



HAL
open science

Expression corporelle en ergothérapie, en hôpital de jour et alliance thérapeutique auprès de personnes schizophrènes

Emma David

► **To cite this version:**

Emma David. Expression corporelle en ergothérapie, en hôpital de jour et alliance thérapeutique auprès de personnes schizophrènes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01647035

HAL Id: dumas-01647035

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01647035v1>

Submitted on 28 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Institut de
Formation en
Ergothérapie d'
Aix*Marseille



Faculté
de Médecine

Aix*Marseille Université

Emma DAVID

UE 6.5 S6 :
Mémoire d'initiation à la recherche.
17 mai 2017

**Expression corporelle en ergothérapie, en hôpital de jour et alliance
thérapeutique auprès de personnes schizophrènes ?**

Sous la direction de Mme BOUTTIER Sabrina.

Diplôme d'État en Ergothérapie

Cadre pour l'évaluation

SOMMAIRE:

1. Introduction	1
1.1 Contexte et thème général.....	1
1.2 Utilité sociale et enjeux pour la pratique professionnelle	2
1.3 Questions de départ.....	3
1.4 Problématique pratique.....	4
1.5 Recherches documentaires	5
1.5.1 <i>Clinique de la schizophrénie</i>	5
1.5.2 <i>Corps et Schizophrénie : les problématiques corporelles</i>	9
1.5.3 <i>Compétences de l'Ergothérapie en santé mentale</i>	10
1.5.4 <i>Le cadre, la relation et l'objet médiateur en ergothérapie</i>	11
1.6 Objet de recherche final.....	15
1.7 Cadre théorique.	16
1.7.1 <i>Modèle humaniste</i>	16
1.7.2 <i>Approche phénoménologique</i>	16
1.7.3 <i>Alliance thérapeutique</i>	18
1.7.4 <i>L'engagement</i>	20
2. Matériel et Méthode	22
2.1 Le choix de la méthode.....	22
2.2 Dispositif de recherche	22
2.3 Le choix et la construction de l'outil théorisé de recueil de données.....	25
2.4 Déroulement de l'enquête.	25
2.5 Choix des outils de traitement des données.	25
3. Résultats	26
3.1 Présentation des données.....	26
3.2 Analyse thématique des données.....	28
3.2.1 <i>Analyse entretiens "patients"</i>	28
3.2.2 <i>Analyse entretiens ergothérapeutes</i>	32
4. Discussion	41
4.1 Interprétation des résultats.....	41
4.2 Réponse à la question de recherche et discussions autour des résultats.	46
4.3 Critique du dispositif de recherche.....	49
4.4 Apport, intérêts et limites pour la pratique professionnelle.	50
Bibliographie	52
Annexes	58

Je remercie Mme Bouttier et Mr Lavernhe de m'avoir accompagnée tout au long de cette démarche.

“ Il y a deux sens seulement du mot exister.

On existe comme une chose et on existe comme une conscience.

L’existence du corps propre au contraire, nous révèle un mode d’existence ambigu. ”

M. Merleau-Ponty.

1. Introduction

1.1 Contexte et thème général.

J'ai toujours été intéressée par les gens qui m'entourent et par la manière donc chaque individu utilise et s'approprie son corps. Durant la formation en ergothérapie j'ai vu ce que peut entraîner une modification corporelle, à différents niveaux, pour une personne : impact psychosocial, perte de rendement occupationnel, modification des habitudes de vie. Cependant c'est lors des cours sur la santé mentale que j'ai trouvé le corps intrigant, notamment les relations d'interdépendances entre la pathologie psychiatrique et ce dernier.

Pendant un stage en psychiatrie, en Hôpital de Jour, j'ai pu observer des personnes atteintes de schizophrénie. Le retentissement de la pathologie sur leur corps est frappante : troubles du schéma corporel et de l'image du corps, troubles de la pensée et de la parole, difficulté de sociabilisation et socialisation, incurie, conduites à risques. Ces syndromes entraînent des difficultés dans la vie quotidienne et génèrent des situations de handicap. Au cours de ce même stage j'ai pu observer des ateliers de médiation corporelle proposés par l'ergothérapeute. En tant que futurs ergothérapeutes, nous sommes formés à adopter une vision holistique d'un individu : prendre en compte sa pathologie, ses capacités et incapacités, ses environnements, ses habitudes de vie, les activités signifiantes et significatives. Aussi lorsque l'on considère un individu dans sa globalité est-il possible de ne pas prendre en considération son corps ?

Je m'intéresse donc à la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes schizophrènes et plus précisément à l'utilisation d'un média corporel auprès de cette population en HDJ. *"L'hospitalisation de jour constitue une alternative à l'hospitalisation complète et se caractérise, à cet égard, par des soins polyvalents et intensifs prodigués dans la journée [...] A l'appui de projets individualisés de prise en charge, des activités polyvalentes et collectives sont privilégiées [...]"*^[1] Définir le lieux d'exercice des ergothérapeutes, en l'occurrence l'extra-hospitalier, me permet de préciser le cadre de référence et de déterminer le type de population ciblé. Habituellement, les patients accueillis sont en phase non-aiguë de leur maladie, le traitement est stable. Ils sont également dans une logique de réinsertion sociale.^[1]

1.2-Utilité sociale et enjeux pour la pratique professionnelle

En 2013, L'HAS dans l'une de ses notes d'orientations décrit un contexte préoccupant relatif à la psychiatrie. Il y est mentionné les enjeux de santé publique et socio-économiques en lien avec la psychiatrie et la santé mentale. Voici des données afin d'appuyer l'utilité sociale de ce mémoire. *"Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde. L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. [...]L'OMS identifie 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21ème siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. Les troubles mentaux et la souffrance psychique qu'ils entraînent ont des répercussions importantes sur la santé physique, la vie personnelle et sociale des personnes concernées et sur leur entourage. Les personnes souffrant de maladie mentale sont ainsi plus souvent affectées par des problèmes somatiques. Les risques de mort prématurée sont plus importants, en particulier le décès par suicide (10353 décès en 2008 en France). Les troubles mentaux sont associés aux phénomènes d'exclusion sociale. [...]Ils sont la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle et l'une des premières causes d'absentéisme au travail (OMS 2006). Leur répercussion économique est considérable. Leur coût dans le secteur sanitaire atteint 17 milliards d'euros par an. [...]"* [2]

Selon les données issues du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P)¹, en 2014 en France, 4,8 millions de personnes ont bénéficié d'un suivi psychiatrique en hôpital de jour. [3] Ces données épidémiologiques relatives à la psychiatrie démontrent l'intérêt des prises en soin proposées dans le domaine de la psychiatrie. En tant que future professionnelle de santé, cela me pousse à réfléchir à la pratique de l'ergothérapie dans ce domaine de soin. Quels types de suivi proposer et par le biais de quelles activités ? En septembre 2016, l'ANFE publie un livre blanc sur l'ergothérapie en santé mentale. Dans cet ouvrage sont abordés les enjeux et perceptives de la profession d'ergothérapeute dans le secteur de la psychiatrie [4].

L'utilité sociale de ce mémoire est de pouvoir envisager un suivi en ergothérapie de cette population qui représente un réel enjeux tant en santé publique, que socio-économique.

1 Données traitées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

L'enjeu pour la pratique professionnelle est de présenter et défendre le champs de compétence des ergothérapeutes en psychiatrie. L'intérêt est également de présenter et de réfléchir à l'utilisation du média corporelle en ergothérapie.

1.3- Questions de départ.

Nous nous interrogeons sur l'utilisation de la médiation corporelle en ergothérapie.

Premièrement qu'est ce que la médiation corporelle ? Spontanément nous aurions tendance à dire que : l'utilisation de l'objet médiateur "corps" offre une palette très étendue de médiations. Mais est-ce le cas ? Deuxièmement, est-ce que ce type de média est connu des ergothérapeutes ? Est-il utilisé ? Comment ? Et pourquoi ? Autant de questions que nous avons pu nous poser lors de notre stage. Au-delà des compétences qu'il est nécessaire d'avoir et de mettre en œuvre, nous nous questionnons sur les objectifs qui peuvent être rattachés à l'utilisation de médiation corporelle.

Après avoir réfléchi aux objectifs généraux, en lien avec l'utilisation de la médiation corporelle, il nous semble nécessaire de préciser la population. Nous nous intéressons aux personnes atteintes de schizophrénies. Ce sont des psychoses c'est-à-dire des *"altérations globales de la personnalité bouleversant les rapports du sujet avec la réalité."*² Nous nous questionnons sur pertinence de l'utilisation de ces médiations auprès de ce public. Bien que nous ayons pu observer cette pratique en stage, nous cherchons à savoir si elle est connue et répandue.

Nous nous questionnons sur le processus de médiation. Qu'est-ce qui rend une médiation thérapeutique ? Comment le cadre et la relation sont impliqués dans ce processus ? Est-ce que l'utilisation du média "corps" qui fait intervenir la personne dans sa globalité, implique un potentiel thérapeutique plus important ? Est-ce que la médiation corporelle peut favoriser, l'engagement dans les soins en ergothérapie ? Nous en arrivons à la question suivante : l'objet de médiation étant le corps, qu'est ce que cela peut impacter ou générer chez la personne ?

2 Définition psychose larousse en ligne.

1.4-Problématique pratique.

Afin d'interroger le degré de faisabilité de notre question de départ, nous réalisons une première pré-enquête^(Annexe1). Cela nous permet de confronter nos "idées" avec la réalité du terrain et d'orienter la suite de ce mémoire. Nos objectifs sont de savoir si l'utilisation du média "corps" est connue, répandue et utilisée par les ergothérapeutes. De prendre connaissance des différents types de médiations possibles avec le corps. Elle nous permet également de voir auprès de quel public et selon quelles modalités ce média est utilisé. Nous l'utilisons également afin de nous créer un réseau d'ergothérapeutes volontaires qui pourront être sollicités durant la suite de ce mémoire. Afin d'atteindre nos objectifs, le questionnaire a été envoyé par mail à 35 ergothérapeutes sans sélection préalable.

Nous avons obtenu 15 réponses. Voici ce qui en résulte globalement.^(Annexe 2) 66,6% des ergothérapeutes ont abordés la médiation corporelle sous différentes formes au cours de la formation initiale en ergothérapie. Ils pensent tous que la médiation corporelle peut être utilisée en ergothérapie. Cependant, il est important de bien définir ses compétences afin de ce distinguer des autres professionnels qui utilisent également ce média.

80% des professionnels interrogés utilisent ou ont déjà utilisés ce type de médiation dans leur pratique professionnelle et 46,1% d'entre eux l'utilisent auprès d'adultes dans le domaine de la psychiatrie. Les médiations corporelles citées sont multiples : relaxation, théâtre, expression corporelle, thérapie soma-émotionnelle, danse, exercices sur le mouvement et le ressenti, "yoga", "massages", balnéothérapie, Snoezelen, marionnettes, gym douce.

Les résultats obtenus par l'intermédiaire de cet outil nous permettent d'orienter nos recherches en lien avec ce thème, ainsi que de sélectionner le type de médiation corporelle auquel nous allons nous intéresser. Pourtant, certaines de nos questions restent sans réponse. Quels sont les objectifs en lien avec la médiation corporelle auprès de personnes psychotiques ? Est-ce que la médiation corporelle apporte quelque chose de complémentaire aux autres médiations thérapeutiques ? Si oui, à quel niveau ? Est-ce que les ergothérapeutes se mettent en activité avec le(s)patient(s) ? Est-ce que cela peut impacter le suivi et si oui, à quel niveau ?

Nous décidons donc de réaliser une deuxième pré-enquête^(Annexe 3) à l'intention d'ergothérapeutes, exerçant auprès de personnes psychotiques sélectionnés parmi les répondants à notre première pré-enquête. Sur six ergothérapeutes contactés, quatre nous ont retourné le questionnaire rempli. Voici ce qui en résulte^(Annexe 4). Les objectifs généraux en lien avec ce

type d'activité sont: favoriser la connaissance de son corps et la conscience corporelle, favoriser les sensations de bien-être et les ressentis, lutter contre la dissociation, lutter contre l'apragmatisme et favoriser les transferts d'acquis de techniques lorsque la personne en ressent le besoin. 100% des ergothérapeutes interrogés disent penser que la médiation corporelle apporte quelque chose de complémentaire aux autres médiations thérapeutiques, et ce pour les patients. Les potentiels thérapeutiques mis en évidence par les ergothérapeutes interrogés peuvent être classés en deux catégories. La première concerne les bénéfices pour les thérapeutes, en leur laissant la possibilité d'observer l'expression de la dissociation chez les personnes atteintes de schizophrénie. La deuxième concerne les bénéfices pour les personnes atteintes de schizophrénie, en leur permettant de se réapproprier leur corps. De plus les médiations corporelles permettent de sortir des structures de soins et de rétablir un lien avec la cité. Elles peuvent également offrir à ces personnes des outils et techniques afin de gérer leur anxiété. 100% des ergothérapeutes interrogés se mettent en situation d'activité avec les patients lors des séances de médiation corporelle. La moitié de ces professionnels de santé pense que cette modalité impacte favorablement l'engagement de la personne dans l'activité, un quart pense que cela a un impact sur le respect du cadre et l'autre quart sur la relation thérapeutique.

