce travail d'initiation à la recherche nous a permis de nous essayer à un travail inédit de méthodologie de recherche scientifique auquel nous n'avions jamais été confronté auparavant. Concernant les choix méthodologiques fait, l'entretien s'est montré être un outil performant et adapté dans notre recherche de « vécu » des ergothérapeutes. Il nous semblait important de recueillir leur pratique du jeu au travers de témoignage authentiques, ce qui aurait été plus difficile avec un questionnaire en ligne. L'autre avantage de l'entretien a été qu'il est facilement personnalisable en temps réel, en s'adaptant aux réponses de l'interlocuteur pour pouvoir explorer un aspect de l'utilisation du jeu auquel nous n'aurions pas pensé. Le revers de la médaille est que les questions posées d'un entretien à l'autre étaient rarement les mêmes, et de plus, nos interventions spontanées ont pu quelquefois participer à orienter les réponses des ergothérapeutes interrogés, créant un biais dans la recherche. Après que nous nous soyons rendu compte de cela, nous avons donc essayé de moins intervenir de façon spontanée, mais plutôt d'utiliser d'autres méthodes de conduite d'un entretien, comme la reformulation par exemple.

Enfin, nous nous sommes attachés à recueillir des témoignages de professionnels dans ce travail de recherche sur l'état de la motivation des patients en lien avec l'utilisation du jeu. Cependant, à aucun moment les ergothérapeutes interrogés n'ont pu nous quantifier le degré de motivation de leurs patients. De fait, ces évaluations étaient donc subjectives ce qui crée là aussi un biais méthodologique. Néanmoins, nous pouvons estimer que les ergothérapeutes interrogés ayant tous au moins 10 ans d'expériences, ils sont à même de pouvoir jauger relativement bien le niveau de motivation de leurs patients. Au vu du petit échantillon d'ergothérapeutes que nous avons étudié, les résultats peuvent donc être considérés comme cohérents.

4. Réflexion sur la pratique professionnelle et perspectives

Ce travail d'initiation à la recherche nous a permis, au-delà de son aspect méthodologique, de nous questionner par rapport à notre pratique de l'ergothérapie, et par rapport à la pratique générale que nous avons pu sonder au travers de la littérature et de nos observations de terrain. L'utilisation de jeu, bien que répandu dans de nombreux service d'ergothérapie est encore utilisé de façon plus ou moins empirique, c'est d'autant plus vrai en milieu psychiatrique où les publications sur le sujet sont très peu nombreuses, alors que le jeu fait partie intégrante de ces prises en soins. Cela pose question par rapport à la validation de notre pratique. Dans une dynamique de santé globale qui tend vers la pratique basée sur la preuve, il semblait pertinent de faire un travail de recherche répondant à un besoin existant. C'est ce que nous avons essayé de faire dans ce mémoire, et bien que des biais méthodologiques soient apparus, ce travail doit être vu comme une porte ouverte à l'approfondissement de ce sujet qu'est l'utilisation du jeu en ergothérapie. Nous pourrions imaginer resserrer le sujet d'étude sur un type de jeu en particulier, ou sur une pathologie donnée, et étendre petit à petit notre compréhension des mécanismes sous-jacents à l'utilisation du jeu afin d'améliorer notre pratique, et les prises en soins de nos patients.

Conclusion

Depuis toujours, l'Histoire nous montre que les Hommes ont voué une place spéciale au jeu. Qu'il soit utilisé à titre éducatif, récréatif, sportif, politique..., le jeu a toujours fait partie de notre société, peu importe les civilisations.

En ergothérapie, le jeu aussi occupe une place importante dans la prise en soins du patient psychiatrique, néanmoins très peu de travaux scientifiques ont été publiés pour corroborer réellement l'intérêt de son utilisation.

Nous avons pu constater au travers de ce mémoire d'initiation à la recherche que les intérêts du jeu pour les patients en psychiatrie sont multiples : revalorisation, entraînement à la communication, entraînement à la gestion des émotions, rééducation cognitive, rééducation motrice, etc...

