



Aurélie BOURNAT QUERAT

**UE 6.5 S6 :
Mémoire d'initiation à
la recherche**

17/05/2017

*Schizophrénie, qualité de vie, expression corporelle :
Approche corporelle en ergothérapie*

Sous la direction de :
KITTLER Fanny
BLANC Catheline

Diplôme d'état d'ergothérapie



« Notre corps n'est pas seulement un espace expressif parmi les autres, il est l'origine de tous les autres, le mouvement même d'expression, ce qui projette au-dehors les significations en leur donnant un lieu, ce qui fait qu'elles se mettent à exister comme des choses, sous nos mains, sous nos yeux. »

M. Merleau-Ponty

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier ...

Ma directrice de mémoire Fanny Kittler, pour son accompagnement et le partage de son expérience.

Ma directrice de méthodologie Catheline Blanc pour ses conseils et le maintien de son suivi tout au long de cette année, ainsi que durant les deux précédentes.

L'équipe du lieu de mon enquête et les personnes qui y sont accompagnées pour leur accueil et le partage de ces moments riches en apprentissage et en émotions.

L'équipe pédagogique de l'Institut pour leur accompagnement tout au long de cette formation.

Mes collègues de promotion pour tous les bons moments passés ensemble.

Et enfin ma famille et mes proches, tout particulièrement mes parents sans qui cette formation n'aurait pas été possible, ainsi que ma famille Vitrollaise pour leur présence tout au long de ces trois années.

Sommaire

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Contexte, thème général.....	1
1.2. Utilité sociale, enjeux et intérêts pour la pratique professionnelle.....	2
1.3. Problématique pratique.....	4
1.3.1. La schizophrénie.....	4
1.3.1.1. Définitions.....	4
1.3.1.2. Diagnostic.....	5
1.3.1.3. Tableau clinique - principaux symptômes.....	6
1.3.1.4. La personne schizophrène et son corps.....	6
1.3.1.5. Quelques mots sur le moi-peau.....	7
1.3.1.6. La dissociation.....	8
1.3.1.7. La dépersonnalisation.....	9
1.3.2. Schizophrénie et qualité de vie.....	10
1.3.2.1. Répercussions de la maladie.....	10
1.3.2.2. Evolution.....	11
1.3.3. Pistes thérapeutiques.....	11
1.3.3.1. En ergothérapie.....	12
1.4. Pré-enquête exploratoire.....	15
1.4.1. Construction du questionnaire de pré-enquête.....	15
1.4.2. Résultats.....	17
1.5. Cadre conceptuel.....	18
1.5.1. Modèles/approches théoriques.....	18
1.5.1.1. Le modèle psycho-dynamique.....	19
1.5.1.2. Le modèle humaniste.....	20
1.5.1.3. L'approche phénoménologique.....	20
1.5.2. Le corps : conscience du corps, conscience de soi.....	21
1.5.2.1. Le corps.....	21
1.5.2.2. L'identité corporelle.....	22
1.5.2.3. Conscience et connaissance du corps.....	22
1.5.2.4. Le schéma corporel.....	24

1.5.2.5. L'image du corps.....	24
1.5.2.6. Rappel sur les aspects psycho - pathologiques.....	25
1.5.3. L'activité thérapeutique.....	26
1.5.3.1. Aspects signifiants et significatifs.....	26
1.5.3.2. Le cadre thérapeutique.....	27
1.5.3.3. Relation thérapeutique.....	29
1.5.4. Des médiations corporelles à l'expression corporelle.....	32
1.5.4.1. La notion de médiation.....	32
1.5.4.2. L'objet médiateur.....	33
1.5.4.3. Les thérapies à médiation corporelle.....	34
1.5.4.4. Danse et expression corporelle.....	36
1.5.5. Qualité de vie et bien-être.....	40
1.5.5.1. La qualité de vie.....	40
2. MATERIEL ET METHODE.....	43
2.1. Choix de la méthode.....	44
2.2. Population.....	44
2.2.1. Présentation de l'Hôpital de jour (HDJ).....	44
2.2.2. Présentation de l'atelier « mouvements dansés ».....	45
2.2.3. Présentation des personnes rencontrées.....	46
2.3. Choix et construction de l'outil de recueil des données.....	48
2.3.1. Trame d'entretien.....	48
2.3.1.1. Construction de la trame d'entretien.....	48
2.3.2. Grille d'observation.....	52
2.3.2.1. Construction de la grille d'observation.....	52
2.4. Déroulement de l'enquête.....	54
2.4.1. Les grilles d'observations.....	55
2.4.2. Les entretiens.....	55
2.5. Choix des outils de traitement des données.....	56
2.5.1. Traitement des entretiens.....	56
2.5.2. Traitement des grilles d'observations.....	57
3. RESULTATS.....	57
3.1. Présentation des résultats.....	57

3.1.1. Résultats des entretiens.....	57
3.1.2. Résultat des grilles d'observation.....	61
3.2. Analyse des résultats.....	62
3.2.1. Portrait de Mme R.....	62
3.2.2. Portrait de Mme G.....	64
3.2.3. Synthèse.....	66
4. DISCUSSION DES RESULTATS.....	67
4.1. Interprétation en lien avec le cadre théorique et la problématique pratique.....	67
4.2. Réponse à l'objet de recherche.....	70
4.3. Discussion autour des résultats.....	71
4.4. Critiques du dispositif de recherche.....	73
4.4.1. Les entretiens.....	73
4.4.2. Les observations.....	74
4.4.3. Remarques générales.....	75
4.5. Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle.....	75
4.6. Perspectives pour la pratique professionnelle.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES.....	84

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte, thème général

Mon intérêt pour l'ergothérapie a été avant tout lié à son champ d'action très large, la multiplicité des façons d'exercer ce métier, tout en gardant à l'esprit cette notion fondamentale qu'est l'importance de l'activité.

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. » ^[1]

La notion d'activité peut prendre bien des formes et pour autant, elle reste à la fois le moyen et le but recherché dans l'accompagnement de la personne en ergothérapie.

Et parce-qu'exercer en tant qu'ergothérapeute c'est aussi partager une part de nous-même, le sujet de ce mémoire est lié à une activité qui me tient à cœur et dont je mesure le potentiel : l'expression corporelle.

J'ai en effet commencé à pratiquer la danse contemporaine en septembre 2015, et depuis je peux expérimenter moi-même, à chaque séance, tout ce que cette activité expressive permet en terme de ressenti de soi et des autres, de relâchement, de qualité de présence, et au final, de bien-être.

L'idée de proposer cette activité en thérapie, comme médiation thérapeutique, me paraît alors intéressante, et en y pensant, je me suis spontanément tournée vers le domaine de la santé mentale. Il s'agit en effet d'un secteur auquel j'étais sensibilisée du fait de mon passage antérieur en licence de psychologie. Cet intérêt que j'avais s'est confirmé en 2^e année d'ergothérapie avec les apports théoriques sur les pathologies psychiatriques, et les différentes expérimentations de médiation, notamment corporelles.

« La réalité du corps est l'une des plus effroyables qui soient. Comment peut-on concevoir la vie en l'absence du corps, comment peut-on envisager une existence autonome et originelle de l'esprit ? » E. Cioran

L'idée a donc été d'allier fonctionnement psychique et fonctionnement corporel pour en faire mon sujet de mémoire, comment et pourquoi proposer en ergothérapie un accompagnement centré sur le corps.

Mes réflexions pour combiner ces deux domaines ont été purement théoriques, puisque au moment de me questionner je n'avais pas encore effectué de stage en santé mentale.

J'ai par la suite réalisé un stage avec une ergothérapeute proposant à ses patients psychotiques des séances de thérapie avec le cheval. Sans être en lien direct avec l'expression corporelle, l'expérimentation de cette pratique m'a quand même permis d'appréhender l'importance des sensations et ressentis du corps, les notions de lâcher-prise, de présence et de partage, et cela à confirmé mon intérêt pour les médiations corporelles.

1.2. Utilité sociale, enjeux et intérêts pour la pratique professionnelle

La schizophrénie est une maladie qui touche de nombreuses personnes à travers le monde.

Selon une étude menée en 2014 par l'INSERM [2], 0,7 % de la population mondiale serait concernée par cette maladie ; 21 millions de personnes selon un rapport de l'OMS. [3]

Cela concerne 600 000 personnes en France.

Il semble y avoir une prédominance dans les milieux urbains ainsi que chez des personnes migrantes.

La schizophrénie est une pathologie de l'adulte : les personnes de 15 à 54 ans sont considérées comme une population à risque, même si la maladie se déclare le plus souvent entre 15 et 25 ans. L'incidence est sensiblement identique entre les hommes et les femmes, même s'il est noté une inversion des tendances selon les tranches d'âge, avec une déclaration souvent plus précoce chez l'homme.

Au vu de cette épidémiologie, il semble donc important en tant qu'ergothérapeutes de nous interroger sur ce qui est possible dans notre domaine en terme d'accompagnement.

En faisant le lien entre corps et esprit, pensée et activité, une réflexion autour du corps me paraît utile pour la pratique de l'ergothérapie en santé mentale. Il s'agit de passer par une approche centrée sur la personne, ses besoins, en abordant la notion de qualité de vie et de potentiel thérapeutique.

En tant qu'experts de l'analyse de l'activité humaine, et de l'utilisation de celle-ci dans l'accompagnement de la personne vers une meilleure indépendance et autonomie, il s'agit en fait d'augmenter la « capacité d'agir » de la personne accompagnée.

« L'agir humain se constitue d'être et de faire. Être engendre le faire. Entre être et faire, il n'y a pas d'opposition mais un rapport dynamique conduisant à la maîtrise du réel. » I. Pibarot

En faisant le lien entre corps et esprit dans le domaine de la santé mentale, en proposant un accompagnement centré sur le corps comme outil de lien, de présence mais aussi d'interaction sociale, il s'agit donc de permettre à la personne d'être, mais aussi d'agir, et d'interagir avec son environnement.

Il peut aussi s'agir de proposer une forme d'espace de libre expression, ce qui pourra potentiellement favoriser une bonne relation thérapeutique et ainsi un meilleur accompagnement à la fois en ergothérapie, mais aussi au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

La proposition d'activités en lien direct avec l'expression corporelle est peut-être une pratique peu courante en ergothérapie ; elle fait appel à de nombreuses compétences, et cela a l'avantage de permettre une ouverture vers l'inter-disciplinarité : coopération avec des psychomotriciens, des infirmiers psychiatriques, des professionnels de la danse, etc. Et pourquoi pas une ouverture vers la trans-disciplinarité.

Pour ce mémoire, j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement à l'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie.

L'intérêt de ce travail est de faire du lien entre une pathologie qui semble générer de nombreuses difficultés en terme de fonctionnement individuel et social, et un accompagnement centré sur l'expression, la conscience de soi, la confiance en soi.

Question de départ

Quel pourrait être l'intérêt de l'utilisation des médiations corporelles avec des personnes souffrant de schizophrénie, notamment en lien avec leur qualité de vie ?
--

Pour introduire cette réflexion, commençons d'abord par définir les notions importantes en lien avec la schizophrénie.

1.3. Problématique pratique

1.3.1. La schizophrénie

1.3.1.1. Définitions

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies)^[2] répertorie la schizophrénie dans la rubrique « Troubles mentaux et troubles du comportement ». Selon cette classification, la schizophrénie serait caractérisée par des distorsions de la pensée, des perceptions et des affects, qui seraient inappropriés ou émoussés.

L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)^[4] répertorie ces mêmes symptômes, en mettant aussi l'accent sur la présence de délires et/ou d'hallucinations, de difficultés cognitives. De part ces symptômes, cette pathologie entraîne souvent un repli social.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ^[3] répertorie quant à elle les caractéristiques suivantes : « distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement, avec présence d'hallucinations de différents types, le plus souvent visuelles ou auditives ».

Des auteurs ont travaillé sur des définitions plus axées sur le fonctionnement psychique, mettant en avant les principales affections du fonctionnement de la personne.

Selon eux, le terme schizophrénie regroupe différentes formes de psychoses, dont le point commun est la présence d'une dissociation. Ce terme dissociation est défini par une « dislocation de la vie psychique dans les différents secteurs de l'intelligence, de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital, de la vie relationnelle et de l'appréhension du réel ».^[5]

Les différents troubles entraînés par cette pathologie semblent donc avoir d'importantes répercussions sur la façon dont les personnes atteintes perçoivent leur environnement, ainsi qu'eux-mêmes.

1.3.1.2. Diagnostic

Il existe deux classifications : la CIM-10 et le DSM-IV.

La CIM-10 répertorie de nombreux symptômes, ainsi que des critères d'exclusion, permettant de diagnostiquer une schizophrénie un mois après l'apparition des symptômes si les symptômes ont persisté pendant cette période.

Les critères du DSM-IV sont répartis en trois catégories :

- A : les symptômes caractéristiques, qui répertorient entre autres les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation et les symptômes négatifs.
- B : l'apparition d'un dysfonctionnement social ou des activités ; « un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation ».

[5]

- C : la durée : les signes doivent être persistants au minimum 6 mois après leur apparition.

Il s'agit donc d'une maladie psychiatrique chronique faisant partie du champ de la psychose.

Différentes formes de schizophrénie sont répertoriées, selon la prédominance d'un trouble par rapport aux autres : paranoïde, hétéroforme, catatonique, etc. [2]

Nous nous pencherons sur la forme simple, afin de répertorier les troubles les plus courants, et surtout évoquer sur la question du vécu corporel de ces personnes.

1.3.1.3. Tableau clinique - principaux symptômes

Les principaux troubles communs répertoriés sont classés en deux catégories : les symptômes dits positifs et ceux dits négatifs.

Les symptômes positifs regroupent les idées délirantes, les hallucinations et la désorganisation du discours. Les troubles négatifs regroupent principalement tous les aspects liés au trouble de l'affect, et la notion d'aboulie.[5]

A ces troubles s'ajoutent souvent un sentiment d'étrangeté, un déclin des performances cognitives et physiques, ainsi qu'une désadaptation sociale.

Au-delà de tous ces aspects cliniques répertoriés, reste la question du corps.

Comment la personne souffrant de schizophrénie ressent-elle son corps ? Quels rapports entretient-elle avec ?

1.3.1.4. La personne schizophrène et son corps

La personne schizophrène est confrontée à de nombreuses problématiques : dépersonnalisation, catatonie, convictions hypocondriaques, élaborations délirantes à thème somatique, etc.

Du fait de la dissociation psychique, la personne se retrouve souvent confrontée à une désorganisation à la fois de sa personnalité, et aussi dans sa façon d'être corporellement.

E. Bleuler citait d'ailleurs la dissociation comme critère diagnostique principal de la schizophrénie.

Si la dissociation intervient dans la façon d'être au monde, un autre trouble vient aussi perturber le rapport au corps de la personne schizophrène.

Au niveau de la conscience du corps, c'est en effet le phénomène de dépersonnalisation qui intervient de façon la plus fréquente.

Le terme discordance est aussi avancé par quelques auteurs, pour définir ce sentiment d'étrangeté, de bizarrerie provoqué ces troubles. [6]

Trois aspects sont développés :

- discordance dans l'action : surcharge ou au contraire pauvreté gestuelle, théâtralisme, manque d'harmonie et d'efficacité, mouvements parasites, etc
- discordance comportementale : une expressivité corporelle non reliée à l'affect du moment, des changements d'humeur et de réactions fréquents
- discordance dans la présentation.

Une attitude autistique est parfois aussi observée, avec une catatonie et notamment des stéréotypies, un maniérisme et une tendance à l'impulsivité.

La personne schizophrène semble donc confrontée à de nombreuses problématiques corporelles. En lien avec ces problématiques, il paraît important de nous pencher sur les travaux de D. Anzieu concernant la notion de moi-peau. Elle trouve sa place ici dans la compréhension de ce qui fait qu'une personne a conscience ou non de ses limites corporelles, et donc conscience ou non d'elle-même.

1.3.1.5. Quelques mots sur le moi-peau

Le concept de moi-peau a été développé par D. Anzieu vers la fin du 20^e siècle. Il s'inscrit dans une théorie psychanalytique.

Selon lui, la peau est considérée comme une surface d'échanges en même temps qu'une barrière de protection, un filtre, un moyen de communication et d'établissement des relations avec autrui. Le moi-peau est donc assimilé à une interface composée de différentes fonctions, établies progressivement dans les premiers mois de la vie du nourrisson.

« Le Moi se fonde sur un Moi corporel, mais c'est seulement lorsque tout se passe bien que la personne du nourrisson commence à se rattacher au corps et aux fonctions corporelles, la peau étant la membrane-frontière » .^[7]

C'est donc à partir de ses expériences corporelles que l'enfant se construit, à la fois corporellement et psychiquement ; il se contient, et en même temps apprend l'échange à travers ce contenant.

Dans la schizophrénie, ce sont certaines de ces fonctions du moi-peau qui font défaut, notamment les fonctions de maintenance¹, de contenance² et de pare-excitation³.^{[7] [8]}

C'est donc parce-que leur moi-peau est trop étanche que les personnes psychotiques sont atteintes dans leur « sentiment de l'unité de Soi ».

Les distinctions dedans/dehors, moi/non-moi deviennent floues, les personnes « n'habitent pas leur corps ».

Selon D. Anzieu, c'est aussi ce manque de contenance qui provoque délires et/ou hallucinations :

« Dans la schizophrénie, toute la réalité extérieure (mal distinguée de la réalité intérieure) est considérée comme dangereuse à assimiler et la perte du sens de la réalité permet le maintien à tout prix du sentiment d'unicité de Soi ».

Ces dysfonctions du moi-peau entraînent chez la personnes schizophrènes différents troubles au niveau du vécu corporel, ce qui m'amène à définir deux notions clés citées précédemment : la dissociation et la dépersonnalisation.

1.3.1.6. La dissociation

Ce terme a été proposé par le psychiatre P. Chaslin pour regrouper les aspects décalés, et incohérents que peuvent présenter les personnes schizophrènes. Il est directement en lien avec le terme « schizophrénie » proposé par le psychiatre E. Bleuler.

-
- 1 Maintenance : « sorte de soutien axial vertical contre lequel le moi peut s'adosser pour mettre en œuvre les mécanismes de défense les plus archaïques, comme le clivage et l'identification projective », référence au holding maternel. D. Anzieu
 - 2 Contenance : contient à l'intérieur les angoisses, les éléments pulsionnels. Référence au handling.
 - 3 Pare-excitation : fonction de protection contre les stimulation externes.

En effet, « schizophrénie » provient du grec « schizein » : diviser, fendre, et « phrên » : cerveau, pensée. ^[5] ^[9]

Le terme « dissociation » n'est pas retrouvé tel quel dans la classification CIM-10 : on retrouve plutôt les termes « illogisme, incohérence, distorsions fondamentales de la pensée et des perceptions ». ^[10]

Il regroupe donc différentes caractéristiques, et il est ainsi considéré comme un syndrome regroupant les troubles dans l'association des idées, les troubles de l'affectivité, la perte de contact avec le réel, et un refuge dans une vie imaginaire.

Il est aussi défini comme un « processus de dislocation, de désagrégation qui est susceptible d'affecter tous les secteurs de la vie mentale et relationnelle : intelligence, affectivité et psychomotricité ». ^[5]

« La dissociation est une destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur. Il y a alors impossibilité de rétablir un lien entre la partie et la totalité du corps ». G. Pankow ^[11]

G. Pankow marque d'ailleurs la différence entre le phénomène de dissociation et celui de morcellement. Alors que lors du morcellement un « point de rassemblement » est possible entre les différentes parties du corps (qui ne sont donc pas vécues comme un tout), ceci est impossible dans la dissociation. ^[12]

Ce défaut de rassemblement, cette segmentarisation/chosification du corps, cette « destruction des liens entre corps et esprit » empêche la personne schizophrène d'être en lien avec elle-même, et donc en lien avec les autres. ^[6]

Puisqu'elle se vit de façon discontinue, son rapport au monde l'est aussi.

« Je sais bien que je suis ici, dit un schizophrène, mais ici, pour moi, ça ne veut rien dire » ^[12]

La notion de dissociation traduit donc bien un défaut d'unité, de cohésion dans la vie psychique, défaut qui va se répercuter dans la vie corporelle.

Ce syndrome va affecter de façon considérable la vie psychique de la personne, son vécu de soi, son rapport au monde, et donc sa vie relationnelle.

Penchons-nous maintenant sur la notion de dépersonnalisation.

1.3.1.7. La dépersonnalisation

Le terme dépersonnalisation désigne une « perte du sentiment d'individualité de la personne, affectant l'intégrité somatique et corporelle, l'identité, la conscience du Moi psychique, avec impression d'étrangeté (déréalisation) voire de bouleversement total du monde extérieur. » [5]

Ceci conduit à des gestes et à des attitudes témoignant de l'existence d'un vécu corporel éclaté : contemplation des mains, du visage, signe du miroir.

Il s'agit là d'une « perte de l'unité du corps » : c'est la référence à l'image de soi qui est perturbée, et donc l'identité puisque celle-ci se base dessus. [6]

Selon Schilder, la dépersonnalisation est un « état où l'individu ne se reconnaît pas lui-même comme une personnalité ». La personne ne se vit pas comme un corps.

On retrouve :

- une perte du « sentiment de l'intégrité corporelle » : le corps n'est plus vécu comme une unité, ses limites sont floues, les perceptions sensorielles étranges.
- des troubles de l'activité motrice, avec diminution ou perte de contrôle moteur : attitudes figées, stéréotypées gestuelles ; etc.
- un « sentiment d'étrangeté » : le vécu corporel étant modifié, on peut retrouver une sensation de déformation des membres.

En plus des troubles de la pensée, du langage et de l'affectivité, le tableau clinique d'une personne schizophrène présente donc bien des troubles psychomoteurs, du vécu corporel, du schéma moteur.

« Si l'on est psychotique, c'est-à-dire si l'on n'habite pas son corps... » [11]

La personne atteinte de schizophrénie ne vit plus son corps comme une entité, elle en est détachée car n'en perçoit pas les limites et les possibilités. Cette absence de contenant entraîne une « non-différenciation de l'intérieur et de l'extérieur », générant ainsi de nombreuses angoisses. [8] [11]

Ces angoisses ont de nombreuses manifestations, qui ne seront pas détaillées ici.

Nous nous intéresserons plutôt aux répercussions de ces syndromes dans la vie quotidienne de la personne schizophrène.

Avec un vécu corporel si flou, associé à d'autres troubles et aux effets des traitements,

comment gère-t-elle ses interactions sociales ? Comment réalise-t-elle ses activités de la vie quotidienne ? Quels en sont les impacts sur sa qualité de vie ?

En somme, comment interagit-elle avec le monde extérieur...

1.3.2. Schizophrénie et qualité de vie

1.3.2.1. Répercussions de la maladie

Nous avons déjà abordé le vécu corporel des personnes schizophrènes, et la façon dont ce vécu, ou plutôt ce non-vécu, peut impacter leurs interactions sociales, leur vie relationnelle.

Selon une étude de la Direction générale de la santé et l'Inserm ^[4] :

Sur 150 000 personnes schizophrènes suivies en secteur public de psychiatrie : 77 % sont célibataires, dont les $\frac{3}{4}$ n'ont pas d'enfants, et 79 % n'ont pas d'activité professionnelle.

Les discriminations et rejets sont fréquents, l'accès aux soins souvent difficile, notamment dans les pays défavorisés. ^[13]

1.3.2.2. Evolution

L'évolution de cette pathologie est très hétérogène : la maladie peut s'installer de façon chronique, ou bien présenter des exacerbations puis rémissions. ^[5]

Dans l'ensemble, 50 à 75 % des personnes atteintes présentent pour une longue durée un niveau variable d'incapacité sociale et psychologique, 15 à 20 % se retrouvent en situation de handicap sévère.

D'après les études menées à ce jour : ^[4]

- 20 % sont considérés comme guéris, sans pathologie résiduelle, déficit intellectuel ou social
- 30 % gardent des troubles discrets, compatibles avec une vie extra-institutionnelle et professionnelle sans aménagements particuliers
- 30 % suivent une évolution discontinue, nécessitant des aménagements professionnels et des prises en charge en milieu protégé
- et 20 % suivent une évolution chronique continue, souvent déficitaire avec un haut niveau de handicap social.

De façon générale, les symptômes positifs semblent s'estomper au fil du temps, mais les difficultés d'adaptation sociale persistent, voire s'aggravent.

Selon l'OMS ^[3], le risque de mourir prématurément est 2 à 2,5 fois plus élevé pour une

personne schizophrène que pour le reste de la population. Ces décès prématurés sont souvent dus à des affections physiologiques, en lien avec une conduite à risque et une mauvaise hygiène de santé (affections cardio-vasculaires, métaboliques ou infectieuses).

De plus, plus de 50 % des personnes schizophrènes ne bénéficient pas des soins appropriés : 90 % des cas ne sont pas suivis dans les pays à revenus faibles.

1.3.3. Pistes thérapeutiques

Les thérapies médicamenteuses ne seront pas abordées dans ce chapitre ; il s'agit plutôt de faire le tour de ce qui est proposé en parallèle des traitements comme accompagnement paramédical.

Pour faire rapide retour sur les théories psychanalytiques, P. Federn avance l'idée que *« traiter un psychotique, c'est l'aider à ne pas gaspiller son énergie mentale, mais à la conserver [...] c'est amener le malade à utiliser correctement l'épreuve de la réalité [...] c'est l'amener à se rendre compte du triple statut de son corps, comme partie du Moi, comme partie du monde extérieur et comme frontière entre le Moi et le monde »*. [7]

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) , les accompagnés autre que pharmacologiques recommandés sont : les psychothérapies, les méthodes de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, ainsi que les programmes d'éducation thérapeutique.

Ces accompagnements sont cités comme ayant pour but « d'améliorer la qualité de vie, contribuer à leur autonomie en réduisant ou éliminant les symptômes de la maladie ». [13]

Le suivi en ergothérapie est recommandé dans la rubrique « traitements et suivi », de même que la psychomotricité.

1.3.3.1. En ergothérapie

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) a publié en septembre 2016 un livret blanc de l'ergothérapie intitulé : Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives.

Le groupe de réflexion constitué autour de ce thème s'est donc interrogé sur les différentes modalités de l'accompagnement en ergothérapie de la personne en souffrance psychique.

Il en ressort l'importance d'adopter une approche humaniste, avec une relation thérapeutique

personnalisée (référence à l'approche centrée sur la personne de C. Rogers).

Il s'agit donc de tenir compte de la personne, de son environnement et de ses besoins dans l'activité, afin « d'encourager et de soutenir son potentiel créatif » : les conflits internes vécus par la personne pourront ainsi être élaborés, retravaillés à l'aide d'activités pertinentes. ^[14]

En santé mentale, la pratique de l'ergothérapie reste la même que dans d'autres domaines : favoriser l'indépendance, l'autonomie, l'activité. D'où l'importance de proposer des activités significatives : « la personne doit être motivées par des activités qui ont pour elle du sens ».

Différentes approches sont possibles en ergothérapie, selon l'orientation institutionnelle, le modèle choisi, etc. On retrouve ainsi les approches psychodynamique, de réhabilitation psycho-sociale, cognitivo-comportementale, systémique, ainsi que la psychothérapie institutionnelle.

Nous voyons bien alors l'importance du diagnostic ergothérapique, dans l'idée de proposer à la personne le suivi le plus adapté possible à ses besoins.

En fonction des axes d'accompagnement ciblés, différentes modalités se présentent :

- l'utilisation de médias (ou médiums, dispositifs de médiation) : support fondamental en ergothérapie, il peut s'agir d'activités artisanales, artistiques, sportives, etc ayant des « composantes structurantes, ludiques, expressives, projectives ».
- l'utilisation d'activités de socialisation et d'entraînement aux activités de la vie quotidienne, plutôt propre au temps de la réadaptation.
- et bien sûr l'utilisation du cadre, à la fois institutionnel et dans l'activité, comme support de toute relation thérapeutique.

Tout cet accompagnement s'inscrit dans une vision globale de la personne : triangulation personne/activité/environnement. L'item « personne » dans cette triangulation est bien sûr à entendre autant au sens psychique que corporel, sans clivage.

Pour G. Bost, il s'agit en ergothérapie de travailler « l'être » et « le faire » du patient psychotique, ainsi que « sa réhabilitation dans sa condition humaine ». ^[14]

« Le travail au quotidien avec des personnes psychotiques est de permettre la reconquête du corps[...], ce n'est qu'à ce moment là que le malade pourra se situer dans son espace [...] il pourra peut-être à nouveau s'inscrire dans la possibilité de rencontrer [...]. » ^[14]

La potentielle difficulté d'accès au langage oral des personnes psychotique est aussi à prendre en compte dans l'accompagnement. D'où l'intérêt d'utiliser d'autres voies de communication, ce qui nous fait revenir à la notion de « médiation » citée plus haut. Les dispositifs de médiation, notamment expressifs, sont en effet un moyen pour ces personnes d'avoir accès à une autre forme d'expression et d'extériorisation. Parmi ces dispositifs de médiation, nous nous intéresserons plutôt aux dispositifs de médiation corporelle.

De nombreux auteurs se sont intéressés à la pratique des médiations corporelles, notamment auprès des personnes psychotiques. G. Pankow les cite d'ailleurs comme voie d'accès privilégiée pour la rencontre avec ces personnes.

« La possibilité d'ouvrir le monde du schizophrène dépend de la possibilité de trouver une voie d'accès à son corps vécu [...] L'expérience thérapeutique de la schizophrénie semble indiquer que cette maladie ne peut apparaître qu'en fonction de l'expérience du corps et du langage » ^[11]

Cependant, peu d'études ont été réalisées pour avoir un aperçu des modalités de mise en place et du potentiel de cet accompagnement.

Une revue de la littérature a été réalisée en 2013 par l'organisme PACFA (Psychotherapy and Counselling Federation of Australia) sur le thème des médiations artistiques expressives : The effectiveness of expressive arts therapies.

Dans cette revue, ils amènent le terme de « dance movement therapy » (DMT) pour parler de ce que nous pourrions appeler « thérapie par l'expression corporelle ».