Par le biais de ces deux pré-enquêtes nous nous faisons une idée plus précise de ce qu'est la médiation corporelle en ergothérapie. Nous prenons conscience que ce type de médiation englobe un grand nombre d'activités. Nous choisissons de cibler cette étude sur l'utilisation de l'expression corporelle auprès de personnes psychotiques et d'exclure de nos recherches les ateliers de théâtre, marionnettes et autres activités citées précédemment.

1.5 Recherches documentaires

1.5.1 Clinique de la schizophrénie

Dans cette partie nous cherchons à comprendre ce qu'est la schizophrénie. Les données qui vont suivre ont été sélectionnées en fonction de notre thème : c'est à dire la schizophrénie et le corps. Elles ne reflètent en aucun cas toute la symptomatologie d'une personne schizophrène. Nous souhaitons aborder cette pathologie sous un angle général afin de pouvoir comprendre les enjeux en lien avec cette affection. Nous faisons le choix de ne pas déterminer un type de schizophrénie. Aussi, nous excluons nos recherches, l'étiologie de cette pathologie

et les symptômes en lien avec la phase aiguë.

"La psychose est repérable dans une difficulté, voire une impossibilité, à accéder à la symbolique commune, les frontières entre les productions imaginaires internes et les données de la réalité externe se montrant plus qu'aléatoire. Elle peut être décrite comme l'impossibilité existentielle d'un être, à un moment donné, d'entrer dans un système (social, langagier, familiale, sanitaire,...) sous peine de s'y détruire ou de détruire l'autre. Paradoxalement, [...], la psychose ne peut jamais être réduite à un trouble déficitaire : elle est aussi un processus de création d'être au monde."^[5]

La schizophrénie est une psychose chronique caractérisée par les éléments symptomatiques qui permettent de dresser le tableau clinique suivant :

► **Syndrome dissociatif.**

La dissociation est le trouble prépondérant dans la schizophrénie. La traduction du mot « dissociation » est séparation. Ce syndrome s'exprime au niveau clinique, par un manque de cohérence marqué entre les pensées, les actes, et les sentiments d'un individu, lors d'une situation X à un instant T. L' *"intelligence, l'affectivité, la psychomotricité."*^[6] de la personne sont impactées par cette désagrégation, ce qui entraîne des modifications au niveaux des différentes sphères de l'individu : vie psychique, relation à soi et aux autres et perception de la réalité commune au plus grand nombre.^[6]

Nous allons maintenant nous pencher d'un peu plus près sur les symptômes qui composent le syndrome dissociatif.

La dépersonnalisation.

"C'est la perte du sentiment d'individualité de la personne, affectant l'intégrité somatique et corporelle, l'identité, la conscience du Moi psychique, et qu'accompagne l'impression d'étrangeté voire de bouleversement total du monde extérieur."^[6] La dépersonnalisation modifie la conscience et la connaissance du corps des personnes schizophrènes, ce qui génère des angoisses extrêmes de dissociation.^{[6]et [7]} A long terme, l'expression clinique de ce symptôme se traduit par des mouvements qui peuvent être saccadés et sans cohésion ou des conduites particulières telles que de longs moments où la personne se regarde. Par exemple, certaines personnes contemplent leurs mains ainsi que leur visage de façon directe ou non par

l'intermédiaire d'un miroir (*signe du miroir*)^[6]. Leurs limites corporelles et perceptions de soi (image du corps et schéma corporel) sont altérées. La vérification fréquente par la vue, le touché ou une tierce personne leur permet de se réassurer.^[6]

Les troubles de la pensée.

Ils sont initiaux, prédominants et constitutifs de cette psychose. Bien que la personne puisse avoir des capacités intellectuelles, des connaissances acquises et des compétences, elle n'arrive pas à les mettre à profit, car le tri, l'agencement et la sélection des idées sont impossibles. C'est ce que l'on appelle "*l'idéation schizophrénique*".^[6] La capacité de raisonnement logico-déductif est également altérée ce qui se traduit par une perte de concordance et de lien entre les idées de la personne. Cela rends son discours et/ou ses actes discordants : on note une atteinte dynamique de la psyché chez les personnes schizophrènes. Il existe des troubles de la pensée telles que les persévérations d'idées ainsi que les contaminations par une idée : la personne a une pensée omniprésente en tête et n'arrive pas à s'en défaire. Il peut également être observé des barrages qui sont des coupures brusques dans le discours de la personne sans justification, ou bien encore des sonorisation de la pensée.^[6]

Les troubles du langage.

Ils sont indéniablement en lien avec les troubles de la pensée. L'observation clinique est multiple : mutisme, mot-clef, néologismes, écholalie.^[6]

Les troubles de l'affectivité.

L'affectivité est également perturbée chez les personnes schizophrènes. Elle est marquée par une ambivalence qui se traduit par des "*mouvements instinctivo-affectifs paradoxaux*".^[6] Il y a une alternance entre des pulsions de vie et de mort qui se traduit par une alternance rapide entre un sentiment et son contraire comme par exemple : l'amour et la haine, la séduction et l'agression, la fusion et la séparation^[6].

Une perte de vitalité peut également être observée : c'est la perte de l'élan vital.^[6]

Les troubles psychomoteurs.

Il existe une disharmonie au niveau de l'activité psychomotrice appelée catatonie.^[6]

La catatonie est constituée de symptômes. Les signes cliniques de la catatonie sont :

"- le négativisme psychomoteur : conduite de refus, opposition, raidissement.

- l'inertie psychomotrice : akinésie cataleptique alternant avec hyperkinésie paradoxale.

- la stéréotypie : activité motrice répétitive, fragments de gestes qui n'aboutissent pas et qui semblent donc sans objectifs apparents, indécodables, sans rapport avec le contexte ambiant

- la paramimie, maniérisme : surcharge artificielle de tous les gestes qui sont empruntés.

- l'impulsion : décharges psychomotrices énigmatiques, véritable raptus moteur.^[7]"

► **Syndrome délirant**

L'autisme schizophrénique.

Le syndrome dissociatif, et tout ce qu'il impacte chez la personne, entraîne un repli du patient sur lui-même : cette attitude est qualifiée d'autistique^[7]. La personne est imperméable aux éléments extérieurs. Cela abouti à une déformation de la perception de la réalité (temporelle et spéciale).

Les productions délirantes.

" Pour le DSM IV, le délire est une perturbation majeure du contenu de la pensée." ^[7] On distingue les mécanisme, c'est-à-dire la façon dont s'installent les délires (hallucination, interprétation,..), des thèmes sur lesquels les productions délirantes portent (filiation, influence,..).^[7] Dans la schizophrénie le délire est désorganisé voir inorganisé. Il est qualifié de paranoïde.^[7]

► **Troubles des conduites et symptomatologie dépressive.**

La schizophrénie affecte la personne dans sa globalité. Nous observons en plus des troubles cités précédemment :

- des troubles des conduites alimentaires (le plus fréquent dans la schizophrénie chronique est la potomanie (6 à 10 litres par jour)[...]^[6]).

- des passages à l'acte auto et/ou hétéro-agressifs qui ont généralement lieu lors d'épisodes "crises".^[6]

- la perte d'élan vital et des conduites suicidaires : "environ 40% des patients font au moins une tentative de suicide dans leur existence, 10% décèdent par suicide ^[6]"

- une symptomatologie dépressive : était déjà reconnue par Kraepelin et Bleuler comme faisant partie intégrante de la maladie. ^[6]

Parallèlement aux recherches effectuées sur la clinique schizophrénique, je m'interroge : quels sont les retentissements de la pathologie sur le corps ?

1.5.2 Corps et Schizophrénie : les problématiques corporelles.

"Le symptôme est le signal à prendre en compte car il est langage impensé du corps et/ou de la pensée d'une personne singulière, dans des circonstances particulières" [8]

L'expression clinique de cette pathologie peut s'exprimer dans la présentation, l'action et les comportements.

Les discordances dans l'action sont l'expression clinique de la dissociation psychique de la personne. La coordination, la fluidité et la "qualité" des mouvements sont impactées.

Une impression d'étrangeté se dégage de leurs gestes et leurs attitudes.

Ces difficultés altèrent premièrement la présentation de la personne et deuxièmement ses relations aux autres. Cela a tendance à renforcer l'isolement social de la personne.^[7]

"Chaque partie du corps est vécue indépendamment des autres."^[7] La personne n'a pas conscience de l'unicité de son corps. La réalisation d'action peut être marquée par une désorganisation praxique^[7], un manque d'harmonie et une surcharge gestuelle.

"Le corps est engagé de façon discordante : maniérisme et théâtralisme vont caractériser ces patients. Il traduisent le caractère artificiel de l'engagement du corps dans l'action et dans la relation à l'autre."^[7]

La schizophrénie altère le rapport qu'à la personne avec son corps. Le lien entre son esprit et son corps est rompu. De ce fait, un manque de cohérence et de concordance entre les affects et l'expression corporelle est fréquemment observable. Des changements brusques de conduite, des expressions gestuelles en inadéquation avec l'expression verbale, des comportements inadaptés à la situation, tant d'exemples qui sont en lien avec la dissociation de la personne.^[7]

Les effets des neuroleptiques et antipsychotiques sur le corps.

Les neuroleptiques de première génération (NLP) et les antipsychotiques atypiques (APA) sont deux catégories de médicaments qui sont à différencier tant au niveau des modalités prescriptions qu'au niveau des effets secondaires. Les NLP et APA font parti des traitements que reçoit une personne schizophrène. Sans rentrer dans les détails nous retiendrons que se sont des traitements lourds qui peuvent avoir des effets secondaires : prise de poids,

somnolence, hypersialorrhées ou dyskinésies.^[9]

Durant les suivis de patients schizophrènes il semble donc important de connaître et prendre en considération les retentissements que peut avoir un traitement sur la personne.

Nous nous questionnons à présent sur l'ergothérapie en santé mentale. Quelles sont les compétences de l'ergothérapeute dans ce domaine ? En lien avec la schizophrénie ? En lien avec la médiation corporelle ?

1.5.3 Compétences de l'Ergothérapie en santé mentale.

Dans *"Actes et prestations – Affection de longue durée : Schizophrénies"* publié en juillet 2016 par l'HAS, l'ergothérapeute est mentionné dans la liste des professionnels impliqués dans le parcours de soins d'une personne atteinte de schizophrénie.

Il est également mentionné que *"la prise en charge du patient atteint d'un trouble schizophrénique est globale : elle peut associer plusieurs professionnels, coordonnés par un soignant référent."*^[10] Cela fait intervenir des compétences professionnelles en lien avec le travail en équipe: *"Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs."*^[11]

T. Dorval (2013) dans *"l'identité dans le flou des repères"*^[12] aborde la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie en se référant au *« Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie Version consolidée au 7 août 2004 »*^[12] Il sélectionne les actes qui peuvent être mis en lien avec la pratique de l'ergothérapeute dans le domaine de la santé mentale, les voici: *"« 3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail : (...)*

e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;

f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;

g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;

h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;

i) L'expression des conflits internes ; (...)

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement. »^[12]

Il continue en expliquant que *"l'ergothérapeute, au travers d'activités «d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail» participe à la prise en charge psychothérapeutique du patient. Il participe à l'accompagnement dans un processus de resocialisation, de « reprise de l'identité personnelle» et à « l'expression des conflits internes » qui est un élément fort dans le travail psychothérapeutique du patient. Il s'agit d'entendre par là, non seulement les capacités et les connaissances nécessaires du thérapeute pour accompagner le patient dans cette voie. Mais aussi sa compétence autour de l'activité et des médiateurs, qui sont la base de sa profession, et l'intérêt de ces activités dites « projectives » à savoir permettant un investissement particulier pour celui qui la réalise. Projection permettant, non seulement une appropriation psycho-affective de l'objet, mais également un support d'investissement favorisant le « dire » autrement, sans mots, sans même avoir conscience d'éléments enfouis, dans un contexte de prise en charge médicale et psychologique. On peut également remarquer le rôle spécifique de l'ergothérapeute autour de ces éléments centrés sur la mise en activité, avec comme ouverture finale l'environnement qui laisse ainsi la possibilité à l'ergothérapeute de sortir de l'enceinte hospitalière."* ^[12]

Les valeurs fondamentales de la profession sont : *"l'altruisme, l'égalité, la liberté, la justice, la dignité, la vérité et la prudence."* ^[13] Les actes ergothérapeutiques doivent entrer dans une démarche bienveillante, non malfaisant et qui favorise l'autonomie, tout en suivant les principes de justice, vérité, respect et fidélité.^[13]

Après avoir abordé les compétences de l'ergothérapeute en santé mentale, nous nous questionnons sur sa façon de travailler dans ce domaine. Quels sont les outils dont il dispose ?