L'ergothérapeute, du fait de ses compétences, est un acteur important dans le domaine de la rééducation des troubles motivationnels. Sa connaissance des notions d'activité signifiantes et significatives pour la personne en fait effectivement un professionnel privilégié pour intervenir dans la remise en action et la remotivation des patients. Ainsi, l'objectif de la présente étude a été de montrer la corrélation existante entre l'utilisation du jeu et l'augmentation de la motivation des patients psychiatriques dans leurs soins.

Nous avons pu voir tout au long de ce travail qu'un lien semble exister entre l'utilisation du jeu en ergothérapie et le gain de motivation des patients grâce aux composantes ludiques et hédoniques du jeu, de ses modalités d'utilisation en groupe permettant une émulation positive entre les patients, ou encore les notions de défi, de dépassement de soi et de performances qu'il permet.

Sur le plan personnel, la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche m'a énormément apporté sur le plan méthodologique tout d'abord, mais surtout sur le plan réflexif. Se forcer à aller interroger sa pratique, mais aussi la pratique de professionnel sur des notions empiriques m'a obligé à remettre en question des principes simples de l'ergothérapie mais néanmoins essentiels : la pertinence d'utilisation d'une activité ludique telle que le jeu et la validation scientifique de notre pratique.

Pour aller plus loin dans cette réflexion, j'envisage de pousser les recherches autour de la lucidité des activités de la vie quotidienne en lien avec l'attitude ludique du thérapeute décrite par F. Ferland.

Références bibliographiques

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1520 p.
2. Épidémiologie des troubles psychiatriques - ScienceDirect [Internet]. 2007 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448707003204>
3. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. WHO. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2001/fr/>
4. D Mathers C, Vos T, Stevenson C, Begg S. The Australian Burden of Disease Study: Measuring the loss of health from diseases, injuries and risk factors. The Medical journal of Australia. 1 juill 2000;172:592-6.
5. The Global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 : summary / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez [Internet]. 1996 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864>
6. Derriennic F, Vézina M. Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques. Travailler. 2001;n° 5(1):7-22.
7. Gallagher SK, Mechanic D. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. Soc Sci Med. juin 1996;42(12):1691-701.
8. Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement [Internet]. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>
9. Allain H, Bentué-Ferrer D, Lacomblez L. Biologie de la motivation. 2004;2:7.
10. Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux - Marie-Chantal Morel - Google Livres [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=kr7iDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Morel-Bracq+M-C.+Mod%C3%A8les+conceptuels+en+ergoth%C3%A9rapie&ots=xSVss3S_wc&sig=PQBqtH1dNejfvfi0XXGdytZgyr4#v=onepage&q=Morel-Bracq%20M-C.%20Mod%C3%A8les%20conceptuels%20en%20ergoth%C3%A9rapie&f=false
11. A Model of Human Occupation: Theory and Application. Lippincott Williams & Wilkins; 2002. 600 p.
12. De l'activité à la participation [Internet]. De Boeck Supérieur. 2019 [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353271856-de-l-activite-la-participation>
13. Harris K, Reid D. The Influence of Virtual Reality Play on Children'S Motivation. Canadian Journal of Occupational Therapy. févr 2005;72(1):21-9.
14. Motivation and paediatric interventions: Is it a predisposition, a mechanism for change, or an outcome? - Ziviani - 2013 - Developmental Medicine & Child Neurology - Wiley