Cette pratique a selon eux commencé à se répandre aux Etats-Unis dans les années 1940, et depuis plusieurs associations ont vu le jour, dont l'ADTA : American Dance Therapy Association.

L'ADTA définit la DMT comme « une utilisation psychothérapeutique du mouvement pour promouvoir les aspects émotionnels, cognitifs, physiques et de l'intégration sociale de la personne. Elle est basée sur l'hypothèse empirique que le corps et l'esprit sont interconnectés⁴ ». ^[15]

4 The American Dance Therapy Association (ADTA, 2012) defines dance-movement therapy as “the psychotherapeutic use of movement to further the emotional, cognitive, physical and social integration of the individual...based on the empirically supported premise that the body, mind and spirit are interconnected” (ADTA, 2012).

Selon cette revue, ce type de thérapie est actuellement utilisé auprès de personnes souffrant de pathologies psychiques et physiques notamment les dépressions, les syndromes anxieux, le cancer, les problèmes comportementaux et les démences.

Huit études à propos des effets de ce type de thérapie ont été répertoriées. Certaines confirment que cette activité peuvent avoir un effet thérapeutique pour des personnes souffrant de schizophrénie, de cancer, de dépression, de troubles alimentaires ou de démences

Une autre revue est parue en 2013 pour la « Cochrane Library », celle-ci ciblée sur la population des personnes souffrant de schizophrénie : Dance therapy for schizophrenia. ^[16]

Il s'agit d'une étude menée dans le but d'évaluer les effets de la DMT pour des personnes souffrant de schizophrénie, en comparaison avec d'autres types d'activités.

Les résultats de cette étude n'ont pas été concluants : ils n'ont permis ni de prouver ni de réfuter des effets bénéfiques de la DMT sur des personnes souffrant de schizophrénie. Les auteurs soulignent le besoin de réaliser d'autres recherches sur ce sujet.

Nous avons pu constater jusque là que les médiations corporelles, et notamment l'expression corporelle, sont utilisées dans le domaine de la santé mentale, y compris avec des personnes schizophrènes.

Qu'en est-il de cette pratique dans le milieu de l'ergothérapie.

Les ergothérapeutes utilisent-t-ils les médiations corporelles et en particulier l'expression corporelle ?

Et si oui pourquoi, comment, avec quels objectifs ?

Afin de répondre à ces questions, j'ai souhaité réaliser une pré-enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la santé mentale.

1.4. Pré-enquête exploratoire

1.4.1. Construction du questionnaire de pré-enquête

Thèmes abordés	Objectif de la question	Question ouverte
Pratique ergo	Savoir dans quel cadre travaillent les ergo ciblés	Dans quel type de service exercez-vous ?
Compréhension et pratique des médiations	<ul style="list-style-type: none"> – savoir comment les ergo ciblés « comprennent », « voient » les médiations – savoir si ils utilisent les médiations dans leur pratique – savoir dans quel cadre ils les utilisent, s'ils se sont formés 	<ul style="list-style-type: none"> – Pourriez-vous décrire ce que représentent pour vous le terme « médiation » ? – Dans votre pratique, êtes-vous amené(e) à utiliser différents types de médiations ? (citez lesquelles) – Avez-vous suivi des formations complémentaires pour utiliser les médiations dans votre pratique quotidienne ?
Utilisation des médiations	<ul style="list-style-type: none"> – Savoir quels types de médiations utilisent les ergo – savoir si les ergo trouvent l'approche corporelle intéressante et utile 	<ul style="list-style-type: none"> – Dans votre pratique, utilisez-vous plutôt des médiations à dominance arts plastiques (peinture, écriture, sculpture,...) et/ou des médiations corporelles (danse,relaxation, théâtre,...) ? – Selon vous, en quoi pourrait-il être intéressant (ou non) de proposer des activités à médiation corporelle ?
Effets de l'utilisation des médiations	Comprendre pourquoi les ergo utilisent les médiations, dans quel but, et si ils en constatent des effets	Si vous utilisez les médiations corporelles,répondez aux questions suivantes par rapport à cette pratique. Si vous

		<p>utilisez d'autres médiations, répondez par rapport à l'activité de médiation que vous utilisez le plus couramment :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Quel sont vos objectifs en proposant des activités de médiation ? – Dans quel cadre proposez-vous des activités de médiation ? (individuel, groupe, lieu,...)
notion de qualité de vie	savoir ce que la pratique de ces activités apporte aux personnes	<ul style="list-style-type: none"> – Constatez-vous des effets thérapeutiques suite à votre prise en charge ? Comment les évaluez-vous ? Que pouvez-vous observer ? – Qu'expriment en général les patients suite à la pratique de ces activités ?

Ce questionnaire a été mis sous forme de Google doc (de façon à pouvoir être rempli directement), et envoyé à différents ergothérapeutes.

→ *cf Annexe 1 : Questionnaire pré-enquête exploratoire*

1.4.2. Résultats

Six réponses ont été obtenues.

→ *cf Annexe 2 : Résultats de la pré-enquête exploratoire*

Sur les six ergothérapeutes ayant répondu, trois travaillent en Hôpital De Jour (HDJ), deux en intra-hospitalier, et un en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

Ils utilisent tous différents types de médiations, dont les médiations corporelles pour cinq d'entre eux.

Selon eux, les médiations sont proposées principalement car elles permettent de travailler autour de la problématique corporelle des personnes : « vécu corporel du patient », « l'aspect humain que cela apporte », « elles amènent une découverte ou re-découverte de son propre corps », « travailler la relation au corps », « connaissance de soi, de ses limites », « retrouver les limites corporelles », « travailler sur le schéma corporel ».

En parallèle de ce travail autour du corps, d'autres objectifs sont cités : stimulation cognitive, valorisation, estime, confiance en soi, lâcher-prise, diminuer l'anxiété/stress, interactions sociales, et autonomie.

Pour ces ergothérapeutes, cette activité a un sens thérapeutique car elle répond à des objectifs précis, et qu'elle est pratiquée au sein d'une relation et d'un cadre adaptés (référence à la contenance du cadre).

Ce type de médiation est proposé soit en séance individuelle, soit en groupe.

Suite à cette pré-enquête, nous savons que certains ergothérapeutes proposent des activités à médiation corporelle aux personnes qu'ils ou elles accompagnent. Parmi les médiations corporelles proposées, certains proposent des ateliers d'expression corporelle.

Pour la suite de ce travail, l'objectif est de faire un lien entre cette activité (l'expression corporelle) et la qualité de vie des personnes schizophrènes, qui nous l'avons vu est fortement altérée. Il s'agit de comprendre si la personne est en mesure de transférer ce qu'elle vit en atelier hors de l'atelier.

Comment les personnes qui bénéficient de cet accompagnement le perçoivent-ils ?

Quels en sont les effets sur leur qualité de vie ?

Problématique pratique :

En quoi des ateliers d'expression corporelle peuvent-ils être utilisés en ergothérapie comme activité thérapeutique pouvant participer à l'amélioration de la qualité de vie d'une personne souffrant de schizophrénie ?

1.5. Cadre conceptuel

Avant de développer les concepts en lien avec la problématique posée, il est important de définir dans quelle vision de la pratique en santé mentale nous nous situons.

1.5.1. Modèles/approches théoriques

Nous avons vu auparavant que l'approche corporelle en thérapie, de par son intrication avec le psychisme, se rapproche plutôt des théories psychanalytiques. Du côté des modèles conceptuels en ergothérapie, nous allons donc aborder le modèle psycho-dynamique. Nous avons pu aussi aborder l'importance d'une approche centrée sur la personne et ses besoins, sur l'importance d'une relation de confiance entre le thérapeute et la personne accompagnée. Nous aborderons donc l'approche humaniste.

Et enfin, puisque nous sommes dans un registre corporel, et donc dans ce qui se passe dans l'ici et maintenant, l'approche phénoménologique semble importante à présenter.

1.5.1.1. Le modèle psycho-dynamique

Le modèle psycho-dynamique part du principe que les comportements humains sont soutenus par des processus inconscients : il met donc l'accent sur les émotions et les éléments relationnels.

En utilisant ce modèle, l'objectif principal est d'aider la personne à découvrir les causes inconscientes de son mal-être.

Pour ce faire, le processus thérapeutique doit s'appuyer sur une relation de confiance, des techniques projectives, et des activités créatrices : en somme, il doit proposer un lieu d'expression.

En effet l'activité est alors utilisée pour permettre à la personne de s'exprimer de façon non-verbale : peu importe la forme de l'expression du moment qu'elle est adaptée à la personne, et qu'elle lui permet, à l'instant T, d'exprimer ses conflits internes, ses angoisses, ses désirs, etc.

Si la qualité de la relation est très importante, elle s'inscrit aussi dans un contexte, un cadre. Le cadre thérapeutique a ainsi toute son importance.

« *Le cadre thérapeutique doit laisser un espace potentiel de créativité* » ^[17] : notion en lien avec « l'espace potentiel » de Winnicott.

Dans le modèle psycho-dynamique, l'évaluation est qualitative : il s'agit d'observer la personne et de recueillir ses propos, la vision qu'elle a d'elle-même, de sa progression en terme d'état affectif, de fonctionnement psycho-social et de manifestation des symptômes.

L'utilisation de ce modèle a pour avantage de mettre en avant le vécu de la personne. Pour autant, en étant centré sur son psychisme et son passé, il reste réductionniste et éloigné des courants actuels qui tendent à s'intéresser à l'instant présent ainsi qu'au futur.

1.5.1.2. Le modèle humaniste

Le modèle humaniste a été développé dans les années 1950 aux Etats-Unis. Il est fondé sur les travaux de C. Rogers. En se situant entre les théories psychanalytiques et l'approche comportementaliste, il valorise l'expérience subjective.

Ce modèle considère la personne comme un ensemble, composé de ses facteurs personnels, de son environnement physique comme social.

Cette théorie avance que le but de tout individu serait « d'être autonome, authentique et s'accomplir dans une vie pleine de sens ». ^[17]

Dans cette visée de non-directivité, le thérapeute intervient comme facilitateur pour aider la personne à faire ses propres choix, être acteur de sa vie, de son accompagnement ; en somme, à être autonome.

Le thérapeute aura alors comme objectif d'accompagner la personne dans son cheminement pour pallier à ses dysfonctionnements et/ou conflits affectifs, qu'ils soient dus à un trouble ayant survécu dans le développement ou à un « manque d'accomplissement personnel ».

Le travail en groupe, les thérapies créatives, et jeux de rôles peuvent faire partie des techniques utilisées.

1.5.1.3. L'approche phénoménologique

L'approche phénoménologique a été développée par E. Husserl au début du 20^e siècle. Selon lui, il s'agit d'une « méthode scientifique qui cherche à revenir aux choses mêmes, à les décrire telles qu'elles apparaissent à la conscience, indépendamment de tout savoir constitué ». ^[6]

Un peu plus tard, c'est M. Merleau-Ponty qui développera cette approche, avec notamment la « phénoménologie de la perception ».

La phénoménologie s'inscrit entre réalisme (ou empirisme) et subjectivisme⁵.

En combinant ces deux approches, la phénoménologie considère le monde comme « une donnée réelle, concrète, palpable, et indépendante de notre volonté mais appréhendé de manière différente par chacun en fonction de notre culture, nos expériences de vie ».^[18]

La phénoménologie se centre donc sur le vécu, et notamment le vécu corporel, avec le corps comme lien et élément de relation entre le dedans et le dehors, entre ce qui est moi et non-moi, et donc entre le sujet et le monde. Le corps est alors considéré comme « l'instrument de l'appréhension du monde ».

Ceci n'est pas sans rappeler la notion « d'espace transitionnel » de Winnicott, ou encore l'approche empirique de Kant : « toute connaissance du corps commence avec l'expérience ».

[6]

Outre le corps comme outil de compréhension, comme objet d'être et de relation au monde, c'est aussi et bien sûr le phénomène qui a toute son importance dans cette approche. Le phénomène étant le rapport immédiat de l'individu au monde : « c'est à dire tout ce qui est vécu par l'individu dans l'instant présent, tout ce qui est expérimenté dans l'ici et maintenant »

[18]

Avec ces trois approches, nous avons vu voir l'importance du cadre dans la thérapie, l'importance de la relation dans un positionnement « facilitateur », contenant, et permettant l'expressivité. Cette accès à l'expressivité et à la créativité se joue dans l'instant présent, dans le temps de l'entretien, de l'activité. D'où l'importance d'être attentif à la personne, à ses besoins, et notamment à son langage. Par langage nous entendrons à la fois langage verbal, mais aussi langage corporel, qui prend ici toute son importance.

Le suite de ce travail se portera plutôt sur cet aspect de la communication, cette communication non-verbale ayant le corps comme outil privilégié.

5 Approche empirique : « le monde s'impose au sujet et peut être soumis à son expérience », « existence réelle indépendante de l'imagination du sujet », donc monde perçu.

Approche subjectiviste : « monde conçu » « le sujet n'a accès qu'à ses propres connaissances. [6]

1.5.2. Le corps : conscience du corps, conscience de soi

Avant de parler de sa représentation, essayons d'abord de nous intéresser à « l'objet » corps.

1.5.2.1. Le corps

L'historique des représentations du corps selon l'époque et les cultures ne sera pas détaillée ici ; il s'agit simplement d'avoir un aperçu actuel de la considération de cet « objet ».

Selon J. Merklings, le corps est avant tout un outils : outils d'expérimentation, outils de relation, de communication, etc. Il permet en partie d'être présent au monde, l'autre partie étant bien entendu la psyché.

Il est considéré comme un espace d'expérience, permettant au sujet « d'agir sur le monde ». [18]

Il aurait alors deux motivations principales :

- une motivation « productive » : agir sur l'environnement, le transformer, se transformer lui-même
- une motivation expressive, avec un rôle primordial dans la communication avec autrui : communication notamment non-verbale.

Dans ce rôle d'outil, le corps va s'appuyer sur différentes possibilités : tonus, motricité, mouvement, gestuelle, praxis, sensorialité, émotions, et toute autre perception, et ainsi constituer le « vécu corporel ».

Ceci n'est pas sans rappeler l'approche phénoménologique évoquée précédemment, qui étudie la manière dont la personne « vit son corps en elle-même ». [10]

Le vécu corporel « se tient là, ni imaginé ni pensé de façon symbolique ou conceptuelle ».

Ainsi le vécu corporel appartient au monde des sensations, contrairement à « l'image du corps », qui appartient plutôt au monde des perceptions, en lien avec le psychisme.

Les notions d'image corporelle et de schéma corporel seront développées un peu plus loin ; abordons maintenant la notion d'identité corporelle.

1.5.2.2. L'identité corporelle

J. Merklings définit l'identité corporelle comme « un résultat de l'histoire corporelle, sensorielle et affective du sujet [...], une intégration des données concernant le corps du sujet liant schéma corporel, image de soi, sensorialités, capacités motrices et praxiques » [18]

Il s'agit donc de la façon dont le sujet se vit à l'instant T, cet instant étant relié, « conditionné »

par les états et expériences antérieures : lien entre présent et histoire du sujet.

Faisons maintenant le lien avec une autre notion : la conscience du corps.

5.2.3. Conscience et connaissance du corps

En accord avec ce que nous avons évoqué précédemment, notamment avec la phénoménologie considérant l'instant présent, l'expérience, et le corps comme expérience permanente, T. Bénavidès parle « d'évidence de la présence du corps : nous sentons, agissons, exprimons, etc à travers lui. »^[18]

Toujours selon lui, « la conscience du corps n'est pas une donnée acquise puisqu'elle implique la relation que le sujet établit et continue d'établir tout au long de son existence, avec son corps ». ^[6]

Cette relation que le sujet entretient en permanence avec son corps implique donc une certaine connaissance de celui-ci. Le sujet n'est en principe pas dissocié de son corps, il est corps, et a donc connaissance de lui-même. Ceci est bien entendu valable pour une structure non pathologique.

Connaissance du corps

La connaissance du corps implique une appropriation des expériences corporelles vécues de la part du sujet, et à la manière dont se fait cette appropriation. Le sujet, en traitant à la fois cognitivement et affectivement les sensations éprouvées, les expériences vécues, va ainsi se construire corporellement et construire sa personnalité. Le corps et l'esprit travaillent alors ensemble et forment un ensemble permettant au sujet de se connaître.

« L'ensemble des activités de l'être humain contribue à développer chez lui un sentiment de continuité, de permanence, à accroître une connaissance de son corps. La représentation du corps peut alors se définir en termes cognitif, affectif, et relationnel dans un contexte socio-culturel spécifique » ^[6]

Conscience du corps

La conscience du corps renvoie tant à sa connaissance qu'à sa perception. Tandis que la connaissance serait plutôt basée sur les aspects cognitifs (bien que liés à l'affectif), la perception renvoie plutôt à l'aspect psychosomatique. Pour que le sujet se perçoive, ait

conscience de lui-même, les perceptions doivent être « traduites » psychiquement.

« Pour que le corps s'éprouve et que cet éprouvé soit vécu il doit s'inscrire dans l'espace psychique » ^[18]

La dualité corps-esprit n'existe donc pas : il s'agit, comme cité précédemment, d'un ensemble, d'une même « entité », constituée :

- d'éléments de « vie psychique » : pensées, représentations, impressions, sentiments, etc.
- d'éléments de « vie somatique » : sensations, mouvements, émotions, etc.

J. Merkling définit la conscience du corps comme non-acquise, modifiable en fonction des expériences vécues.

Il distingue aussi deux types de conscience : conscience des actes et conscience d'être : « Va et vient entre conscience d'être et conscience de faire, entre conscience de soi et conscience du monde » ^[17]

Comme faisant partie de la conscience, de l'identité corporelle, et constituant ce que nous sommes, il nous reste deux notions fondamentales à aborder : le schéma corporel, et l'image du corps.

1.5.2.4. Le schéma corporel

La notion de schéma corporelle semble avoir été introduite au début du 20^e siècle, comme étant une « représentation permanente », une « figuration spatiale » du corps. ^[19]

Il s'agit d'une représentation permanente inconsciente que chacun se fait de son propre corps. S'inscrivant à la fois au niveau neurologique et physiologique, cette représentation se base sur les données sensorielles recueillies tout au long de la vie du sujet.

Bien que permanent, il est donc malléable en fonction des expériences corporelles vécues.

« Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence ou ils prennent leur signification » J. De Ajuriaguerra ^[6]

Le schéma corporel permettrait donc à toute personne de situer son corps dans l'espace : situer ses membres les uns par rapport aux autres mais aussi par rapport aux éléments extérieurs.

Selon J. Merklings, il permet ainsi au sujet de « se sentir un, se vivre comme une entité distincte dans l'espace, et ainsi accéder à un sentiment de permanence et de continuité ». [18]

« La cohérence de ce schéma offre à l'individu une assise solide dans son rapport au monde »

1.5.2.5. L'image du corps

Bergson définit en 1896 l'image du corps comme la « manière dont le sujet perçoit son propre corps, car celui-ci ne peut jamais être appréhendé en lui-même, soit dans son contenu matériel : il est une image ». [6] Le corps est alors considéré dans rôle d'intermédiaire entre le dedans et le monde extérieur.

Pour Freud, l'image du corps est « libidinale », liée au narcissisme du sujet, lui permettant de se constituer. Selon Wallon et Lacan, cette image est plutôt « mentale » : elle se construit en lien avec le développement individuel du sujet ainsi qu'aux normes sociales dans lequel celui-ci évolue.

Selon J. Merklings, l'image du corps est « l'idée que le sujet se fait de son corps, la valeur qu'il lui accorde, l'estime qu'il lui porte ». [18]

Derrière la notion d'image du corps il y aurait donc un jugement affectif, une représentation affective liée à l'estime de soi : sur un plan émotionnel, elle se superpose au schéma corporel.

Ainsi, schéma corporel et image du corps viennent se compléter pour former la manière dont le sujet va percevoir son corps et vivre avec. Si le schéma corporel appartient plus aux domaines de la neurologie et de la physiologie, l'image du corps se conçoit plus dans le domaine psychologique.

L'un comme l'autre sont le résultats des expériences vécues par le sujet.

Les éléments en lien avec le corps abordés jusqu'à présent sont liés à un développement corporel et affectif non pathologique du sujet. En lien avec le sujet de ce travail, il paraît maintenant important de faire un bref rappel de ces notions en lien avec le domaine de la psychose, déjà abordées précédemment.

1.5.2.6. Rappel sur les aspects psycho - pathologiques

Dans le champ de la psychose, nous avons déjà pu voir combien les problématiques corporelles tiennent une place importante dans la vie de la personne souffrante.

La personne ne sent pas son corps ou les différents éléments qui le composent, elle ne le vit pas et ne vit pas avec. Sous l'emprise d'hallucinations, elle peut en avoir une vision déformée. Du fait de sa pathologie et des traitements, son corps peut être ralenti, ses mouvements pauvres, ses gestes limités, dans une expression de souffrance. A l'inverse, ce corps peut aussi être hyperactif, les gestes précipités, sans précision, débordé (à l'image du débordement psychique).

Les limites du corps sont floues, et ainsi le corps n'est pas « ancré » dans l'environnement.

Ceci est en lien à une (ou des) faille(s) au niveau du schéma corporel, de l'image du corps, et donc de la conscience du corps, survenues lors du développement de la personne. Les expériences vécues ne lui ont pas permis de développer cette conscience, ou bien des événements traumatiques sont venues la perturber.

« L'ancrage précoce des possibilités corporelles du sujet dans la vie relationnelle impacte le psychisme et le corps, puisque les deux se développent de pair. Ce sont alors autant les capacités productives et expressives qui seront altérées que la manière dont le sujet vit son corps de l'intérieur » J. Merklings ^[18]

La psychose peut ainsi totalement modifier le vécu corporel de la personne : perte de l'intégrité corporelle, altération des limites, modification du vécu des perceptions.

Comment alors permettre à ce corps de s'exprimer ? Comment lui permettre d'être en activité, d'être lui-même objet principal de l'activité, et ceci de façon bénéfique, thérapeutique pour la personne ?

Abordons tout d'abord ce concept fondamental de l'ergothérapie : l'activité thérapeutique.

1.5.3. L'activité thérapeutique

En ergothérapie, l'activité est utilisée à la fois comme but (permettre l'activité, permettre à la personne d'être autonome et indépendante), et comme moyen (entraînement, moyen thérapeutique d'expression, espace de créativité).

C'est ce deuxième aspect que nous allons ici envisager.

Une activité devient thérapeutique si elle prend en compte à la fois la globalité de la personne accompagnée, les composantes liées à la personne du thérapeute, et les composantes environnementales (notamment liées au cadre institutionnel).

Ces différents éléments se retrouvent dans les notions que nous allons aborder : signifiante, cadre et relation.

1.5.3.1. Aspects signifiants et significatifs

Pour être thérapeutique, l'activité proposée doit pouvoir répondre à des objectifs précis. Quels que soient ces objectifs, ceux-ci doivent être en lien avec les besoins et les attentes de la personne, et, dans la mesure du possible, en lien avec ses goûts, ce qui a de l'importance pour elle. C'est ici qu'interviennent les notions d'activité signifiante et d'activité significative.

« En ergothérapie, les activités (thérapeutiques) doivent être en relation avec les intérêts de l'utilisateur (significative) et avoir un but intelligible par lui pour l'intervention dont il est l'objet (signifiante). » MC. Morel-Bracq ^[20]

Une activité signifiante se rapporte donc à ce qui a du sens pour la personne, en fonction de ses valeurs, tandis qu'une activité significative se rapporte à ce qui fait sens dans l'environnement social de la personne.

Si l'activité a du sens pour la personne, son potentiel thérapeutique en sera accru : « l'activité ne peut se concevoir comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens ». I. Pibarot ^[21]

L'engagement dans des activités signifiante et significatives permet ainsi à la personne de développer ses capacités, d'avoir un sentiment de contrôle tant sur son suivi que sur sa vie en général. Cela lui permettra aussi de donner un sens à sa thérapie (autre que purement cognitif), et ainsi améliorer sa qualité de vie.

Nous avons vu l'importance du sens que doit porter l'activité. Ce sens doit aussi s'inscrire dans ce qui est possible dans le cadre d'intervention de l'ergothérapeute, à ce qu'il est en mesure de proposer.

Nous allons donc aborder maintenant la notion de cadre, car celui-ci est un élément essentiel de l'activité thérapeutique et de l'accompagnement en général.

1.5.3.2. Le cadre thérapeutique

La notion de cadre peut être très large, selon la perspective avec laquelle on l'étudie. Le cadre institutionnel n'est en effet pas le même que le cadre instauré pour une activité en particulier, ou que le cadre interne d'une personne.

Les fonctions sont cependant similaires : instaurer des limites, des règles, permettre une contenance.

Nous allons ici nous intéresser au cadre proposé par le soignant lors d'une activité.

En tant que « contrat » avec la personne, J. Bleger définit le cadre comme « l'ensemble des invariants qui vont régir le fonctionnement de l'accompagnement thérapeutique ». [22]

Le cadre a donc ses caractéristiques propres, à la fois physiques, psychiques, et spatio-temporels. Ceux-ci sont ajustables selon la population, les conditions, la séance, etc, et la personne est libre de les discuter, de les accepter ou non.

Pour F. Klein, le cadre thérapeutique est « un lieu d'expériences, vécues ou revécues, seul ou avec d'autres patients, qui se doit d'être vivant et non figé ou rigide. Le cadre doit alors être pensé en permanence, voire repensé pour s'ajuster aux besoins des patients et leur permettre d'évoluer en se retrouvant, et en retrouvant un peu de plaisir aussi ». [22]

La notion de cadre thérapeutique est alors envisagée ici comme un « espace de création et de communication », propice aux échanges et se devant d'être « suffisamment bon » (en lien avec la fonction de contenance évoquée par W. Bion).

Selon E.B Kelemen, le cadre serait un « ensemble d'invariants qui contiennent les protagonistes en présence, et qui définissent les règles du contrat qui les lie ». [12]

Il en fait ressortir quatre grandes fonctions :

- « fonction contenante » : déjà évoquée précédemment, il s'agit de « délimiter le dedans du dehors », de proposer un espace sécurisé
- « fonction de conteneur » : c'est-à-dire « contenir ce qui est dedans », en lien avec les règles de respect et de confidentialité.
- « fonction de pare-excitation » : protection contre les éléments perturbateurs venant de l'extérieur
- « fonction transitionnelle » : permettre un espace de rencontre entre le monde interne et le

monde externe, un espace d'expression, de créativité (rejoint la théorie de Winnicott sur les espaces potentiels).

J. Merkling évoque plus précisément le terme cadre de soin, comme « ensemble des règles constituant la frontière délimitant l'espace à l'intérieur duquel se déroulent les rencontres entre soignants et soignés ». ^[18] Celui-ci est lié avec le cadre institutionnel, voire dépendant de lui. Articulé avec et dans le cadre institutionnel, le cadre thérapeutique sert aussi de limite, et permet de protéger à la fois le thérapeute et la personne accompagnée.

Pour finir, le cadre thérapeutique ne peut être instauré que si le thérapeute est au clair avec son propre cadre interne (sa propre façon de fonctionner, sa personnalité), car comme le souligne Freud : « aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne lui permettent ». ^[22]

Cadre institutionnel, cadre interne et cadre thérapeutique sont donc à combiner lors des séances, d'où l'importance d'en avoir conscience et de les clarifier dès la première rencontre.

Le cadre thérapeutique doit être adaptable, proposé puis co-construit de façon suffisamment bonne. Il régit le processus d'intervention et sert de base à la relation. C'est parce que le cadre est sûr qu'une relation de confiance peut potentiellement s'instaurer, et ainsi devenir thérapeutique.

1.5.3.3. Relation thérapeutique

La relation ou alliance thérapeutique est le lien qui unit le patient et le thérapeute, regroupant des aspects cognitifs et affectifs, et variant selon les individus et la situation.

M. Brillon la définit ainsi : « désir de collaborer au traitement qui s'appuie sur les sentiments positifs du client envers le thérapeute (sympathie, attachement, sentiment d'être compris, reçu, etc.). Elle suppose chez le client une capacité à faire confiance, une aptitude à se laisser guider, une détermination à aller jusqu'au bout de la démarche malgré les difficultés rencontrées en cours de route ». ^[23]

Selon elle, si ces deux types d'alliance peuvent apporter un changement, la deuxième est cependant plus centrée sur la demande réelle de la personne, plus en accord avec ses attentes, et inclut des notions telles que l'empathie, la bienveillance. Elle précise aussi que cette alliance thérapeutique n'est pas acquise ; c'est au thérapeute d'être vigilant à la maintenir tout

au long de son intervention.

L'alliance/relation thérapeutique repose aussi sur des notions telles que le respect, la confiance et la congruence, qui sont essentielles à instaurer lors de la première rencontre (importance de l'accueil). En dehors de la motivation de la personne et de la nature de sa demande, il s'agit alors de la capacité du thérapeute à « entrer en relation » et à créer un climat de confiance, qui repose en grande partie sur le cadre que celui-ci propose.

Selon B. Chouvier, le but de la relation thérapeutique serait de « créer une enveloppe de confiance et de conviction susceptible d'entraîner une adhésion suffisante au dispositif ». [24]

La relation thérapeutique dépend donc en grande partie de la façon dont le thérapeute va se « présenter » et va se positionner. Tout comme le cadre, la relation doit être « suffisamment bonne », c'est-à-dire entre autre être à « bonne distance », et permettre l'instauration d'un « espace potentiel ».

Distance thérapeutique

Selon B. Simonnet-Guériau, la notion de distance thérapeutique « se construit sur des modes inter-personnels plus ou moins confus ». [12]

Elle dépend de la qualité de l'investissement du thérapeute dans la relation, et de son « mode » relationnel. La distance thérapeutique peut alors être utilisée comme outils thérapeutique.

Elle se situe « entre neutralité et authenticité, non-directivité et suggestion, distance et proximité ».

Cette distance doit être établie de façon à permettre l'échange, et l'expression.