1.5.4 Le cadre, la relation et l'objet médiateur en ergothérapie.

Le cadre, la relation et l'objet médiateur sont les piliers de la prise en charge ergothérapeutique. Ils sont en constante interaction dans le processus de médiation thérapeutique. Chaque concept est pensé et adaptable en fonction de la personne, de sa pathologie et des objectifs thérapeutiques.

▫ **Le Cadre.**

Le cadre est un dispositif, une entité de composantes, permettant de soutenir un processus de soin.^[14] C'est un ensemble de critères précis (modalités de suivis, horaires, fréquence, durée des séances, attitudes thérapeutiques, règles fixées, lieu et autres) définis et pensés en fonction des objectifs fixés. Il est adapté et évolutif en fonction de la problématique du patient et/ou du groupe. Il peut être explicité et déterminé avec le patient dans le but de le rendre acteur. Il peut être "modulable" mais certaines caractéristiques restent invariables afin d'assurer une continuité dans le soin.^[15] *"Est désormais admise l'idée que le cadre est posé avec ses limites, avec tact et sans rigidité, de façon à ce qu'il puisse être utilisé et éventuellement transgressé."*^[16] La création d'un cadre permet d'instaurer un contexte de thérapie stable qui est propice à l'autonomisation de la personne, qui réduit les situations de dépendances et favorise la rencontre. Il assure une contenance (physique et psychique) et une sécurité. Certains éléments de ce dispositif sont apportés par le cadre physique et d'autres par le thérapeute et son cadre interne.

La fonction du lieu en ergothérapie.

L'environnement dans lequel à lieu le soin est pensé : il est aménagé et agencé afin de répondre aux objectifs thérapeutiques. Ce qui permet de créer un cadre contenant et propice au soin. Il est défini, accueillant et non médicalisé. L'ergothérapeute est garant de cet espace et des objets qui y sont.^[16] Cela permet de rendre le lieu "sécuré" : il assure la permanence de l'objet de médiation et de la relation.

Le cadre interne du thérapeute.

Il est composé de *"sa personnalité, ses expériences de vie et la manière dont il les a intégrées, sa disponibilité, son niveau de réflexion, ses capacités d'empathie et d'intuition, son humour, son éthique de vie, ses croyances spirituelles, etc."*^[17] Il comprend également les capacités d'autocritique et d'analyse de ces actes. Il est en lien avec la capacité du thérapeute à se décentrer de lui-même tout en comprenant ce qui se passe en lui, afin d'adopter une posture "soignante". Le cadre interne du thérapeute vient se superposer au cadre physique et compléter le dispositif.

Il est nécessaire de penser le cadre et d'y réfléchir en permanence.

▫ Relation

La définition de relation est un *"ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles"*³. La relation dans le soin ergothérapeutique est plus complexe que cette définition. Nous allons ensemble essayer de mieux comprendre cette notion.

L'établissement d'une relation passe par un moment de rencontre : temps qui permet la prise de contact et la mise en lien entre deux entités (personne, objet, matière, lieu, etc). La création de la relation est une condition sinéquanone au processus de médiation et donc au soin en ergothérapie en psychiatrie. ^[16] La relation en ergothérapie est un outil précieux. Par conséquent elle doit être pensée et réfléchie afin de soutenir et de favoriser le processus de soin.

En ergothérapie, la relation est dite "triangulaire". Ce terme a été proposé par Isabelle Pibarot qui a mis en avant le fait que la relation duelle patient-soignant est triangulée par un "objet" de médiation dans un espace défini.^[16] Cette relation médiatisée permet la création d'un "espace transitionnel" : lieu dans lequel la personne, par l'expérimentation et le jeu, peut faire du lien entre sa réalité interne et la réalité externe.^[18]

La relation thérapeutique qui s'installe entre le "patient" et le thérapeute, s'appuie sur plusieurs concepts en lien avec le contexte de la psychiatrie, les valeurs de l'ergothérapie, ainsi que les capacités et fonctions du thérapeute. Comme par exemple : la confiance, la congruence⁴, l'empathie, l'écoute, la permanence de la relation, l'accompagnement, la disponibilité (physique et psychique), la distance thérapeutique "suffisamment bonne"^[18] et analysée.^[19]

Un autre type de relation thérapeutique peut exister, cette fois-ci entre le "patient" et l'objet de médiation. Ces interactions sont possibles, lorsque la personne est en lien avec l'objet en présence du thérapeute (triangulation de la relation) et dans un cadre précis.^[16]

▫ Le corps comme objet médiateur.

L'ergothérapeute F. Morstin (2001) explique dans l'article *"Corps ambigu" que "le corps se trouve dans un double mouvement: il s'adresse en même temps à soi et aux autres"*.^[20] Le corps a longtemps été chosifié, associé à un objet.^[21] Il est vrai qu'il en possède les caractéristiques puisqu'il fait partie de *"Toute chose concrète, perceptible par la vue, le*

3 Définition du mot relation issue du dictionnaire Larousse.

4 Concept développé par C. Rogers.

toucher.¹⁵. Donc chaque individu possède un corps. Aussi, nous avons en tant qu'Homme la capacité d'éprouver des sensations par notre corps : chaque individu "est" donc, également un corps. ^[20] La représentation que l'Homme se fait de son corps est composée des concepts suivant: le schéma corporel et l'image du corps.

Schéma corporel ^[20] ^[22]

Le schéma corporel est en lien avec la sphère neurologique d'un individu. ^[20]

L'individu se construit son schéma corporel durant la période de l'enfance par ses différentes expériences sensorielles et ses différents apprentissages. C'est une représentation tridimensionnelle que se fait chaque personne de son propre corps. Cela permet notamment à l'individu de se mouvoir dans son environnement et d'effectuer des actes en fonction de schèmes d'actions qu'il s'est constitués.

Image du corps

L'image du corps est en lien avec l'entité psychique de la personne. ^[20]

P. Schilder (1950) dans son ouvrage "l'Image du corps" la définit comme étant : *"l'image de notre propre corps que nous nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes"* ^[22]. C'est la perception inconsciente que l'on a de soi : de ses contours, de son image ainsi que de caractéristiques telles que la solidité ou la fragilité, ^[20] en fonction de sensations et d'impressions. Cette représentation de soi peut se modifier dans le temps, puisqu'elle est en lien avec l'image que renvoie le réseau relationnel ainsi qu'avec la façon dont la personne se perçoit (sensations, impressions, considération de soi).

Le corps (la peau), l'image du corps est en lien avec la notion de "membrane" ^[23] qui délimite et fait à la fois du lien entre le dehors et le dedans de la personne. D. Anzieu (1985) fait le parallèle entre les fonctions de l'enveloppe corporelle, la peau et les fonctions de l'instance psychique, le Moi⁶. Il crée alors le concept de : "Moi-peau". Il écrit que *"la peau à une importance capitale : elle fournit à l'appareil psychique les représentations constructives du Moi et de ses principales fonctions."* ^[23] Il définit huit fonctions au Moi-peau : *"de maintenance, contenant, de pare-excitation, d'individuation de soi, d'intersensorialité, de soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale du fonctionnement psychique et une*

5 Définition tirée du dictionnaire Larousse en ligne.

6 Les instances psychiques ont été développées par Z. Freud dans la deuxième topique notamment dans "Le Moi et le Ça" (1923)

fonction d'inscription des traces sensorielles.^[23]

En ergothérapie, la médiation est un processus de soin qui émerge des interactions entre le cadre, la relation thérapeutique et l'objet médiateur.

La médiation en psychiatrie, favorise le travail sur des axes thérapeutiques comme par exemple la distinction du Moi et du non-Moi, l'intégration du principe de réalité et de plaisir, l'expérience de la créativité, l'introspection par le biais de la dimension symbolique.^[16]

Les recherches effectuées et notamment les travaux de D. Anzieu nous permettent d'aborder l'activité de médiation corporelle sous un nouvel angle. Approcher les problématiques de la personne schizophrène à travers le corps prends encore plus de sens pour nous. Le corps permet de mettre au travail des objectifs précis en lien avec la pathologie et les problématiques de la personne par des stimulations sensorielles, mouvements, contacts et autres.

1.6 Objet de recherche final

Les recherches ainsi que les deux pré-enquêtes effectuées nous permettent de faire avancer notre questionnement. En effet, nous avons été interpellés lors de la seconde pré-enquête par le fait que tous les ergothérapeutes interrogés se mettent en situation d'activité avec les patients. De plus ils pensent tous que cela a un impact. Sur quoi ? Les réponses ont été différentes : le cadre, la relation et l'engagement de la personne dans l'activité ont été cités. Nous nous interrogeons sur ces différentes notions. Nous pensons alors au concept d'alliance thérapeutique. Est-ce que celui-ci ne regrouperait pas ces différentes notions ? Au fond qu'est ce que l'alliance thérapeutique ? Nous effectuons des recherches en lien avec ce concepts, cela fait évoluer notre question de recherche.

Parallèlement à cela nous nous posons la question suivante : est-ce que la mise en situation d'activité de la part de l'ergothérapeute influence l'engagement de la personne schizophrène dans l'activité et dans les soins ergothérapeutiques ? Cependant, par cette question nous nous éloignons du type de médiation initialement choisi (corporelle), car celle-ci est applicable à toutes activités dans lesquelles l'ergothérapeute se met en situation d'activité. Nous nous questionnons sur ce que génère l'activité d'expression corporelle pour la personne schizophrène ainsi que pour le thérapeute.

Quelle peut-être l'impact de l'utilisation de cette activité au niveau de la relation entre l'ergothérapeute et la personne schizophrène ? Et plus précisément:

En quoi l'utilisation de l'expression corporelle en HDJ, peut renforcer, l'alliance thérapeutique en ergothérapie, auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?

1.7 Cadre théorique.

1.7.1 Modèle humaniste.

"Ce modèle est fondé sur les travaux de Rogers [...] valorisant l'expérience subjective[...]."

"L'expérience personnelle et la conscience de l'individu sont d'importance primordiale."^[24]

L'expérimentation est très présente dans les activités proposées en ergothérapie, en effet l'activité est l'outil premier de l'ergothérapeute. L'objectif principal de ce modèle et de cette profession est de favoriser l'autonomie de la personne. L'ergothérapeute accompagne la personne afin d'atteindre cet objectif.

Nous avons choisi ce modèle comme axe général car il permet de définir la façon dont l'on appréhende les personnes. Nous considérons ainsi que chaque individu, et non patient, est capable d'être acteur de son autonomie grâce à un accompagnement bienveillant.

La médiation corporelle est une activité dite expressive. C'est une expérience personnelle et la conscience du vécu est singulière à chaque individu. Nous avons donc choisi l'approche phénoménologique qui nous permet d'aborder la personne sur l'axe de ses ressentis. Voici ce qui découle de nos recherches.

1.7.2 Approche phénoménologique.

Edmund Husserl (1859-1938) est considéré comme le fondateur de la phénoménologie autrement appelée science des phénomènes. Le sujet dans l'approche phénoménologique est considéré comme étant un individu *"qui vit le monde, qui en fait l'expérience dans sa quotidienneté, ce qui inclut toute la texture, l'épaisseur et la densité que cette expérience comporte."*^[25]

Chaque individu semble percevoir et vivre les choses de différentes manières. Les sensations,

la qualité de présence, la compréhension et les mots choisis pour s'exprimer seront différents et singuliers même si l'expérience paraît être la même pour plusieurs individus. Cette approche prend en compte et valorise la subjectivité de chacun dans un rapport objectif à une réalité partagée : le sujet est effectivement en train d'être en actes dans un environnement (réalité concrète).

Dans cette approche la conscientisation de ce qui se joue entre soi et le mode extérieur (objet, personne, environnement) est centrale. Cela permet à la personne de se connaître et de se comprendre un peu plus.

"Husserl mettra ainsi en évidence la multiplicité des modes intentionnels qui gouvernent notre relation au monde : pensée, perception, imagination, volonté, affectivité, impression, rêve, etc. sont tous des modes différents par lesquels notre subjectivité opère."