Online Library [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dmnc.12179>

15. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*. 2000;11.
16. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. L'orientation scolaire et professionnelle. 15 sept 2004;(33/3):475-6.
17. Koegel LK, Koegel RL, Harrower JK, Carter CM. Pivotal Response Intervention I: Overview of Approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 1 sept 1999;24(3):174-85.
18. Connell JP. A new multidimensional measure of children's perceptions of control. *Child Development*. 1985;56(4):1018-41.
19. Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*. 1985;92(4):548-73.
20. Wigfield A, Eccles JS. Expectancy-Value Theory of Achievement Motivation. *Contemporary Educational Psychology*. 1 janv 2000;25(1):68-81.
21. Majnemer A, Shikako-Thomas K, Chokron N, Law M, Shevell M, Chilingaryan G, et al. Leisure activity preferences for 6- to 12-year-old children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. févr 2010;52(2):167-73.
22. Understanding motivation in the context of engaging children in therapy - UQ eSpace [Internet]. 2013 [cité 16 mai 2019]. Disponible sur:
<https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:288084>
23. Deci EL, Ryan RM. Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. [Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2008;49(1):24-34.
24. Hamilton K, White KM. Extending the theory of planned behavior: the role of self and social influences in predicting adolescent regular moderate-to-vigorous physical activity. *J Sport Exerc Psychol*. févr 2008;30(1):56-74.
25. The Importance of Challenge for the Enjoyment of Intrinsically Motivated, Goal-Directed Activities - Sami Abuhamdeh, Mihaly Csikszentmihalyi, 2012 [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0146167211427147>
26. Csikszentmihalyi M, Abuhamdeh S, Nakamura J. Flow. In: Csikszentmihalyi M, éditeur. *Flow and the Foundations of Positive Psychology: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014 [cité 16 mai 2019]. p. 227-38. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_15
27. Hebb DO. Drives and the C. N. S. (conceptual nervous system). *Psychological Review*. 1955;62(4):243-54.
28. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *Am Psychol*. sept 2002;57(9):705-17.

29. Locke E, Latham G. New Directions in Goal-Setting Theory. *Current Directions in Psychological Science*. 1 oct 2006;15.
30. Miller E, Kuhaneck H. Children's perceptions of play experiences and play preferences: a qualitative study. *Am J Occup Ther*. août 2008;62(4):407-15.
31. Schneider B, Csikszentmihalyi M, Knauth S. Academic Challenge, Motivation, and Self-Esteem. In: Hallinan MT, éditeur. *Restructuring Schools: Promising Practices and Policies* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1995 [cité 17 mai 2019]. p. 175-95. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1094-3_10
32. Schmidt R, Savage W. Challenge, Skill, and Motivation [Internet]. 1994 [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <http://scholarspace.manoa.hawaii.edu/handle/10125/40748>
33. Solinski B. Ludologie : jeu, discours, complexité [Internet] [thesis]. Université de Lorraine; 2015 [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2015LORR0129>
34. Brougère G. Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu. *Nouveau Monde*; 2015. 157 p.
35. Caillois R. *Les jeux et les hommes*. Gallimard; 1958. 328 p.
36. Contextualiser les théories du jeu de Johan Huizinga et Roger Caillois [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/questionsdecommunication/9044>
37. Doucet M, Filion R, Garon D. Classification et analyse de collections d'objets de jeu selon le système ESAR : rapport de recherche. *Documentation et bibliothèques*. 1989;35(4):173.
38. Dépenses culturelles et de loisirs en 2017 | Insee [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2408369>
39. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES). *LES EFFETS DE LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL SUR LES MODES DE VIE*. 2001.
40. Guitard P, Ferland F, Dutil É. L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte. *Can J Occup Ther*. 1 janv 2006;73(2_suppl):1-14.
41. Ferland F. 4. Le modèle ludique : cadre conceptuel. In: *Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie* [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 30 avr 2019]. p. 77-105. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/13822>
42. Bernadet S, Purper-Ouakil D, Michel G. Typologie des jeux dangereux chez des collégiens : vers une étude des profils psychologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 nov 2012;170(9):654-8.
43. Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. - PubMed - NCBI [Internet]. 2002 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12096159>

44. Record. Le jeu théâtral comme inducteur de changement d... – Santé mentale au Québec – Érudit [Internet]. 2004 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.erudit.org/en/journals/smq/2003-v28-n2-smq724/008627ar/abstract/>