Espace potentiel

L'espace potentiel est un concept développé par D.W. Winnicott. Il s'agit d'un espace de rencontre, de « jeux » : « un dedans, un dehors et une aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent les deux premiers ». [25]

Cette aire intermédiaire d'expérience est en continuité avec l'aire de jeu de l'enfant : elle conserve cet aspect d'infinies possibilités d'expressions.

Winnicott a ainsi travaillé sur la notion de « jeu » et son importance dans la thérapie et pour la relation soignant/soigné.

« Là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire. Si le jeu est essentiel, c'est parce que c'est en jouant que le patient se montre créatif [...] c'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi [...] c'est seulement en jouant que la communication est possible ». [25]

La créativité est perçue comme un rapport au monde extérieur. Cette créativité ne peut exister, et donc cet espace potentiel ne peut exister qu'au sein d'un climat de confiance, et donc d'un cadre et d'une relation contenant, sécurisants.

Transfert, contre transfert

Lors de la rencontre, et tout au long de la relation thérapeutique, des éléments psychiques inconscients sont à l'œuvre entre les deux intervenants : ces éléments sont définis en psychologie comme la « dynamique transféro-contre-transférentielle ».

Le terme de « transfert » concerne les éléments projetés par le patient (projections) sur la personne du thérapeute

En psychanalyse, le transfert désigne « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique ».[26]

M Brillon en propose une définition moins psychanalytique : « On considère le transfert non plus comme la simple projection sur le thérapeute d'un conflit infantile, mais comme une modalité relationnelle inconsciente constamment à l'œuvre dans toute relation. » [23]

Nous avons donc parlé des projections venant du patient dirigées vers le soignant, et qu'en est-il dans le sens inverse ?

Il s'agit en fait de la même chose, si ce n'est qu'on parlera alors de « contre-transfert » : « ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci ». Ce terme comprend donc bien les projections du thérapeute sur le patient.

Que l'on parle de transfert ou de contre-transfert, on aborde donc l'aspect affectif et émotionnel présent dans toute relation, en terme de réactions émotionnelles en réponse à ce que provoque l'autre chez nous, consciemment ou inconsciemment.

Ces phénomènes sont présents dès la première rencontre et perdureront tout au long de la relation, d'où l'importance pour le thérapeute d'en être conscient.

Dans certains cas, cette dynamique transféro-contre-transférentielle peut être déplacée sur un élément tiers (sujet ou objet), dans une triangulation de la relation.

Nous avons jusqu'alors abordé les différents aspects de la relation thérapeutique entre le soignant et la personne qu'il accompagne. Hors ce travail a pour sujet une activité qui est, nous l'avons vu lors de l'enquête exploratoire, essentiellement pratiquée en groupe.

La relation groupale

P. Van Damme parle « d'espace groupal », comme un contenant permettant la délimitation d'un dedans et d'un dehors. Il en définit cinq dimensions :

- « espace support » : il propose un cadre matériel, réel, physique sur lequel les éléments du groupe peuvent s'appuyer
- « espace relationnel » : il permet les interactions, la rencontre, les échanges, des « contacts stimulants et rassurants », et doit aussi permettre des moments de « retrait »
- « espace social » : en lien avec la place et le rôle de chacun dans le groupe
- « espace symbolique » : « système de signes et règles acceptées par le groupe » règles implicites et explicites »
- « espace imaginaire » : cette dimension est rendue possible par les quatre autres. Cet espace rassemble les « contenus psychiques suscités, vécus, projetés et travaillés dans le groupe ». ^[18]

Au sein d'une activité de groupe, le thérapeute devra donc veiller à préserver l'espace de chacun tout en permettant les interactions : l'espace potentiel devient alors parfois groupal, « l'aire de jeu » commune. Son cadre et sa distance thérapeutique devront être adaptés en conséquence, et selon le nombre de participants et leurs besoins. Pour rejoindre la notion évoquée précédemment, le thérapeute devra aussi veiller aux éléments transférentiels présents entre les participants, et entre les participants et l'objet d'activité.

C'est d'ailleurs l'activité que nous allons maintenant aborder, plus particulièrement les activités thérapeutiques en lien avec le corps.

1.5.4. Des médiations corporelles à l'expression corporelle

1.5.4.1. La notion de médiation

« Tous les dispositifs cliniques sont des dispositifs à médiation, et toutes les médiations visent à rendre possible la création ou la mise en œuvre d'un langage par le transfert de l'expérience vécue en une forme sensible donnée par la médiation choisie au sein du dispositif » R. Roussillon [24]

Le concept de médiation a pour origine la notion de triangulation : triangulation de la relation mère-enfant par le père, triangulation de la relation soignant-soigné par un objet externe.

C'est donc l'objet extérieur qui viendrait faire cette triangulation, et selon I. Pibarot l'ergothérapie, en proposant « un espace créatif, où la relation duelle devient triangulation, deviendrait alors une psychothérapie médiatisée ». [27]

La médiation permettrait alors de transférer les mouvements projectifs de la personne vers l'objet plutôt que vers le thérapeute, ou en tout cas, lui permettrait de les exprimer.

Au delà de l'objet lui-même, l'intérêt pour le thérapeute serait donc d'observer la façon dont il est utilisé, les sensations qu'il procure à la personne et ce qu'il lui permet d'exprimer.

Selon F. Klein, « c'est peut-être là aussi toute l'importance de la médiation, du travail autour de l'objet, de son élaboration, de son émergence, puisque cela permet de se reposer sur un support sur lequel toute une dynamique psychique et relationnelle vient se focaliser ». [22]

R. Kaës propose quand à lui cette idée : « les médiations sont des moyens pour restaurer la capacité de rêver, elles en proposent des équivalents, des embrayeurs. Elles ont pour fonction de créer des symptômes qui peuvent alors être nommés, pour autant que la parole accompagne l'expérience de médiation ». [28]

1.5.4.2. L'objet médiateur

« Tout ce qui participe à solliciter l'imaginaire peut devenir médiation » J. Merklings [18]

L'objet médiateur, selon A. Brun est un objet concret, pré-investi par le thérapeute, présenté par lui : il fait donc partie du cadre. Il sert aussi de support à la relation, et donc aux événements de transfert et contre-transfert.

«L'objet médiateur constitue un véritable attracteur sensoriel du transfert dont il devient le support : il focalise en effet les liens transféro-contre-transférentiels et les articule. » A. Brun [24]

B. Chouvier parle même de la possibilité de déplacer le transfert sur l'objet dans certaines situations où le transfert est trop important : « être ensemble par l'objet et pour l'objet représente le cadre existentiel le plus adéquat à certaines situations ». [28]

Nous en revenons ainsi à la notion de cadre, et à l'importance de la réflexion autour du cadre instauré et de l'objet proposé. Il semblerait d'ailleurs que l'objet en lui-même ne soit « rien » s'il n'est pas investi et présenté dans un certain contexte.

R. Kaes en parle d'ailleurs ainsi : « l'objet n'est médiateur que dans un processus de médiation ». [28]

C'est donc ce qu'on fait de l'objet qui est thérapeutique, et le cadre semble primer sur l'objet.

Selon J. Merkling, l'objet médiateur intervient sur trois niveaux : intra-psychique (il sollicite l'imaginaire et les affects), inter-psychique (« articulation entre les subjectivités de deux ou plusieurs personnes »), et transitionnel (confrontation entre réalité psychique (subjective) et réalité extérieure (objective)).

Il en définit aussi différentes fonctions :

- symbolisante : rendre acceptable, donner du sens à des éléments pulsionnels, affectifs, sensoriels
- différenciation : capacités d'utilisation de l'objet différentes et propres à chacun
- pare-excitation : relation à l'autre plus facile par le biais de l'objet
- entraînement : lié à la pare-excitation, rencontre plus facile donc plus de chance d'être répétée, plus facile de laisser libre cours à l'expression, la créativité
- structurante : en lien avec le cadre
- transitionnelle : « permet au sujet d'éprouver en sécurité son vécu interne » [18]

Nous avons abordé de façon générale l'outil thérapeutique « médiation ». Nous allons maintenant nous concentrer sur l'utilisation du corps dans la médiation.

1.5.4.3. Les thérapies à médiation corporelle

Les médiations corporelles, ou « techniques du corps », selon M. Mauss et E. Allouch « modifient le mouvement et la sensation en les rendant signifiants, c'est à dire en leur donnant un sens partageable, transformant le mouvement en geste [...], le corps en moi-corps [...]. »^[24]

Cette notion de « moi-corps » rappelle la théorie du moi-peau de D. Anzieu, et renvoie aussi au développement de l'enfant. Selon J. Merkling, la découverte du monde par le nourrisson (et plus tard l'enfant) se fait grâce au corps et à ses mouvements : le corps est son premier mode de relation, les aspects psychiques, cognitifs et affectifs se développeront par la suite. C'est par les sensations et l'expérimentation corporelle que le sujet est en mesure de percevoir son environnement, et de s'en différencier.

En médiation corporelle, le corps va donc être l'objet médiateur, et c'est à travers lui que les échanges et la relation vont se créer. Le thérapeute doit donc créer l'espace permettant à la personne de s'exprimer avec son corps, d'échanger avec, voire même tout simplement de le « rencontrer ».

Ce type d'accompagnement est donc axé sur la présence, et sur l'éprouvé corporel. Par la sollicitation de l'ensemble du corps, il permet « d'interroger le patient sur la problématique de la segmentarisation du corps [...] et offre l'occasion de stimuler le patient dans la globalité de son vécu corporel, renforçant ainsi sa cohésion interne ». T. Bénavidès^[6]

En lien avec l'approche phénoménologique, les thérapies à médiation corporelles ne visent pas à remobiliser et retravailler le passé : il s'agit plutôt d'être dans l'instant présent, dans le vécu, l'éprouvé, l'expression, et surtout de relier corps et psyché.

Ainsi les mots ne sont pas forcément à encourager place dans ce type d'accompagnement : il faut laisser le corps communiquer. Andréoli avance même que cela permet d'accompagner la personne dans un mode d'expression peut-être plus accessible, « moins sophistiqué », notamment quand on sait que les personnes psychotiques ont des difficultés à élaborer verbalement. [6]

Les thérapies à médiation corporelle peuvent être proposées soit en séance individuelle (permet de « renforcer l'identité » et met l'accent sur l'aspect relationnel), soit en séance groupale (identité est alors renforcée par « l'individualité dans l'action »).^[6]

Les effets thérapeutiques sont dans les deux cas liés à l'engagement du corps dans la relation (relation à soi-même, au thérapeute, aux autres participants), et à l'importance du vécu au moment présent, dans « l'ici et maintenant ».

Le travail autour du corps peut se présenter sous différents aspects, selon l'objectif thérapeutique, les possibilités de la personne et ses attentes.

Les différentes approches corporelles

Thérapie	Visées	Moyens
Psycho-sensorielle	« exploration introspective de la sensorialité » [18]	Relaxation, massage, enveloppe humide (pack)
Stimulation motrice/ perceptivo-motrice	« restaurer et renforcer les possibilités productives du sujet, apprentissage par l'expérience »	Techniques sportives, yoga
Expressives	« considèrent le corps dans sa fonction d'expression, de relation » renforcement de la confiance en soi, confrontation au regard de l'autre, enrichissement de l'expression gestuelle	Danse et techniques associées, techniques théâtrales (mime, jeu de rôle, psychodrame) et techniques à support artistique (dessin, modelage)

Dans ces différents types de thérapie, T. Bénavidès souligne l'importance de la mise en place d'un dispositif thérapeutique adapté. Celui-ci doit en effet proposer « un équilibre entre processus d'apprentissage et processus relationnels, un équilibre entre processus interne et réalité, et un contexte de co-construction ». [18]

Il souligne aussi l'importance du choix du type de support proposé, fonction des personnes amenées à travailler avec.

Le sujet de ce travail concerne la danse, et l'expression corporelle, qui font partie des thérapies expressives.

Selon J. Merklings, les thérapies expressives « mettent l'accent sur la réalisation de gestes ou mouvements ou la dimension esthétique pour un rôle même si elle n'est pas recherchée de manière manifeste [...] le travail consiste à replacer le corps dans son rôle de support à l'expression orale » [19]

La communication est alors symbolique, imagée, « expression d'un contenu interne par production d'un contenu externe ».

1.5.4.4. Danse et expression corporelle

La danse

« La danse questionne toutes les façons qu'a le corps de se porter vers des frontières, des limites d'être, des mouvements originaux – qui mettent en jeu l'origine. La danse, c'est la mise en jeu mouvementée du corps. C'est l'art de la rencontre. » D.Sibony [29]

Pour D. Sibony, la danse est un outils d'expression, de communication, et une façon « d'être » au monde. Il s'agit d'explorer toutes ses possibilités : possibilités physiques, gestuelles, et « possibilités d'être ». Il s'agit donc de s'explorer soi-même.

Il s'agit aussi d'explorer les interactions avec l'environnement, et l'Autre : « que peut faire un corps à autre, que peut faire le corps à un groupe, que peut faire le groupe à un corps ? »

« La danse exprime les émotions et les sentiments de l'humanité. » I Duncan [6]

I. Duncan explique ainsi la présence de la danse dans les rites, les fêtes, et de façon générale les rassemblements : il y a rassemblement dans la danse, expression et partage de quelque chose de commun, d'archaïque.

La danse est aussi une façon d'aborder l'expression des sentiments et des affects selon 2 aspect :

– aspect formel : maîtrise du geste et mise en condition du corps, assouplissement, décontraction, respiration, changement d'état tonique, rapport au sol. Il s'agit alors de « créer une disponibilité corporelle et une spontanéité individuelle » [6]

– aspect émotionnel : corps plaisir, narcissisme, plaisir au niveau du corps, affirmation de l'existence de ce corps, permettant un « vécu interne positif et des relations aux autres fructueuses » [6] [18]

La danse a commencé à être pratiquée dans certains hôpitaux des Etats-Unis dans les années 1940. Des effets ont vite pu être constatés en lien avec un renforcement des aptitudes physiques, de l'intégration sociale, et des capacités d'expression corporelle, avec notamment un meilleur épanouissement personnel et une canalisation de l'agressivité. C'est donc dans ce contexte qu'est apparue la danse-thérapie. ^[6]

La danse-thérapie vient aider sur de nombreux aspects de la vie corporelle et relationnelle : « travail sur l'image du corps, le vécu corporel, acquisition de nouvelles connaissances sensorielles et motrices par observation des mouvements, analyse de leur répercussion sur le corps propre et de leur inscription dans l'espace et le temps ». ^[6]

J. Merkle définit d'ailleurs la danse comme une « écriture du corps dans l'espace ». Seulement pour que ce corps puisse s'inscrire dans l'environnement, il faut qu'il soit « habité », il faut l'intention.

En thérapie, notamment dans le domaine de la santé mentale, l'objectif est donc « d'aider le patient à retrouver un corps qui soit une enveloppe protectrice solide et perméable », de façon à ce qu'il puisse l'utiliser comme vecteur d'expression, et qu'il puisse pleinement utiliser « l'aire de jeu ». ^[18]

La danse-thérapie se situe ainsi entre sociothérapie (réappropriation corporelle, stimulation des capacités à utiliser son corps de façon fonctionnelle et expressive) et psychothérapie (échanges intersubjectifs).

En danse-thérapie, il n'y a pas forcément de protocole à respecter. Cependant, certaines techniques reviennent régulièrement, dont voici les grandes lignes :

- moment de transition : en début de séance, il s'agit de permettre le passage du dehors vers l'atelier
- temps d'improvisation : selon les thèmes proposés entrent alors en jeu écoute de l'autre, mémoire corporelle, coordination, rythme, prise de conscience du corps, et surtout libre jeu du corps
- chorégraphie : rassemblement partage, mémoire corporelle, esthétique du mouvement
- moment de transition : fin de la séance, passage de l'atelier vers le dehors. ^[6]

En thérapie, la danse intervient donc comme langage, avec le corps comme médiateur permettant l'interaction et l'expression. L'expression corporelle (non verbale) est favorisée. L'expression passe par l'expérience vécue dans l'instant, par les sensations et les émotions ressenties.

Le technique et l'esthétique ne sont pas forcément valorisées, il s'agit surtout de permettre à la personne de s'exprimer et de créer, d'explorer ses potentialités, de se découvrir.

Le ressenti corporel a donc toute son importance, et nous allons donc aborder maintenant la notion « d'expression corporelle », qui au sein de la danse-thérapie correspond surtout aux temps d'improvisation.

L'expression corporelle

T. Bénavidès définit l'expression comme un « engagement du corps dans l'expérience de son environnement sensible ». L'expression est selon lui obligatoire pour « être au monde », être « avec » le monde et en percevant les interactions en moi et l'autre, me percevoir moi-même. C'est dans la rencontre avec autrui que peuvent se construire mes propres limites. ^[6]

Il s'agit là d'expression « générale » ; il évoque aussi « l'expressivité du corps » : concept en lien avec l'approche phénoménologique et les notions de « corps vécu » et de « conscience du corps ».

« L'expressivité du corps renvoie au rapport direct à l'autre, dans la mesure ou l'expérience d'autrui est aussi importante que l'expérience du corps propre » ^[6]

Dans le domaine de la santé mentale, dans la mesure où les personnes accompagnées sont de façon générale moins « aptes » à mettre en jeu leur corps, l'idée est de les accompagner dans une découverte ou une redécouverte des « potentialités imaginaires de leur corps afin de les transformer en représentations au moyen de l'expressivité ». ^[6]

La voix, et la musique, le toucher, le mouvement et le regard servent alors de support à cette expressivité.

Pour J. Merklings, dans un travail d'expression corporelle il s'agit de « retrouver et explorer son corps pour échanger à travers lui ». ^[18]

Il met en lumière trois aspects de ce travail :

- travail fonctionnel, ou perceptivo-moteur : mettre en jeu ses capacités motrices, trouver une liberté dans la marche, la façon de se tenir, de bouger, se sentir diriger son corps et le mobiliser, découvrir ses possibilités et toutes les libertés de mouvement : il s'agit là de se réapproprier son corps
- travail sensitif : être sensibles aux éléments internes, avoir conscience de sa respiration, prendre conscience du corps, de sa présence : « lutter contre la désappropriation du corps qu'impose parfois la maladie ».

– travail autour de la créativité et de la communication (aspect psycho-sensoriel) : profiter d'un espace de libre expression corporelle, exploiter ses capacités en terme de communication et de créativité, prendre plaisir à partager, à être dans la relation : « corps stimulé pour retrouver sa place dans la participation de la relation à l'autre. »^[18]

Le travail en danse-thérapie, en expression corporelle a donc pour visée d'aider le patient à la fois à se retrouver lui-même, à s'exprimer, de trouver sa propre gestuelle, et aussi d'être dans la rencontre le partage et l'échange.

Nous avons déjà pu abordé combien ces notions pouvaient être compliquée pour la personne psychotique, du fait de sa pathologie, de ses traitements, des habitudes,etc. L'intérêt de lui proposer ce genre de travail prend donc tout son sens.

Nous avons vu aussi à quel point toutes ces notions pouvaient empêcher la personne d'être dans la relation et l'interaction avec son environnement, et la façon dont cela affecte son bien-être, sa qualité de vie.

En lien avec le sujet de ce travail, qui cherche à mettre en relation expression corporelle et qualité de vie, c'est maintenant sur ce deuxième concept que nous allons nous pencher.

1.5.5. Qualité de vie et bien-être

La qualité de vie et le bien-être sont souvent confondues, difficiles à définir, ceci en grande partie lié à la subjectivité de leur perception.

1.5.5.1. La qualité de vie

« Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » OMS, 1993^[3]

Selon un rapport de l'INSEE daté de 2011, un revenu suffisant, une situation professionnelle « stable », un bon état de santé et des relations sociales satisfaisantes sont des déterminants

importants d'une bonne qualité de vie, influencent les écarts de « bien-être ressenti » par les personnes interrogées. ^[31] Le bien-être ressenti serait donc un facteur favorisant une bonne qualité de vie.

Parmi les critères de « non-satisfaction » étaient retrouvés : faiblesse des liens sociaux, difficultés financières, mauvaises conditions de logement, mauvais état de santé, et stress de la vie courante.

Ces critères ne sont pas sans évoquer les conditions de vie de nombreuses personnes souffrant de schizophrénie, souvent confrontées à ces difficultés en plus des symptômes pathologiques.

D'un colloque tenu en 2014, sur l'intérêt pour les chercheurs de se pencher sur la question de la qualité de vie, ressort l'importance de prendre en compte les aspects psychologiques et sociaux de la santé dans cette notion. Ainsi doivent être pris en compte dans sa mesure les notions d'épanouissement personnel, de bonheur, de santé environnementale, de satisfaction de vie et de bien-être général. ^[30]

Le rapport de ce colloque mentionne aussi l'importance de prendre en compte la subjectivité de cette notion lors d'une évaluation.

Une étude a été réalisée en 1999 à propos de la vision de la qualité de vie par les personnes schizophrènes. Menée par trois ergothérapeutes et un chercheur, elle met en lumière sept facteurs importants rapportés par les personnes schizophrènes interrogées pour définir leur qualité de vie.

Ces sept facteurs sont l'activité, les interactions sociales, la gestion du temps, le fait d'être « normal », la connaissance ou non de la maladie par l'entourage, la gestion de la maladie, et les ressources financières.

Ces facteurs ont par la suite été regroupés en 3 catégories :

- gestion du temps : être capable de structurer sa journée, de s'organiser et d'organiser son temps libre, envisager le futur
- sentiment d'appartenance : se sentir entouré, soutenu, aimé, entretenir de bonnes interactions sociales, être accepté dans la société
- capacité à faire des choix, contrôler sa vie : choix en lien avec la gestion de sa vie, de la maladie, faire des choix concernant les conditions de vie et le travail. ^[32]

En 2014, une autre revue a été publiée sur le thème de la schizophrénie et de la qualité de vie. Les auteurs y soulignent l'importance d'inclure dans la notion de qualité de vie « la perception subjective qu'a le patient de sa pathologie et du traitement qui y est associé : son confort personnel, son bonheur, l'impact d'une pathologie sur les relations sociales, etc »^[33]

L'OMS, en 2001, parlait d'ailleurs de la qualité de vie comme partie intégrante du concept de santé mentale : « un des enjeux majeurs dans l'évaluation des besoins et des traitements ».

En 1996, Lehman évoquait déjà l'importance de prendre en compte la qualité de vie, et surtout le bien-être général de la personne dans l'accompagnement des personnes souffrant de maladies mentales.

1.5.5.2. Le bien-être

C'est la notion de bien-être, et non de qualité de vie, qui apparaît dans la définition de la santé proposée par l'OMS :

« État de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Différents aspects du bien-être sont donc abordés : différence entre bien-être physique, bien-être mental et bien-être social.

Tout comme pour la qualité de vie, c'est aussi l'aspect subjectif de cette notion qui apparaît : seule la personne elle-même est en mesure de déterminer son état de bien-être.

A la demande de la commission européenne, un rapport sur le bien-être a été publié en septembre 2011. Il s'agissait d'une enquête qualitative réalisée dans 15 états membres de l'UE pour étudier la notion de bien-être auprès des citoyens.

Voici une liste des principales catégories dans lesquelles ont pu être regroupés les facteurs de bien-être mentionnés par les répondants :

- bien-être subjectif : humeur pouvant avoir un impact sur le bien-être ressenti et inversement, dépendant du tempérament de chacun
- situation économique et professionnelle : importance de l'argent pour bénéficier d'un certain bien-être, argent considéré moyen d'accéder à d'autres facteurs
- éducation et développement intellectuel : accès à l'éducation pour les répondants et leurs enfants

- santé et nutrition : bonne santé (absence de maladie, bonne condition physique et psychique) considérée comme facteur majeur de bien-être, bon accès aux soins de santé
- infrastructures : qualité du lieu de résidence
- relations personnelles : bonnes relations avec amis, famille (dont enfants)
- vie citoyenne : gouvernement, liberté d'expression, respect des droits, contexte général
- activités culturelles et spirituelles : activités culturelles et de loisirs avec objectifs variés dans la recherche de bien-être, spiritualité et religion
- environnement : influence du climat. ^[34]

En hiérarchisant tous ces facteurs, les facteurs les plus importants dans la perception d'un état de « bien-être » sont, dans l'ordre d'importance : une bonne santé, de bonnes relations familiales, un emploi stable, et une bonne situation financière.

Le classement de ces facteurs varie selon les pays ou les variables démographiques.

En association d'idées, les facteurs les plus souvent associés au bien-être restent des facteurs psychologiques et personnels.

Qualité de vie et bien-être, du fait de leur caractère subjectifs, sont donc étroitement liés et donc difficiles à évaluer.

Je souhaite cependant, pour la suite de ce travail, comprendre la façon dont les personnes schizophrènes se perçoivent, et perçoivent ces notions.

En lien avec leur perception de leur qualité de vie et de leur bien-être, je souhaite aussi les interroger sur ce qu'un accompagnement centré sur le corps peut leur apporter.

Ce sont donc tous les concepts abordés précédemment que je souhaite confronter sur le terrain aux personnes souffrant de schizophrénie.

2. MATERIEL ET METHODE

Rappel de la problématique

En quoi des ateliers d'expression corporelle peuvent-ils être utilisés en ergothérapie comme activité thérapeutique pouvant participer à l'amélioration de la qualité de vie d'une personne souffrant de schizophrénie ?

2.1. Choix de la méthode

Pour cette recherche, l'intérêt est porté sur le vécu, le ressenti des personnes schizophrènes, leur façon de percevoir leur vie en général, et ce que peut leur apporter ou non un atelier d'expression corporelles. C'est leur témoignage que je souhaite recueillir.

Parmi les différentes méthodes de recherche, je m'oriente donc vers la méthode clinique.

En effet la méthode clinique est définie comme une méthode qui « produit des savoirs sur un phénomène à partir du récit des sujets ». Elle s'intéresse à la rencontre avec le « sujet social », à sa parole et au récit de son expérience. ^[35]

« La singularité du sujet social est ce que la clinique étudie : la façon qu'a concrètement la personne d'organiser son monde et de s'y tenir ».

L'humanisme et la subjectivité sont donc deux notions incontournables du dispositif clinique ; elle s'inscrit ainsi dans le paradigme biologique.

Deux types de méthodes cliniques sont répertoriées : clinique des cas et clinique des situations.

La clinique des cas sera la méthode utilisée : elle permet de comprendre la vision de la personne au moyen d'entretiens cliniques.

Puisqu'elle s'intéresse au fonctionnements individuels, la méthode clinique ne produit pas de résultats généralisables : il s'agit plutôt de faire émerger des éléments pratiques et des questionnements.

2.2. Population

Je m'intéresse au vécu de personnes souffrant de schizophrénie, ce sont donc ces personnes que je vais aller interroger. J'ai choisi d'aller rencontrer des personnes au sein de mon lieu de stage S6, lieu de stage choisi dans ce but, en même temps que mon sujet de mémoire.

2.2.1. Présentation de l'Hôpital de jour (HDJ)

L'hôpital de jour dans lequel je réalise mon stage et qui sera le lieu de mon enquête est un établissement privé à but non lucratif ouvert en 2010. Il fait partie d'un ensemble de structures regroupant aussi un service d'hospitalisation complète et un service d'hospitalisation de nuit, existants antérieurement.

Le bâtiment accueillant l'HDJ a été conçu à cet effet, et est indépendant du service d'hospitalisation complète.

Son but est de proposer une alternative à l'hospitalisation complète, en ayant une visée de réhabilitation, de réinsertion et réadaptation.

L'équipe soignante est composée d'un médecin psychiatre, d'un psychologue, d'une ergothérapeute, d'une IDE coordinatrice et cinq IDE.

Les patients sont accueillis de 9h à 16h30 du lundi au vendredi.

L'HDJ accueille en tout 63 personnes adultes (hommes et femmes), admises sur prescription médicale psychiatrique

La population accueillie est constituée de :

- personnes souffrant de troubles psychotiques chroniques
- personnes souffrant de pathologies déficitaires avec dépendance
- personnes souffrant de troubles de l'humeur (bipolarité, dépression)

Le planning est défini par le médecin psychiatre et l'IDE coordinatrice en fonction des demandes de la personne et des indications thérapeutiques.

Les prises en charge sont essentiellement collectives, au sein d'ateliers ouverts ou fermés.

Trois activités différentes sont proposées par demi-journée : activités à médiation artistiques, à médiation corporelle, sorties, jeux, etc.

Les activités à médiation corporelle sont venues progressivement au sein de l'HDJ : pas du

tout présentes au début, puis de plus en plus suite à des demandes de patients, des autorisations de sortie et des propositions des soignants.

Sont proposés actuellement actuellement six ateliers à médiation corporelle : activités sportives (piscine, escalade et salle de sport), relaxation, un atelier plutôt théâtral avec marionnettes, et expression corporelle avec l'atelier « mouvements dansés ».

2.2.2. Présentation de l'atelier « mouvements dansés »

Cet atelier est proposé depuis février 2015 (il était auparavant couplé avec la relaxation). Il est animé par une IDE (ex-danseuse) et l'ergothérapeute (formée à l'art-thérapie).

Il s'agit d'un atelier fermé (les participants s'engagent pour le semestre ou l'année) qui a lieu une fois par semaine pendant environ 1h30.

En fin d'année 2016 a eu lieu une représentation, réalisée à partir des temps d'improvisation, qui ne se fera pas cette année.

Éléments du cadre :

- respect de la confidentialité
- non jugement
- pas de souci de performance
- esprit de solidarité
- respect dans la relation avec autrui

Différents temps sont proposés durant la séance (notion de rituel, important pour le cadre) :

- échauffement : mobilisation du corps, prise de conscience du corps dans l'espace proche et par rapport à l'autre
- bulle : exercice en individuel, rapport à soi
- danse de groupe : bouger dans l'espace, s'organiser par rapport à l'espace et aux autres, sentiment d'appartenance (origines de la danse)
- déplacements : exercice de confiance en l'autre, de représentation de l'espace
- improvisation : espace de libre expression
- temps de parole : échange autour des ressentis, de ce qui a plu ou déplu, pistes pour les prochaines séances

L'ergothérapeute et l'IDE participent tout au long de la séance, y compris pendant les temps d'improvisation.