^[25] Le principe des méthodes phénoménologiques est d'*"opérer un retour systématique vers la subjectivité pour décrire son mouvement ainsi que les modes intentionnels par lesquels la personne est nouée au monde."* ^[25]

"La phénoménologie se comprend donc moyennant les concepts principaux de subjectivité, d'intentionnalité et de diversité des modes intentionnels, de phénomène, de constitution des significations par le sujet, de monde vécu, de recherche du fondement et de méthode descriptive." ^[25]

Cette approche est non analytique, elle est centrée sur l'éprouvé et l'expérience. Il est nécessaire d'adopter une attitude compréhensive et empathique laissant de côté tous les préjugés, généralités, théories et concepts existants. *"Cette attitude peut être qualifiée de « relation compréhensive »"* ^[26] Aussi, l'éprouvé est considéré comme un accès pour communiquer aux autres ses affects. *"Cela ouvre sur un espace intersubjectif commun."* ^[26]

La présence, ou qualité *"d'être au monde"* est un ensemble de perceptions, représentations et sensations. Elle est également prise en compte dans cette approche, il s'agit d'essayer de comprendre par des réflexions ce que vit la personne dans un temps et une spacialité qui lui sont propres. *"La phénoménologie psychiatrique apparaît avant tout comme une école de l'expérience qui laisse l'autre exister dans la relation. [...] Dans nos pratiques de soin, elle invite à développer, par une approche compréhensive du patient, ce que Heidegger appelle la « sollicitude ». [...] La psychothérapie intervient au cœur du vécu de conscience de l'Autre et de son monde, au « plan existentiel de la rencontre ». Elle accompagne l'Autre à se « rendre lucide dans son souci et à devenir libre pour celui-ci », restaurant ainsi son « pouvoir-être »*

existentiel.^[26]

Cette approche nous permet de construire notre trame d'entretien en nous basant sur les ressentis et la subjectivité des individus interrogés pour créer les questions. Nous allons, maintenant, nous pencher sur l'une des notions de notre question de recherche: l'alliance thérapeutique.

1.7.3 Alliance thérapeutique.

Le médecin et psychanalyste E. Zetzel a été la première à tester que l'alliance thérapeutique est *essentielle à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique.*^{"[27]} Il est donc nécessaire de mettre en place des conditions qui sont favorables à la création de l'alliance thérapeutique en ergothérapie. Pour cela il semble nécessaire de comprendre ce que signifie la notion d'alliance thérapeutique et ce qu'elle englobe.

"Sandler, Dare et Holder (1975) en donnent une définition clinique : « [L'alliance de traitement] repose sur le désir conscient ou inconscient de coopération de la part du patient et sur le fait qu'il est prêt à accepter que le thérapeute l'aide à surmonter ses difficultés internes. Ceci n'équivaut pas à suivre le traitement simplement pour acquérir du plaisir ou pour toute autre forme de gratification. Dans l'alliance de traitement, il y a une acceptation du besoin de s'occuper des problèmes internes et d'effectuer le travail analytique malgré des résistances du sujet ou de son entourage »^[28]"

"Le terme «alliance thérapeutique» désigne la volonté d'engagement forte de l'équipe soignante en partenariat avec le patient. [...] Ce n'est pas un mode d'intervention ou une technique thérapeutique en soi."^[28] Ce terme est à distinguer des mouvements transférentiels existants dans une relation thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est singulière et dynamique, c'est-à-dire qu'elle est propre à chaque *"système thérapeutique"*⁷ et qu'elle fluctue en intensité au cours du suivi. Des moments de crises peuvent être observés au cours d'un suivi, ils sont importants car ils renforcent ou détruisent l'alliance, ce qui impacte la poursuite de la thérapie.^[29]

Un grand nombre d'études et de recherches ont été effectuées sur l'alliance thérapeutique et principalement dans le contexte de la psychothérapie. Elles ont mis en évidence que la notion d'alliance thérapeutique est *"multidimensionnelle"* et qu'elle inclut *"les*

7 Nous entendons par ce terme les interactions entre un "patient" et un thérapeute.

dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation." [27]. "L'alliance thérapeutique est constituée d'éléments techniques et relationnels (Bordin, 1979)" Ces deux domaines sont complémentaires et "interdépendants". Une modification de l'alliance dans l'un de ces domaines affectera l'autre et vice-versa. [29].

- Eléments techniques de l'alliance thérapeutique.

Ils font échos aux objectifs thérapeutiques visés et aux moyens utilisés (activités, tâches). Un consensus doit être trouvé entre le patient et son thérapeute afin que chacun puisse investir et s'engager dans le projet de soin. Afin de trouver un compromis acceptable, des négociations et concessions sont nécessaires [29] à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Cette étape est également en lien avec la notion de responsabilisation et d'autonomisation de la personne, qui est l'un des axes prioritaires en ergothérapie. [30]

L'habileté des deux parties à négocier et échanger sur leur future collaboration est articulée avec la qualité relationnelle de l'alliance. [29]

- Eléments relationnels: qualités affectives de l'alliance thérapeutique.

"La composante générale se réfère au sentiment, pour le patient, d'être écouté, pris en considération, compris, aimé, soutenu, encouragé, aidé par son thérapeute et, pour le thérapeute, au sentiment de pouvoir comprendre, éprouver de la sympathie, pouvoir aider son patient." [30] La "confiance", la "sollicitude" et l'"engagement" sont nécessaires de la part des deux parties (thérapeutes et patients) afin qu'une alliance thérapeutique puisse exister. [29]

"L'une des clés pour construire une bonne alliance thérapeutique est de parvenir à gérer les émotions de son patient et parallèlement, à pouvoir identifier et à gérer ses propres émotions." [30] La notion de congruence développée par C.Rogers est en lien avec ces compétences favorables à l'établissement d'une alliance thérapeutique et donc du soin.

- Les conditions de l'alliance thérapeutique et la gestion du groupe.

Prenons l'exemple d'une séance en groupe, telle que la médiation corporelle en ergothérapie. La notion de groupe engendre des mouvements inconscients de la part des participants. Un système se met alors en place: le thérapeute endosse alors le rôle de leader. Conscient de ce qui se "joue", sa fonction lui permet de distribuer aux acteurs de ce groupe le même niveau *"d'influence, de responsabilité et un accès aux ressources équivalentes."* [29] En

temps que meneur du groupe, il détient *"la responsabilité et l'habileté pour arbitrer les conflits, donner des ressources, des responsabilités et de l'influence, faire appliquer les règles et la discipline, favoriser la croissance, représenter les membres et leurs intérêts et coordonner la planification de l'avenir du système."*^[29] Cependant, afin d'être considéré par le groupe comme meneur, le thérapeute doit être reconnu comme de compétent et apte à pouvoir lui venir en aide. Il doit également être respecté et son statut doit être reconnu par tous.

La notion de sécurité assurée par le thérapeute durant les séances est primordiale.

Pour créer un milieu sécuritaire il doit parvenir à faire cesser les *"interactions destructives"* et parvenir à faire interragir les personnes entre elles de façon constructive.

"Le thérapeute doit communiquer aux clients, par ses paroles et ses actions, qu'il se préoccupe d'eux, de leurs souffrances et qu'il veut les aider à changer. Il doit leur communiquer qu'il est leur allié pour qu'un changement se produise."^[29]

Le thérapeute doit faire preuve d'empathie et de compréhension envers tous les membres composant le groupe et ce de façon équitable. Il est alors *"un modèle d'empathie"* pour le groupe, il leur montre comment il est possible de se positionner. La figure de thérapeute peut également refléter des caractéristiques du patient à lui-même. Cela n'est pas toujours très agréable pour la personne. Le thérapeute est alors porteur de certaines caractéristiques qui ne lui sont plus propres: il devient un soi-objet. L'analyse de la relation est des mouvements transférentiels est alors utile afin de rester soignant et bienveillant.

Par ses différentes aptitudes le thérapeute met en place des conditions propices afin de mener à bien sa séance ainsi que des conditions favorables à la mise en place d'une alliance thérapeutique. *"La relation entre le thérapeute et les clients n'est pas le seul but de l'intervention. Pourtant, le thérapeute doit se préoccuper continuellement, mais tacitement, de ses liens avec les clients."*^[29]

Nous allons maintenant nous intéresser à la notion d'engagement.

1.7.4 L'engagement

La notion d'engagement peut être mise en lien avec la notion d'alliance thérapeutique. En effet, le thérapeute tout comme le "patient" est amené à s'engager dans les processus de soins que ce soit au niveau de la relation ou des objectifs.

Le terme d'engagement est défini comme étant un *"acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose"*⁸. Lorsqu'un individu prend la décision de s'engager, cela signifie qu'il a réfléchi et qu'il se lance dans la poursuite de l'objectif qu'il s'est fixé. Cet acte *"l'engage totalement par rapport à lui-même et dans son futur."*^[31] Il peut arriver que la notion d'engagement soit en lien avec une autre personne. Prenons l'exemple du mariage, chaque partie s'engage à respecter le contrat : qui peut être perçu comme des objectifs personnels et individuels qui peuvent être mis en lien avec l'autre personne. Chacun prend un engagement vis-à-vis de soi, et ce devant l'autre personne. L'engagement qui s'exprime sous la forme d'une promesse mutuelle à un instant T, servira de référence pour l'engagement individuel de chacun. Si nous faisons le parallèle avec le soin, l'engagement individuel du thérapeute et du "patient" seraient donc en lien et nécessaires afin d'atteindre les objectifs de soin fixés. L'ergothérapeute et la personne doivent discuter ensemble du projet de soin et chacun doit pouvoir faire valoir ses envies et ses besoins en toute liberté et dans le respect de l'autonomie de chacun.^[31]

La notion d'engagement est souvent mise en lien avec le concept de motivation qui sont tous deux très proches.^[32] La motivation est multifactorielle. Elle est en lien avec des facteurs intrinsèques et extrinsèques à la personne.^[33] La motivation permet à la personne de débiter un processus d'engagement et de s'y tenir dans le temps. Le terme de volition est également en lien avec ces deux concepts car il désigne *"la motivation qui pousse à agir, à faire"*^[34]

Nous nous questionnons sur ce qui peut générer de la motivation et donc favoriser la personne à s'engager. Selon Deci et Ryan (1985) la motivation d'une personne découle de deux choses. D'une part, elle est en lien avec le plaisir d'effectuer une activité choisie de son plein gré et sans influence. D'autre part, la motivation est en lien avec la possibilité de la personne à choisir la façon dont elle réalise cette activité.^[32]

Lorsque l'activité a du sens pour la personne (activité signifiante) et/ou pour son environnement social (activité significative) cela favorise la motivation de la personne.^[35] D'autres éléments comme la compréhension de l'activité, l'autonomie et les retours de la part du thérapeute peuvent impacter positivement la motivation du "patient".^[32] Selon Bandura (2007) le sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire la façon dont la personne perçoit ses capacités à réaliser une tâche est en lien avec sa motivation. Plus la personne pense

8 Définition issue du dictionnaire Larousse.

ne pas pouvoir y arriver, moins elle essaiera. ^[32]

Locke et Latham (1967) ont mis en avant, dans la théorie du but et du positionnement, que le fait de : définir des buts et des objectifs à atteindre avait un impact sur la motivation des individus. Les objectifs doivent être spécifique, précis et énoncés, fixés à un niveau de difficultés supérieures mais que la personne peut atteindre et ré-évaluable. Ils doivent également être accepté par le "patient".

Ces théories peuvent être directement mises en lien avec les éléments techniques et relationels de l'alliance thérapeutique, cités précédemment. ^[32]

Dans le suivi médical d'une personne, plusieurs "étapes motivationnelles" peuvent se succéder. Différentes actions peuvent être menées par le thérapeute afin d'aider le patient à être acteur de son processus de changement, sans être démotivé afin qu'il ne se désengage pas de celui-ci. Le thérapeute informe le patient de façon claire et compréhensive et en faisant preuve de tact. Il accompagne le patient dans une évaluation de ses besoins. Il met et en place des actions, paroles ou comportements afin de donner confiance à la personne. Il peut également conseiller et aider la personne à faire des choix. Le thérapeute valorise et met en avant les efforts fournis. Il se veut être déculpabilisant et ne porte pas de jugement à l'égard de la personne et/ou de ses actes. ^[30]

Nous utilisons les données recueillies afin de créer notre trame d'entretien. Les notions en lien avec l'alliance thérapeutique telles que la relation et les objectifs sont au coeur de nos recherches. Elles sont mises en lien avec les concepts : d'engagement, d'autonomie empruntée au modèle humaniste, ainsi qu'aux ressentis directement tirés de l'approche phénoménologique.