Annexes

Annexe I. Guide d'entretien.....	45
Annexe II. Exemple d'entretien retranscrit : Mme M.....	46
Annexe III. Tableau récapitulatif des entretiens.....	50

Annexe I. Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous vous présenter et présenter l'établissement et le service dans lequel vous travaillez ?
 - a. Relance :
 - i. Quels types de patients prenez-vous en soins ?
- 2) Parlez-moi de l'utilisation du jeu dans votre pratique d'ergothérapeute
 - a. Relance :
 - i. Utilisation en groupe/en individuel ? Quelle différences entre les deux ?
 - ii. Utilisation d'autres « activités ludiques » ?
 - iii. Quelle caractéristique du jeu vous intéresse dans votre pratique ?
 - iv. Dans quel contexte est-il le plus intéressant ?
- 3) Parlez-moi des représentation que le jeu peut avoir, pour vous, et pour vos patients.
 - a. Relance :
 - i. Pouvez-vous me donner une définition du « jeu » avec vos propres mots ?
 - ii. Comment réagissez-vous face à un patient qui ne verrai pas l'intérêt du jeu proposé ?
- 4) Parlez-moi de la motivation chez vos patients
 - a. Relance :
 - i. L'utilisation du jeu (ou activité ludique) peut-il influencer sur la motivation des patients ?
- 5) Parlez-moi de la corrélation entre l'utilisation du jeu et la motivation
 - a. Relance :
 - i. Cela engendre-il un meilleur engagement des patients ? Par rapport à une activité plus analytique ?

Annexe II. Exemple d'entretien retranscrit : Mme M

- Peux-tu déjà me présenter le service, et les patient que tu as ?
- Je travaille sur 2 services, le service de gérontopsychiatrie et le service de psychogériatrie donc sur la Gérontopsy on a des patients qui sont des personnes âgées et des personnes vieillissantes avec des pathologie psychiatrie : bipolarité, psychoses maniaco-dépressive, des dépression...et sur le service de psychogériatrie j'interviens donc sur des personnes âgées qui ont des pathologie neuro-dégénérative donc là tous les types de dépenses et maladie de parkinson.
- Est-ce que tu peux me parler de l'utilisation du jeu que tu fais toi sur les deux services
- sur la géronto-psychiatrie je vais utiliser plutôt le jeu dont je t'ai parlé « des récits des vies » donc c'est vraiment un jeu qui sert de base pour un groupe de parole où on parle, il y a plusieurs sujets avec 4 types de carte différentes t'as un plateau avec une roue qui tourne et t'as 4 types de carte différentes avec « lié aux émotions », « les souvenirs anciens », etc. je pourrais te montrer si tu veux après et après, j'utilise le jeu aussi pour travailler le moteur : des jeux d'équilibre des jeux de ballons, des parcours de marche, des jeux de quilles, lancer de cerceau...
- Et ça c'est plutôt en individuel ?
- Ceux-là, oui je fais j'essaie de partager mon temps entre l'individuel et le groupe en fait. Ce que je vais faire en groupe c'est les jeux équilibre, les jeux de rôle, et après L'individuel c'est vraiment quand je veux travailler des choses vraiment en particulier : le relevé du sol, quand il y a des problèmes un peu plus fonctionnel aussi d'épaule, de dos... voilà d'apprentissage et de nouvelles techniques pour faire des activités de vie quotidienne voilà, ça c'est plus de l'individuel. L'évaluation du niveau de vie
- Ok et donc par exemple, pour l'équilibre, tu trouves que c'est plus intéressant de faire un jeu plutôt qu'un exercice analytique ?
- Oui je le vois, dès que c'est sous forme de jeu, et surtout en groupe, là le groupe y fait énormément, de euh de suite les personnes mais on les voit sourire, elle se prête davantage au jeu, je les trouve plus motivées, sans esprit de compétition mais voilà, elles sont plus volontaires
- Et justement quand tu me dis « sans esprit de compétition », est-ce que tu ne penses pas que de les mettre un peu en « concurrence » ça permettra pas de les stimuler un peu ?
- Ça dépend, il y a certaines qui si au niveau ils sont pas trop déprimé ou quoi là peut-être que oui ça peut avoir un effet bénéfique, mais si au contraire ils se dévalorisent et qui se sous-estime, franchement C'est pas le mieux de les mettre justement concurrence avec d'autres personnes et de dire allez qui est-ce qui a le plus gros score etc. c'est pas le top pour ces personnes. Justement pour ces personne qui se dévalorisent et se sous-estime, au début voilà là je suis plutôt de L'individuel et après quand ils ont un peu progressé, c'est qu'on voit l'intérêt du groupe, c'est que le groupe a un effet valorisant parce que tout le monde est en train de favoriser les autres
- Maintenant, est-ce tu peux me parler un peu des représentations que tu as du jeu en tant qu'ergothérapeute, et les représentation que les patients peuvent avoir du jeu selon toi ?