Cet atelier n'est pas effectué dans un souci de performance ; il s'agit de trouver son mouvement propre, de s'exprimer, d'expérimenter avec soi et les autres, être dans l'échange et le partage, être dans le ressenti, le lâcher-prise

2.2.3. Présentation des personnes rencontrées

Le choix de mon lieu de stage a été fait en raison de la présence de l'atelier « mouvements dansés » au sein de la structure. Je voulais pouvoir participer à cet atelier avec les personnes que je pensais interroger.

Le choix des personnes rencontrées dépendait donc des personnes participant à l'atelier à cette période.

Trois personnes souffrant de schizophrénie participent actuellement à cet atelier, ce sont donc elles que je suis allée interroger.

Au final je n'ai pu faire mon enquête qu'avec 2 de ces personnes, la 3^e ayant été hospitalisée peu de temps après mon arrivée.

Les critères d'inclusion pour faire partie de cette enquête sont donc : être un adulte, être diagnostiqué schizophrène, participer à l'atelier « mouvements dansés » de façon continue.

→ Mme R a 61 ans. Elle a été diagnostiquée schizophrène avec des troubles dépressifs et une forte auto-dévalorisation, ainsi qu'un sentiment de persécution.

Motif de l'hospitalisation : aide à l'autonomie (logement individuel) et prévention d'une rechute psychotique

Le thème récurrent dans son discours porte sur des difficultés relationnelles avec sa famille.

Comportement à l'HDJ : changements d'humeur fréquents, parfois très susceptible, mais des progrès ont été remarqués depuis son arrivée.

Parmi les activités à médiation corporelle proposées, elle participe à « mouvements dansés » et « relaxation ».

→ Mme C a 56 ans, elle a été diagnostiquée schizophrène avec début des troubles délirants vers l'âge de 22 ans.

Elle souffre d'une hémiparésie gauche néonatale : elle se déplace en marchant et utilise son membre supérieur gauche.

Son élocution est difficile, et sa capacité d'adaptation altérée.

Motif de l'hospitalisation : troubles délirants, aide à l'autonomie (logement individuel)

Comportement à l'HDJ : très créative en atelier, tendance à être angoissée, déplacements difficiles, fatigabilité

Parmi les activités à médiation corporelle proposées, elle participe à « mouvements dansés » et « relaxation ».

2.3. Choix et construction de l'outil de recueil des données

Pour mener cette enquête, le choix a été fait de réaliser un entretien avec chaque personne, ainsi que d'utiliser des grilles d'observations.

2.3.1. Trame d'entretien

L'entretien clinique consiste en une « rencontre avec l'autre pour un recueil de sa parole. » ^[35]

Réaliser un entretien avec les personnes choisies permettra de savoir ce qu'elles ont à dire à propos des thèmes choisis comme concepts pour ce travail : qualité de vie/bien-être, conscience corporelle et activité thérapeutique.

L'idée finale est d'essayer de comprendre leur vision d'elles-mêmes, de leur vie, et ce qu'elles retirent de leur participation à l'atelier « mouvements dansés ».

Les personnes avec lesquelles je vais réaliser cet entretien sont des personnes souffrant de troubles psychotiques, et je sais que leur langage est parfois limité, et qu'elles peuvent avoir des difficultés à élaborer, à prendre du recul à propos d'une situation. Je ferai donc un entretien semi-dirigé, avec de nombreuses questions de relance très précises de façon à ne pas les confronter à des questions trop larges et les mettre en difficulté.

2.3.1.1. Construction de la trame d'entretien

concept	objectif	question	questions de relance
<p><u>Vie en général</u></p> <p>qualité de vie</p>	<p>Comprendre comment la personne vit avec sa pathologie, quels en sont les impacts sur sa vie quotidienne et quelles sont les difficultés rencontrées</p>	<p>Quels troubles vous embêtent le plus au quotidien ? Ou Qu'est-ce qui vous semble difficile à vivre au quotidien ? Ou Que pouvez-vous me dire sur la façon dont vous vivez ?</p>	<p>– physiquement, comment vous sentez-vous ? (contraintes (fatigue, douleurs,...) et capacités pour les tâches de la VQ comme les courses, le ménage, etc) – Vous sentez-vous souvent envahi par des pensées qui vous gênent ? – Êtes-vous satisfait(e) des relations que vous entretenez avec votre entourage ? (en lien avec les 3 dimension du bien-être apparents dans la définition de la santé)</p>
<p>Image du corps/schéma corporel</p>	<p>Savoir quelle vision et quel ressenti la personne a de son corps (en lien avec le bien-être physique)</p>	<p>Comment vous sentez-vous dans votre corps ?</p>	<p>– Prenez-vous du temps vous prendre soin de vous, et avez-vous plaisir à le faire ? (soins personnels, habillage, esthétique,...) – quelle impression vous donne votre corps ? (lourdeur/légèreté, mollesse/tonicité,...) – comment vous le représentez-vous ? (imposant ou non, notion d'esthétique) – Avez-vous toujours ressenti votre corps de cette façon ou vous rappelez-vous d'autres sensations ? – Si oui qu'est-ce qui a provoqué le changement ?</p>

<p>Activités significatives</p>	<p>Savoir quels éléments de la vie quotidienne apportent du plaisir et du bien-être à la personne</p>	<p>Qu'est ce qui vous aide à vous sentir mieux au quotidien ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment occupez-vous votre temps libre - Savez quelles peuvent être les moments qui vous rassurent, vous détendent ? - Savez-vous quels moments vous procurent de la joie, du plaisir,... - Aimez-vous venir à l'HDJ ? - Pourquoi ? - Quels moments de votre vie à l'HDJ préférez-vous ?
<p><u>Thérapie</u></p> <p>Activité thérapeutique</p>	<p>Savoir si l'atelier « mouvements dansés » est signifiant pour la personne → notions d'intérêt, plaisir, engagement</p>	<p>Aimez-vous participer à l'atelier « mouvements dansés » ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pourquoi ? - depuis quand y participez-vous ? - avez-vous intégré l'activité à votre demande ou plutôt sur conseil de l'équipe ? - Sentez-vous qu'y participer vous apporte quelque chose ? (bien-être, plaisir, douleur, fatigue, détente, joie, malaise,...) - Quels « exercices préférez-vous ? - Appréciez-vous le fait que l'activité se fasse en groupe ? - Trouvez-vous facile de suivre les consignes ? - Trouvez-vous facile de vous exprimer lors des moments d'improvisation ? Et aimez-vous le faire ? (créativité, spontanéité, expression corporelle)

Image du corps/schéma corporel	Savoir si la personne a conscience d'elle-même, de ses mouvements et son contrôle sur eux, évaluer sa présence lors de l'atelier	Comment vous sentez-vous dans votre corps pendant l'atelier ?	<ul style="list-style-type: none"> - Que ressentez-vous le plus souvent lors de l'atelier ? (contraintes, capacités) - Quelle vision avez-vous de vous-même et de vos capacités ? - exercice provoquant du bien-être
Bien-être	Savoir si la personne ressent une évolution de son « être » entre l'avant et l'après atelier	Sentez-vous une évolution entre le début et la fin de l'atelier ?	<ul style="list-style-type: none"> - Comment vous sentiez-vous en arrivant à l'atelier ? - Comment vous sentez-vous après ? (maintenant si comme prévu les entretiens sont menés juste après l'atelier)
Qualité de vie	Savoir si la personne a senti une évolution de son « être » depuis le début de sa participation à l'atelier, et si elle arrive à transposer dans d'autres moments de sa VQ ce qu'elle expérimente en atelier → notion d'apport à plus ou moins long terme	Depuis que vous avez commencé à participer à l'atelier, sentez-vous une évolution ?	<ul style="list-style-type: none"> - Vous sentez-vous plus à l'aise dans votre corps pendant l'atelier ? - Et en dehors de l'atelier ? - Est-il plus facile, au fur et à mesure des séances, de suivre les consignes ? - De vous exprimer librement ? (créativité, spontanéité) - Avez-vous l'impression que ce que vous apprenez ou créez en atelier vous sert dans votre vie de tous les jours ? - Dans votre vie quotidienne, avez-vous senti une évolution depuis le début de votre participation ? (ressenti corporel, état émotionnel, rapport aux autres)

Le questionnaire a au départ été fait avec le plus de questions ouvertes possible. Il a ensuite été « testé » en conditions réelles d'entretien avec une personne participant à l'atelier mais ne remplissant pas les critères d'inclusion pour faire partie de la population interrogée, afin de vérifier l'accessibilité des questions.

Après ce test, certaines questions ont été supprimées, et d'autres modifiées car les réponses étaient parfois difficiles à formuler : il y a donc plus de questions fermées dans la trame d'entretien définitive.

→ *cf annexe 3 : Trame d'entretien*

2.3.2. Grille d'observation

Ce travail porte sur le ressenti des personnes psychotiques, sur leur vécu de l'atelier « mouvements dansés ». Il paraît donc important, à un moment, de sortir du langage verbal pour mettre l'accent sur le langage corporel, d'où le choix de réaliser ces grilles d'observations en parallèle des entretiens.

J. Merkling souligne les difficultés auxquelles sont confrontés les thérapeutes pour évaluer les soins relationnels : ils sont inter-subjectifs, spontanés, non-directifs.

Selon lui, « évaluer revient à mesurer l'écart entre le prévu et l'observé, entre ce qui était constaté hier et ce qui est vu aujourd'hui [...] revient à comparer ce que montre de lui le patient à un moment T et ce qu'il en montre à un moment T1. » ^[18]

Ces propos soulignent l'intérêt d'utiliser des grilles d'observation : des grilles identiques d'un moment à l'autre permettent d'avoir une image de la personne à différents moments, selon les mêmes critères.

Cette observation se fera essentiellement sur la base de séquences filmées.

Filmer les ateliers me permettront ainsi d'avoir un support mnésique et d'être dans l'observation participante, ce qui évite la position de voyeur, qui me paraît trop intrusive. Cela me permet aussi d'expérimenter, d'éprouver moi-même cet atelier, et d'être dans le partage (ce qui renvoie à la notion d'aire de jeu).

Les grilles d'observation permettront de cibler des éléments liés au comportement pendant l'atelier selon des critères spécifiques établis pour guider l'observation.

Ces critères ont été élaborés à partir des mêmes concepts que la trame d'entretien, et étayés par

des critères très spécifiques inspirés par une grille d'évaluation type proposée par J. Merklings.

[18]

2.3.2.1. Construction de la grille d'observation

La grille a été inspirée d'un modèle de grille d'observation existante trouvée dans le livre le rôle infirmier en santé mentale, avec des ajouts spécifique au type d'atelier et aux concepts abordés, notamment celui du bien-être (trois dimensions du bien-être évoquées dans la définition de la santé).

Bien-être	détail	Critères	détail
physique	Rapport au média (corps – son propre corps – rapport à soi)	<p>- Tenue (en lien avec le respect du cadre) →</p> <p>- Posture générale →</p> <p>- Expressivité →</p>	<p>Vêtements et chaussures adaptées à l'activité (vêtements souples, permettant/facilitant le mouvement, chaussures plates), et respectant des règles d'hygiène et de pudeur (en lien avec le bien-être social)</p> <p>- fermée/ouverte - relâchée/tendue - respiration - manifestations de douleurs, de détente/relâchement - évolution avant/après la séance</p> <p>- du visage : mimiques, crispations, manifestation de douleurs, de plaisir - du corps : - stéréotypies, tics, ... - registre personnel (richesse/pauvreté gestuelle) - rythme - spontanéité - créativité ou répétition (gestes pré-appris / repris du thérapeute / repris d'autres participants / repris d'une séance à l'autre) - capacité à créer à partir du repris/répété</p>

	Rapport à l'espace (soi par rapport aux autres et à l'environnement)	– Occupation de l'espace, utilisation de « l'aire de jeu » →	positionnement dans l'espace et par rapport aux autres besoin de proximité ou d'espace
mental	Dimension cognitive Dimension affective	– Expression verbale → – Engagement → – État émotionnel →	– Présente ou non pendant la séance – logique/qualité du contenu – manifestation de dépréciation ou d'estimation – manifestations de plaisir éprouvé – retour en fin de séance – intérêt pour l'activité – prise d'initiative – moment de l'atelier « préféré » – irritabilité, émotivité – anxiété – euphorie – manifestation de blocages, de tensions psychiques, de relâchement
social	Dimension relationnelle	– attitude globale → – Relation avec le thérapeute → – Relation avec les autres participants →	– Respect du cadre – adhésion à l'activité – participation active / présence – mode de relation – valorisation – écoute : de la parole, du langage corporel – capacité à interagir, à « jouer » – choix des partenaires dans les moments en duo (identique d'un moment à l'autre ou d'une séance à l'autre ou bien variable)

Ce sont donc sur les critères apparents dans 4^e colonne du tableau que ce sont basées les observations des deux personnes durant l'atelier.

2.4. Déroulement de l'enquête

L'enquête se déroulera sur le lieu de stage présenté précédemment.

Le dispositif de terrain, tel que décrit par Eymard, Thuillier et Vial ^[36], comprend toutes les « organisations, dispositions prises pour aménager les conditions d'observation et de recueil des informations ».

De nombreux éléments de ce dispositif ont déjà été présentés : cadre et organisation de la structure, choix de la population, choix de l'outil, etc.

Il reste à décrire les étapes de la démarche, la façon dont s'est déroulée cette enquête.

2.4.1. Les grilles d'observations

Sur les 8 ateliers « mouvements dansés » auxquels j'ai participé, les 5 derniers ont été filmés, avec le consentement des participants.

J'ai volontairement attendu que les participants s'habituent à ma présence lors de l'atelier, et ai pris le temps de leur expliquer ma démarche.

Il leur a été expliqué que les films ne seraient vu que par moi, dans le cadre de mon travail.

Lors des ateliers filmés, la caméra était installée en début de séance, quand tout le monde était dans la salle. Elle était posée en hauteur, dans un coin de la salle, de façon à avoir une vue d'ensemble. Sauf souci technique, la caméra n'a jamais été manipulée pendant l'atelier.

Tout comme l'IDE et l'ergothérapeute, j'ai moi-même participé à l'ensemble des activités proposées durant tous les ateliers.

Les grilles d'observations ont donc été remplies a posteriori, en visionnant les séquences filmées.

Choix des séquences observées : une au hasard, l'autre le même jour que l'entretien

2.4.2. Les entretiens

Je voulais réaliser les entretiens le même jour que l'atelier « mouvements dansés ». Dans ces conditions il est en effet plus facile pour la personne de se rappeler le contexte, les ressentis éprouvés, et cela me permettait de faire du lien entre ce qui était observé et ce qui était entendu.

Le choix du créneau dépendait donc des horaires des activités, mais aussi des disponibilités du personnel soignant. En effet, la politique institutionnelle ne me permettait pas de rester seule avec les personnes, il fallait que je sois accompagnée par un membre de l'équipe.

L'horaire convenu a donc été 16h, après l'atelier de l'après-midi et avant les départs en taxi, sachant que l'atelier avait eu lieu le matin.

Nous étions installés dans un bureau, porte fermée, moi positionnée en diagonale par rapport à la personne et l'IDE en retrait.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes.

De même que pour les séquences filmées, j'ai attendu la 2^e moitié de mon stage pour parler des entretiens, toujours dans un souci de ne pas être intrusive, et aussi en lien avec la notion de confiance. Il était important que les personnes se sentent en confiance avec moi, de façon à pouvoir s'exprimer librement pendant l'entretien.

2.5. Choix des outils de traitement des données

2.5.1. Traitement des entretiens

Les entretiens ont été faits de façon semi-directives : les questions étaient orientées selon des thèmes choisis, mais relativement ouvertes de façon à permettre l'exploration, et à recueillir la parole de la personne interrogée de façon la plus spontanée possible.

Les propos recueillis seront donc subjectifs : « la personne « dit « je » avec son propre système de pensées, ses processus cognitifs, ses systèmes de valeurs et de représentations, etc ») ^[35]

Le but de l'analyse est de comprendre la parole de la personne, identifier les éléments importants pour elle. C'est donc plutôt l'analyse de contenu qui est choisie.

Selon F Bardin, l'analyse de contenu est une méthode empirique (fondée sur l'expérience, en l'occurrence ici des entretiens semi-directifs réalisés en face à face) utile pour comprendre les communications « au-delà de leurs significations premières ».^{[35] [36]}

Il s'agit d'un « ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages ». Les outils utilisés sont donc adaptables selon les types de communications.

Selon Berleson, l'analyse de contenu est une « technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter ».^[35] Il s'agit donc de traiter l'information contenue dans le message.

En pratique, les réponses obtenues en entretien seront séparées en trois séquences correspondant aux trois thèmes abordés (vie en général, vie à l'HDJ, vécu de l'atelier « mouvements dansés »).

Pour chaque séquence aura lieu :

- une analyse thématique (repérage des passages signifiants/en lien avec ce qui est exploré, répétitions, idées émises
- une analyse de l'énonciation (évolution du style/de la façon de parler, perturbations de langage (euh, phrases non finies), tics de langage)

2.5.2. Traitement des grilles d'observations

Il s'agit d'une observation participante, les grilles seront donc remplies à partir de données observées directement et surtout à partir des enregistrements vidéo.

Deux grilles d'observation par personne sont remplies : une réalisée le jour de l'entretien, une autre choisie au hasard parmi les séances filmées.

Le but de l'analyse de ces grilles est d'observer le comportement de la personne en atelier, d'identifier les éléments relatifs aux thématiques du bien-être et de l'expression.

Chaque grille d'observation correspond à une « photographie » de la personne à un moment donné : les éléments observés dans les deux grilles seront donc croisés de façon à dresser un portrait de la personne en fonction des thèmes explorés.

L'idée finale est de croiser les éléments observés et la parole recueillies pour comprendre le vécu corporel de la personne, en lien avec son engagement dans l'activité et sa qualité de vie.

3. RESULTATS

3.1. Présentation des résultats

3.1.1. Résultats des entretiens

→ *cf Annexe 4 : Retranscription entretien Mme R*

→ *cf Annexe 5 : Retranscription entretien Mme C*

Tableau présentant les résultats classés selon les thèmes abordés

Thèmes abordés	Propos des 2 personnes (réponses de Mme R , réponses de Mme C)
Vie quotidienne – difficultés en lien avec la vie quotidienne	<p>« t'es folle » 112, (propos rapportés d'une autre personne)</p> <p>« c'est un peu les autres » 123</p> <p>« ouais c'est pas facile » 125</p> <p>« j'ai un grain » 125 (propos rapportés)</p> <p>« tu fais que des conneries » 131 (propos rapportés)</p> <p>« pour lui je suis pas normale » 131</p> <p>« chez moi je fais que pleurer » 135</p> <p>« ils disent que je suis pas normale, que j'ai un grain » 145</p> <p>« C'est difficile » 147</p> <p>« Je fais ma cuisine, je fais mon ménage » 195</p> <p>« c'est un peu compliqué » 110</p> <p>« quand j'étais chez moi il m'a pris des folies » 111 (quelques années auparavant)</p> <p>« on m'a dit que je pourrai refaire ma vie, que tout va bien, tout se passe bien. » 123</p> <p>« Et ben tout va bien » 133</p> <p>« Ah tout va bien, avec ma famille » 141</p> <p>« Ah c'est moi, c'est tout moi » 153 (tâches VQ)</p>
Bien-être	<p>« Bien » 133</p> <p>« je lis beaucoup, et je fais les mots fléchés aussi » 197</p> <p>« Du bien-être » 1103</p> <p>« en ce moment on m'a dit que j'allais mieux, que je suis bien » 119</p> <p>« non ça va, ça va » 128</p>

	<p>« Bien » 131</p> <p>« Bien, je suis bien, j'ai rien » 165</p> <p>« Je me sens bien depuis que j'étais à S aussi, c'est pour ça qu'ils m'ont dit tout va bien et je suis venue là » 192</p> <p>« Je suis bien il me manque rien » 1101</p> <p>« Et oui je suis bien » 1177</p>
Représentation du corps (corps propre)	<p>« J'ai un peu honte de mon corps » 164</p> <p>« Il est tout déformé. Des boules là, des boules là... » 166</p> <p>« Je suis un peu trop grosse...je me trouve un peu trop grosse. Pourtant j'ai perdu 3 kilos » 182</p> <p>« Ouais en perdre encore, mais c'est dur » 184</p> <p>« Ah ouais. Parce qu'avant je faisais 102 kilos, c'est beaucoup hein. J'étais comme ça, j'étais grosse » 190</p> <p>« Je suis bien...et puis j'ai un peu maigri, a S j'étais un peu plus gosse » 182</p> <p>« et tout va bien » 184</p> <p>« Heu...tout va bien » 188</p>
HDJ	<p>« pense à mon mari et ça me fait pleurer et c'est pour ça que je viens ici » 139</p> <p>« J'aime bien venir ici » 1101</p> <p>« ça m'empêche de gamberger » 1109</p> <p>« ça me plaît, les gens sont gentils avec moi, et je vois tout ce qui se passe bien. » 1105</p>
Activités significantes →	<p>« Le jeudi, parce qu'il y a la manucure » 1111</p> <p>« les chevaux aussi » 1119</p> <p>« Ah j'aime tout moi, tout ce qu'on fait ici » 1107</p> <p>« y'a tout qui me plaît. » 1109</p>
Atelier « mouvements dansés » Adhésion à	<p>« Oui j'aime bien, ça me plaît » 1128</p> <p>« Oui c'est bien » 1163</p> <p>« Oui oui, j'aime » 1113</p>

l'activité →	<p>« J'aime apprendre, et...et j'aime voir d'autres personnes en faire, ça m'a toujours plu de voir des personnes travailler aussi » 1115</p> <p>« ça me plaît, j'ai...je peux pas dire que ça me plaît pas, j'aime moi » 1193</p>
ressenti →	<p>« Parce qu'on fait des mouvements, on bouge le corps et tout » 1130</p> <p>« On essaye de se respecter l'un et l'autre » 1168</p> <p>« Je suis bien » 1183</p> <p>« Je me sens bien dans mon corps » 1188</p> <p>« Un peu stressée, mais après ça allait » 1207</p> <p>« Moi avant de faire je réfléchis comment je dois faire » 1129</p> <p>« de temps en temps j me sens fatiguée mais ça va. Je sais qu'il faut que je vienne alors je me dis « il faut que j'aïlle et ça me passera le temps ». » 1133</p> <p>« un plaisir » 1136</p> <p>« ça m'a toujours plu » 1144</p> <p>« Ça me fatigue pas parce qu'après quand je me relève de la chaise, je veux le refaire » 1159</p> <p>« Bien, on se sent bien quand on bouge, quand on fait un peu de sport » 1172</p> <p>« toujours bien » 1174</p> <p>« ça va, les exercices, ce que vous faites, ça me convient, ça me dérange pas, si vous faites ça et que moi je le fais, c'est bien » 1179</p>
ce que ça apporte →	<p>« C'est bien » 1136</p> <p>« Du bien-être, je suis bien dans ma peau » 1138</p> <p>« C'est un peu dur de suivre le groupe » 1172</p> <p>« Ça m'apporte beaucoup de choses, de plus penser à rien, de faire ce qu'on nous donne, de le 127 faire, et l'heure passe, et voilà » 1126</p>
moment préféré →	<p>« J'aime bien la danse de groupe » 1141</p>

<p>difficultés rencontrées →</p>	<p>« on s'aide entre nous » 1143 « Moi j'aime bien le miroir » 1175 « C'est de faire le miroir, de...de toucher » 1201 « J'aime tout » 1142 « j'aime tout ce qu'on fait » 1144</p> <p>« C'est un peu dur de se rappeler » « C'est difficile » 1150 « Il faut tout se rappeler, tous les mouvements » 1152 « j'ai toujours peur, j'ai toujours peur de faire des bêtises » 1157 « Par rapport aux autres, j'ai peur de faire mal et tout » 1161 « C'est un peu dur de suivre le groupe » 1172 « Cette semaine j'avais mal au pied, mais sinon je le fais. » 1152 « Oui ça c'est aussi parce que je suis un peu handicapée du bras » 1154</p>
<p>évolution depuis le début de la participation →</p>	<p>« J'ai un peu progressé » 1219 « de m'exprimer » 1221 « En participant avec les autres » 1223 « Ah non » 1185 « Non ... une évolution comment ? » 1191</p>
<p>report dans VQ →</p>	<p>« Oui oui oui » 1235 « Je sais pas...je sais pas vous dire » 1237 « Oui ! Ça peut me servir, j'apprends des choses et je montre à ma sœur, j'explique ce qu'on fait. » 1210 « ça sert beaucoup d'apprendre d'autres choses qu'on sait pas » 1221 « oui c'est important pour moi ! » 1224</p>

3.1.2. Résultat des grilles d'observation

→ *cf annexes 6 et 7 : Grilles d'observation de Mme R*

→ *cf annexes 8 et 9 : Grilles d'observation de Mme C*

Afin de rendre plus lisibles les éléments rapportés par ces grilles d'observation, un tableau récapitulatif a été réalisé.

→ *cf Annexe 10 : Récapitulatif des éléments observés*

3.2. Analyse des résultats

3.2.1. Portrait de Mme R

Pendant le temps de l'entretien, Mme R est restée assise sur une chaise, installée en biais par rapport à moi. Elle a très peu bougé, et n'a pas manifesté de mouvement parasites. Elle a semblé parfois abattue, parfois très animée, selon les sujets abordés.

Mme R est une personne qui a tendance à être angoissée, anxieuse, et change vite d'humeur : elle évoque elle-même la notion de stress.

Son discours est assez fluide et cohérent, mais ses réponses sont dans l'ensemble assez pauvres. Elle est parfois en difficulté pour répondre aux questions, et répète plusieurs fois mes propos. Elle digresse à quatre moments, dont trois sont à propos de rapports conflictuels avec son entourage.

Ces conflits ont pour thème récurrent la « non-normalité », la « folie », notions qui semblent très importantes pour elle, en lien avec le regard que les autres portent sur elle.

Son rapport aux autres est assez ambivalent : les difficultés relationnelles avec son entourage proche ou à l'HDJ sont un thème récurrent, pour autant elle dit prendre plaisir à être en groupe lors de l'atelier.

Elle a une vision plutôt négative de son corps : les termes « honte » et « déformé » apparaissent, en lien avec une notion de surpoids (vision qui a évolué depuis quelques années avec une perte de poids). Pour autant, le mot « bien » vient plusieurs fois répondre aux questions sur le ressenti/vécu corporel, et elle dit prendre plaisir à prendre soin d'elle.

L'atelier « mouvements dansés »

Mme R ne cite pas cet atelier dans ses préférences, pour autant elle semble beaucoup l'apprécier : « j'aime bien, ça me plaît », « bien », « bien-être », « bien dans ma peau », donc à priori il s'agit d'une activité signifiante pour elle. Elle a un bon rapport au groupe, est respectueuse des autres et du cadre.

Elle se plaint souvent de douleurs, notamment dans le dos, mais dans l'ensemble elle participe à la quasi totalité des exercices.

Sa posture, sa façon de bouger et de parler varient en fonction de ses humeurs, et cela transparait en activité.

En atelier « mouvements dansés », cela se voit d'autant plus : son visage et son corps s'animent quand elle est engagée dans l'activité. Dans les temps d'attente, elle a tendance à se refermer.

Son registre corporel personnel est très répétitif, et sa capacité à créer restreinte : difficulté à engager tout le corps dans un mouvement, à explorer l'espace autour d'elle, rigidité, pauvreté gestuelle, répétition, mimétisme (notamment par rapport aux thérapeutes, dont elle valorise la savoir-faire).

Elle évoque le rapport à la technique/performance : « peur de faire des bêtises », « peur de faire mal », « c'est bien je fais beaucoup de choses ». Ces propos sont aussi en rapport à la notion d'esthétique, et surtout au regard des autres. Elle ne fait pas vraiment de différence entre moments chorégraphiés et moments d'expression libre.

Pour autant elle essaie d'expérimenter, et elle est présente : présence physique et présence psychique malgré ses conflits internes.

Ses moments préférés sont ceux en groupe (notamment l'exercice du miroir en duo, mains collées) : moments « d'échange », notion de respect et d'aide mutuelle (« on s'aide les uns les autres »). La notion du « toucher » est aussi citée comme un élément important dans ces moments inter-individuels : elle l'évoque d'abord physiquement en me montrant l'exercice puis verbalement.

Elle est d'ailleurs investie dans l'échange, dans l'interaction avec les autres participants, et a une bonne « écoute corporelle ».

Le terme « bien » apparaît pour évoquer le ressenti corporel en atelier : « je me sens bien dans mon corps ». Elle semble en effet plus détendue en étant en activité, et cela se ressent en fin de séance. Elle évoque aussi la notion de « stress » et son évolution entre le début et la fin de

la séance : « un peu stressée, après ça allait ».

Elle dit ressentir une évolution dans sa capacité à s'exprimer et à interagir avec les autres au fur et à mesure des séances : cette progression semble être en lien avec le rapport qu'elle entretient avec le groupe, et sa capacité à participer, et s'engager dans l'activité au sein d'un cadre qui semble lui convenir.

Cet atelier lui apporte du « bien-être », et quelque chose dans sa vie quotidienne qu'elle ne sait pas définir.

3.2.2. Portrait de Mme G

Pendant l'entretien Mme C était assise sur une chaise derrière un bureau, en biais par rapport à moi.

Elle s'anime et hausse le ton quand elle parle de son passé, on sent que les événements vécus provoquent encore une émotion.

Elle a du mal à parler de sa vie actuelle, revient plusieurs fois sur son passé (moments de digression fréquents en début d'entretien). Elle souligne le fait qu'actuellement elle aille beaucoup mieux, que « tout va bien », et qu'elle souhaite aller de l'avant.

Ses réponses sont dans l'ensemble assez pauvres, elle répond souvent sans lien direct avec la question, peut-être parce qu'elle ne la comprend pas.

Son élocution est parfois difficile, elle ne finit pas toujours ses phrases et hésite, cherche ses mots.