2. Matériel et Méthode. ^[36]

2.1 Le choix de la méthode.

Nous cherchons à comprendre si l'utilisation de la médiation corporelle en ergothérapie peut renforcer l'alliance thérapeutique. La spécificité du sujet, la formulation de la question de recherche, les thèmes abordés et le choix du cadre théorique nous amènent à envisager la méthode de recherche sous un angle qualitatif et subjectif. Nous faisons le choix

de la méthode clinique afin de pouvoir recueillir et comprendre les ressentis, impressions et faits observés par chacun. Bien que les résultats obtenus par l'intermédiaire de cette méthode ne soient pas généralisables, elle permet d'aborder la singularité des personnes interrogées. Aussi, le fait que la population interrogée soit composée de personnes atteintes de schizophrénie favorise également nettement le choix de cette méthode. Car comme nous avons pu le voir précédemment, cette pathologie affecte les personnes sur certaines de leur capacités physiques, psychiques et relationnelles. Il nous semble donc essentiel de pouvoir aller à leur rencontre afin de nous entretenir avec eux.

2.2 Dispositif de recherche

— Sélection de la population et modalités d'accès au terrain

Nous allons interroger deux ergothérapeutes et trois personnes atteintes de schizophrénie. La recherche des terrains propices à la réalisation des entretiens s'est faite par l'intermédiaire des pré-enquêtes. Nous avons pu trier et utiliser les contacts présentant toutes les caractéristiques souhaitées. D'une part, nous réaliserons un entretien téléphonique avec le premier ergothérapeute, car il n'est pas possible d'aller à sa rencontre du fait de nos disponibilités respectives. D'autre part, nous nous rendrons sur le lieu d'exercice du second ergothérapeute afin de nous entretenir avec lui et trois de "ses patients". Pour ce faire nous avons contacté le directeur des soins du lieux où nous souhaitions intervenir. Nous lui avons expliqué notre démarche et demandé son approbation afin de pouvoir intervenir dans un cadre légal ^(Annexe 5). Après avoir obtenu l'accord de la direction ^(Annexe 6) nous avons contacté le cadre de santé et l'ergothérapeute de la structure afin d'obtenir leurs accords et de prévoir une date de rencontre afin de planifier les interventions, définir les modalités de recueil des données et sélectionner les participants. Parallèlement à cela, nous avons informé l'administration de l'Institut de Formation de Marseille de nos démarches. Nous avons également mis en lien L'IFE et la structure d'accueil afin d'obtenir un ordre de mission légitimant notre démarche. ^(Annexe 7)

— Population.

Nous allons interroger deux types de populations distinctes, à propos de l'alliance thérapeutique et de la médiation corporelle en ergothérapie, afin de tenter d'obtenir une vision la plus générale et la plus complète possible de l'objet de recherche.

Patients

Critère d'inclusion :

- personnes atteintes de schizophrénie.
- inscrites sur un atelier de médiation corporelle en groupe mené par un ergothérapeute.

Critère d'exclusion :

- les personnes en phase aiguë.
- les personnes ayant de trop gros troubles du langage (barrage, écholalie,..).
- les personnes qui effectuent pour la première fois une séance.
- les personnes inscrites depuis moins de 3 mois.
- les personnes qui ne viennent pas de façon régulière.

Ergothérapeutes

Critère d'inclusion

- pratique au sein d'un hôpital de jour dans le secteur de la psychiatrie.
- propose un atelier de médiation corporelle en groupe.
- propose cet atelier à des personnes atteintes de schizophrénie.

Critère d'exclusion

- est en poste depuis moins de 3 mois.
- propose cette activité depuis moins de 3 mois.

— Dispositif des entretiens

Nous interviendrons sur les terrains d'enquêtes sous forme de journée. Les "patients" ainsi que les ergothérapeutes sont prévenus de notre présence ces jours là. Nous avons décidé de participer aux séances de médiation corporelle avec les personnes atteintes de schizophrénie. Cela est pensé afin de nouer un contact avant les entretiens, de favoriser le sentiment de confiance. Le dispositif est pensé afin de favoriser les échanges, nous pensons que réaliser les entretiens après l'activité peut permettre aux personnes interrogées de faire du lien avec ce qui s'est passée et de s'exprimer peut être plus facilement en s'appuyant sur son expérience récente.

Nous avons également fait le choix de ne pas réaliser d'entretien avec les patients lors de notre première intervention afin qu'ils puissent se familiariser à notre présence, comprendre les

raisons de notre venue et poser leurs questions. Ce temps sera exploité afin de réaliser les entretiens avec les ergothérapeutes.

Chaque personne sera vue une fois. Un temps d' 1h30 est prévue pour chaque entretien. Un lieu, sur la structure d'accueil, sera mobilisé, dédié et aménagé par nos soins afin que les entretiens puissent se dérouler dans une pièce "sécurisée" et propice aux échanges.

Les entretiens seront enregistrés par l'intermédiaire d'un dispositif audio.

2.3 Le choix et la construction de l'outil théorisé de recueil de données. ^[36]

Le type d'outil choisi est une grille d'entretien. Deux trames d'entretiens sont nécessaires : une pour les entretiens avec les ergothérapeutes ^(Annexe 8) et une pour les entretiens avec les personnes atteintes de schizophrénie ^(Annexe 9). Nous choisissons d'effectuer des entretiens semi-directifs. Le nombre de thèmes semble être trop conséquent pour un entretien libre. De plus comme nous l'avons vu précédemment la schizophrénie peut affecter le langage et la pensée. Ce type d'entretien permet de pouvoir relancer plusieurs fois et de plusieurs manières le sujet si nécessaire. La construction de cet outils s'effectue en lien avec le cadre théorique précédent et l'objet de recherche. Dans un premier temps, nous réfléchissons à la question inaugurale de l'entretien. Dans un second temps, nous déterminons des thèmes en lien avec les recherches effectuées. Puis nous choisissons des questions de relance.

2.4 Déroulement de l'enquête.

Avant de débiter l'entretien, les règles de confidentialité et d'anonymat sont énoncées. Il est précisé que ces échanges servent à l'écriture d'un mémoire de fin d'études et qu'ils seront utilisés exclusivement à cette fin. Il leur est expliqué que l'entretien est enregistré afin d'éviter les prises de notes qui pourraient altérer la nature des échanges et que cet outil permettra ensuite l'analyse des entretiens. L'accord oral de la personne interrogées est recueilli (consentement libre et éclairé). Il leur est également rappelé qu'ils peuvent arrêter l'entretien quand ils le souhaitent.

2.5 Choix des outils de traitement des données.

Afin d'analyser les données recueillies nous utilisons un "analyseur de texte"^(Annexe 10) afin d'obtenir une vision générale des entretiens (nombre de mots utilisés par la personne). Puis nous traitons les éléments qui ressortent de ces entretiens par l'intermédiaire d'une analyse

thématique ^[37]. Nous ferons ressortir les différents thèmes abordés par les enquêtés afin de pouvoir par la suite les interpréter.

3. Résultats

Nous avons réussi à nous entretenir avec trois personnes atteintes de schizophrénies. Nous nommerons les entretiens : Entretien 1 ^(Annexe 11), Entretien 2 ^(Annexe 12) et Entretien 3 ^(Annexe13). Nous avons fait deux entretiens avec deux ergothérapeutes exerçants en HDJ auprès de personnes schizophrènes. Nous les nommerons : Entretien ergothérapeute 1 ^(Annexe14) et Entretien ergothérapeute 2 ^(Annexe15)

Nb : Les entretiens ont été retranscrit manuellement.

3.1 Présentation des données

Entretien 1

Fait avec Mr Z.

Mr Z est une personne atteinte de schizophrénie depuis une vingtaine d'années. Il est inscrit à l'HDJ depuis 7 ans. Il suit les séances d'ergothérapie et d'expression corporelle depuis environ 10 mois et a accepté volontairement de s'entretenir avec nous au sujet de la médiation corporelle. La pièce dans laquelle s'est déroulé l'entretien était au sein de l'HDJ, nous avons prévenu l'équipe que nous allions nous entretenir dans cette pièce, nous avons mis un mot sur la porte et fermé celle-ci. Nous nous sommes installés en premier et avons laissé Mr Z s'asseoir où il le souhaitait. Il s'est mis en face de nous.

L'entretien a duré 25 minutes. Lors de l'entretien Mr Z prononce 854 mots (dont 271 différents). Mr Z était très concentré et prenait le temps de réfléchir et de répondre à chaque question. Il demandera à écouter l'enregistrement. Nous avons pris le temps de le réécouter ensemble dans sa totalité. Mr Z dira être satisfait de nos questions et de la façon dont il a répondu.

Entretien 2

Fait avec Mr Y.

Mr Y a été diagnostiqué schizophrène il y a 12 ans. Il est présent à l'HDJ depuis 5ans. Il est inscrit à l'activité d'expression corporelle proposé par l'ergothérapeute depuis 9 mois. Il

semble assez dissocié avant de commencer l'activité mais accepte cependant que l'on s'entretienne après la séance. Il viendra lui-même nous chercher après la séance afin de réaliser l'entretien.

La pièce dans laquelle s'est déroulé l'entretien était au sein de l'HDJ, nous avons prévenu l'équipe que nous allions nous entretenir dans cette pièce, nous avons mis un mot sur la porte et fermé celle-ci. Nous nous sommes installés en premier et avons laissé Mr Y s'asseoir où il le souhaitait. Il s'est mis à côté de nous.

L'entretien a duré 16 minutes. Lors de l'entretien, il prononce 497 mots (dont 171 différents). Mr Y était heureux de pouvoir nous aider dans notre démarche. Au début de l'entretien sa qualité de présence est importante. Au fur et à mesure de nos échanges il semble plus distrait et fatigué. Lorsque nous avons clôturé l'entretien Mr Y nous a remercié et il est parti rapidement.

Entretien 3.

Fait avec Mr X.

Mr X a un passif de polytoxicomane. Il a été diagnostiqué schizophrène il y a 20 ans. Il est inscrit sur l'HDJ depuis 11 ans. Mr X est inscrit sur l'activité médiation corporelle proposé par l'ergothérapeute depuis 1 an. Il a accepté avec plaisir de nous aider dans notre démarche de recherche. La pièce dans laquelle s'est déroulé l'entretien était au sein de l'HDJ, nous avons prévenu l'équipe que nous allions nous entretenir dans cette pièce, nous avons mis un mot sur la porte et fermé celle-ci. Nous nous sommes installés en premier et avons laissé Mr X s'asseoir où il le souhaitait. Il s'est mis à côté de nous.

L'entretien a duré 17 minutes. Lors de l'entretien, il prononce 568 mots (dont 204 différents). Lors de l'entretien Mr X est somnolent, il a du mal à articuler.

Entretien ergothérapeute 1.

Fait avec Mr W.

Mr W exerce la profession d'ergothérapeute depuis 15 ans. Il s'est formé à la sophrologie et a fait une formation par le biais de l'ANFE intitulée: "Expression du corps expression de soi."

Il propose l'activité de médiation corporelle en HDJ depuis de nombreuses années.

Nous sommes allés à sa rencontre sur son lieu d'exercice.

La pièce dans laquelle s'est déroulé l'entretien était au sein de l'HDJ, nous avons prévenu

l'équipe que nous allons nous entretenir dans cette pièce, nous avons mis un mot sur la porte et fermé celle-ci. L'entretien a duré 30 minutes. Lors de l'entretien, il prononce 1955 mots (dont 536 différents).

Entretien ergothérapeute 2.

Fait avec Mr V.

Mr V est ergothérapeute depuis 18 ans. Tout comme Mr W, Mr V a effectué la formation intitulée "Expression du corps expression de soi." par le biais de l'ANFE. Il propose cette activité au sein d'HDJ.

Nous n'avons pas pu convenir d'une date de rencontre du fait de nos emplois du temps incompatibles. Nous avons donc arrêté une date et une heure afin d'effectuer un entretien téléphonique. L'entretien a durée 45 minutes. Lors de l'entretien, il prononce 4223 mots (dont 941 différents).

3.2 Analyse thématiques des données.^[37]

3.2.1 Analyse entretiens "patients".

Dans un tableau, nous avons déterminé quatre thèmes principaux dans lesquels nous avons classé différents items.^(Annexe 16) Voici ce qui ressort de l'analyse des résultats obtenus :

● **RELATION**

[Ce que génère l'expérience partagée chez les patients]

Mr Z trouve ce changement d'habitudes positif et bénéfique. Cela encourage, selon lui, la cohésion de groupe.

Pour Mr Y cela renforce et facilite le respect du cadre de l'activité.

Pour Mr X ce changement d'habitudes est positif et bénéfique pour l'ergothérapeute comme pour lui. Les conditions propices à l'expression de soi (écoute, détente) sont renforcées et le sentiment d'être observé est réduit.