- Pour moi le jeu, moi si j'y met des objectifs derrière qui sont adapté à la personne et à ses capacités, pour moi c'est tout à fait adapté, et n'importe quel jeu. Je disais triomino tout à l'heure, bon je l'utilise pas mais ça dépend que qu'on y met derrière, si on veut travailler le calcul ou des choses comme ça, ben c'est tout simple le triomino si on a les objectifs derrière, c'est adapté. Après les patient, tout ce qui est jeux de sociétés ils adhèrent quand même. Tout ce qui est scrabble, jeux de cartes, surtout les PA, ce qu'ils adhèrent moins c'est les jeux du type enfantin. Dès qu'il y a du bois, des couleurs, de l'assemblage, là ils adhèrent moins.
- Et pourquoi selon toi ?
- Parce qu'ils ont l'impression d'être diminué et qu'on les fait régresser avec des jeux comme ça, je pense. C'est infantilisant.
- Et justement quand t'a un patient qui te dis, c'est infantilisant, comment tu réagis toi ?
- Moi j'essaie de justifier avec les objectifs. Je le dis carrément. Je décrédibilise le jeu en tant que tel et j'explique que "si vous levez la main comme ça et que vous prenez l'objet avec cette pince-là, c'est pour faire travailler ça, ça et ça." enfin je pense qu'il faut être honnête avec eux et leur expliquer pourquoi on veut leur faire faire avec ce jeu spécifiquement. Après, je pense qu'ils y mettent plus de volonté et de motivation sis ce jeu leur plait quand même. Pour moi, c'est sûr. Mais déjà en expliquant l'intérêt, ils adhèrent un peu plus. Je pense qu'il faut que ça ait un sens pour eux l'activité. Le jeu est une bonne base au départ, mais après il faut tendre vers autres chose sur la fin de PEC, vers des choses plus écologique sinon la personne ne se verra pas évoluer. Et puis c'est plus concret pour eux quand on leur fait faire la cuisine, les courses, etc.
- Maintenant, est-ce que tu peux me parler un peu de la motivation chez les patients que tu suis, est-ce qu'il y a des difficultés de motivation
- Ah ben oui oui oui, que ce soit motivation parce qu'ils sont dans un état dépressif, et là c'est une perte d'élan vital lié aux symptômes de la dépression et ensuite coté psychogériatrie, il y a vraiment un symptôme de la pathologie neuro-dégénérative qui est l'apathie. Et là c'est difficile de faire la part des choses parce quand ils sont vraiment apathiques, ils s'en rendent pas forcément compte et donc j'ai tendance à les surstimuler pour qu'ils viennent en activité. Après, quand ils sont en état dépressif, perte de l'élan, c'est plus compliqué parce que les patients ils ont conscience de leur état, ils ont pas du tout envie de venir, ils sont pas du tout motivés, là c'est un peu plus compliqué pour les faire venir en activité ou les faire travailler
- Et dans ces cas-là est-ce que tu peux t'appuyer sur le jeu, s'il aime ça pour les remotiver ?
- Oui c'est ce que j'essaie de faire. Après ils faut bien se renseigner avant sur ce qui peut leur plaire du coup. Là ça dépend, et il faut vraiment choisir le bon type de jeu. Il y en a une qui m'a dit une fois en entretien "moi j'adore la belote, à la maison de retraite j'y joue beaucoup, mais ici j'ai l'impression qu'il y a une personne qui joue" mais c'est normal parce qu'il allait pas vers les autres donc il pouvait pas savoir. Mais en se renseignant, on a pu créer un petit groupe avec un soignant et ils ont pu jouer à la belotte. C'est sympa.
- Du coup pour toi, est-ce qu'il peut y avoir un lien entre le jeu et une remotivation ou disons une amélioration de la motivation, ou alors c'est dépendant d'autre chose ?