La notion de « bien » revient très fréquemment dans ses réponses (vingt fois en tout). Cela interroge sur sa capacité à percevoir et ressentir les événements vécus, ou bien à élaborer, à prendre du recul par rapport aux situations. En raison de cela son discours est souvent pauvre. Il est difficile de savoir si ce ressenti est réel, ou s'il s'agit d'une difficulté à étayer la réponse, un discours plaqué, et/ou une façon de se rassurer.

Cette notion de « bien » est présente pour parler de son ressenti corporel : elle dit dans l'ensemble se sentir « bien » dans son corps actuellement.

Le rapport à l'esthétique et au poids est aussi présent : elle prend plaisir à prendre soin d'elle, s'habiller, se coiffer et se maquiller, et mentionne le fait d'être contente d'avoir perdu du poids.

Elle dit être dans l'ensemble plutôt indépendante pour les tâches de la vie quotidienne.

Elle dit aimer venir à l'HDJ : « y'a tout qui me plaît ».

L'atelier « mouvements dansés »

Mme C dit aimer participer à l'atelier, elle est respectueuse du cadre et des autres participants. Sa mobilité est un peu réduite, ce qui ne l'empêche pas de participer à tous les exercices proposés.

Elle est discrète, et en dehors des temps d'activité elle est peu expressive, à la fois verbalement et physiquement, hormis son visage. Son visage est souvent crispé dans les temps d'attente, avec une expression difficile à interpréter : anxiété, incompréhension, perplexité, contrariété ?

La plupart du temps ses mouvements manquent d'ampleur, de souplesse, de fluidité, avec une difficulté à mobiliser toutes les articulations, et une tendance à répéter les mouvements créés.

Elle a un registre personnel très marqué

Pour autant elle occupe l'espace autour d'elle, prend le temps d'expérimenter (même si elle répète ensuite ce qu'elle expérimente), et surtout se révèle dans les temps d'improvisation.

Elle est très appliquée, et semble souvent concentrée sur ce qu'elle fait, ce qu'elle « doit » faire.

La notion d'apprentissage revient plusieurs fois dans ses propos, en lien avec la technique, le fait de « faire », et aussi sa visible concentration pendant les exercices. L'atelier représente peut-être pour elle un lieu d'expérimentation technique plutôt qu'expressive.

Contrairement aux temps d'attente, elle s'anime pendant les temps où elle est en action, que ce soit dans des moments « chorégraphiés » ou des moments d'improvisation : son visage se détend, elle sourit, rit, et engage parfois complètement son corps dans l'exercice.

Notamment dans les temps d'improvisation, Mme C se montre très expressive, elle semble vivre ce qu'elle « produit », et de ce fait elle l'exprime. Elle a dans ces moments la capacité de se créer une bulle, et à la fois d'être dans le partage.

Son visage souvent crispé se détend dans les moments d'activité, et elle s'engage corporellement dans ce qu'elle fait.

Elle n'est pas dans le mimétisme, elle a sa gestuelle propre, même si son registre est assez restreint.

Malgré cette capacité à être dans l'expression, elle est perplexe sur cette notion et ne semble pas en avoir conscience : son discours est très axé sur la notion d'apprentissage, de technique, en lien avec une activité physique, une performance, et aussi à la notion d'occupation (« il faut que j'aïlle et ça me passera le temps »).

De même qu'elle ne cite pas de préférence entre les différentes activités proposées à l'HDJ, elle n'a pas de préférence entre les différents moments de l'atelier (« j'aime tout ce qu'on fait »). Elle ne semble pas faire de distinction entre les différentes modalités, les différences d'approches de cette expérience autour du corps

Mme C est respectueuse de ce que font les autres, elle semble être présente dans l'échange, et prête attention à ses partenaires.

Elle évoque un bon rapport au groupe, n'est pas timide et donc pas dérangée par le regard de l'autre.

Elle dit se sentir « bien » en atelier, satisfaite de ce qu'elle y fait.

Elle dit ne pas sentir d'évolution entre le début et la fin de l'atelier, ni psychique ni physique, si ce n'est que « on se sent bien quand on bouge ». En fin de séance, elle exprime toujours le plaisir éprouvé à y avoir participé.

A la fin de l'entretien, elle évoque quand même le fait que cet atelier qui lui apporte « beaucoup de choses » : elle mentionne un relâchement des tensions psychiques (« ne plus penser à rien »).

L'atelier représente pour elle une activité signifiante : elle adhère à l'activité (qu'elle a d'ailleurs déjà pratiqué auparavant, en hospitalisation mais aussi plus jeune), elle aime y participer, c'est « important » pour elle, elle est présente.

Cette activité a peut-être aussi pour elle un aspect significatif, en lien avec la notion d'apprentissage, d'artistique et de démonstration : elle aime apprendre des choses, et les montrer à son entourage.

Depuis le début de sa participation, elle ne perçoit pas d'évolution en terme de comportement, elle parle plutôt d'apprentissages, utiles dans sa vie quotidienne (« ça sert beaucoup d'apprendre d'autres choses qu'on sait pas »).

3.2.3. Synthèse

Au travers de ces deux portraits, plusieurs éléments communs apparaissent, que nous pourrons par la suite mettre en lien avec la problématique pratique.

Rappelons cependant qu'il s'agit d'une étude clinique, et que les résultats obtenus ne seront pas généralisables. Il s'agit seulement de mettre en lumière certains points :

- Un discours peu étayé, avec des difficultés d'élaboration, de prise de recul par rapport aux situations, et ainsi la réponse « bien » qui revient régulièrement sur tous les thèmes abordés.
- Vie quotidienne et qualité de vie difficiles à aborder, un peu plus simple avec le bien-être, qui est d'ailleurs évoqué spontanément.
- Ressenti corporel flou, difficulté à comprendre les notions de ressenti, de représentation, et donc à y répondre.
- Atelier « mouvements dansés » bien vécu, plaisir à y participer, mais association à une technique (cours de danse?) : peu de place pour l'expressivité au niveau ressenti, même si elle est parfois bien présente d'un point de vue extérieur (observations).
- Difficulté à créer, à explorer l'espace, à ne pas être dans la répétition, et parfois le mimétisme
- Bon rapport au groupe, cadre intégré et respecté
- Détente corporelle dans les moments d'action, qui ne semble durer que pendant le temps de l'action
- Pas ou de progression ressentie en terme de capacités d'exploration et d'expression
- Peu de lien précis à long terme entre cette activité et la notion bien-être, encore moins avec qualité de vie, mais bien-être général et plaisir évoqué à participer à cet atelier

→ **En lien avec la problématique posée, nous pouvons donc relever un certain bien-être ressenti durant la séance, mais qui semble ne pas avoir d'impact ressenti sur la qualité de vie.**

4. DISCUSSION DES RESULTATS

4.1. Interprétation en lien avec le cadre théorique et la problématique pratique

Rappel de la problématique pratique

En quoi des ateliers d'expression corporelle peuvent-ils être utilisés en ergothérapie comme activité thérapeutique pouvant participer à l'amélioration de la qualité de vie d'une personne souffrant de schizophrénie ?

Suite à l'enquête menée auprès de deux personnes schizophrènes, l'analyse des résultats a pu mettre en lumière certains aspects de leur fonctionnement corporel. Cette discussion nous permettra de faire du lien entre ce qui a été observé et les données théoriques évoquées précédemment.

Si nous reprenons point par point ces données :

- Lors des entretiens, les deux personnes interrogées ont eu des difficultés à répondre à certaines questions, notamment celles en lien avec la qualité de vie, le bien-être, et le ressenti (corporel et psychique). Plusieurs facteurs ont pu entrer en jeu, notamment la façon dont ont été formulées les questions dont nous discuterons plus loin.

C'est ainsi que les multiples réponses « bien » à tout propos apparaissent. La notion de qualité de vie a été très difficile à aborder, bien que les questions aient porté sur des éléments précis de ce qui pourrait constituer ou non une « bonne » qualité de vie. Encore une fois les réponses ont été pauvres, très centrées sur la tâche, et non le vécu de ces tâches. La notion de bien-être est quant à elle apparue spontanément dans les deux entretiens. Cette pauvreté du discours incite d'autant plus, en tant que thérapeute, à être vigilant aux besoins de la personne, de favoriser son expression quelle que soit sa forme, dans une approche bienveillante.

- Concernant la problématique corporelle : évoquée comme majeure dans les troubles liés à la psychose, cette problématique se révèle lors de cette enquête, dans les moments observés comme dans le temps d'entretien. En entretien, c'est la difficulté à parler du corps qui ressort : parler du ressenti corporel, de sa représentation, de la façon dont il est vécu au quotidien. Ce sont aussi les sensations éprouvées par ce corps qui ne transparaissent pas dans le discours. Peut-être parce qu'elles ne sont justement pas éprouvées (non traduites psychiquement). Au niveau de la représentation, c'est la notion de poids et d'esthétique qui apparaît dans le discours, autrement dit des éléments très concrets, mais cependant liés à une part d'affectif. Les personnes interrogées sont en effet en mesure de dire si elles apprécient ou non leur corps, et pourquoi. Il est ainsi difficile de savoir si les personnes interrogées ont une « bonne » conscience de leur corps, et ce qu'il en est de leur schéma corporel et image du corps. C'est peut-être un autre travail, plus dans le registre perceptivo-moteur, qui permettrait d'approfondir ces notions.

Dans l'observation, c'est dans l'ensemble la pauvreté du registre corporel qui ressort (à l'image de la pauvreté du discours). En lien avec les troubles associés au registre de la psychose, on retrouve une difficulté à laisser le corps s'exprimer (inhibition), à être dans la créativité, à explorer l'espace.

On voit bien alors l'intérêt pour le thérapeute de proposer un travail autour de ces notions. On voit aussi l'intérêt qu'il y a à ce qu'une bonne relation thérapeutique entre la personne accompagnée et le soignant soit établie. En effet, s'il existe entre eux une relation de confiance, un cadre suffisamment contenant et que l'activité est adaptée, la personne sera plus en mesure d'exploiter cette activité et d'en retirer des bénéfices.

En s'appuyant sur la confiance établie, elle pourra se sentir libre de s'exprimer, elle osera s'exprimer. En s'appuyant sur la contenance du cadre, elle pourra le faire en toute sécurité. C'est alors dans ces conditions que l'activité d'expression corporelle permettra à la personne d'utiliser l'aire de jeu proposée, cet espace potentiel.

Les notions de cadre et relation sont aussi à rapporter au groupe. Le cadre proposé doit être suffisamment contenant pour contenir tout le groupe, et permettre l'expression de chacun et les échanges inter-individuels. Ainsi l'aire de jeu pourra être partagée dans les moments de duo ou de danse de groupe.

Le soignant doit aussi être conscient des éléments de transferts qui se jouent au sein du groupe. Les moments d'expression, d'improvisation peuvent mettre en jeu des contenus

psychique lourds, d'où l'importance de proposer un espace suffisamment sécuritaire dans lequel la personne pourra les déposer.

Dans cette optique, même si la verbalisation n'est pas forcément encouragée pendant la séance, il paraît quand même important de proposer un temps de retour sur ce qui a été vécu. C'est d'ailleurs ce qui est proposé à la fin de l'atelier « mouvements dansés ».

- Discordance entre ce qui est dit et ce qui est observé :

Ce qui est dit : atelier qui s'apparente plutôt à un cours, avec une notion d'esthétique et de technique, pas de différence perçue entre moments d'expression libre et moments chorégraphiés, pas de conscience du potentiel expressif et créatif.

Ce qui est observé : expression et créativité restreintes, mais tout de même présentes, avec des moments très « forts » émotionnellement en improvisation.

Il en ressort que les personnes interrogées ne semblent pas avoir conscience de leur potentiel personnel, des différents temps de l'activité et de ce que chacun apporte.

Tout l'intérêt de travailler sur le rapport à soi et la conscience de soi, de ses potentialités dans une valorisation de l'expression apparaît alors.

- Rapport au groupe : les 2 personnes interrogées ont dans l'ensemble de bons rapports avec le groupe. Il n'y a pas de jugement sur ce qui est exprimé corporellement pendant la séance.

Ceci peut être mis en lien avec le cadre instauré, qui permet la contenance nécessaire pour que chacun puisse s'exprimer en sécurité et ne soit pas nécessairement dans une recherche de performance et de « compétition ».

Le regard de l'autre est bien vécu, l'échange est donc possible, et c'est en partie ainsi que cette activité de groupe devient thérapeutique.

- Notion de plaisir évoquée : l'activité semble adaptée aux personnes interrogées, et significative. L'aspect significatif plus complexe, peut-être plus présent l'année passée, car il y avait une représentation en fin d'année (permettait de travailler sur le narcissisme, la valorisation, et d'accentuer le travail autour de la confrontation au regard de l'autre).

4.2. Réponse à l'objet de recherche

En faisant le lien entre les résultats des entretiens et des grilles d'observation, nous avons pu constater que les personnes interrogées aiment participer à l'atelier, et disent ressentir du bien-être quand elles y sont. Bien-être et aussi détente qui sont visibles en observant les moments d'activité, comparés aux moments d'attente.

Et cependant elles n'observent pas de lien entre l'activité et un mieux-être général, une meilleure qualité de vie. La notion de progression en terme de capacité à explorer l'espace et à s'exprimer corporellement n'est pas ressentie.

Donc pour ces deux personnes, l'atelier apporterait plutôt un sentiment de bien-être sur le moment, sans avoir nécessairement d'impact dans les autres moments de leur vie quotidienne.

Pourquoi cette difficulté à transférer les « acquis », les expérimentations vécues en atelier dans la vie quotidienne, hors institution ?

4.3. Discussion autour des résultats

Nous venons d'observer le manque de lien établi par les personnes entre les apports potentiels de l'atelier et le transfert de ces apports hors institution, le manque d'impact sur leur qualité de vie.

Nous sommes donc en mesure de nous interroger sur ce qui pourrait empêcher, freiner ce processus.

Ce sont donc ces obstacles que nous allons maintenant aborder.

La notion de transfert des acquis a été évoquée précédemment, mais est-ce que des acquis ont bien lieu ?

Les deux personnes interrogées sont-elles en mesure d'apprendre, de retirer quelque chose de cet atelier ? Rappelons que cet atelier n'a pas pour but de leur apprendre des techniques de danse, il ne s'agit pas d'un cours. Le but de l'atelier est plutôt de les faire renouer avec leurs corps, de leur permettre de créer ou recréer un lien en terme de conscience, et aussi et surtout de leur permettre de s'exprimer corporellement. Les acquis concerneraient donc plutôt une facilité à bouger et à utiliser son corps, une meilleure conscience de soi et de l'environnement, une capacité de plus en plus grande à s'exprimer, se lâcher, à s'autoriser à être et trouver sa

propre gestuelle. La question est donc de savoir si ces personnes sont en mesure de retirer ces éléments de l'atelier.

Les nombreux troubles associés à leur pathologie ne le permettent peut-être pas.

Les effets secondaires des médicaments entravent peut-être le mouvement, l'expression et leur perception.

Rappelons cependant que ces hypothèses se basent sur une observation de 8 semaines, temps peut-être trop court pour qu'une évolution soit visible et que la notion de transfert soit présente.

Et maintenant s'il y a bien des acquis qui se font en atelier, qu'est-ce qui pourrait empêcher leur transfert hors atelier ?

L'âge des personnes interrogées, et les habitudes prises avec le temps jouent peut-être un rôle : il est peut-être difficile de changer des habitudes corporelles et d'apprendre à ressentir et exprimer corporellement.

Un long parcours au sein de différentes institutions les empêche peut-être d'avoir conscience des possibilités hors institution.

Il est aussi possible qu'il existe un transfert mais qu'elles n'en aient pas conscience, encore une fois du fait de leur pathologie ou des éléments déjà évoqués, en lien avec le fait que cet impact a été interrogé verbalement (réponse subjective, le discours n'est pas forcément en lien avec ce qui est vécu, comme nous avons pu le voir par rapport à l'atelier).

Rappelons aussi que les deux personnes interrogées ne participent que depuis quelques mois à l'atelier, et qu'un temps plus long est peut-être nécessaire pour que de tels processus de changement s'opèrent.

En lien avec leur pathologie, les difficultés à ressentir une évolution en atelier ou dans leur vie quotidienne et à en parler peut venir d'un manque de ressenti d'elles-mêmes et du monde extérieur.

Si elles ne sont pas présentes corporellement (et donc aussi psychiquement) dans leurs activités quotidiennes ou leurs loisirs, comment en exprimer quelque chose ? La pauvreté du discours peut en effet s'expliquer aussi bien par un « déficit » cognitif que par un manque de réponses à donner, car si les éléments vécus n'ont pas été traités psychiquement, elles ne

peuvent rien en dire, ou très peu. Ce manque de réponse, à la fois concernant le transfert par rapport à la qualité de vie mais aussi de façon générale peut aussi être mis en lien avec la notion de dissociation. Le syndrome dissociatif, récurrent chez la personne schizophrène, provoque en effet des troubles de la pensée et du langage, dans une difficulté à les associer, et donc encore plus à les mettre en lien avec le corps et le domaine du vécu, de l'expérience.

De nombreux facteurs liés aux personnes interrogées et leur pathologie ont donc pu interférer sur leurs réponses, et ainsi faire que les réponses ont manqué pour répondre de façon « positive » à mon objet de recherche. Cela a quand même pu mettre en lumière d'autres aspects, notamment la notion de « bien-être » qui est évoquée spontanément en rapport avec l'évocation de l'atelier.

Rappelons cependant que seulement deux personnes ont été interrogées. Ceci est trop peu pour avoir un aperçu des potentialités de l'activité, d'autant plus que les résultats d'une enquête menée selon une méthode clinique ne permet pas de généralisation.

4.4. Critiques du dispositif de recherche

4.4.1. Les entretiens

Les entretiens ont été menés durant la 2^e partie du stage afin de permettre aux personnes de s'habituer à ma présence et à mes interrogations concernant l'atelier. De ce fait, ils ont certainement eu un caractère moins intrusif. On peut cependant s'interroger sur le potentiel biais que peut apporter la familiarité entre le chercheur et le sujet.

La trame d'entretien a été élaborée à partir de thèmes et d'objectifs précis, les questions travaillées en fonction de la population ciblée et testées avec une personne. Cependant, les réponses à certaines questions ont parfois été difficilement formulées, voir pas du tout formulées. Qu'est-ce qui a pu bloquer certaines réponses ? Peut-être une manifestation des troubles liés à la pathologie, un manque de mot, peut-être une certaine timidité, et peut-être également une non-compréhension des questions. Peut-être faut-il donc ré-interroger le dispositif et encore travailler sur la formulation des questions, pour ainsi pouvoir ou non noter un changement dans les réponses.

Le cadre de l'entretien était adapté : l'entretien s'est fait dans un temps libre de l'institution,

dans une salle à part, porte fermée, sans interruption. Une tierce personne était cependant présente durant l'atelier (l'IDE co-référente de l'atelier). Celle-ci est intervenue quelques fois, cela a peut-être changé la dynamique de l'entretien de façon non consciente par la personne et par moi-même (posture).

Rappelons aussi que la parole recueillie est subjective, en lien avec le système de pensée de la personne, et n'est pas forcément le reflet de la réalité, comme le souligne F. Bardin. ^[35]

4.4.2. Les observations

Toujours dans un souci d'être le moins intrusif possible, les trois premières séances auxquelles j'ai participé n'ont pas été filmées. Cela a laissé le temps aux participants de s'habituer à ma présence et à mon intérêt pour l'atelier, d'autant plus que j'ai participé à toutes les séances (engagement pris sur mes 2 mois de stage). Du fait de cet engagement, il y a potentiellement eu un biais lié à ma présence. Le comportement des participants aurait peut-être été différent si je n'avais pas participé aux séances et si je ne les avais pas filmées. Des éléments de transferts sur ma personne, en tant que stagiaire, donc nouvelle figure, et du fait de ma position de recherche ont en effet pu s'effectuer.

Cela soulève d'ailleurs la question de la présence de la caméra. Le choix a été fait de la poser dans un coin et de ne pas la toucher durant toute la séance. La caméra était toujours installée en début de séance devant les participants, ils savaient donc qu'elle était là. On peut cependant se demander quel a pu être l'impact de la présence de l'objet caméra. Le comportement des patients aurait-il été différent sans sa présence ? Son potentiel impact négatif a peut-être été amoindri par le fait qu'elle soit justement en retrait, et que je participe moi-même à la séance avec eux (observation participante).

Cette position d'observatrice participante est d'ailleurs intéressante à ré-interroger.

Différentes formes d'observations participantes sont répertoriées par I. Quentin : ouverte vs clandestine, de complète à périphérique, et interne vs externe.

Dans ce travail, l'observation participante a été plutôt interne, du fait que les participants aient été avertis de l'enquête. Elle était aussi externe : « l'observateur externe vient du dehors et pour un temps limité (celui de la recherche) ». ^[37]

Dans un autre projet, il serait peut-être intéressant de modifier les paramètres de cette observation participante afin d'en évaluer les effets.

Cette position a en effet de grands avantages. Elle permet au thérapeute d'être avec, et non à côté. Elle permet le partage de l'aire de jeu, l'échange, avec une moins forte distinction soignant/patient. De la part du thérapeute, la prise de recul peut cependant être parfois difficile : il faut conjuguer le fait de devoir être suffisamment dans l'activité pour favoriser le partage et suffisamment en dehors pour observer les comportements, actions.

C'est pour cet aspect que la caméra a alors toute son utilité : elle permet d'être dans l'activité et plus laisser de côté le côté observateur.

Dernier point, les items des grilles d'observation ont été élaborés à partir de données existantes et selon des objectifs précis en lien avec les concepts développés. Les critères d'observation étaient très spécifiques et détaillés ce qui permet donc une reproductibilité. Cependant en pratique cette grille a parfois été difficile à remplir : les critères étant compartimentés dans des catégories, il n'est pas toujours évident de fragmenter les observations (surtout dans une optique de vision globale de la personne).

4.4.3. Remarques générales

Le discours des personnes schizophrènes est souvent, comme nous l'avons vu précédemment, assez pauvre. Allier des éléments d'observation des séances aux entretiens a donc certainement été un plus pour la compréhension du fonctionnement corporel de ces personnes. On pourrait cependant envisager une observation plus poussée, hors atelier, afin d'avoir une vision plus globale de son fonctionnement général. Cela permettrait aussi de potentiellement observer des effets de la participation à l'atelier hors atelier, dans une visée de plus long terme.

Le panel de personnes pouvant intégrer l'enquête s'est retrouvé assez restreint. J'ai ainsi été confrontée aux aléas des accompagnements dans le domaine de la santé mentale : engagement aléatoire en activité, hospitalisations, etc. Il pourrait être intéressant d'interroger des personnes participant à ce type d'atelier dans d'autres structures. D'une part cela augmenterait le nombre de participants à l'enquête, d'autre part cela permettrait au chercheur d'explorer des pratiques différentes (avec des modalités de suivi peut-être différentes en terme de cadre, relation ou autre) et de pouvoir les comparer, et donc comparer leurs potentiels impacts sur la qualité de vie des patients ou du moins leur vie hors institution.

Suite à ces remarques, nous avons pu mettre en lumière de nombreuses pistes à explorer dans une visée d'approfondir le sujet. Faisons maintenant le lien entre ce qui a été réalisé dans ce travail et la pratique actuelle de l'ergothérapie.

4.5. Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Comme nous l'avons évoqué au début de ce travail, de nombreuses approches sont possibles dans le domaine de la santé mentale. Selon la visée de la structure, ses orientations et les orientations personnelles de l'ergothérapeute, les modalités d'accompagnements varient et se complètent. L'objet de ce travail a été de proposer un regard sur une pratique centrée sur le corps, qui n'est peut-être pas la plus répandue et la plus étudiée, de nombreuses études sont encore à faire.

Au regard des nombreuses problématiques auxquelles sont confrontées les personnes schizophrènes, qu'elles soient personnelles ou sociales, il paraît important d'envisager toutes les modalités de suivi possibles afin de les accompagner au mieux.

Parmi ces problématiques, nous avons pu plus particulièrement aborder celles autour du corps : limites corporelles floues, ressentis émoussés, inhibition de l'expression, et tant d'autres.

C'est donc dans le but d'aider les personnes schizophrènes à créer du lien avec leur corps qu'interviennent les thérapies à médiation corporelle, dont fait partie l'expression corporelle.

Le corps, alors considéré comme objet médiateur, entre en scène et prend toute sa place dans l'activité ; il est l'objet de l'activité. C'est par lui, avec lui que la personne va entrer en activité, expérimenter, s'exprimer.

Ceci fait du lien avec l'importance du choix de l'activité, et l'importance de l'utilisation de l'activité en général dans la pratique de l'ergothérapie.

Rappelons que c'est à partir de cette notion qu'est née le métier. L'ergothérapie s'est en effet développée dans les hôpitaux psychiatriques d'Amérique du nord : Les médecins psychiatres ainsi que les infirmières ont perçu le potentiel thérapeutique de la mise en activité, et l'ont développé comme outils dans leur thérapie. ^[1]

Utiliser l'activité en thérapie, notamment si elle est signifiante, c'est aussi permettre à la personne d'être elle-même, avec ses failles et ses capacités.

« Par l'utilisation de l'activité, l'ergothérapeute peut montrer au patient que celui-ci peut

exprimer ses difficultés » P. Sureau ^[38]

En santé mentale, cet aspect prend d'autant plus d'importance en raison des troubles des personnes accompagnées. Il semble nécessaire de leur laisser la possibilité de s'exprimer, qu'elle qu'en soit la manière, et d'exprimer ou de mettre en jeu leurs troubles, puisqu'ils vivent avec.

En tant que thérapeute, il est aussi essentiel de proposer une activité appréciée et si possible maîtrisée, de façon à la porter et ainsi la rendre thérapeutique : c'est aussi être dans le partage de l'aire de jeu avec la personne qui est thérapeutique, l'objet en soi, même s'il s'agit du corps, ne l'est pas.

De la même façon, il est nécessaire de penser l'activité dans un cadre et un dispositif précis, de l'adapter si besoin, et de penser sa signifiante.

Cela renvoie aux concepts avancés par D. Pierce : attrait, productivité et ressourcement sont selon elle les trois dimensions nécessaires au fait que la personne puisse adhérer à l'activité proposée.

« Le développement du potentiel thérapeutique de l'activité nécessite de prendre en compte l'attrait de l'activité pour le patient, la dimension écologique de cette activité et la collaboration dans la mise en place des objectifs avec le patient » D. Pierce ^[38]

Elle cite même les trois notions citées précédemment comme « trois aires de fonctionnement dont le développement simultané détermine la qualité de vie d'une personne ».

On voit ici le lien avec l'activité proposée tout au long de ce travail, à savoir l'expression corporelle. Les notions d'attrait et de ressourcement semblent être déjà présents, d'après les dires des personnes interrogées. En approfondissant ces deux notions, et en jouant sur l'aspect productif, (renforcement du narcissisme, de la capacité à interagir avec les autres, etc) alors le potentiel de l'activité sera-t-il peut-être mieux perçu par les personnes concernées, et elles pourront mieux en bénéficier.

Ceci est bien entendu à penser sur un long terme, et en complément d'autres activités, et d'autres approches.

C'est un dispositif qui peut aussi être pensé en équipe, ou du moins en binôme dans sa mise en place. Nous pouvons alors nous interroger sur les bénéfices d'un partage des compétences et savoirs-faire, avec une ouverture sur l'inter-disciplinarité, et pourquoi pas même l'idée de trans-disciplinarité.

4.6. Perspectives pour la pratique professionnelle

Ce travail nous a permis d'aborder la problématique du corps en santé mentale, plus particulièrement avec des personnes souffrant de schizophrénie. Nous avons pu constater combien il peut être difficile d'aborder des notions telles que le ressenti de soi, l'expression, ainsi que la qualité de vie.

Les notions de plaisir et de bien-être ont pu être évoquées, notamment en lien avec une participation à un atelier d'expression corporelle, et cependant ces aspects ne semblent pas être transférés en-dehors de l'atelier, encore moins en-dehors de l'institution. Une perspective thérapeutique pourrait ainsi être de penser à l'après atelier : comment aider les personnes participantes à utiliser ce qu'elles expriment et ressentent ?

Rappelons cependant que les résultats de ce travail ne sont pas généralisables, il serait donc intéressant de mener d'autres enquêtes, avec un panel de participants bien plus large. Comme évoqué précédemment dans ce travail, il pourrait aussi être envisagé une enquête sur plusieurs structures, afin de comparer les dispositifs thérapeutiques mis en place et leurs effets.

Il paraît en effet important de continuer les recherches dans ce domaine ; les études menées à ce jour sont peu nombreuses, et les thérapeutes manquent donc de données pour optimiser leur pratique.

En terme de dispositif, c'est aussi la manière dont est proposée l'activité qui pourrait être interrogée. Les résultats de la pré-enquête exploratoire nous ont montré que selon les ergothérapeutes, les modalités changent : certains proposent l'activité en groupe (comme c'était le cas pour l'enquête réalisée dans ce travail), d'autres en individuel. Certains l'animent au sein de la structure dans laquelle ils exercent, d'autre la proposent en extérieur, avec un intervenant extérieur. Tous ces aspects pourraient ainsi faire l'objet d'une recherche, toujours dans l'objectif d'apporter des éléments tangibles pour la pratique.

La posture du chercheur peut aussi être ré-interrogée dans ce type de dispositif, notamment la posture d'observateur-participant. Différentes modalités ont été citées précédemment, c'est donc un domaine à approfondir et exploiter, notamment sur du long terme.

Un autres aspect important de ce travail était lié à la notion de qualité de vie. Comment mieux évaluer la qualité de vie des personnes schizophrènes ? Des échelles de mesure de la qualité de vie validées existent, il pourrait donc être intéressant de les utiliser et les mettre en lien avec une participation à long terme à des ateliers d'expression corporelle.

Plus largement, ce sont aussi tout le domaine des médiations corporelles qui restent à approfondir dans la pratique en ergothérapie, dans une approche psycho-dynamique et/ou phénoménologique.