[Le langage corporel comme mode d'expression]

Mr Z apprécie et prend du plaisir à s'exprimer par/avec/et à travers son corps. Il rapproche l'expression corporelle de l'autonomie et la capacité d'adaptation.

Mr Y trouve que l'expression est facilitée par l'utilisation du corps comme médiateur.

Mr X manifeste des difficultés d'expression par le langage verbal, qu'il rattache à sa maladie et son niveau scolaire. Il évoque des sensations de bien-être quant à ce mode d'expression et conçoit que l'expression est facilitée par l'utilisation du corps comme médiateur. Il aborde la notion d'autonomie en lien avec l'adaptation et l'appropriation de gestes.

[Les difficultés rencontrés dans l'expression corporelle]

Mr Z verbalise le fait que des ressentis physiques et des émotions peuvent être difficiles. Il met en avant des inquiétudes concernant l'activité physique. Il explique qu'il s'adapte aux événements afin de ne pas être face à un obstacle.

Mr Y, ainsi que Mr X, expriment des difficultés d'expression gestuelle en relation avec les limitations de leurs capacités physiques.

Mr X fait preuve d'autonomie, d'adaptation et s'approprie des gestes afin de ne pas être face à une situation d'échec.

[Écoute]

Mr Z a la sensation d'être écouté.

Mr Y a la sensation d'être compris par l'ergothérapeute.

Mr X décrit une écoute mutuelle entre lui et l'ergothérapeute.

[Sécurité]

Mr Z s'estime en sécurité lors des séances d'expression corporelle. Ce sentiment de sécurité est attaché au dispositif du groupe (fermé) avec les membres qui le composent.

Mr Y explique que son sentiment d'insécurité découle de son état clinique. Il semble se sentir assez en confiance et rassuré pour participer à cet atelier même lorsqu'il ne va pas bien.

Mr X fait une corrélation entre sécurité et confiance.

[Confiance]

Mr Z exprime sa confiance aux thérapeutes durant l'activité présente ainsi qu'une difficulté à accorder sa confiance "aux autres".

Mr Y évoque spontanément un sentiment de confiance, dans le cadre de cette activité, du fait que l'ergothérapeute pratique l'activité avec eux.

Mr X fait une corrélation entre sécurité et confiance.

[Accompagnement]

Mr Z exprime se sentir autonome et ne pas dépendre de quelqu'un. L'accompagnement thérapeutique est présent pour lui sous forme de conseils.

Mr Y signale que son sentiment d'être accompagné dépend de la capacité de l'ergothérapeute à gérer le groupe, ainsi que de la façon dont il favorise l'expression de chacun (prise en considération de l'individu dans le groupe).

Mr X parle de l'accompagnement comme étant en lien avec la capacité du thérapeute à soutenir et encourager les membres du groupe.

• OBJECTIFS

[Objectifs de la personne en lien avec l'activité : le but de sa venue]

Mr Z souhaite se rendre à l'activité de façon sereine. Il exprime les objectifs suivants : parvenir à s'adapter aux contenus des séances et à ce que cela peut générer en lui, tout en restant en interaction avec le groupe. Il explique que ces objectifs se retrouvent dans sa vie quotidienne.

Les objectifs de Mr Y sont en lien avec l'abaissement des tensions psychiques et le bien être (morale). Il verbalise également le fait que sa venue est motivée par le groupe.

Les objectifs de Mr X sont en lien avec l'abaissement des tensions physiques et un gain d'élan vital.

[La place de cette activité dans le soin]

L'activité d'expression corporelle se situe pour Mr Z, dans la continuité du soin.

Mr Y a conscience qu'elle fait partie du soin.

Après réflexion, Mr X ressent que cette activité est un soin. Il la compare aux soins médicamenteux et classe ces deux types de soins par ordre d'importance en fonction de ses problématiques.

• ACTIVITE DE MEDIATION CORPORELLE

[Ce que génère cette activité chez la personne]

Mr Z explique que cette activité lui est très agréable, il prend beaucoup de plaisir et cela le

détend. Il met en lien l'expression corporelle avec une décharge psychomotrice et une meilleure conscience de soi.

Mr Y signifie un bien-être lors du temps de relaxation dynamique. Il ressent un mieux-être et de la détente après l'activité.

Mr X dit que se concentrer sur ses sensations corporelles lui permet de mettre à distance les éléments anxiogènes, ce qui est source de tranquillité et de bien-être.

[Notion de groupe : Collaboration groupale]

Mr Z se sent en collaboration avec le reste du groupe.

Mr Y ne se sent pas encore en collaboration avec le groupe.

Mr X collabore avec les autres en fonction des différents temps de l'atelier.

[Verbalisation]

Mr Z explique que ce moment laisse à la personne le temps suffisant de s'exprimer.

Les sollicitations de l'ergothérapeute envers chaque individu, durant ce temps, donne un sentiment d'égale considération et de confiance à Mr Y. Ce temps est important pour lui.

Mr X indique que ce temps est bénéfique. Cependant il a des difficultés à mettre des mots sur l'expérience vécue.

[Bénéfice pour la personne]

Mr Z exprime la notion de plaisir et d'enrichissement personnel.

Mr Y remarque des effets positifs au niveau de la sphère psychique (sa mémoire et son moral). Il en retire également du bien être.

Mr X évoque des bénéfices tant au niveau de la sphère psychique que physique. Ce soin permet d'aborder la personne dans sa globalité et de travailler sur ses problématiques convenablement.

[Liberté d'expression, proposition de mouvements, autonomie]

Mr Z a le sentiment de pouvoir s'exprimer librement au sein du groupe de façon adaptée, en respectant le cadre. Il n'anticipe pas ce qui va se passer et grâce à son sentiment d'autonomie et d'adaptation durant les séances, il renforce son sentiment d'auto-efficacité.

Mr Y et Mr X ont l'impression de pouvoir s'exprimer librement au sein du groupe. Ils se

réfèrent au garant du cadre (l'ergothérapeute) afin de savoir s'il est possible ou non de proposer une idée au reste du groupe. Ils écoutent, respectent le thérapeute et le cadre.

● **ENGAGEMENT ET APPROPRIATION DE LA MEDIATION CORPORELLE**

[Ce qui fait que les personnes reviennent de semaine en semaine à cette activité]

Mr Z explique que le plaisir, le bien-être, ainsi que le fait de participer avec la mise en jeu de son corps, sont en lien avec son adhésion à l'activité.

Mr Y et Mr X rapprochent le fait qu'ils reviennent de semaine en semaine avec la sensation de bien-être et le fait de faire de l'exercice physique (décharge psychomotrice).

[Ce que génère la personne qui propose l'activité auprès des personnes]

Mr Z dit s'inscrire à cette activité pour ce qui lui est proposé (expression corporelle). Il n'envisage pas que ce soit quelqu'un d'autre qui lui propose. Pourtant, cela ne lui poserait pas de problème.

Mr Y accepte l'activité et la personne qui la propose.

Mr X indique qu'il est important pour lui de faire cette activité. Si pour cela il doit y avoir un autre professionnel de santé il est prêt à l'accepter. Cependant il a conscience que ce changement a un impact sur l'activité.

Mr Z, Mr Y et Mr X ne semblent pas être dans une relation de dépendance avec l'ergothérapeute.

[La médiation corporelle et les autres ateliers proposés par l'ergothérapeute.]

Cette activité permet à Mr Z de se ressourcer et cela est en lien avec sa motivation.

L'activité de médiation corporelle n'impacte pas l'envie qu'a Mr Y de faire d'autres activités avec l'ergothérapeute.

Mr X révèle prendre du plaisir à faire des activités avec l'ergothérapeute. De plus, quand ce dernier propose d'autres ateliers, il les apprécie.

3.2.2 Analyse entretiens ergothérapeutes (Cf Annexe 17)

Dans un tableau, nous avons déterminé quatre thèmes principaux dans lesquels nous avons classé différents items.^(Annexe 17) Voici ce qui ressort de l'analyse des résultats obtenus :

● RELATION

[Relation dans la médiation corporelle.]

-Mr W pense que le fait d'inviter une personne à se connecter avec ses sensations et à s'autoriser à accueillir ce qui se passe en elle, avec un cadre qui permet l'expression libre de soi, sur la base du non-jugement, aide à la mise en place d'une relation de confiance. De plus cette activité permet d'amener un mieux-être chez la personne, notamment avec les exercices de respiration. Mr W explique que la perception de cette sensation de bien-être par la personne peut favoriser l'installation de la relation de confiance.

-Mr V évoque le fait que la relation est impactée par toutes les interactions entre patient et thérapeute et ce quelque soit l'activité. Toute intervention thérapeutique impacte la relation car la personne est en interaction avec le thérapeute. Au bout d'un moment, ces prises de contacts lors d'ateliers ou d'autres temps favorisent la mise en place d'un lien de confiance ainsi que l'entrée en relation avec le thérapeute. Mr V explique que les différents temps de l'atelier quels qu'ils soient impactent la relation de façon égale, puisque la relation "soignant-soigné" se joue dès la première poignée de main jusqu'à l'au revoir.

[Situation d'activité partagée]

- Mr W se met en situation d'activité avec les patients durant les séances d'expression corporelle. Il dit que cela lui donne une place différente par rapport aux autres ateliers. Il dit avoir l'impression d'être plus dans la rencontre et l'échange avec les personnes. Car elles s'expriment au travers de leur corps mais également avec leurs mots à propos de leurs ressentis personnels, voire intimes.

- Mr V se met également en situation d'activité avec les patients durant les séances d'expression corporelle. Il explique que cela peut sortir le thérapeute d'une simple posture d'observateur qui peut être vécue comme persécutrice. Cela peut également adoucir le rapport soignant-soigné, "dominant-dominé" car les deux parties se rencontrent dans une situation, un contexte et le même agir. Mr V explique que se mettre en situation d'activité peut également induire un effet iatrogène : "un phénomène de confusion des êtres". Il insiste donc sur la nécessité de penser un dispositif qui permet "de faire" et d'être en lien avec le groupe tout en évitant les phénomènes de confusion. Les exercices de mimétisme l'un en face de l'autre sont donc exclus par Mr V lors des séances avec des personnes psychotiques.

[Expression corporelle : apports pour le thérapeute.]

- Comme nous l'avons vu précédemment, Mr W dit avoir l'impression d'être plus dans la rencontre et l'échange avec les personnes.

-Mr V trouve que ce type d'activité permet de mieux comprendre les problématiques en lien avec la schizophrénie, et notamment les problématiques relationnelles (aux autres et à soi). Il évoque le fait que le discours peut être parasité par des phénomènes dissociatifs ou qu'il peut être pauvre, ce qui donne peu de renseignement sur les éléments dissociatifs de types idéo-affectifs. Le fait de les voir en actes permet d'apporter de nouveaux éléments à l'évaluation clinique de la personne : cela permet de mieux comprendre les difficultés et incapacités de la personne.

[Écoute]

-Selon Mr V l'écoute passe par une posture d'attention envers soi et l'autre. L'écoute est une attention "sensorialisée" qui peut emprunter les différents canaux sensoriels (vision, audition, touché, goût et odorat).

[Sécurité et confiance]

-Mr W mentionne une dynamique de groupe qui met en confiance.

-Mr V favorise le sentiment de sécurité et la confiance chez les personnes schizophrènes par le choix d'un groupe fermé. Il fait attention à ce que la porte de la pièce (la sortie) soit visible pour les patients afin de rendre la sortie possible face à une angoisse trop envahissante. Mr V explique que les sentiments de sécurité et de confiance sont favorisés par les capacités que le thérapeute met en place : capacité à contenir, à rassurer, à avoir soi-même une disponibilité psychique. Il évoque le fait que les personnes schizophrènes ont une sensibilité développée, "des antennes" pour ressentir "l'état humain". Selon lui, c'est toute une perception hors du langage paraverbal de l'autre à laquelle ils sont très sensibles. Le thérapeute se doit alors d'être posé dans sa vie, calme, apaisé, afin de ne pas éveiller d'inquiétudes chez les patients. Mr V continue en expliquant qu'il est nécessaire de travailler son approche ainsi que son regard afin d'être bienveillant et de ne pas sembler intrusif ou insistant. Selon Mr V il est très important de laisser paraître ses intentions, d'expliquer ce que l'on pense afin d'éviter toute interprétation négative. Pour lui ce qui est primordial c'est la congruence du thérapeute, son authenticité qui rassure la personne schizophrène. La posture, l'attitude, le cadre interne du

thérapeute ainsi que le cadre physique participent à favoriser un sentiment de confiance et de sécurité chez les patients.