- Non pour moi c'est un jeu ou ils portent un intérêt dans ce jeu. Soit parce que le jeu leur plaît, soit parce qu'on a bien expliqué pourquoi on fait ce jeu. Sans explication, ça a peu de sens pour le patient. Si la personne a les capacités cognitives pour comprendre pourquoi on fait ce jeu, alors là oui ça a du sens. Mais si les troubles cognitifs sont trop présents pour que la personne puisse comprendre les objectifs derrière le jeu, alors là il faut vraiment que ça soit ludique et qu'elle apprécie pour pouvoir l'accrocher.
- Et est-ce qu'au contraire t'a déjà été confrontée à un cas où le fait d'utiliser le jeu ou l'activité ludique, ça a bloqué le patient
- Ben il y en a qui apprécie pas du tout ce genre d'activité, et quand on leur dit qu'on va faire une activité dans une salle, ils sont dans la retenue. Alors que si on parle de sortie extérieure, ou un parcours de marche en extérieur, par exemple, là c'est différent. Mais une activité derrière une table, ça les intéresse pas du tout.
- Mais tu proposes toujours quelque chose de toute façon pour les accrocher non ?
- Oui j'essaie dans la mesure du possible. Après c'est pas toujours facile, des fois ça se fait petit à petit. Des petites approches, des entretiens individuels, et au fur et à mesure on apprend à les connaître, leur famille aussi nous dit "il faisait ça avant, il dansait, etc." et avec tout ça on crée ces accroches. C'est pas comme quand on est en rééducation où les patients ils viennent que pour la rééducation, ici les patients en règle générale, au premier abord, ils veulent un changement de traitement, par exemple et c'est qu'après que les activités viennent
- Et peut-être qu'il y a aussi le temps d'établir la relation thérapeutique non ?
- Oui c'est ça, et pour certains ça peut mettre un moment.
- Combien de temps tu les suis en général les patients ?
- En général de l'entrée à la sortie donc de 1 à 3-4 mois. Après c'est la problématique sociale qui prend le pas sur les raisons médicales d'hospitalisation, et dans ces cas-là, on en profite tant qu'ils restent pour continuer à stimuler au niveau moteur, autonomie, le plus possible. En gérontopsy, le devenir c'est surtout des RAD alors qu'en psychogé, c'est plutôt des entrées en maison de retraite. Donc on est pas sur les mêmes projets et donc pas sur les mêmes activités. Et les objectifs sont forcément différents. Par exemple, une activité cuisine que je fais en psychogé et une autre en gérontopsy sera totalement différentes, les objectifs seront différents, même pour la même recette. En psychogé on sera plus sur la revalorisation, et créer du lien social et stimuler les praxies, les gnosies, etc. alors qu'en gérontopsy, on sera sur l'évaluation des capacités en vue du RAD et trouver des adaptations pour qu'elle puisse faire seule.
- Du coup, si je comprends bien, en gérontopsy tu seras plus sur des activités du quotidien, écologique et en psychogé, plutôt ludique, revalorisant...
- Exactement, parce que les troubles ne sont pas les mêmes tout simplement. Ici les patients ont beaucoup moins de troubles cognitifs, de troubles du comportement, et ont envie de rentrer à la maison quoi donc ils sont pas du tout dans la même dynamique que les personnes qui sont hospitalisées en psychogériatrie.
- Ok donc j'ai fini mes questions, merci
- Super. Et alors tu trouves des liens par rapport à ton sujet ?