De nombreuses perspectives de recherche autour du corps, de son expression et de ses bénéfices pour des personnes souffrants de troubles psychotiques restent donc à explorer.

Au-delà d'immenses perspectives dans le domaine de la santé mentale, nous pouvons envisager l'approche corporelle dans bien d'autres domaines...

« Aucun mot n'est aussi clair que les expressions du langage corporel une fois qu'on a appris à les lire »

A. Lowen

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Définition. Mis à jour mars 2016. [en ligne]. <http://www.anfe.fr/index.php/definition>. Consulté le 13 mai 2017.
- [2] ICD 10 Version 2016. Chapter 5 : Mental and behavioural disorders. 2016. [en ligne]. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F20-F29>. Consulté le 20 novembre 2016.
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. Centre des médias : schizophrénie. Avril 2016. [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/fr/>. Consulté le 20 novembre 2016.
- [4] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie. Mai 2014. [en ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>. Consulté le 20 novembre 2016.
- [5] Lemperière T., Féline A., Adès J., Hardy P., Rouillon F. Psychiatrie de l'adulte. 2e édition. Paris : Masson ; 2006 : 555p.
- [6] André P, Benavidès T, Giromini F. Corps et psychiatrie. 2^e édition. Paris : Heures de France ; 2013 :253p.
- [7] Anzieu D. Le Moi-peau. 2e édition. Paris : Dunod ; 1995 : 291p.
- [8] Goyty M. Du morcellement vers la réappropriation corporelle. Mémoire de psychomotricité. Université de Bordeaux ; 2014 : 100p.
- [9] Des sons dans la tête : 14^e journées de la schizophrénie. 2017. [en ligne]. <http://www.info-schizophrénie.ch/plus-encore/origine-du-mot-schizophrénie/>. Consulté le 4 mars 2017.

- [10] Classification Internationale des Maladies – 10. Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement. 2015. [en ligne].
<http://taurus.unine.ch/icd10term=schizophrénie&select=2427#select>. Consulté le 7 décembre 2016.
- [11] Pankow G. L'être-là du schizophrène. 2e édition. Paris: Flammarion; 2006 : 274p.
- [12] Klein F., Bagnères C., Bergès L., Bost G., Chaussé M., Deny D., et al. Etre ergothérapeute en psychiatrie. Toulouse : Edition érès ; 2014 : 420p.
- [13] Haute Autorité de Santé. Actes et prestations-affections de longue durée : schizophrénies. Juillet 2016. [en ligne].
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf. Consulté le 5 février 2017.
- [14] Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. 2016. [en ligne].
http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergotherapie%20en%20Santé%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf. Consulté le 16 décembre 2016.
- [15] Dunphy K., Mullane S., Jacobsson M. The effectiveness of expressive art therapy : a review of literature. PACFA. 2013. [en ligne]. <http://pacfa.org.au/wp-content/uploads/2012/10/expressiveartsreviewnov20131.pdf>. Consulté le 15 mars 2017.
- [16] Ren J., Xia J. Dance therapy for schizophrenia (review). Cochrane. 2013. [en ligne].
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006868.pub3/pdf>. Consulté le 15 mars 2017.
- [17] Morel-Bracq MC. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2009 : 174p.

- [18] Merklings J. Activités thérapeutiques à médiation-rôle infirmier et soin en santé mentale. Paris : Elsevier Masson ; 2010 : 256p.
- [19] Bénavidès T. Corps : schéma corporel et image du corps. 2017. [en ligne]. http://www.academia.edu/12454080/corps_sch%C3%A9ma_corporel_et_image_du_corps
T. Bénavidès. Consulté le 16 avril 2017.
- [20] Morel-Bracq MC. Analyse d'activité et problématisation on ergothérapie. Mémoire de recherche Master professionnel CPFE. Université de Bordeaux 2 ; 2006 : 78p.
- [21] Galtier E. Rôle de l'ergothérapeute dans le maintien du désir de rééducation du patient post AVEC- Les activités significantes : entre atouts et limites. Mémoire d'ergothérapie. IFPEK de Rennes ; 2013 : 73p.
- [22] Pibarot I., Klein F., Ménard M., Launois M., Bergès L. Hernander H. Ergothérapie en psychiatrie. 2e édition. Paris : De Boeck Solal ; 2016 : 280p.
- [23] Ordre des psychologues du Québec. Psychothérapie. 2010. [en ligne]. https://ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mars2011_Dossier_01_Brillon.pdf. Consulté le 13 avril 2017.
- [24] Brun A., Chouvier B., Roussillon R. Manuel des médiations thérapeutiques. Paris : Dunod ; 2013 : 404p.
- [25] Winnicott DW. Jeu et réalité-l'espace potentiel. Paris : Gallimard ; 2016 : 276p.
- [26] Giffard M. Les mécanismes de défense. [en ligne]. <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm>. Consulté le 20 janvier 2017.

[27] Prouty G. Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy-applications to schizophrenic and retarded psychoses. [en ligne]. <https://books.google.fr/books>. Consulté le 2 mars 2017.

[28] Chouvier B., Brun A., Duez B., Gimenez P. Kaës R., Roussillon R. et al. Les processus psychique de la médiation. Paris : Dunod ; 2012 : 286p.

[29] Sibony D. Le corps et sa danse. Paris : Editions du seuil ; 1995 : 414p.

[30] Bacro F., Florin A. Entre complexité et richesse : la diversité des défis liés à l'intérêt des chercheurs et des professionnels pour la qualité de vie. 2014. [en ligne]. http://www.pur-editions.fr/couvertures/1390386798_doc.pdf. Consulté le 21 mars 2017.

[31] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Statistiques : qualité de vie et bien-être vont souvent de pair. 2013. [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281414>. Consulté le 26 mars 2017.

[32] Laliberte-Rudman D., Yu B., Scott E., Pajouhandeh P. Exploration of the perspectives of persons with schizophrenia regarding quality of life. AJOT. 2000. [en ligne]. <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1868840>. Consulté le 13 février 2017.

[33] Jardon F., Glineur C., Heenen-Wolff S., Vercruyse N., Fouchet P. L'expérience subjective du schizophrène-examen critique de la notion de qualité de vie. Bulletin de psychologie. 2014. Numéro 531.

[34] Commission européenne. Le bien-être : rapport complet. 2011. [en ligne]. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/quali/wellbeing_final_fr.pdf. Consulté le 15 mars 2017.

[35] Eymard C, Thuilier O, Vial M. Le travail de fin d'études, s'initier à la recherche en soins infirmiers., 2^e édition. Lamarre : Rueil-Malmaison ; 2011 : 153p.

[36] Bardin L. L'analyse de contenu. 2e édition. Paris : Quadrige manuels ; 2013:291p.

[37] Quentin I. Méthodes de l'observation participante. 2013. [en ligne].

<https://isabellequentin.wordpress.com/2013/12/26/methodes-de-lobservation-participante/>.

Consulté le 10 mai 2017.

[38] Caire JM., Destailats JM., Guillez P., Hernandez H., Izard MH., Moreau A. et al.

Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalité. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2013 : 358p.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire final pour enquête exploratoire

Bonjour,

Actuellement en 3^e année à l'IFE de Marseille, j'ai choisi pour thème de mémoire « l'intérêt des médiations corporelles dans la prise en charge des personnes schizophrènes ».

Je recherche donc des ergothérapeutes travaillant dans un service de psychiatrie adulte incluant des personnes psychotiques/schizophrènes pour répondre à ce questionnaire, afin de m'aider à cibler ma problématique pratique.

Je vous remercie par avance pour vos réponses.

1- Dans quel type de service/structure exercez-vous ?

2- Dans votre pratique, quels types de médiation êtes-vous amené(e) à utiliser ? (médiations à dominance arts plastiques, corporelles, animales, autres)

3- Selon vous, en quoi pourrait-il être intéressant ou non de proposer des activités à médiation corporelle ?

Si vous utilisez les médiations corporelles, répondez aux questions suivantes par rapport à cette pratique.

Si vous ne les utilisez pas, répondez aux questions suivantes en rapport avec le type de médiation

que vous utilisez le plus couramment :

4- Quels sont vos objectifs en proposant des activités de médiation ?

5- Dans quel cadre proposez-vous des activités de médiation ? (individuel, groupe, lieu,...)

6- En quoi ces activités sont-elles thérapeutiques, et quels effets thérapeutiques pouvez-vous constater pendant ou suite à votre prise en charge ?

7- Qu'expriment en général les patients suite à la pratique de ces activités ?

Annexe 2 : Résultats de l'enquête exploratoire

Réponses des 6 ergothérapeutes (E1 à E6)

Question 1 : Dans quel type de service/structure exercez-vous ?

E1 : Maison d'Accueil spécialisée

E2 : EHDJ psychiatrique

E3 : Intra-hospitalier sous forme de psychothérapie institutionnelle

E4 : hôpital de jour

E5 : HDJ

E6 : Hôpital psychiatrique

Question 2 : Dans votre pratique, quels types de médiation êtes-vous amené(e) à utiliser ?
(médiations à dominance arts plastiques, corporelles, animales, autres)

E1 : Creatif (arts plastiques), "utilitaires/réhabilitation" (création d'outils pour la structure, gestion d'une épicerie...), corporel via le toucher chez certains patients.

E2 : Médiations corporelles, cuisine...

E3 : Activité terre, activité tournant autour de l'image (collage, pastels, feutre, etc...), écriture.

E4 : principalement des médiations à dominance arts-plastiques, mais également sportives et corporelles

E5 : projective/ corporelle/ remédiation cognitive/ réhabilitation psychosociale

E6 : Médiations manuelles, expressives, corporelles et animale

Question 3 : Selon vous, en quoi pourrait-il être intéressant ou non de proposer des activités à médiation corporelle ?

E1 : Cela peut être intéressant de par le vécu corporel du patient, sa symptomatologie (angoisses, schémas corporel, limites corporelles, morcellement... etc), mais aussi par l'aspect humain que cela apporte (dont ils ont pu manquer dans leur passé). Mais il faut prendre en compte leur vécu corporel par le passé qui peut aussi être négatif. Certains ne supportent pas le contact.

E2 : Je pense que les médiations corporelles sont intéressantes car elles amènent une découverte ou redécouverte de son propre corps, de son schéma corporel. En effet l'image du corps est souvent altérée par la pathologie des patients ou leurs traitements. De plus les médiations corporelles permettent de travailler de nombreux objectifs comme améliorer

l'estime / la confiance en soi, ça peut permettre de lâcher-prise et de se vider la tête au moins pendant le temps de l'atelier. Le fait de mettre son corps en mouvement permet de penser à autre chose. Les patients disent que pendant les exercices proposés ils se concentrent sur l'exercice, sur la musique, sur l'autre (si c'est un exercice en binôme ou en groupe) et ne pense plus à leur problèmes... Néanmoins comme pour tout type de médiations, l'atelier proposé est plus ou moins efficace selon l'humeur, l'état actuel du patient.

E3 : Je pense qu'une approche ergo autour d'une médiation corporelle peut se faire en co-therapie par exemple avec un psychomotricien sur de la peinture sur chevalet par exemple. Même chose lors d'une médiation terre, le battage de la matière et la gestuelle reliée à une technicité sont tellement riche que je ne vois pas l'intérêt d'une activité sportive. Pour ce qui est de l'activité physique il m'arrive en séance avec les patients de faire quelques exercices de relaxation. Nous avons forcément déjà accès au corps dans nos prises en charge.

E4 : travailler sur la relation au corps notamment chez les personnes ayant des troubles dissociatives ou de morcellement

E5 : connaissance de soi (image corporelle), connaître ses limites

E6 : Retrouver les limites corporelles, travailler sur le schéma corporel, prendre en compte son corps dans toute son unité permet par la suite de prendre en compte l'autre.

Question 4 : Quels sont vos objectifs en proposant des activités de médiation ?

E1 : Permettre au patient d'atteindre les objectifs thérapeutiques fixés, proposer une activité signifiante et significative, que la médiation fasse tiers dans la relation et la prise en charge, qu'elle soit support de son travail moteur mais aussi qu'il puisse y déposer ses contenus psychiques.

E2 : Améliorer la conscience du corps, du schéma corporel. Prendre conscience des sensations ressenties ? Améliorer l'estime de soi, la confiance en soi. Diminuer l'angoisse, le stress. Retrouver un sentiment de détente...

E3 : Mes objectifs sont personnalisés en fonction de mes patients il m'est difficile de vous apporter une réponse.

E4 : diminuer l'angoisse, verbaliser les sensations corporelles (hallucinations), rassembler les patients dissociés, favoriser la prise de conscience de son enveloppe corporelle

E5 : travailler les ressentis, les limites du corps

E6 : Gestion de l'angoisse, contenance, autonomie, interaction sociale, prise de plaisir, valorisation, stimulation cognitive...

Question 5 : Dans quel cadre proposez-vous des activités de médiation ? (individuel, groupe, lieu,...)

E1 : Beaucoup d'individuel et quelques groupes (fermés). Le plus souvent en salle d'ergothérapie. Les séances varient de 20minutes à 1h voir 1h30 parfois. Planning fixe toutes les semaines.

E2 : En groupe

E3 : En individuel et en groupe.

E4 : un groupe ouvert

E5 : individuel/ groupe/ au sein de la structure/ dans une MJC

E6 : Cela dépend du patient. Individuel ou groupe, la plupart du temps en atelier thérapeutique, mais au besoin en chambre dans le service

Question 6 : En quoi ces activités sont-elles thérapeutiques, et quels effets thérapeutiques pouvez-vous constater pendant ou suite à votre prise en charge ?

E1 : Elles sont thérapeutiques de par le cadre de la séance, elles sont choisies en fonction des symptômes du patient et des objectifs thérapeutiques (Contenance interne plus présente, logorrhée réduite, concentration et attention accrue, socialisation, entraide, apprentissage de certaines règles sociales.... plus des évolutions au niveau moteur).

E2 : Elles sont thérapeutiques car répondent à des objectifs thérapeutiques précis, utilisent différents médiateurs (corps, musique, objets...), nécessitent un cadre et une relation thérapeutique adaptés... En fin d'atelier ils ont toujours l'air plus sereins, apaisés.

E3 : Diminution de l'angoisse, encrage dans la réalité, création/renforcement d'une relation de confiance, contenance des hallucinations et des éléments délirants, mise à distance des ruminations..... Ses activités sont thérapeutiques parce que je ne sais pas faire autrement de par notre regard ergoTHÉRAPEUTIQUE.

E4 : pendant la séance : limitation des troubles hallucinatoires et dissociatifs ; après la séance : diminution des déambulations dans l'hôpital

E5 : .

E6 : Elles sont thérapeutiques car elles répondent à des objectifs en vue d'une amélioration de

l'état mental du patient afin de permettre la mise en place et la réussite du projet de vie du patient

Question 7 : Qu'expriment en général les patients suite à la pratique de ces activités ?

E1 : Ils se sentent valorisés et fatigués. Ils veulent revenir la semaine suivante.

E2 : En fin de chaque atelier je demande aux patients comment ils se sentent et ce qu'ils ont ressentis pendant l'atelier. Ce qu'il en ressort le plus souvent c'est un état de détente, de bien-être. Ils se sentent aussi "légers" et on parfois l'impression d'avoir un poids en moins. Ils apprécient également le fait de pouvoir bouger, et de ne pas être assis pendant une heure.

E3 : Frustration, énervement, plaisir, rires... des émotions humaines quoi ! J'ai l'impression que votre pré-enquête porte beaucoup sur le rôle de l'ergothérapeute, ses objectifs, en quoi il est thérapeutique. Ce sont des questionnements intéressants qui fonde la base de notre pratique. N'hésitez pas à refaire du terrain : stage, observations pour trouver des pistes vers lesquelles vous souhaiteriez aller et répondre à vos questionnements.

E4 : un état de mieux être, un apaisement et la sensation "bizarre" de sentir leur corps

E5 : détente

E6 : Un bien-être à plus ou moins long terme

Annexe 3 : Trame d'entretien

1 – En lien avec votre pathologie, qu'est-ce qui vous semble difficile à vivre au quotidien ?

De façon générale :

1a – Physiquement, comment vous sentez-vous ?

1b – Psychiquement, moralement, comment vous sentez-vous ?

1c – Que pensez-vous des relations que vous entretenez avec votre entourage ?

1d – Comment gérez-vous les « tâches » de la vie quotidienne ? Ménage, cuisine, courses,...

2 – Comment vous sentez-vous dans votre corps ?

2a – Prenez-vous du temps vous prendre soin de vous, et avez-vous plaisir à le faire ? (soins personnels, habillage, esthétique,...)

2b – quelle impression vous donne votre corps ? (lourdeur/légèreté, mollesse/tonicité,...)

2c – comment vous le représentez-vous ? (imposant ou non, notion d'esthétique)

2d – Avez-vous toujours ressenti votre corps de cette façon ou vous rappelez-vous d'autres sensations ?

2e – Si oui, qu'est-ce qui a provoqué le changement ?

3 – Qu'est ce qui vous aide à vous sentir mieux au quotidien ?

3a – Comment occupez-vous votre temps libre ?

3b – Quels sont les moments/activités/positions qui vous rassurent, vous détendent ?

3c – Quels moments vous procurent de la joie, du plaisir,... ?

3d – Aimez-vous venir à l'HDJ, et pourquoi ?

3e – Quelles activités ou quels moments de votre vie à l'HDJ préférez-vous ?

4 – Aimez-vous participer à l'atelier « mouvements dansés » ?

4a – Pourquoi ?

4b – Depuis quand y participez-vous ?

4c – Comment avez-vous intégré cet atelier ?

4d – Que vous apporte le fait de participer à cet atelier ? (joie, détente, décontraction, expression, rassemblement, fatigue, douleur, relation avec les autres, écoute musicale,...)

4e – Quels exercices/moments de l'atelier préférez-vous ?

4f – Est-il plutôt facile ou difficile de suivre les consignes, reproduire les mouvements

montrés ? Aimez-vous le faire ?

4g – Est-il plutôt facile ou difficile pour vous de vous exprimer, de créer des mouvements, d'improviser ? Aimez-vous le faire ?

4h – Quel rapport avez-vous avec le groupe ? (partage, contrainte, bruit, échange, communication)

5 – Comment vous sentez-vous dans votre corps pendant l'atelier ?

5a – Que ressentez-vous le plus souvent lors de l'atelier ?

5b – Quelle vision avez-vous de vous-même et de vos capacités ?

5c – Quel(s) exercice(s) vous fait/ont vous sentir bien/mieux ? Pourquoi ?

6 – Sentez-vous une évolution entre le début et la fin de l'atelier ?

6a – Comment vous sentiez-vous en arrivant à l'atelier ?

6b – Comment vous sentez-vous maintenant ?

7 – Depuis que vous avez commencé à participer à l'atelier, sentez-vous une évolution ?

7a – Est-il plus facile, au fur et à mesure des séances, de suivre les consignes ?

7b – Est-il plus facile de vous exprimer librement, d'improviser des mouvements ? (créativité, spontanéité)

7d – Avez-vous l'impression que ce que vous apprenez ou créez en atelier vous sert dans votre vie de tous les jours ? Mobilité du corps, ressenti du corps, état émotionnel, concentration, rapport aux autres,...

Annexe 4 : Retranscription entretien Mme R

Retranscription de l'entretien avec Mme R ayant eu lieu le 07/04/17

L'atelier a eu lieu le matin, l'entretien s'est fait à 16h et a duré 31,40 minutes.

H est un patient de l'HDJ.

L'entretien a été enregistré avec sa permission.

réponses de Mme R

1 « – Est-ce que vous vous rappelez pourquoi on fait cet entretien ?

2 – Pour savoir...sur moi ?

3 – Sur vous, sur comment vous vivez, et sur comment vous percevez l'atelier « mouvements

4 dansés ». Vous savez que je suis encore à l'école, et c'est dans le cadre de mon mémoire

5 que j'ai choisi de faire sur cet atelier, sur l'expression corporelle, et donc ça m'intéresse de

6 savoir comment ça se passe avec vous.

7 – Ça a été un peu dur les mouvements dansés

8 – Ce matin ou en général ?

9 – en général

10 – D'accord. Bon alors j'ai préparé des petites questions classées par thèmes, et comme ça

11 vous allez pouvoir me détailler un petit peu plus...(elle me coupe la parole)

12 – Y'a H. il s'arrête pas de dire « ouais si t'es ici c'est parce que t'es folle »

13 – C'était compliqué aujourd'hui non ?

14 – Ouais...ouais

15 – La journée est bientôt finie, ça ira mieux...

16 – Oui

17 – Du coup, dans un premier temps j'aimerais qu'on parle un petit peu de vous en général,

18 de comment vous vivez, après on passera à l'HDJ, comment vous percevez le fait d'être

19 ici, et ensuite on parlera de l'atelier « mouvements dansés ». Cela vous va ?

20 – Elle hoche la tête

21 – Du coup en lien avec votre pathologie, la raison pour laquelle vous êtes ici, qu'est-ce qui
vous 22 paraît difficile au quotidien ?

23 – C'est un peu les autres

24 – La relation avec les autres qui est compliquée ?

- 25 – Ouais c'est pas facile...surtout H. ! Il me dit que si je suis ici c'est parce que j'ai un grain.
- 26 – Alors ça du coup c'est à l'HDJ. Et en dehors de l'HDJ ? Comment ça se passe quand
- 27 vous rentrez chez vous ?
- 28 – Ouais je rentre chez moi
- 29 – Et donc chez vous qu'est-ce qui vous semble difficile ?
- 30 – Le week-end c'est mon beau-fils qui vient me chercher mais c'est un peu...tatillon. Il me
- 31 dit « ouais tu vas à l'HDJ, tu fais que des conneries ». Pour lui je...je suis pas normale
- 32 – Et physiquement, de façon générale, comment vous sentez-vous ?
- 33 – Bien
- 34 – Est-ce que vous pourriez développer un petit peu le « bien » ?
- 35 – Je suis...ça m'occupe. Ou sinon chez moi je fais que pleurer
- 36 – D'accord, donc c'est difficile pour vous de rester chez vous
- 37 – Ouais...j'ai trop...trop de souvenirs
- 38 – Et du coup psychologiquement, moralement, comment vous sentez-vous ?
- 39 – Ben je...je pense à mon mari et ça me fait pleurer et c'est pour ça que je viens ici.
- 40 – Qu'est ce que vous pensez des relations que vous entretenez avec votre entourage ?
- 41 – ...
- 42 – Qu'est-ce qui vous gêne ? Qu'est ce qui vous fait du bien ? Plein de choses ?
- 43 – Plein de choses
- 44 – Est-ce que vous sauriez détailler un petit peu plus ?
- 45 – C'est un peu dur...c'est dur à dire, ils disent que je suis pas normale, que j'ai un grain
- 46 – Et du coup être avec eux est-ce qu'est facile ou difficile ou...
- 47 – C'est difficile
- L'IDE présente avec moi pour l'entretien intervient à ce moment pour lui demander de détailler un petit peu sur son entourage, famille et amis, et Mme R parle d'une personne qui dit être son ami mais qui vient frapper chez elle à 4h du matin. Elle dit « c'est pas un ami hein... »*
- 48 – Est-ce que vous parlez à votre entourage de ce qui vous gêne dans leur façon de vous parler ?
- 49 – Non
- 50 – C'est difficile à exprimer ?
- 51 – Ouais

L'IDE intervient pour lui demander de parler un peu de sa famille, et elle parle de son beau-fils qui lui dit qu'elle est droguée, et de ce qu'elle lui répond

52 – Donc avec votre entourage, que ce soit famille ou amis, les relations sont plutôt difficiles

53 – Ouais

54 – Et comment vous gérez les tâches de la vie quotidienne ? Ménage, cuisine, ...

55 – Je fais la cuisine. Et je fais mon ménage. Je suis allée à carrefour market, j'ai acheté du produit pour le sol.

Elle explique qu'elle avait demandé par téléphone à sa fille d'en acheter, mais que celle ci n'a « rien compris ». Ceci a provoqué une dispute et Mme R a fini par aller l'acheter elle-même.

56 – Et est-ce que vous faites les courses pour la cuisine aussi ?

57 – Ben je suis allée acheter le pain de mie, parce que j'avais plus de pain, et...hier soir

58 quand j'étais chez ma fille je me suis endormie sur le fauteuil, parce qu'avec la perf et tout

59 ça...ça m'a fatiguée. Alors ma fille elle m'a dit tu prends une douche et tu manges léger. Je

60 me suis fais une soupe, 2 yaourts et je suis allée me coucher.

61 – D'accord. Donc là on a parlé un petit peu de votre vie en général, de votre entourage, et

62 maintenant j'aimerais qu'on parle un peu plus de vous individuellement. Et j'aimerais que

63 vous essayiez de me dire comment vous vous sentez dans votre corps.

64 – J'ai un peu honte de mon corps

65 – Vous sauriez dire pourquoi ?

66 – Il est tout déformé. Des boules là, des boules là... *(en me montrant)*

67 – Est-ce que vous prenez du temps pour prendre soin de vous et est-ce que vous avez plaisir à le 68 faire ?

69 – Ah oui j'aime bien me maquiller

70 – C'est quelque chose qui vous plaît donc, vous y passez du temps ?

71 – Avant je le faisais pas

72 – Avant quoi ?

73 – Avant je le faisais pas me maquiller

Elle m'explique qu'elle se maquillait avant de se marier, mais que son mari ne voulait pas qu'elle le fasse, elle a donc recommencé à se maquiller après la mort de son mari (il y a 10 ans). Elle insiste sur le fait que si elle se maquille c'est « pour prendre soin de moi », et non parce qu'elle a un amoureux et non parce qu'elle a un amoureux, comme le dit son beau-fils

- 74 – Est-ce que vous prenez plaisir aussi à vous habiller, faire les magasins ?
- 75 – Ouais ouais. C'est ma fille qui m'amène...elle va à Aubagne, à Vitrolles, elle m'achète des
- 76 chaussures elle m'achète tout
- 77 – D'accord. Vous m'avez parlé tout à l'heure de votre corps qui vous paraît déformé, quelle
- 78 autre impression vous donne-t-il ?
- 79 – ...
- 80 – Par impression j'entends plusieurs choses, par exemple la notion d'esthétique, de forme, 81 de poids...mais comment vous vous le sentez, quand vous marchez par exemple
- 82 – Je suis un peu trop grosse...je me trouve un peu trop grosse. Pourtant j'ai perdu 3 kilos
Elle parle de sa fille qui voudrait qu'elle perde plus de poids, et de l'alimentation de sa fille, qui selon elle n'est pas suffisante
- 83 – Vous aimeriez perdre encore du poids ?
- 84 – Ouais en perdre encore, mais c'est dur
- 85 – Oui...et donc là toutes ces choses que vous m'avez dites sur votre corps, est-ce que vous
- 86 les ressentez depuis longtemps ou est-ce que vous vous rappelez avoir perçu votre corps
- 87 autrement ?
- 88 – Avant j'étais plus grosse que ça je faisais 102 kilos.
Elle parle d'une hospitalisation qu'elle a eu il y a quelques années qui l'a aidée à perdre du poids
- 89 – Est-ce que vous vous sentez mieux depuis ?
- 90 – Ah ouais. Parce qu'avant je faisais 102 kilos, c'est beaucoup hein. J'étais comme ça (elle
- 91 me montre avec ses mains autour d'elle), j'étais grosse
- 92 – Vous avez l'air contente de ne plus faire ce poids là, donc c'est l'essentiel
- 93 – Ah ouais, ouais ouais
- 94 – Qu'est ce qui vous aide à vous sentir mieux au quotidien ?
- 95 – Je fais ma cuisine, je fais mon ménage
- 96 – Ce sont des choses qui vous font quoi ? Qui vous font plaisir, qui vous détendent...
- 97 – Ouais...et je lis beaucoup, et je fais les mots fléchés aussi
- 98 – Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous faites pour occuper votre temps ?
- 99 – Rien
- 100 – Est-ce que vous avez des moments, des activités, qui vous rassurent, qui vous

détendent ?

101 – J'aime bien venir ici

102 – Qu'est ce que ça vous apporte de venir ici ?

103 – Du bien-être

104 – D'accord. On a parlé de ce qui vous détend ou rassure, est-ce qu'il y a des choses qui vous 105 rendent joyeuse

106 – Voir mes petit-enfants

Elle me parle d'un de ses petit-fils qu'elle a vu la veille, et de ses autres petit-enfants

107 – Vous m'avez dit tout à l'heure que vous aimiez venir à l'HDJ, que cela vous procurait
108 du bien-être. Est-ce qu'il y a d'autres raisons pour lesquelles vous aimez venir ici ?

109 – Oui ça m'empêche de gamberger

110 – Quels moments vous préférez dans la semaine ici, quelles activités ?

111 – Le jeudi, parce qu'il y a la manucure

112 – Est-ce qu'il y a d'autres ateliers, activités ou moments, ça peut-être par exemple le repas
que 113 vous aimez à l'HDJ ?

114 – Le repas on mange vite hein

115 – C'est quelque chose qui vous plaît ou vous déplaît ?

116 – Qui me déplaît, parce que chez moi je prend le temps, je regarde la télé, je fais mes
mots

117 fléchés, après je prépare à manger doucement

118 – D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres choses qui vus plaisent ici ?

119 – Y'a les chevaux aussi

120 – D'accord. Maintenant on va parler plus de l'atelier du vendredi matin, « mouvements
121 dansés ». Est-ce que vous aimez participer à cet atelier ?

122 – Pas trop

123 – Vous sauriez me dire pourquoi ?

124 – Parce qu'il y a H.

125 – Ah alors H normalement il ne participe plus à l'atelier, il est venu aujourd'hui

126 exceptionnellement, alors de façon générale, en oubliant aujourd'hui, est-ce que vous
127 aimez venir à l'atelier ?

128 – Oui j'aime bien, ça me plaît

129 – Pourquoi ?

130 – Parce qu'on fait des mouvements, on bouge le corps et tout

131 – Depuis quand participez-vous à cet atelier ?

132 – Je ne me rappelle plus

L'IDE intervient pour préciser qu'elle y participe depuis le mois d'octobre

133 – Vous vous rappelez comment vous avez intégré l'atelier ?