●OBJECTIFS

[Objectifs de l'activité]

-Mr W exprime plusieurs objectifs en lien avec cette activité: ramener à une réalité concrète qui passerait par les sensations corporelles, travailler sur l'image du corps en stimulant les limites corporelles et les contours, abaisser les tensions et l'angoisse, permettre l'expression de soi en prenant la parole avec son corps, trouver sa place dans le groupe. Il parle également de la notion d'identification au groupe et de processus d'individuation.

-Mr V énonce les objectifs suivant : travailler le rapport à soi dans un contexte de réalité en passant par l'éprouvé, offrir une expérience par la voie perceptive, le rapport à soi, à son corps et aux autres, travailler sur l'unité corporelle, favoriser l'entrée en relation avec les autres.

Il explique que le dispositif de l'activité est pensé afin de favoriser la réalisation des objectifs.

[Objectifs connus par les patients]

- Mr W effectue une présentation des objectifs au groupe concerné avant de débiter l'activité pour la première fois. Il pense que les patients ne parviendraient sûrement pas à citer tous les objectifs qui leurs ont été présentés la première fois. Mais il explique qu' actuellement, les personnes verbalisent en fin de séances ce que ça leur apporte. Pour lui, le fait qu'elles verbalisent leurs ressentis, répond aux objectifs en lien avec cette activité.

- Mr V fait une présentation de l'activité de médiation corporelle à la personne avant de lui proposer de s'y inscrire. Ce temps là est utilisé afin de voir quel sens cela peut avoir pour la personne en fonction de ses capacités, ainsi qu'en fonction de ses troubles et notamment le déni des troubles. Selon lui, il est nécessaire d'avoir évalué en amont les capacités d'élaboration de la personne ainsi que la façon dont celle-ci perçoit sa maladie. Si la personne possède des capacités suffisantes, elle et l'ergothérapeute élaborent ensemble un objectif. Cette collaboration permet de définir le travail d'un objectif adapté, dans un espace et un temps définis (les séances d'ergothérapie). Mr V trouve qu'il est intéressant d'effectuer ce travail d'association avec la personne en l'invitant à rejoindre une réflexion dans cette élaboration commune.

• ACTIVITE D' EXPRESSION CORPORELLE

[La médiation corporelle : un outil en ergothérapie.]

-Mr W explique que chez les personnes psychotiques la pathologie entraîne des difficultés au niveau du langage verbale. Selon lui, aborder la relation par le non verbal est une approche intéressante auprès de ce public car cet outil est adapté aux nombreuses problématiques autour de l'image du corps de la personne (morcellement, dissociation).

-Mr V évoque le fait que la médiation corporelle est un outil qui peut être proposé à différents publics en psychiatrie. Selon lui cela permet aux patients d'expérimenter d'autres activités que les activités artisanales ou artistiques qui peuvent les inhiber car elles peuvent donner l'impression que cela fait appel à des techniques ou des compétences artistiques. Mr V qualifie cette activité de plus intuitive, qui peut être utilisée pour un travail faisant appel au corps et aux mouvements. Mr V précise qu'il est nécessaire de savoir argumenter, justifier et défendre cet outil auprès de l'institution. Il faut être en capacité de pouvoir expliquer la démarche ergothérapique contenue dans cette activité.

[Cadre]

- Mr W qualifie le cadre de la médiation corporelle de rassurant, contenant, favorisant l'expression, la dynamique et les interactions de groupe. Le cadre physique est une pièce assez chaleureuse. Mr W "essaye de créer une atmosphère douce et apaisante avec une luminosité pas trop forte, de l'encens et un fond sonore : quelque chose de contenant, qui amène un bien-être et qui met en confiance."

- Mr V prends du temps à chaque début de séance afin de clarifier les règles de l'atelier. Il énonce les règles qui "vont être un repère en lien avec la grande loi : la réalité." Cela permet dans un premier temps que les expériences de chacun soient cohérentes avec l'expérience commune du groupe. Cette étape permet d'assurer un cadre externe à la personne afin que cela ne génère pas de situations anxieuses.

[Règles énoncées et lien avec le cadre.]

- Mr W invite le groupe à aller aux toilettes et éteindre les téléphones avant la séance. Cela permet de prévenir les sorties de la salle durant l'activité. Mr W insiste sur le fait de respecter les autres et leur temps d'expression (verbale comme non-verbale). Des règles en lien avec l'hygiène corporelle peuvent être également abordées sous forme de réflexion commune afin

de ne pas infantiliser ou stigmatiser certaines personnes. Comme par exemple mentionner le fait que pour effectuer un travail autour du corps il est intéressant de soigner son hygiène corporelle et sa présentation.

- Les règles énoncées en début d'atelier par Mr V sont des règles de non passage à l'acte, de confidentialité, de respect, en lien avec l'engagement dans la séance. Les règles peuvent être mises en lien avec des objectifs, comme par exemple la règle de confidentialité, qui permet de retravailler la notion d'espace interne psychique d'une part et sa capacité à contenir des éléments d'autre part. Les règles énoncées au groupe sont également valables pour le thérapeute notamment la règle de continuité et d'engagement à être là le jour J. Mr V ajoute que les règles peuvent être assouplies et adaptées en fonction de l'état d'un patient afin de lui permettre d'effectuer la séance du début jusqu'à la fin.

[Les caractéristiques du groupe.]

- Mr W présente le groupe semi-ouvert et constant. Ce sont toujours les mêmes patients. Cependant, il y a la possibilité pour une personne d'intégrer le groupe pour essayer l'atelier. Mr W insiste sur la notion de régularité et travaille sur l'engagement d'une séance à l'autre. Il termine en disant qu'il y a une dynamique groupale qui met en confiance.

- Mr V réalise cette activité avec un groupe fermé : petit nombre de personnes fixé et déterminé à l'avance (3 ou 4 patients pour un ergothérapeute). Il justifie de cette modalité, par les difficultés que peut entraîner un grand nombre de stimulations chez la personne schizophrène. Faire cette activité avec un petit nombre permet à Mr V de faire de l'accompagnement personnalisé au sein du groupe : de l'accompagnement individuel. Il précise qu'une réflexion avec l'institution autour de cette modalité de suivie est nécessaire.

[Les ressentis dans l'activité.]

- Mr W explique que, lorsque les personnes commencent ce type d'activité, elles ont généralement tendance à rechercher le bien-être ou l'apaisement. Hors, la relaxation dynamique que propose Mr W favorise la rencontre avec soi, afin de prendre conscience de soi et de ce qui se joue en soi. La personne peut donc ressentir toutes sortes de sensations bonnes ou mauvaises. En fonction de son état la personne va donc se retrouver face à des choses agréables et/ou désagréables. Selon lui, le fait que l'individu se sente accueilli avec ses émotions du jour, quelles qu'elles soient, sans que cela remette en question ni sa présence dans

le groupe, ni sa relation avec l'ergothérapeute ; peut permettre à la personne de s'autoriser à s'exprimer d'elle-même, librement et sans censure. Mr W ajoute que, le fait d'expérimenter cela et de voir que les changements de ressentis n'altèrent pas la relation, peut encourager la personne à faire de même dans d'autre temps d'ergothérapie.

- Mr V décrit le ressenti comme une expérience sensori-affectivo-motrice. Chez les personnes schizophrènes ce ressenti peut ne pas être associé à une représentation. Dans ce cas là, le thérapeute doit accompagner la personne à comprendre et identifier ce qui se passe en elle. Pour cela l'ergothérapeute verbalise et accompagne par sa fonction contenant la personne dans son expérience, afin qu'elle puisse la reconnaître, la contenir et l'associer à une représentation. Cela peut également favoriser le travail sur le lien associatif entre processus primaires et processus secondaires.

[Verbalisation]

- Mr W encourage la verbalisation en début et en fin d'atelier, afin de permettre un bilan initial, puis partage sur l'expérience ou sur les ressentis. Il explique que ce temps est primordial afin de permettre aux personnes de se questionner sur ce que cela leur a apporté ou bien sur ce qu'ils ont ressentis. Se tourner vers soi et s'interroger permet de prendre conscience de ce qui s'est joué pour soi durant la séance et de se l'approprier. En effet, la personne va faire du lien entre ses ressentis, ses sensations, son histoire, ses problématiques ou ses objectifs. Lorsqu'une personne se tourne vers "soi", elle peut rencontrer des émotions de natures multiples : positives comme négatives. Dans les deux cas, l'ergothérapeute, en accompagnant la verbalisation de ces émotions, montre qu'il est possible de s'exprimer et ce même sur les émotions moins agréables. De façon implicite, il montre également au reste du groupe qu'il est possible de s'autoriser à s'exprimer et à extérioriser ses émotions : cela peut leur arriver. Ce temps de verbalisation permet également de faire et refaire du lien entre "l'individuel et le groupe". Le fait de donner ce temps au groupe permet aux personnes qui le composent de pouvoir faire un travail d'intégration qui va permettre par la suite de favoriser un processus de changement dans le temps.

- Mr V invite les personnes à verbaliser, à essayer de mettre des mots et ce notamment sur les "choses qui ne vont pas". Il explique que la discordance peut impacter les propos des patients. Donc il n'y a pas la garantie que les mots soient adaptés aux sensations. C'est à ce moment là que l'ergothérapeute intervient afin de permettre une "bonne concordance entre l'affect et la

façon de le nommer."

• ENGAGEMENT ET APPROPRIATION DE L'ACTIVITE

[Engagement de la personne.]

-Mr W a vu au cours de sa pratique, une patiente avec des difficultés d'adhésion à la structure de soin. Cette dame acceptait exclusivement d'aller en séance de médiation corporelle. Au fur et à mesure elle a réussi à investir plus globalement les activités proposées sur la structure. Mr W pense que cet engagement sur l'HDJ a pu se faire car elle a trouvé un espace-temps d'expression corporelle dans lequel elle pouvait être elle-même, ressentir des choses, percevoir son corps, trouver sa place au sein d'un groupe et sentir que le thérapeute était à son écoute. Ce qui lui a permis de se sentir en confiance avec l'équipe et ensuite sur la structure.

-Mr V met en lien la notion d'engagement de la part du patient et le lien de confiance qui peut exister entre la personne et le thérapeute. Il définit le lien comme étant un élastique qui peut attirer le patient là où est l'ergothérapeute. Celui-ci est intéressant lorsque il permet de mettre en relation le patient et l'ergothérapeute de façon adaptée et soignante. Mr V pense que rapport de confiance peut aider à accompagner le patient, comme par exemple lors de changement d'espace ou de structure : le thérapeute devient alors un repère humain. Selon Mr V l'engagement de la personne est favorisé en majeure partie par une bonne évaluation des besoins de la personne ainsi que par une présentation et une discussion autour de cette activité. Il explique que cet atelier favorise le bien-être par l'abaissement des tensions physiques et psychiques. Les personnes schizophrènes ont la capacité d'identifier ce qui leur fait du bien et savent retourner là où ils ont pris du plaisir.

[Demande de la personne.]

- Mr V explique que lorsque l'on travaille avec des personnes psychotiques il faut réussir à s'emparer de toute les demandes qui peuvent être formulées. Faire ces séances avec un petit groupe fermé permet d'autant plus d'écouter et d'accompagner les demandes. Aussi réaliser ces séances avec un petit groupe permet de répondre aux demandes plus spécifiques qui émergent d'une personne. Cependant il faut que la demande soit adaptée, qu'elle ait du sens, qu'elle respecte le groupe et l'équilibre de celui-ci. Mr V indique que si ces critères sont respectés il peut être intéressant d'accompagner la demande. Il rebondit en disant qu'il est également intéressant d'apprendre aux patients à différer car c'est quelque chose de difficile

pour les personnes schizophrènes. En effet, cela demande aux patients de gérer leur frustration. Cela peut permettre également de travailler sur le principe de réalité et sur le phénomène de toute puissance. En fonction du travail thérapeutique souhaité et de l'objectif qu'il y a derrière, différer la demande en expliquant à la personne les raisons, peut être intéressant. Selon lui, répondre aux demandes qui peuvent émerger des patients nécessite une évaluation de la demande, du contexte et des objectifs.

[Autonomie]

- Mr W signifie que : "lorsqu'on nomme les ressentis (émotions et/ou sensations physiques), le fait de dire "je" de parler de soi en utilisant le "je" c'est déjà un pas vers l'autonomie. Le "je" permet de quitter le "on". "Je" ne peut pas parler pour le groupe. Se nommer en tant que "je" c'est déjà s'individualiser et aller vers l'autonomie." Mr W situe la notion d'appropriation de certaines techniques en lien avec l'autonomie où comment certains peuvent ou non, en fonction de leurs capacités, transférer des apprentissages dans leur vie quotidienne. Comme par exemple, afin d'abaisser les angoisses et les tensions. Il ajoute que pouvoir trouver sa place dans le groupe et s'exprimer lorsque c'est son tour, en respectant les règles et le cadre, favorise fortement l'autonomie.