- Oui bien sûr, ce que tu me dis ça recoupe avec ce que j'avais en tête que le jeu a quand même ce côté stimulant et motivant par rapport à d'autres activités
- Alors la oui, c'est sûr que comparé à un exercice papier-crayon pour le cognitif par exemple, y'a pas photo ! ils ont l'impression de revenir à l'école quoi donc, sauf pour ceux qui aiment bien les exercices sur feuille, là le jeu a un vrai intérêt.
- Oui et puis de ce que j'ai pu voir en stage, même pour les soignants c'est plus agréable d'utiliser le jeu plutôt que quelque chose de très analytique
- Ben forcément la relation est différente, il y a des échanges, des sourires souvent plus positifs alors qu'en général avec un exercice papier, ils ont du mal. Alors que le jeu, même s'il est dur, on en tire toujours quelque chose de positif au final, et ça les met en valeur. Et puis ils se rendent pas compte qu'ils travaillent quand ils s'amuse. Mais il faut mélanger à la fois de l'analytique, du ludique et de l'écologique.

Annexe III. Tableau récapitulatif des entretiens

	Définition et représentations du jeu	Utilisations et intérêts du jeu	Motivation et jeu	Inconvénients et limites du jeu
Mme G	<ul style="list-style-type: none"> - Pour elle : convivialité, apprentissage ludique, communication, relation. Intemporel. - Pour les patients : infantilisant, peu valorisant, associé à la dépendance - Justification pas les objectifs thérapeutiques, le côté ludique, groupe et plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeux sur table principalement - Travail : communication verbale et non/verbale ; reprise des activités de loisirs et AVQ - Recherche l'échange, la coopération - Jeu en groupe exclusivement - Découverte d'une nouvelle activité motivante - Intérêt dans la relation thérapeutique (mise en place relation de confiance, diminution de la distance thérapeutique, échanges plus personnels) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lien avec le transfert des acquis sur le quotidien (communication) - Plus concret pour les patients - Motivation par l'utilisation de nouveaux jeux → sentiment de considération, défi, progression 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'intérêt en individuel - Mauvaise perception par les patients
Mme M	<ul style="list-style-type: none"> - Pour elle : jeu = outil thérapeutique facilement adaptable a composante ludique - Pour les patients : représentations différentes en fonction du type de jeu : jeux de sociétés bien acceptés, jeux d'assemblage vécus comme infantilisant - Justification du jeu avec les objectifs thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeux sur table, d'équilibre, de ballons, de rôles,... - Aussi bien pour moteur que cognitif - Individuel : plutôt objectif fonctionnel - Groupe : communication, valorisation, entraide - Résultat toujours positif - Travaillent sans s'en rendre compte - Intérêt pour la relation thérapeutique (pour l'établir, diminuer la distance) 	<ul style="list-style-type: none"> - Action différente face à l'apathie ou face à la perte d'élan vital - Jeu en groupe = échange, convivialité → implication, motivation - Explicitation des objectifs favorise la motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Défi peut être contre-productif pour certaines pathologies - Peu écologique donc difficilement transférable sur le quotidien