134 – C'est C (son IDE référente) qui me l'a proposé

L'IDE intervient pour dire qu'avant d'intégrer l'atelier elle demandait souvent à y participer, mais comme il s'agit d'un groupe fermé elle devait attendre la nouvelle session

135 – Qu'est ce que ça vous apporte de participer à cet atelier ?

136 – C'est bien

137 – Qu'est ce que ça vous apporte physiquement, moralement ?

138 – Du bien-être, je suis bien dans ma peau

139 – Il y a plusieurs temps dans l'atelier, quel moment préférez-vous ? (je lui cite les différents 140 exercices)

141 – J'aime bien la danse de groupe

142 – Pourquoi ?

143 – On se...on s'aide entre nous

144 – Quand ce sont des moments où il faut suivre les consignes, est-ce que c'est plutôt facile

145 ou difficile pour vous ?

146 – C'est un peu dur

147 – Pourquoi ? Qu'est ce qui est difficile ?

148 – C'est un peu dur de se rappeler

149 – Et quand ce sont les moments d'improvisation, est-ce que c'est plutôt facile ou difficile ?

150 – C'est difficile

151 – Pourquoi ?

152 – Il faut tout se rappeler, tous les mouvements

153 – Ah alors en principe dans les temps d'improvisation il n'y a pas à se rappeler, il y a à se

154 laisser aller. Et du coup vous vous êtes quand même dans le « qu'est-ce que je dois faire » ?

155 – Ouais

156 – Pourquoi ? Vous avez peur de vous lancer ?

- 157 – Ouais j'ai toujours peur, j'ai toujours peur de faire des bêtises
- 158 – Vous pensez qu'il pourrait y avoir une bêtise dans un mouvement que vous pourriez faire ?
- 159 – Ouais
- 160 – C'est par rapport à vous que cela vous gêne ou par rapport aux autres ?
- 161 – Par rapport aux autres, j'ai peur de faire mal et tout
- 162 – Et donc est-ce que vous aimez quand même faire ces moments d'improvisation ?
- 163 – Oui c'est bien
- 164 – C'est le cas aussi pour les moments où il faut suivre les consignes ?
- 165 – Oui
- 166 – Qu'est ce que vous pensez du fait que l'atelier se fasse en groupe ? Que vous apporte le
- 167 groupe ?
- 168 – On essaye de se respecter l'un et l'autre
- 169 – Qu'est ce que vous en pensez d'autre ?
- Elle hausse les sourcils, je lui demande de préciser*
- 170 – ...
- 171 – C'est difficile pour vous d'en parler ?
- 172 – C'est un peu dur de suivre le groupe
- 173 – Et au niveau de la communication ? Par communication j'entends à la fois verbale, et
- 174 aussi corporelle, par exemple dans les exercices en miroir
- 175 – Moi j'aime bien le miroir
- 176 – Pourquoi ?
- 177 – Parce qu'il faut faire comme ça (*elle me montre le mouvement dans le moment où les*
- 178 *mains sont collées à celle de l'autre*)
- 179 – Vous aimez bien les moments d'échange
- 180 – Oui
- 181 – Quand vous êtes en atelier, que vous faites les exercices, comment vous sentez-vous
- 182 dans votre corps ?
- 183 – Je suis bien
- 184 – Que veut dire bien ?
- 185 *Elle rigole*
- 186 – Je vous embête, mais c'est important pour moi de comprendre ce que vous ressentez

- 187 pendant l'atelier
- 188 – Je me sens bien dans mon corps
- 189 – Bien ça veut dire à l'aise ?
- 190 – A l'aise
- 191 – Quoi d'autre ?
- 192 – ...
- 193 – C'est dur de trouver les mots ?
- 194 – C'est dur de trouver les mots
- 195 – Qu'est ce que vous pensez en général de vos capacités, de ce que vous arrivez à faire en
- 196 atelier ?
- 197 – C'est bien je fais beaucoup de choses
- 198 – Quels sont les exercices qui vous font vous sentir le mieux ?
- 199 – J'aime bien fabriquer les petits trucs avec C (*elle parle de l'atelier pâte fimo*)
- 200 – Et dans l'atelier mouvements dansés qu'est ce qui vous fait vous sentir bien ?
- 201 – C'est de faire le miroir, de...de toucher
- 202 – Vous aimez bien les moments ou il y a du contact
- 203 – Voilà
- 204 – Est-ce que vous sentez une évolution entre le début et la fin de l'atelier ?
- 205 – ...
- 206 – Par exemple ce matin en arrivant à l'atelier comment vous vous sentiez ?
- 207 – Un peu stressée, mais après ça allait
- 208 – Vous avez pu un peu déposer des choses pendant l'atelier qui vous ont fait vous sentir
- 209 mieux ?
- 210 – Ouais
- 211 – Est-ce que vous avez pu sentir d'autres évolution entre avant l'atelier et après l'atelier?
- 212 – Je suis beaucoup beaucoup stressée moi
- 213 – Et ce matin vous avez l'impression d'être moins stressée en sortant de l'atelier ?
- 214 – Oui
- 215 – Si on regarde depuis le mois d'octobre, est-ce que vous avez senti une évolution
- 216 d'atelier en atelier ?
- 217 – Oui
- 218 – Quelle évolution ?

- 219 – J'ai un peu progressé
- 220 – Progressé dans la façon de vous exprimer, dans... *(elle me coupe la parole)*
- 221 – de m'exprimer
- 222 – Comment ?
- 223 – En participant avec les autres
- 224 – Vous avez l'impression de plus participer au fur et à mesure des séances ?
- 225 – Oui
- 226 – De séance en séance, ça vous paraît plus facile de suivre les consignes ?
- 227 – Un peu dur quand même
- 228 – Surtout que les ateliers changent parfois, il faut se réhabituer à de nouvelles consignes
- 229 *(elle répète ce que je dis)*
- 230 – Et du côté de l'improvisation ? Est-ce que ça vous paraît plus facile depuis octobre de faire 231 de l'improvisation ?
- 232 – Ouais
- 233 – Est ce que vous avez l'impression que ce que vous faites en atelier ou ce que vous
- 234 ressentez vous aide en dehors de l'atelier ?
- 235 – Oui oui oui
- 236 – Vous sauriez me donner un exemple ?
- 237 – Je sais pas...je sais pas vous dire »

Je finis l'entretien en lui demandant si elle a d'autres choses à rajouter. Elle me parle d'un livre sur le cancer qu'elle est en train de lire.

Annexe 5 : Retranscription entretien Mme C

Retranscription de l'entretien avec Mme C ayant eu lieu le 14/04/17.

L'atelier a eu lieu le matin, l'entretien a commencé à 16h, et a duré 34 minutes.

Il a été enregistré avec sa permission.

réponses de Mme C

1 « – J'ai préparé quelques questions, on va aborder plusieurs thèmes : en 1^{er} j'aimerais qu'on

2 parle un peu de vous, de votre vie en général.

3 – Oui

4 – Ensuite on va parler un peu de l'hôpital de jour, et ensuite plus spécifiquement de l'atelier

5 mouvements dansés, d'accord ?

6 – Oui

7 – Du coup en lien avec votre pathologie et ce pour quoi vous êtes ici, qu'est-ce qui vous

8 semble le plus difficile à vivre au quotidien ? Avez-vous identifié des choses qui sont

9 compliquées pour vous ?

10 – Et oui c'est un peu compliqué, si je vous le dis, c'est en principe on devrait avoir le

11 dossier fermé, c'est...c'est ben j'ai...ben voilà quand j'étais chez moi il m'a pris des folies

12 que...pas des folies je veux dire que ma fille a été mise dans une famille d'accueil et moi

13 dans ma maison j'ai tout cassé

14 – D'accord

15 – C'est pour ça je l'ai même raconté à la gendarmerie, si je vous en parle heu...

16 – D'accord, donc ça c'est un événement qui a eu lieu il y a combien de temps ?

17 – Oh ça fait longtemps

18 – Et depuis, qu'est ce qui vous paraît difficile au quotidien ?

19 – Et ben en ce moment on m'a dit que j'allais mieux, que je suis bien, oui j'étais à l'hôpital

20 à Martigues, et tout va bien ils ont dit, et ils m'ont envoyée à S (une clinique) après, et de

21 S je suis venue ici.

22 – D'accord

23 – Oui et... et on m'a dit que je pourrai refaire ma vie, que tout va bien, tout se passe bien.

24 – Et physiquement comment vous sentez-vous ?

25 – Et ben ce qu'il y a c'est que le plus dur c'est quand ma fille ils me l'ont prise, et j'ai

26 vraiment donné..fatiguée

- 27 – Et là par exemple cette semaine, vous vous sentiez fatiguée ?
- 28 – Non... non ça va, ça va
- 29 – Et physiquement, comment vous vous sentez dans votre corps ?
[elle me parle de son ex-mari, de sa relation compliquée avec lui, et de sa fille]
- 30 – D'accord, et psychiquement, moralement, comment vous sentez-vous en ce moment ?
- 31 – Bien
- 32 – Est-ce que vous pouvez développer un peu ?
- 33 – Et ben tout va bien heu...tout ça ils m'ont dit de plus en parler, que maintenant il y a une
34 autre vie à donner, et... ils m'ont dit de plus penser à tout ça.
- 35 – Donc maintenant vous voulez aller de l'avant
- 36 – Voilà oui
- 37– C'est une bonne chose !
- 38 – Oui oui
- 39 – Qu'est-ce que vous pensez des relations que vous avez avec votre entourage ? Je parle de
40 votre famille, de vos amis..
- 41 – Ah tout va bien, avec ma famille
- 42 – Vous vous sentez entourée ?
- 43 – Oui oui, ma sœur elle vient un dimanche oui un dimanche non
- 44 – Un dimanche sur deux c'est ça ?
- 45 – Voilà, elle vient le dimanche pendant que son mari il travaille
- 46 – D'accord, est-ce que vous voyez d'autres personnes que votre sœur en dehors de l'HDJ ?
- 47 – Non, j'ai ma fille qui vient me voir
- 48 – Elle a quel âge maintenant votre fille ?
- 49 – Elle a 22
- 50 – Elle vient vous voir régulièrement ?
- 51 – Là elle a trouvé du travail, elle veut pas venir plusieurs jours
- 52 – Et comment faites-vous pour les tâches de la VQ (ménage, courses,...) ?
- 53 – Ah c'est moi, c'est tout moi
- 54 – Vous faite tout toute seule ?
- 55 – Oui, avec une dame qui m'amène en voiture
- 56 – Pour faire les courses ?
- 57 – Pour faire les courses oui

58 – Donc elle vous amène en voiture, et après c'est vous qui faites seule ?

59 – Voilà

60 – Et le ménage ?

61 – C'est moi, toute seule

62 – La cuisine ?

63 – Aussi, c'est moi

64 – D'accord. Et comment vous sentez votre corps actuellement ?

65 – Bien, je suis bien, j'ai rien

66 – Vous vous sentez à l'aise

67 – Non...je suis bien

68 – Est-ce que vous prenez du temps pour prendre soin de vous ?

69 – Oui

70 – Et vous aimez le faire ?

71 – Oui oui, toute seule

72 – Vous allez faire les magasins aussi ?

73 – Oui avec l'infirmière ici

74 – D'accord donc vous y allez quand il y a des sorties organisées ici

75 – Voilà, oui

76 – Et des fois en dehors de l'HDJ vous y allez aussi ?

77 – Oui

[elle me parle du fait qu'elle se lève tôt le matin pour l'IDE, puis qu'elle attend le taxi, pendant ce qui semble être un long moment « j'attends le taxi dans la maison, je regarde par la fenêtre »]

78 – Quelle impression vous donne votre corps ?

79 – De quoi ?

80 – Une impression c'est... par exemple est-ce que vous le sentez léger ou plutôt lourd,

81 tonique, ...

82 – Je suis bien...et puis j'ai un peu maigri, a S j'étais un peu plus gosse

83 – Vous vouliez maigrir

84 – Oui, et tout va bien

85 – Donc là votre corps vous convient comme il est, vous vous sentez bien dedans ?

86 – Oui oui

[elle me parle de sa perte puis prise de poids au moment de sa décompensation puis de son hospitalisation]

87 – Et qu'est ce que vous pensez de cette évolution ?

88 – Heu...tout va bien

89 – D'accord. Qu'est ce qui vous aide à vous sentir mieux au quotidien ?

90 – Mieux, comment vous dire...

91 – Qu'est-ce qui vous fait vous sentir bien quand vous êtes chez vous ?

92 – Je me sens bien depuis que j'étais à S aussi, c'est pour ça qu'ils m'ont dit tout va bien et

93 je suis venue là

94 – Et quand vous êtes chez vous, comment occupez-vous votre temps libre ? Vous m'avez

95 dit que vous voyiez votre sœur, votre fille, que vous faisiez le ménage, la cuisine, est-ce

96 que vous faites d'autres choses ?

97 – Non, quand je fais mon ménage et à manger je reste à la maison

[elle me dit qu'elle ne fait pas de sortie, qu'avant elle s'occupait beaucoup de sa maison, qu'elle aimait ça, puis elle reparle de ses problèmes familiaux passés, de sa maison qu'elle a détruite par peur que son ex-mari la récupère, qu'elle a encore mais n'a pas les sous pour la rénover, puis elle dit que tout ça c'est du passé maintenant]

98 – Et si on revient à maintenant, qu'est-ce qui vous rassure, vous détend ? Que ce soit chez

99 vous, ou ici...

100 – Non je suis bien ici, je connais les voisins ils sont braves, et il y a des gens d'ici, et ça

101 va on est tranquilles il n'y a pas de bruit on dort bien la nuit, ça va. Je suis bien il me manque rien

102 – Est-ce que vous aimez venir ici, à l'HDJ

103 – Oui

104 – Pourquoi ?

105 – Parce que ça me plaît, les gens sont gentils avec moi, et je vois tout ce qui se passe bien.

106 – D'accord, quels sont les activités ou les moments de a vie à l'HDJ que vous préférez ?

107 – Ah j'aime tout moi, tout ce qu'on fait ici

108 – Vous n'avez pas de préférence ?

109 – Non non, y'a tout qui me plaît.

110 – Maintenant on va parler plus en détail de l'atelier du vendredi matin, « mouvements

dansés »

111 – Oui

112 – Est-ce que vous aimez y participer ?

113 – Oui oui, j'aime

114 – Est-ce que vous sauriez me dire pourquoi ? Qu'est ce qui vous plaît dans cet atelier ?

115 – J'aime apprendre, et...et j'aime voir d'autres personnes en faire, ça m'a toujours plu de

116 voir des personnes travailler aussi

117 – Du coup là c'est le travail autour du corps qui vous plaît ?

118 – Oui oui

119 – Est-ce que vous vous rappelez depuis quand vous participez à cet atelier ?

120 – Et ben...je le fais là mais je le faisais à S aussi, on fait ça le matin. Tout ce que je fais là

121 on le faisait là-bas, à S.

122 – D'accord, et ici comment avez-vous intégré l'atelier ? Est-ce que vous avez demandé ou

123 est-ce qu'on vous l'a proposé ?

124 – Non c'est moi

125 – D'accord ! Et qu'est ce que ça vous apporte de participer à cet atelier ?

126 – Ça m'apporte beaucoup de choses, de plus penser à rien, de faire ce qu'on nous donne,

127 de le faire, et l'heure passe, et voilà

128 – De ce que j'entends, j'ai l'impression que ça vous permet un peu de déconnecter

129 – ... Moi avant de faire je réfléchis comment je dois faire

130 – Vous aimez bien penser les mouvements et que ce soit organisées

131 – Voilà

132 – Est-ce que des fois vous ressentez de la fatigue, des douleurs ?

133 – Oui de temps en temps je me sens fatiguée mais ça va. Je sais qu'il faut que je vienne

134 alors je me dis « il faut que j'aille et ça me passera le temps ».

135 – Mais c'est un peu une obligation de venir, ou c'est un plaisir ?

136 – Non un plaisir

137 – Ça permet de vous occuper

138 – Oui oui

139 – Vous savez il y a plusieurs temps dans l'atelier (échauffement, danse en groupe,

140 improvisation,...), est-ce que vous en préférez un ? Par exemple ce matin, quel moment

141 avez-vous préféré ?

142 – J'aime tout

143 – Vous n'avez pas de préférence ?

144 – Non non, j'aime tout ce qu'on fait. Comme je vous ai dit à S on le fait aussi ça, et ça
145 m'a toujours plu.

146 – D'accord. Est-ce que c'est plutôt facile ou difficile pour vous de suivre les consignes,
147 de refaire les mouvements proposés ?

148 – Ah ce que j'arrive pas à suivre c'est avec Mme G

[elle parle de l'atelier philo animé par la psychologue, et comme elle regarde l'IDE pour lui demander de confirmer son nom, celle-ci lui rappelle que ma question portait sur l'atelier « mouvements dansés » ; elle précise que ça va dans cet atelier, mais qu'elle aime moins le café philo]

149 – Et du coup pour en revenir à l'atelier « mouvements dansés », quand C (l'IDE) ou F
150 (l'ergo) donnent des consignes, est-ce que c'est plutôt facile ou difficile pour vous de
151 refaire les mouvements qu'elles proposent ?

152 – Non ça ça va. Cette semaine j'avais mal au pied, mais sinon je le fais.

153 – Et du coup des fois c'est difficile de refaire les mouvements

154 – Oui ça c'est aussi parce que je suis un peu handicapée du bras

[elle me parle de l'accident qui a causé son handicap]

155 – Et donc ça vous empêche parfois de faire les mouvements comme vous aimeriez les faire

156 – Voilà, avec mon bras c'est... et quelle heure il est ?

[elle s'inquiète de l'heure car l'entretien se déroule en fin de journée et elle repart en taxi, elle ne veut pas le faire attendre]

157 – Et dans les moments de l'atelier ou vous pouvez vous exprimer librement, est-ce que
158 vous trouvez ça facile ou difficile ? Faire des mouvements devant les autres qui ne sont pas appris...

159 – ... Ça me fatigue pas parce qu'après quand je me relève de la chaise, je veux le refaire

160 – Ça vous plaît

161 – Oui oui

162 – Est-ce que vous préférez les moments où il faut suivre les consignes ou les moments où
163 vous créez quelque chose ?

[Elle me demande d'expliquer plus, alors je lui explique la différence entre ces 2 types

d'exercice]

164 – Non non je suis ce que vous dites

165 – Et vous réfléchissez les mouvements à l'avance

166 – Voilà

167 – Quel rapport avez-vous avec le groupe ?

168 – Bien bien

169 – Je sais que des fois le regard des autres peut déranger, est-ce que c'est le cas pour vous ?

170 – Non

171 – Comment vous sentez-vous dans votre corps pendant l'atelier ?

172 – Bien, on se sent bien quand on bouge, quand on fait un peu de sport

173 – Quelle vision avez-vous de vous même en atelier ? Que pensez-vous de ce que vous faites ?

174 – C'est toujours pareil, toujours bien

175 – je rigole : « ça fait beaucoup de bien dans cette conversation, tant mieux si vous le

176 ressentez comme ça ! »

177 – Et oui je suis bien

178 – Est-ce que vous savez si des exercices vous font vous sentir mieux que d'autres ?

179 – Non ça va, les exercices, ce que vous faites, ça me convient, ça me dérange pas, si vous

180 faites ça et que moi je le fais, c'est bien

181 – Et vous prenez plaisir à le faire

182 – Oui oui

183 – Est-ce que vous sentez une évolution, physique ou au niveau du moral, entre le début et

184 la fin de l'atelier ?

185 – Ah non

186 – Vous m'avez dis que vous faisiez cet atelier depuis un moment, puisque vous en faisiez

187 déjà à S

188 – Ah oui oui à S oui

[elle me reparle de sa transition entre S ici, et j'en viens à comprendre qu'il y a eu un long moment (quelques années) pendant lesquelles elle n'a pas participé à l'atelier à l'HDJ, et qu'elle a commencé il y a seulement 1 an. Elle dit quelle ne sait pas pourquoi elle n'y participait pas avant, et qu'en fait c'est l'ergo qui lui a proposé d'y participer]

189 – Et donc depuis que vous avez commencé à participer à cet atelier, est-ce que vous avez
190 senti une évolution ?

191 – Non ... une évolution comment ?

192 – Soit une facilité à bouger, plus ou moins de plaisir à venir...*elle me coupe la parole*

193 – Ah non, ça me plaît, j'ai...je peux pas dire que ça me plaît pas, j'aime moi

194 – Par exemple est-ce que c'est plus facile, au fur et à mesure des séances, de suivre les
195 consignes ?

196 – Ah moi on m'a pas dit de répéter, à peine qu'on me montre une fois je le fais

197 – Vous avez une bonne mémoire

198 – Oui

199 – D'accord et du coup dans les moments d'expression, est-ce que c'est plus facile pour
200 vous de vous exprimer ?

201 – ...

202 – Pour vous donner un exemple, pour quelqu'un de timide l'évolution ça aurait pu être de
203 plus oser faire des mouvements devant les autres. mais vous vous n'êtes pas timide, alors
204 peut-être que dès la 1ere séance vous avez osé...

205 – Et oui

206 – Et donc vous n'avez pas senti de changement particulier ?

207 – Non

208 – Est-ce que vous avez l'impression que ce que vous apporte cet atelier vous sert dans la
209 vie de tous les jours ?

210 – Oui ! Ça peut me servir, j'apprends des choses et je montre à ma sœur, j'explique ce
211 qu'on fait. Quand j'étais petite je faisais un peu de la danse.

212 vous faisiez quoi comme danse ?

213 – ben...une danse mais pas trop dure, les grands étaient devant et les petits derrière. Je
214 m'habillais avec un tutu tout ça, mais après ils m'ont plus gardée parce que j'arrivais pas
215 avec mon pied, voilà

216 – Vous faisiez de la danse classique alors

217 – Voilà

218 – Et donc des fois vous aimez bien montrer à votre sœur ce que vous faites

219 – Et oui

220 – Vous voyez d'autres choses pour lesquelles cet atelier vous aide ?

221 – Non heu... ça sert beaucoup d'apprendre d'autres choses qu'on sait pas.

222 – D'accord. Et bien j'ai fini avec mes questions, est-ce que vous avez autre chose à dire
223 sur cet atelier, qui serait important pour vous...

224 – Et oui c'est important pour moi !

225 – De participer à l'atelier ?

226 – Et oui ».

Nous terminons ici la conversation, je la remercie, et elle sort assez vite car son taxi l'attend

Annexe 6 : Grille d'observation de Mme R numéro 1

Grille d'observation

Atelier « Mouvements dansés »

Date : 07/04/17

Participants : 4 patients, l'IDE, l'ergo et moi-même

Personne observée : Mme R (entretien le même jour)

Critères	Détail	Observations
- Tenue (en lien avec le respect du cadre) →	Vêtements et chaussures adaptées à l'activité (vêtements souples, permettant/facilitant le mouvement, chaussures plates), et respectant des règles d'hygiène et de pudeur (en lien avec le bien-être social)	Tenue adaptée : pull souple et assez ample, pantalon stretch, chaussures plates en cuir (pas de baskets) ne semble pas gênée par ses vêtements pendant la séance, y compris pendant les étirements
- Posture et mobilité →	<ul style="list-style-type: none"> - fermée/ouverte - relâchée/tendue - respiration - manifestations de douleurs, de fatigue, de détente/relâchement - latéralité, coordination, conscience des différents segments corporels 	<p>plutôt fermée en arrivant, marche la tête baissée, épaules légèrement voûtées pas d'essoufflement, pas de changements de respiration notables</p> <p>difficulté à mobiliser le bassin (antéversion) → creuse tout le dos (hyper-lordose) a tendance à confondre droite et gauche, difficultés dans la symétrie et la coordination équilibre difficile, même avec appui bonne conscience de l'articulation de la cheville (mobilise la cheville quand c'est demandé, non toute la jambe et le bout du pied) difficulté à mobiliser bras et jambes en même temps → difficulté de coordination difficulté à se déplacer en croisant les jambes (pb coordination) s'assied après la danse de groupe exercices de parcours yeux fermés : garde les yeux fermés, prend le temps, réussit presque à faire le parcours fatiguée en fin de séance : s'assied et ne souhaite pas faire l'exercice d'improvisation</p>

<p>– Expressivité →</p>	<p>– du visage : mimiques, crispations, manifestation de douleurs, de plaisir</p> <p>– du corps :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stéréotypies, tocs,... - registre personnel (richesse/pauvreté gestuelle) - rythme - spontanéité - créativité ou répétition (gestes pré-appris / repris du thérapeute / repris d'autres participants / repris d'une séance à l'autre) - capacité à créer à partir du repris/répété 	<p>visage fermé en arrivant, ne sourit pas regard vers le sol, ou scrutateur regarde fixement Mr. M, un participant qui arrive un peu en retard à la séance sourit 5 min après le début de la séance, en faisant un exercice</p> <p>pas de mouvements parasites rigidité dans les mouvements, notamment des bras, mouvements assez restreints, peu amples pas souvent traînant</p> <p>rythme dans l'ensemble lent, mais capable d'accélérer en reproduction de gestes bonne mobilité en reproduction du mouvement « vagues » → mobilise ses bras, son dos, sa tête a tendance à créer un mouvement puis le répéter</p> <p>exercice de la bulle : commence par faire des mouvements répétés avec ses bras, puis imite la thérapeute a plus proche, ou suit les indications verbales des thérapeutes → difficulté à se créer son propre répertoire gestuel, à se mettre dans sa bulle pour expérimenter corporellement l'espace autour d'elle</p>
<p>– Occupation de l'espace, utilisation de « l'aire de jeu » →</p>	<p>positionnement dans l'espace et par rapport aux autres besoin de proximité ou d'espace</p>	<p>suit les consignes de positionnement en libre choix ne se place ni trop près ni trop loin des autres</p> <p>rarement au centre</p> <p>assez bonne conscience de l'espace s'écarte du mur et des autres pour faire sa « bulle » (exercice demandé)</p> <p>prend l'initiative de se déplacer lors de la bulle</p>
<p>– Expression verbale →</p>	<p>– Présente ou non pendant la séance</p> <ul style="list-style-type: none"> – logique/qualité du contenu – manifestation de dépréciation ou d'estimation – manifestations de plaisir, e douleurs,... – retour en fin de séance 	<p>« Je ne l'aime pas celle-là, elle me dit que je suis folle » me dit-elle en début de séance en montrant une participante dans l'ensemble parle peu</p> <p>« ça fait mal » (étirements bras dans le dos »</p> <p>« c'est dur hein » (en regardant les autres participants faire un mouvement:englober avec ses bras)</p> <p>« ça fait mal au dos » en se massant les reins</p>

<p>– Engagement →</p> <p>– État émotionnel →</p>	<p>– intérêt pour l'activité – prise d'initiative – moment de l'atelier « préféré »</p> <p>– irritabilité, émotivité – anxiété – euphorie – manifestation de blocages, de tensions psychiques, de relâchement – évolution avant/après la séance</p>	<p>se porte assez souvent volontaire pour faire les exercices montre son envie de participer → commence à reproduire les exercices à sa place avant de venir les faire au centre (exercice vague/lignes/englober) à la question « quel mouvement préférez-vous (lignes/vagues/englober) → refait une vague avec son bras, dit « c'est un peu dur », et dit ne pas en avoir de préféré moment préféré pendant l'atelier : exercice en miroir (en binôme)</p> <p>semble contrariée en arrivant à la séance premières manifestations de détente au niveau de l'expression du visage environ 5min après le début de la séance sourit, rigole pendant les exercices hors exercice : reste assise, semble abattue (regard triste vers le sol, position fermée) évolution : semble plus ouvert qu'en début de séance, notamment lors de sa participation aux exercices (sourit, rigole, semble se détendre)</p>
<p>– Attitude globale →</p> <p>– Relation avec le thérapeute →</p> <p>– Relation avec les autres participants →</p>	<p>– Respect du cadre – adhésion à l'activité – participation active / présence – rapport à la musique/au rythme</p> <p>– mode de relation – valorisation</p> <p>– écoute : de la parole, du langage corporel – capacité à interagir, à « jouer » – choix des partenaires dans les moments en duo (identique d'un moment à l'autre ou d'une séance à l'autre ou bien</p>	<p>Attend d'être appelée pour commencer l'atelier Respecte les autres participants et les consignes, attend « son » tour conscience du rythme aléatoire enthousiaste lors de la danse de groupe, et plus généralement lors des exercices en duo ou groupaux</p> <p>fait souvent les exercices en miroir par rapport aux thérapeutes valorise leur savoir-faire</p> <p>semble prendre plaisir à faire un exercice en duo (sourit, se porte volontaire) choisit sa partenaire → en l'occurrence la participante qu'elle me disait ne pas aimer en début de séance capte visuellement le moment ou c'est à elle de</p>

	variable)	faire un exercice bonne écoute des autres participants lors de la danse de groupe se propose pour se placer en face d'une participante et ne pas la laisser seule (la personne dont elle me parlait en début de séance) ne fait pas de commentaire sur les actions des autres participants)
--	-----------	--

Annexe 7 : Grille d'observation de Mme R numéro 2

Grille d'observation

Atelier « Mouvements dansés »