		thérapeutique, améliorer la relation de confiance)		
Mme D	<ul style="list-style-type: none"> - Pour elle, le jeu parle à tout le monde, fait partie de la culture collective. Outil thérapeutique ludique, convivial. - Justification du jeu par les objectifs thérapeutiques en lien avec troubles du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeu pour rééducation fonctions cognitives et mnésiques - Permet de travailler sans s'en rendre compte - Individuel pour gros troubles de la socialisation + permet de plus se concentrer sur la personne - Groupe : stimule la participation, leurs capacité, effet d'émulation. Favorise la dynamique de groupe. - Rassurant pour des patients en perte de repères 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus parlant et concret pour les patients donc plus motivant - Significativité du jeu à prendre en compte - Dynamique de groupe favorise la motivation - Aspect rassurant du jeu connu motivant pour les patients - Adaptation du jeu aux capacité de la personne favorise la motivation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaises représentations des collègues → décrédibilisation de la profession
Mr T	<ul style="list-style-type: none"> - Pour lui : important d'apprécier le jeu pour l'utiliser, permet de faire travailler sans que les patients s'en rendent compte, important que garder la notion de plaisir à jouer - Toujours justifier sa pratique par des objectifs thérapeutiques concret pour le patient - Patients sont en demande de jeu lorsque les objectifs sont clairs 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe : communication, entraide, confrontation, dynamique de groupe - Individuel : entrer en communication, aborder sujets sensibles en détournant l'attention - Expression et gestion des émotions - Jeux de règles posent un cadre d'eux-mêmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation à jouer si les objectifs thérapeutique sont explicités - Difficile d'essayer de nouvelles activité si faible confiance en eux - Côté ludique rassure et stimule la motivation - Pas forcément gain de motivation, mais moment d'évasion pour le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours justifier sa pratique du jeu pour ne pas tomber dans de l'occupationnel.

Intérêt du jeu en ergothérapie dans la prise en soins du patient psychiatrique : impact de l'activité ludique sur la motivation lors des soins

Contexte : Les problèmes motivationnels sont récurrents dans les troubles associés aux pathologies psychiatrique. L'ergothérapeute, par ses compétences et son expertise dans le domaine des activités signifiantes et significative, mais aussi des activités ludiques telles que le jeu, est un professionnel important dans le traitement de ces difficultés. L'objet de ce mémoire de fin d'étude est de montrer qu'il existe un lien entre l'utilisation du jeu en ergothérapie, et l'augmentation de la motivation des patients psychiatriques dans les soins.

Méthode : Quatre entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant en milieu psychiatrique afin de recueillir leur pratique sur l'utilisation du jeu en lien avec les troubles de la motivation.

Résultats : Les résultats montrent que le jeu favorise la motivation du patient psychiatrique dans les soins grâce à ses composantes ludique, hédonique et l'effet stimulant du défi, du dépassement de soi et de l'objectif à atteindre. L'augmentation de la motivation est également influencée en fonction de son contexte d'utilisation. L'utilisation du jeu en groupe permet la majoration de la motivation grâce aux effets de valorisation, d'échanges, d'entraide et de convivialité.

Conclusion : Le jeu en ergothérapie est un outil à privilégier pour la prise en soins de patients psychiatrique présentant des troubles de la motivation.

Mots-clés : motivation, jeu, ludique, psychiatrie, ergothérapie

Interest of occupational therapy play in the care of the psychiatric patient: impact of the play activity on motivation in care

Context : Motivational problems are recurrent in disorders associated with psychiatric illnesses. The occupational therapist, through his skills and expertise in the field of meaningful and significant activities, but also in recreational activities such as game, is an important professional in the treatment of these difficulties. The purpose of this thesis is to show that there is a link between the use of game in occupational therapy and the increase of motivation of psychiatric patients in care.

Method : Four interviews were conducted with occupational therapists working in psychiatric workplaces to collect their practice on the use of game in relation to motivational disorders.

Results : The results show that game promotes the motivation of the psychiatric patient in care thanks to the playfulness, hedonic components and the stimulating effect of challenge, self-surpassing and the objective to be achieved. The increase in motivation is also influenced by the context in which it is used. The use of group play allows the increasement of motivation through the effects of valuation, exchanges, mutual support and friendliness.

Conclusion : Game in occupational therapy is a privileged tool for the care of psychiatric patients with motivational disorders.

Keywords : motivation, game, play, playful, psychiatric disorders, occupational therapy