Date : 14/04

Participants : 6 patients, l'IDE et moi-même

Personne observée : Mme R

Critères	Détail	Observations
- Tenue (en lien avec le respect du cadre) →	Vêtements et chaussures adaptées à l'activité (vêtements souples, permettant/facilitant le mouvement, chaussures plates), et respectant des règles d'hygiène et de pudeur (en lien avec le bien-être social)	Adaptée : pantalon assez large, t-shirt à manches longues pas trop moulant, chaussures plates en cuir « je voulais mettre mes baskets mais mon beau-fils ne les a pas trouvées » me dit-elle
- Posture et mobilité →	<ul style="list-style-type: none"> - fermée/ouverte - relâchée/tendue - respiration - manifestations de douleurs, de fatigue, de détente/relâchement - latéralité, coordination, conscience des différents segments corporels 	<p>Fermée en début de séance, ne souhaite pas participer</p> <p>mouvements assez rigides, manque d'ampleur localise la position de ses hanches mais n'arrive pas à mobiliser son bassin (courbe ou creuse tout le dos)</p> <p>a du mal à s'étirer, manque de souplesse, a du mal à mobiliser son coude (pas de limitation articulaire), mais mobilise bien ses poignets (« ah ça me bouge les poignets »)</p> <p>à un moment enchaîne des mouvements assez vite, et perd l'équilibre, se rattrape, et continue plus lentement</p> <p>a des difficultés à engager tout le corps dans l'englobement, et à faire l'arrondi avec ses bras (toujours manque de mobilité au niveau du coude)</p> <p>déplacements yeux fermés à petits pas trainants, rythme constant, moyen</p> <p>en tant que guide, a des difficultés à faire des gestes précis (je lui ré-explique et lui montre)</p>
- Expressivité →	<ul style="list-style-type: none"> - du visage : mimiques, crispations, manifestation de douleurs, de plaisir 	visage fermé en début de séance, expression anxieuse/triste rigole lors de l'échauffement, tout en exprimant

<p>– Occupation de l'espace, utilisation de « l'aire de jeu » →</p>	<p>– du corps : - stéréotypies, tocs,... - registre personnel (richesse/pauvreté gestuelle) - rythme - spontanéité - créativité ou répétition (gestes pré-appris / repris du thérapeute / repris d'autres participants / repris d'une séance à l'autre) - capacité à créer à partir du repris/répété</p> <p>positionnement dans l'espace et par rapport aux autres besoin de proximité ou d'espace</p>	<p>verbalement que les exercices sont difficiles le visage se décripe lors de l'échauffement (4min après le début), elle sourit et rigole à certains moments mouvements parasites lors de l'échauffement : se touche beaucoup le front, le nez, les cheveux, se frotte les doigts et les poignets petits mouvements rigides semble se détendre peu à peu fait des petits mouvements, manque d'ampleur, d'exploration pour l'exercice V/L/C : teste les mouvements avant de montrer, semble prendre plaisir à expérimenter, explore avec ses bras et son buste crée un mouvement puis le répète à un rythme plutôt rapide exercice avec foulard : change spontanément de main, explore autour d'elle mais mouvements assez rapprochés d'elle et répétitifs, jamais vers le bas bouge un peu les jambes mais peu le buste se calque sur ce que fait l'IDE : reprend un mouvement et le répète plusieurs fois en expression libre : a du mal à vraiment danser, fait une sorte de démarche rythmée (tout d'abord sans lien avec la musique, puis un petit peu plus vers la fin), fait des mouvements répétés</p> <p>prend sa place dans le cercle en début de séance , en ayant repéré ou il y avait un peu d'espace a du mal à explorer physiquement autour d'elle, à amplifier ses mouvements peu d'exploration, beaucoup de répétition, notamment des mouvements de balancier ne prend pas trop le temps d'expérimenter les mouvements, fais « vite »</p>
<p>– Expression verbale →</p>	<p>– Présente ou non pendant la séance – logique/qualité du contenu – manifestation de dépréciation ou d'estimation – manifestations de plaisir, de douleur,... – retour en fin de séance</p>	<p>Parle très peu en début de séance, répond par des oui/non brefs aux questions « c'est dur » « ça fait mal au bassin » dit-elle en rigolant au moment où il faut mobiliser son bassin, mais ne localise pas la douleur physiquement (ne sait pas montrer la localisation) parle de plus en plus, souvent pour exprimer des douleurs « ça tire les jambes »</p>

<p>– Engagement →</p>	<p>– intérêt pour l'activité – prise d'initiative – moment de l'atelier « préféré »</p>	<p>répond aux questions en rigolant exprime plusieurs fois le fait que l'étirement fait mal « j'ai des castagnettes à la maison » associe-t-elle aux mouvements de poignet « c'est dur en fermant les yeux » dit-elle au moment de la bulle « c'est dur d'être dans le noir » au moment d'être guidée yeux fermés exprime en fin de séance avoir été contente de participer, que ça l'a détendue</p> <p>Au début ne souhaite pas participer à la séance, l'IDE lui demande de commencer avec nous et d'arrêter ensuite si elle ne veut vraiment pas participer → Mme R accepte ne s'investit pas trop lors de l'échauffement commence à tester les mouvements à sa place, avant que ce soit son tour de passer au milieu → adhère à l'exercice agues/lignes/courbes semble désireuse de montrer qu'elle a compris l'exercice V/L/C → participation ++ montre beaucoup d'entrain</p>
<p>– État émotionnel →</p>	<p>– irritabilité, émotivité – anxiété – euphorie – manifestation de blocages, de tensions psychiques, de relâchement – évolution avant/après la séance</p>	<p>Anxieuse et contrariée en début de séance : était en conversation téléphonique pour un problème médical, et attend un autre appel à des moments semble à nouveau soucieuse, puis sourit, rigole quand c'est son tour de montrer semble prendre beaucoup de plaisir à participer à la danse de groupe, rigole beaucoup, sourit en regardant les autres de plus en plus expressive au cours de la séance</p>
<p>– Attitude globale →</p>	<p>– Respect du cadre – adhésion à l'activité – participation active / présence – rapport à la musique/au rythme</p>	<p>Arrive après les autres, reste en dehors de la salle et ne souhaite pas participer elle accepte de commencer s'exprime de plus en plus au cours de la séance (manifestations de douleurs), et s'exprime en général plus que lors des autres séances semble se détendre peu à peu participe de plus en plus semble s'ennuyer et redevenir soucieuse quand elle ne fait pas elle-même les exercices</p>

<p>– Relation avec le thérapeute →</p>	<p>– mode de relation – valorisation</p>	<p>rythme rapide au début, puis plutôt lent, ne s'appuie pas sur le rythme de la musique</p> <p>Suit le conseil de l'IDE (« essayez de commencer la séance avec nous, puis après si vous êtes fatiguée vous arrêterez, peut-être que cela va vous détendre un petit peu ») écoute et suit les consignes valorise les gestes de l'IDE : « ouaaah », « moi je fais ça je tombe » suit les consignes, a tendance à calquer ses mouvements sur ceux de l'IDE (notamment pendant la bulle) souhaite faire avec moi l'exercice que je viens d'expliquer, puis sur demande accepte de le faire avec une autre participante</p>
<p>– Relation avec les autres participants →</p>	<p>– écoute : de la parole, du langage corporel – capacité à interagir, à « jouer » – choix des partenaires dans les moments en duo (identique d'un moment à l'autre ou d'une séance à l'autre ou bien variable)</p>	<p>en début de séance laisse une participante lui réajuster son t-shirt prend beaucoup de place verbale, elle est souvent la seule à s'exprimer laisse la place aux autres pour s'exprimer corporellement, attend son tour (exercice lignes/vagues/englober) ne fait pas de commentaires sur ce que font les autres participants montre un exercice à une participante qui ne l'a pas compris beaucoup d'entrain pendant la danse de groupe, interprété de façon agressive par une autre participante à un moment exercice en duo : demande à être guidée en 1^{er} (exercice ou elle doit fermer les yeux), a une bonne conscience des indications données (indications tactiles de changement de direction) en tant que guide fait attention à sa partenaire, la touche de façon douce, se place à bonne distance</p>

Annexe 8 : Grille d'observation de Mme C numéro 1

Grille d'observation

Atelier « Mouvements dansés »

Date : 24/03/17

Participants : 6 participants, l'IDE, l'ergo et moi-même

Personne observée : Mme C

Critères	Détail	Observations
<p>- Tenue (en lien avec le respect du cadre) →</p>	<p>Vêtements et chaussures adaptées à l'activité (vêtements souples, permettant/facilitant le mouvement, chaussures plates), et respectant des règles d'hygiène et de pudeur (en lien avec le bien-être social)</p>	<p>Adaptée mais peut-être un peu trop chargée : tunique descendant à mi-cuisse avec gilet et foulard par dessus, jean souple, baskets de ville</p>
<p>- Posture et mobilité →</p>	<p>- fermée/ouverte - relâchée/tendue - respiration - manifestations de douleurs, de fatigue, de détente/relâchement - latéralité, coordination, conscience des différents segments corporels</p>	<p>mobilité un peu réduite du fait de son handicap mouvements des bras en balancier, ne mobilise pas les articulations des coudes et poignets, mobilise plutôt la ceinture scapulaire bonne coordination MS/MI mouvements assez « petits » → manque d'ampleur difficulté à mobiliser le buste polygone de sustentation très réduit, a du mal à écarter les jambes semble avoir une tension dans le haut du dos et les bras a du mal à tester un léger déséquilibre (avant/arrière/côté des pieds), et prend appui pour faire un exercice sur un pied, et essaie quand même l'exercice sur pointe des pieds démarche difficile, boite, fais des petits pas s'assied à la fin de la bulle, dit qu'elle a mal aux reins, se relève pour faire la danse de groupe difficulté à enchaîner rapidement les</p>

<p>– Expressivité →</p>	<p>– du visage : mimiques, crispations, manifestation de douleurs, de plaisir</p>	<p>mouvements se rassoit à la fin de la danse de groupe arrête l'exercice de « marche dansante » pour aller s'asseoir</p> <p>visage crispé, sourcils froncés, semble perplexe ou ne pas comprendre, peut-être anxieuse traits plus détendus, sourit en entendant la musique visage plus détendu quand elle est dans l'activité, en action visage crispé pendant la bulle très souriante pendant la danse de groupe semble avoir pris du plaisir pendant la séance, le manifeste à la fin, verbalement et avec un visage détendu, souriant</p>
<p>– Occupation de l'espace, utilisation de « l'aire de jeu » →</p>	<p>– du corps : - stéréotypies, tics, ... - registre personnel (richesse/pauvreté gestuelle) - rythme - spontanéité - créativité ou répétition (gestes pré-appris / repris du thérapeute / repris d'autres participants / repris d'une séance à l'autre) - capacité à créer à partir du repris/répété</p> <p>positionnement dans l'espace et par rapport aux autres besoin de proximité ou d'espace</p>	<p>commence à bouger tout le corps en entendant la musique, avant les consignes bulle : reste une minute sans vraiment faire de mouvements, juste en oscillant légèrement, puis suit les indications verbales de l'ergo pendant un temps, et reprend de légères oscillations petits mouvements, peu d'ampleur et de souplesse impro solo avec drap : commence par répéter un geste, mouvement un peu balancier en tenant le drap à 2 mains, puis s'anime au rythme de la musique, et se lance dans une danse rythmée registre peu étayé, mais expérimente quand même, et utilise l'espace autour d'elle impro duo avec drap : propose des mouvements et un rythme propre, et à un moment semble s'exprimer librement, s'anime, crée avec le drap</p> <p>se place dans le cercle à égale distance des autres, ne se colle pas contre le mur se déplace peu dans la salle prend le temps de trouver sa place pour la</p>

		bulle impro solo avec drap : explore l'espace autour d'elle, se déplace un peu
– Expression verbale →	– Présente ou non pendant la séance – logique/qualité du contenu – manifestation de dépréciation ou d'estimation – manifestations de plaisir, de douleur, ... – retour en fin de séance	Peu d'expression verbale pendant la séance « j'ai le cor moi » dit-elle au moment de se mettre sur la pointe des pieds, car elle n'y arrive pas trop « moi je suis fatiguée F » aux 2/3 de la séance « c'était bien » à la fin de la séance « tout ce qu'on a fait c'est beau » « ce qu'on prépare, de faire, tout ça, même de marcher c'est beau » « et quand on s'arrête qu'on doit toucher c'est bien ça » dit qu'elle a réussi à oublier sa fatigue « c'est ce cor qui m'empêche tout, dès que j'appuie... »
– Engagement →	– intérêt pour l'activité – prise d'initiative – moment de l'atelier « préféré »	Attendait devant la porte le commencement de l'activité se met en mouvement en entendant la musique au début, semble impatiente de commencer essaye tous les exercices, même quand ils sont compliqués pour elle au début ne souhaite pas faire l'impro seule avec le drap, puis finalement le fait (« je vais essayer ») s'engage complètement dans l'impro en solo, comme « habitée » par la musique, le rythme
– État émotionnel →	– irritabilité, émotivité – anxiété – euphorie – manifestation de blocages, de tensions psychiques, de relâchement – évolution avant/après la séance	pas de manifestation particulière à part un visage crispé, perplexe manifeste une douleur à plusieurs reprises en allant s'asseoir
– Attitude globale	– Respect du cadre	Est à l'heure

<p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> – adhésion à l'activité – participation active / présence – rapport à la musique/au rythme 	<p>semble impatiente/contente de commencer très bonne conscience du rythme comprend et suit les consignes participe à tous les exercices très discrète avant la fin demande à sortir pour aller aux toilettes, revient discrètement et s'intègre à l'activité</p>
<p>– Relation avec le thérapeute →</p>	<ul style="list-style-type: none"> – mode de relation – valorisation 	<p>suit les consignes prend beaucoup exemple sur moi (qui suis en face) pendant l'échauffement pas de commentaire sur ce que font les thérapeutes</p>
<p>– Relation avec les autres participants →</p>	<ul style="list-style-type: none"> – écoute : de la parole, du langage corporel – capacité à interagir, à « jouer » – choix des partenaires dans les moments en duo (identique d'un moment à l'autre ou d'une séance à l'autre ou bien variable) 	<p>respectueuse de ce que font les autres attend son tour exercice en duo : ferme les yeux, se laisse guider, est sensible aux changements d'orientation, oublie qu'elle doit guider et retourne s'asseoir (douleur?) a du mal à refaire es mouvements proposés par les autres participants impro duo avec drap : attend les autres et le début de la musique pour commencer, calque son rythme sur le leur, puis impulse un mouvement plus rapide, est dans l'échange, propose et refait, puis à un moment semble oublier sa partenaire et s'anime avec le drap, s'engage complètement</p>

Annexe 9: Grille d'observation de Mme C numéro 2

Grille d'observation

Atelier « Mouvements dansés »

Date : 14/04/17

Participants : 6 patients, l'IDE et moi-même

Personne observée : Mme C (entretien le même jour)

Critères	Détail	Observations
<p>- Tenue (en lien avec le respect du cadre) →</p> <p>- Posture et mobilité →</p>	<p>Vêtements et chaussures adaptées à l'activité (vêtements souples, permettant/facilitant le mouvement, chaussures plates), et respectant des règles d'hygiène et de pudeur (en lien avec le bien-être social)</p> <p>- fermée/ouverte - relâchée/tendue - respiration - manifestations de douleurs, de fatigue, de détente/relâchement - latéralité, coordination, conscience des différents segments corporels</p>	<p>Adaptée : pull et jean souples, baskets de ville</p> <p>relâchement des bras : difficulté à mobiliser toutes les articulations, fait plutôt bouger la ceinture scapulaire respiration normale mobilité réduite du fait de son handicap, se déplace à petits pas et boîte : handicap + cor au pied peu de souplesse/fluidité dans les gestes, comme s'il y avait une tension permanente, notamment au niveau des bras repérage des hanches mais difficulté à mobiliser le bassin (se penche en avant) mobilisation des jambes difficile : coordination une pliée/une tendue bonne coordination bonne mobilité des doigts et poignets peu d'ampleur difficulté à mobiliser d'autres parties du corps que ses bras danse de groupe : bonne conscience du rythme, petits mouvements</p>

<p>– Expressivité →</p>	<p>– du visage : mimiques, crispations, manifestation de douleurs, de plaisir</p> <p>– du corps :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stéréotypies, tocs,... - registre personnel (richesse/pauvreté gestuelle) - rythme - spontanéité - créativité ou répétition (gestes pré-appris / repris du thérapeute / repris d'autres participants / repris d'une séance à l'autre) - capacité à créer à partir du repris/répété 	<p>visage souvent crispé/perplexe, sourcils froncés</p> <p>sourit pendant l'échauffement, pendant les vagues</p> <p>visage détenu et souriant quand elle est en action, qui se crispe dans l'attente</p> <p>semble concentrée en faisant les lignes, et pendant la danse de groupe</p> <p>sourire comme permanent, « plaqué », et ce sont les yeux et le front qui se crispent</p> <p>visage très détendu au moment où elle ferme les yeux et se laisse guider</p> <p>pas de mouvements parasites</p> <p>immobile dans les temps d'attente</p> <p>difficulté à engager tout le corps dans un mouvement (échauffement)</p> <p>V/K/C : contrairement à tous les autres, ne teste pas les mouvements depuis sa place</p> <p>mobilise bien ses 2 bras pour faire les vagues, mais mouvements répétitifs : alternance bras droit/bras gauche, chacun refaisant le même mouvement qu'avant</p> <p>bulle avec foulards : mouvements saccadés, peu de fluidité, mais explore plein de mouvements différents avec ses 2 bras, mais dans le même plan de l'espace, peu vers haut ou bas, n'essaie pas de copier → a sa propre gestuelle</p> <p>finit quand même par répéter ses 1ers gestes : petites impulsions du bras, en lien avec le rythme de la musique</p> <p>ne change pas trop son rythme propre, dans l'ensemble assez lent avec des impulsions</p> <p>danse libre sur musique rythmée puis</p> <p>posture : se déplace sans suivre le rythme, sans bouger les bras ni le buste, ne danse pas, puis posture prenant peu d'espace</p>
<p>– Occupation de l'espace, utilisation de « l'aire de jeu »</p> <p>→</p>	<p>positionnement dans l'espace et par rapport aux autres</p> <p>besoin de proximité ou d'espace</p>	<p>échauffement : se positionne dans le cercle à bonne distance des autres, réajuste sa position après le changement de place d'une participante</p>

		V/L/C : occupe l'espace au centre, prend le temps d'y rester et d'expérimenter expérimente/s'amuse avec le foulard
– Expression verbale →	<ul style="list-style-type: none"> – Présente ou non pendant la séance – logique/qualité du contenu – manifestation de dépréciation ou d'estimation – manifestations de plaisir, de douleur,... – retour en fin de séance 	<p>Parle très peu pendant la séance</p> <p>difficulté pour former une phrase complète</p> <p>rigole pendant l'échauffement</p> <p>« j'y arrive pas » au moment d'étirer les bras dans le dos</p> <p>« je peux m'asseoir un peu ? » à la fin de la danse de groupe, « j'ai dansé quand même hein ! »</p> <p>« on a dansé hein ?! » dit-elle à une autre participante de façon enjouée</p> <p>« on le fait ? » dit-elle en souriant à l'IDE quand c'est à elle pour l'exercice en duo, « je ferme les yeux »</p>
– Engagement →	<ul style="list-style-type: none"> – intérêt pour l'activité – prise d'initiative – moment de l'atelier « préféré » 	<p>essaye tous les mouvements malgré ses limitations</p> <p>participe physiquement, mais ne se manifeste pas verbalement, ne répond pas aux questions posées au groupe, répond aux questions individuelles</p> <p>assez passive et immobile hors exercice, mais s'engage complètement quand elle est en action</p> <p>enthousiaste pour participer aux déplacements en duo</p>
– État émotionnel →	<ul style="list-style-type: none"> – irritabilité, émotivité – anxiété – euphorie – manifestation de blocages, de tensions psychiques, de relâchement – évolution avant/après la séance 	<p>pas de manifestations particulières en début de séance</p> <p>semble très enjouée à la fin de la danse de groupe, contente d'avoir participé</p>
– Attitude globale →	<ul style="list-style-type: none"> – Respect du cadre – adhésion à l'activité – participation active / présence – rapport à la musique/au rythme 	<p>Vient à l'heure à l'activité</p> <p>comprend et suit les consignes, participe</p> <p>prend peu de place, discrète</p> <p>bulle</p> <p>très bonne conscience du rythme</p> <p>s'appuie sur la musique, s'engage beaucoup moins corporellement quand il n'y en a plus,</p>

<p>– Relation avec le thérapeute →</p> <p>– Relation avec les autres participants →</p>	<p>– mode de relation – valorisation</p> <p>– écoute : de la parole, du langage corporel – capacité à interagir, à « jouer » – choix des partenaires dans les moments en duo (identique d'un moment à l'autre ou d'une séance à l'autre ou bien variable)</p>	<p>ou même arrête son mouvement</p> <p>suit les consignes essaie les adaptations que lui propose l'IDE quand elle n'arrive pas à faire un exercice ne copie pas les mouvements de l'IDE, mais suit ses indications verbales en expression libre (bulle)</p> <p>comprend visuellement quand c'est son tour relais : contact doux avec les autres participants, se dirige vers eux en souriant, les regarde danse de groupe : effrayée à un moment par une autre participante qui vient vers elle brusquement choisit sa partenaire pour l'exercice en duo en tant que guide : fait attention à elle, toucher très doux mais peu précis guidée : très bonne compréhension des indications tactiles, se laisse guider</p>
---	---	--

Annexe 10 : Récapitulatif des éléments observés

Résultats grille d'observation : observations combinées sur les 2 séances observées pour chacune.

éléments notables

critères	Mme R	Mme C
- Tenue	Tenue adaptée, vêtements qui ne semblent pas la gêner pendant les exercices dépose sa veste et son sac avant de commencer	Adaptée, parfois un peu « chargée » (collier, foulard,...) dépose sa veste et sa sacoche avant de commencer
- Posture et mobilité	fermée et tendue en arrivant à l'atelier (pas traînant, épaules voûtées, regard vers le sol) pas de changements notables de respiration peu de manifestations physiques de douleurs difficulté à mobiliser certaines parties de son corps équilibre parfois précaire mais arrive à se déplacer en fermant les yeux tendance à confondre droite et gauche difficultés de symétrie et de coordination fatiguée avant la fin d'une séance, ne participe pas à l'improvisation (même jour que l'entretien) gestes peu précis rythme propre moyen, constant, capable d'accélérer en imitation posture plus détendue/ouverte en fin de séance	mobilité un peu réduite difficultés à mobiliser les articulation intermédiaires et le buste bonne coordination MS/MI mouvements « petits », manque d'ampleur/souplesse/fluidité équilibre instable, unipodal impossible sans appui difficulté à enchaîner les mouvements chorégraphiés (danse de groupe) a parfois des difficultés à refaire les mouvement proposés par les autres participants respiration normale difficulté à mobiliser d'autres parties du corps que ses bras en improvisation posture plutôt ouverte tout au long de la séance
Expressivité		visage crispé dans les temps d'attente : sourcils froncés, air perplexe/incompréhensif, peut-être anxieux traits beaucoup plus détendus dans les moment d'activité, sourires et rires très souriante pendant la danse de groupe semble parfois très concentrée
→ visage	visage fermé en début de séance , expression anxieuse/triste à la 2 ^e séance sourit et rigole pendant les exercices, le visage est moins tendu	
→ corps	mouvements parasites dans les moments de « mal-être » mouvements rigides, peu d'ampleur et de souplesse, difficulté à engager tout le corps dans un mouvement	pas de mouvements parasites souvent immobile pendant les temps d'attente difficulté à engager tout le corps dans un mouvement a tendance à attendre les indications verbales des thérapeutes

<p>Occupation de l'espace, utilisation de « l'aire de jeu »</p>	<p>répétition des mouvements créés expressivité surtout au niveau des bras, mais dans l'ensemble explore peu l'espace autour d'elle, notamment vers le bas est beaucoup dans l'imitation des thérapeutes → pauvreté gestuelle pour certains exercices semble désireuse d'expérimenter et montrer ce qu'elle arrive à faire difficulté à se laisser aller, à danser, s'arrête à une démarche rythmée, peu souvent en lien avec le rythme de la musique prend quelques initiatives (déplacements, test de gestes avant de montrer)</p> <p>suit les consignes de positionnement bonne distance par rapport aux autres participants assez bonne conscience de l'espace semble avoir des difficultés à explorer physiquement l'espace autour d'elle, mouvements restreints, beaucoup de répétition ne prend pas souvent le temps d'expérimenter, fais « vite »</p>	<p>oscillations/mouvements de balancier répétés, notamment avec les bras impro solo avec drap : se laisse entraîner dans une chorégraphie rythmée, semble complètement emportée registre peu étayé, souvent répétition de mêmes mouvements (mimés ou créés) rythme personnel plutôt lent avec des impulsions, mais capable d'accélérer (mimétisme ou suivi de la musique) teste des mouvements différents, mais a tendance à les répéter de nombreuses fois a sa gestuelle propre, n'essaie pas de « copier »</p> <p>bonne distance par rapport aux autres participants et à la disposition de la salle se déplace peu dans la salle impro solo avec drap : explore l'espace autour d'elle, se déplace occupe l'espace au centre du cercle, prend le temps d'expérimenter</p>
<p>Expression verbale</p> <p>Engagement</p> <p>— État</p>	<p>exprime souvent des douleurs pendant les exercices exprime parfois des difficultés à réaliser les exercices (notamment yeux fermés) parole fluide, cohérente avec l'exercice, la question posée,... peu d'autres manifestations verbales exprime son plaisir d'avoir participé à la fin de la séance (retour commun) « ça m'a détendue »</p> <p>2^e séance : ne souhaite pas participer, vient à la demande de l'IDE, et participe finalement à toute la séance, et se montre très présente participe à tous les exercices (sauf impro à la fin de la 1^{ere} séance) montre physiquement son envie de participer, prend des initiatives moment préféré 1^{ere} séance : exercice miroir en binôme</p>	<p>Peu d'expression verbale pendant la séance difficultés pour former une phrase complète, élocution parfois difficile exprime quelquefois douleur ou fatigue et demande à s'asseoir « c'était bien », « tout ce qu'on a fait c'est beau » (à la fin de la séance) dit qu'elle a réussi à « oublier » sa fatigue « et quand on s'arrête qu'on doit toucher c'est bien ça »</p> <p>attend devant la porte le commencement de l'activité se met en mouvement en entendant la musique participe à tous les exercices s'engage vraiment dans les moments d'improvisation, semble y prendre beaucoup de plaisir ainsi qu'à participer aux chorégraphies</p>

émotionnel	<p>semble contrariée en arrivant, surtout à la 2^e séance (anxiété ++)</p> <p>2^e séance : très expressive, voire trop</p> <p>lères manifestations de détente au niveau du visage pendant l'échauffement</p> <p>sourit, rigole pendant les exercices, se referme dans les temps d'attente</p> <p>semble plus détendue/apaisée en fin de séance</p>	<p>pas de manifestations particulières, de modifications avant/après la séance</p> <p>enthousiaste pour la plupart des exercices, semble contente de participer</p> <p>crispation du visage pendant les temps d'attente (difficile de savoir ce que cela exprime)</p>
<p>– Attitude globale</p> <p>– Relation avec le thérapeute</p> <p>– Relation avec les autres participants →</p>	<p>Respecte le cadre, les autres participants et les consignes</p> <p>semble adhérer à l'activité, enthousiaste (surtout pour exercices en groupe)</p> <p>semble s'ennuyer et redevenir soucieuse pendant les temps d'attente</p> <p>prend parfois beaucoup de place verbalement</p> <p>les prend souvent comme modèles, reproduit leurs gestes</p> <p>valorise leur savoir-faire</p> <p>suit les conseils et consignes</p> <p>respecte et n'interfère pas dans les « productions » des autres participants, attend « son » tour</p> <p>semble prendre plaisir à travailler en duo ou en groupe</p> <p>choisit ses partenaires</p> <p>bonne écoute des autres participants (notamment corporelle)</p> <p>se propose pour expliquer un exercice à une participante</p> <p>fait attention à ses partenaires, toucher doux, bonne distance</p>	<p>Respecte le cadre, les autres participants et les consignes</p> <p>semble contente de commencer</p> <p>participe à tous les exercices</p> <p>très discrète</p> <p>s'engage beaucoup moins corporellement quand il n'y a pas/plus de musique</p> <p>suit les consignes, essaie les adaptations proposées</p> <p>ne cherche pas à mimer les mouvements des thérapeutes pendant les temps d'improvisation, mais suit les indications verbales</p> <p>pas de commentaires et comparaisons</p> <p>respectueuse de ce que font les autres participants, attend son tour</p> <p>se laisse guider, est sensible aux indications tactiles</p> <p>semble être dans l'échange pour les exercices en duo et groupe</p> <p>choisit sa partenaire pour le duo, fait attention à elle, toucher doux</p>

Résumé

Le thème de ce mémoire a été amené par un questionnement autour de la mise en lien de deux sujets de réflexion : le potentiel thérapeutique de l'expression corporelle, et les notions de qualité de vie et de bien-être pour les personnes schizophrènes. Pour y répondre, une recherche a été menée selon une méthode clinique auprès de personnes schizophrènes accompagnés en HDJ et participant un atelier nommé « mouvements dansés ». Le choix a été fait de réaliser des entretiens semi-directifs et d'utiliser des grilles d'observations en complément (observation participante en atelier, film). Deux personnes ont pu être suivies et interrogées. Les résultats montrent une difficulté à explorer l'espace et les potentialités corporelles, ainsi qu'une difficulté à exploiter l'aspect expressif de l'activité. Le plaisir à participer à l'atelier et la notion de bien-être sont évoqués, mais semblent avoir peu d'impact ressenti sur la qualité de vie.

Cette enquête ne permet donc pas de faire un lien entre une participation aux ateliers et une meilleure qualité de vie pour ces deux personnes, d'autres recherches sont à mener pour approfondir le sujet.

Mots clés

schizophrénie, activité thérapeutique, expression corporelle, ergothérapie, qualité de vie

Abstract

The topic of this investigation was steered by an examination about the link between two subjects : the therapeutic potential of body language, and the concepts of quality of life and well-being for persons suffering of schizophrenia. To answer that, a clinical method was used with persons suffering of schizophrenia involved in a working group of dance-movement therapy. Two persons were followed, using both semi-structured interviews and observation grids (with a filmed support). The results point out difficulties to explore physical spaces and possibilities, and also to make use of the expressive potential of the activity. Pleasure and well-being are mentioned concerning the fact of being in this activity, but without repercussions on their quality of life.

This investigation do not point out a link between involvement in activity of dance-movement therapy and better quality of life for these two people : we need other investigations to go into this subject in depth.

Keywords

schizophrenia, therapeutic activity, body language, occupational therapy, quality of life