- Selon Mr V, la notion d'autonomie est complexe. Il faut préciser de quelle type d'autonomie on parle, sachant que l'autonomie psychique compose le "dernier stade dans le développement psychoaffectif". "La question de l'autonomie est très relative chez une personne atteinte de schizophrénie." Mr V évoque la possibilité d'une personne schizophrène à être autonome dans des actes simples de la vie quotidienne, en lien avec le monde matériel : se servir un café et le sucrer. Il précise la complexité de l'autonomie de la personne face à des processus plus compliqués faisant intervenir des "phénomènes abstraits, invisibles ou qui font rentrer la notion de temporalité" : comme la complexité des relations humaines ou le fait de savoir gérer son traitement. C'est lorsque la personne est face à un processus de ce type que le handicap ressort fortement. Selon lui les patients "ont du mal à accéder à ça car le Moi n'est pas assez développé." Il est donc nécessaire selon lui, de réellement définir de quelle autonomie l'on parle afin de savoir s'il est possible de la travailler. Pour Mr V et selon le processus de développement, passer à l'autonomie et au processus d'individuation nécessite qu'il y ait un processus d'identification. Le processus d'identification est déjà complexe car il peut générer beaucoup d'angoisse et de phénomènes de confusion chez ces personnes. Le fait "d'associer à

une bonne expérience sensorimotrice une bonne représentation, c'est déjà une étape. Et si ça peut permettre de reconnaître en soi ou d'identifier des troubles en lien avec sa pathologie, c'est déjà une super étape."

4. Discussion

Avant de débiter la discussions des données, nous tenons à rappeler que le choix de la méthode clinique ne permet pas de généraliser les résultats car ils reflètent la singularité de chaque individu.

4.1 Interprétation des résultats.^[38]

Nous avons débuté ce travail en nous intéressant à l'expression corporelle en ergothérapie auprès de personnes schizophrènes. Dans un premier temps, grâce à nos recherches bibliographiques ainsi que nos pré-enquêtes (Annexe 1 et 3) , nous avons vérifié que l'utilisation de ce média relève des compétences de l'ergothérapeute et que cette activité peut être proposée à des personnes schizophrènes en HDJ. Après cela, notre questionnement a évolué jusqu'à cette question: l'objet de médiation étant le corps, qu'est-ce que cela peut impacter ou générer chez la personne ?

Par l'intermédiaire de nos entretiens, nous avons pu obtenir quelques éléments de réponse de la part de personnes atteintes de schizophrénie. D'une part, ils effectuent tous cette activité avec plaisir. D'autre part, la réalisation de celle-ci génère chez eux des sensations de bien-être, de mieux-être, de détente et de tranquillité. Par l'expression corporelle libre, ils expérimentent des mouvements qui permettent une décharge psychomotrice, ils ressentent des sensations et prennent conscience de leurs capacités d'adaptation physique et psychique. Pour eux, ce soin a pour effet d'abaisser les tensions psychiques et physiques, de permettre la mise à distance d'éléments anxigènes et d'idées parasites. Au début de chaque entretien le "patient" est invité à parler de l'activité de médiation corporelle sans aucune indication de notre part. Nous notons que tous expriment les effets bénéfiques que nous venons d'aborder.

Notre raisonnement a ensuite évolué jusqu'à l'obtention de notre objet de recherche, qui est: En quoi la médiation corporelle, auprès de personne atteintes de schizophrénies peut renforcer l'alliance thérapeutique en ergothérapie ? Nous choisissons d'aborder la notion d'alliance thérapeutique en commençant par les éléments techniques qui la composent, puis nous

parlerons des éléments relationnels. Après cela nous traiterons de la notion d'engagement.

Éléments techniques de l'alliance thérapeutique.

Les deux ergothérapeutes interrogés font une présentation de l'activité et des objectifs aux personnes concernées. Cependant on note une différence: l'un présente l'activité et ses objectifs au groupe, tandis que l'autre les présente de façon individuelle. Ce dernier utilise ce temps de rencontre afin d'évaluer les capacités d'élaboration de la personne, et si elles le permettent, ils discutent et coopèrent afin de définir un objectif de travail adapté en lien avec cet atelier. Cette démarche découle d'une approche humaniste qui est centrée sur la personne. Elle tend à responsabiliser et favoriser l'autonomie de la personne, ce qui est directement en lien avec les valeurs de l'ergothérapie. Inviter la personne à participer, réfléchir et négocier ses objectifs agit sur la qualité des éléments relationnels de l'alliance thérapeutique ainsi que sur son engagement.^[39]

En ce qui concerne la présentation de l'activité au groupe, nous nous interrogeons sur les effets que cela peut avoir sur la relation patient-thérapeute et sur d'autres facteurs comme la cohésion de groupe, la motivation individuelle ou l'engagement. Nous notons qu'en fonction des problématiques du patient, "le groupe" peut constituer un facteur de motivation extrinsèque mais qu'il peut être également un facteur de désengagement.

Les objectifs ergothérapeutiques de cette activité sont concordants avec les problématiques de la personne schizophrène: l'image du corps, les limites, l'unité corporelle, les tensions physiques et psychiques, la relation à soi et aux autres. Le travail de ces objectifs passe par l'éprouvé (les sensations corporelles) qui permet d'ancrer la personne dans un contexte de réalité. Le fait que cette activité se fasse en groupe permet également de travailler des objectifs: partage, expression, sociabilisation, respect des autres. Les "patients" sont conscients que l'expression corporelle fait partie du soin. Chacun arrive à exprimer ses propres objectifs: l'activité semble avoir du sens pour eux, elle est signifiante. Nous notons que les objectifs individuels de chacun correspondent aux objectifs des ergothérapeutes.

Éléments relationnels de l'alliance.

La relation est difficile à aborder de façon "directe" avec des personnes schizophrènes. En effet la relation à soi, aux autres et le rapport à la réalité sont des problématiques de cette maladie. Nous avons donc abordé la relation qu'ils entretiennent avec le thérapeute par

l'intermédiaire de plusieurs thèmes, afin d'éviter des phénomènes d'interprétations et des sentiments de persécutions.

Les trois personnes se sentent écoutées et en confiance avec l'ergothérapeute lors des ateliers. Ils se sentent également en sécurité, à l'exception d'une personne qui explique que son sentiment d'insécurité est en lien avec sa pathologie. Nous les avons ensuite questionnées sur la notion d'accompagnement. Les réponses ont été multiples. D'une part l'accompagnement thérapeutique est associé aux compétences de l'ergothérapeute à gérer le groupe et à la façon dont il favorise l'expression de chacun (prise en considération de l'individu dans le groupe), ainsi que son aptitude à conseiller, soutenir et encourager les membres du groupe. D'autre part, la notion d'accompagnement est rapportée par l'un des "patients" à la capacité d'être autonome et de gérer les éléments afin de "s'auto-accompagner" lors des séances.

Comme nous avons pu le voir dans nos recherches précédentes la relation est l'un des outils des ergothérapeutes en psychiatrie. Elle est pensée, analysée et étroitement en lien avec le dispositif (cadre) et l'activité. Elle est nécessaire au processus de médiation et donc au soin. La relation de confiance est associée à la façon dont le thérapeute invite la personne à participer et la façon dont elle se sent accueillie dans l'"espace" d'ergothérapie. Dans ce dispositif, le cadre est propice à la libre expression de soi avec des principes de non-jugement. La relation est impactée par toutes les interactions possibles entre le patient et l'ergothérapeute. Les multiples prises de contact dans différents espaces et différents temps favorisent la mise en place d'un lien de confiance ainsi que la permanence de la relation.

Les ergothérapeutes signifient que la relation, le cadre, ainsi que la modalité de suivi sont en interaction. Nous nous penchons donc sur ces différents composants afin de chercher à comprendre la nature de ces interactions.

Le groupe est une modalité de suivi qui a de l'importance. Le choix d'un groupe fermé peut être fait afin de favoriser la confiance entre les membres du groupe, favoriser le partage et la libre expression. Le cadre et les règles sont pensés en corrélation avec cette modalité. La gestion du groupe de la part de l'ergothérapeute est primordiale. Grâce à ses différentes aptitudes et compétences il favorise l'expression de chacun tout encourageant la cohésion de groupe. Autrement dit, il est en relation avec chaque individu et permet de rapprocher les différents participants.

Le cadre interne du thérapeute peut être mis en lien avec l'instauration d'un climat de

confiance et de sécurité. Le thérapeute doit : être disponible psychiquement, être rassurant, avoir la capacité de contenir ce qui se passe, être posé dans sa vie et être calme. La congruence^[42] ainsi que l'authenticité sont des outils relationnels pour l'ergothérapeute afin d'atteindre ces objectifs. Par l'adaptation de sa posture et de ses attitudes il favorise la libre expression de tous. Comme nous l'avons vu précédemment la notion de cadre est également liée au cadre physique et aux règles qui régissent l'atelier. Le cadre physique est assuré par le groupe ainsi que la pièce dans laquelle il se déroule. Cette pièce est aménagée et l'espace est pensé. Chaque aspect du cadre est réfléchi en fonction d'une visée thérapeutique précise, comme par exemple favoriser le sentiment de contenance ou de bien-être. Les règles énoncées à l'ensemble du groupe par les ergothérapeutes sont des règles: de respect envers les autres membres du groupe, de confidentialité, d'engagement dans la séance, de non-passage à l'acte, de non jugement. Cela permet aux participants de s'engager pleinement dans l'activité et de s'exprimer librement. L'instauration d'un cadre permet non seulement de mettre en œuvre la relation thérapeutique mais également de favoriser l'accès aux objectifs fixés. Il est essentiel que le cadre en tant que dispositif soit pensé en amont et adapté en fonction de ce qui se joue. Il permet aux patients et à l'ergothérapeute de se retrouver ensemble dans le même espace sûr et contenant. L'espace devient alors "une aire de jeu" dans laquelle chacun peut expérimenter sa créativité à travers l'objet transitionnel: ici le corps. ^[18]

Nous nous sommes intéressés à la mise en situation d'activités de la part de l'ergothérapeute. Ce type d'approche corporelle favorise une rencontre. Elle permet de découvrir la personne sous un angle nouveau, la voir en mouvement, s'exprimer corporellement et parler de ses ressentis. Cela permet d'enrichir l'observation clinique et de mettre au travail la relation dans un dispositif différent. Cette modalité peut également permettre à l'ergothérapeute de sortir de sa posture d'observateur. Nous pensons que ça peut également favoriser le respect du cadre, car le garant de celui-ci est dans l'activité. Cela peut être un facteur extrinsèque de motivation pour les participants et favoriser une dynamique de groupe. Le dispositif de cette activité doit également être pensé en fonction de cette variable, car celle-ci peut générer un sentiment de confusion chez la personne schizophrène.

La verbalisation est encouragée par les ergothérapeutes, que ce soit en début et fin d'activité. Les patients sont invités à parler de ce qu'ils ont pu ressentir durant leur expérience, ou sur leur état actuel. Le thérapeute permet à chacun de s'exprimer en favorisant la prise de parole. Ce temps est primordial car il permet à chaque individu de se tourner vers soi et de

prendre conscience de ce qui s'est joué durant la séance afin de se l'approprier. Cette introspection suivie de la verbalisation permet aux personnes de mettre des mots sur leurs affects quelle qu'en soit la nature. De plus le fait de s'exprimer sur ce qui s'est produit en soi et pour soi, en utilisant le pronom personnel "je", favorise l'individuation et l'autonomie de la personne. L'ergothérapeute peut intervenir afin de favoriser la bonne concordance entre les affects de la personne et ses propos ainsi que favoriser la renarcissisation. Il met alors en œuvre ses compétences de reformulation et s'appuie sur le dispositif de l'atelier et son cadre interne afin d'accompagner la personne. Il veille à ce que les membres du groupe respectent le temps de parole de chacun. Cela permet d'une part à chaque personne d'écouter et de pouvoir éventuellement reconnaître des choses qui se sont jouées en elle. D'autre part cela permet aux "patients" d'identifier l'espace-temps de l'activité de médiation corporelle comme un "espace" propice à la libre expression.

Lors de notre réflexion et de nos démarches d'entretiens nous avons développé la notion d'engagement. Nous avons cherché par l'intermédiaire de nos questions à savoir ce qui favorisait l'engagement des personnes dans cette activité. Nous cherchons à comprendre en quoi la notion d'engagement peut être en lien avec la relation thérapeutique. L'adhésion des "patients" sur l'activité est relative au plaisir et au bien-être qu'ils éprouvent par la participation et la mise en jeu de leur corps. Que veut dire le fait qu'ils expriment leur adhésion en lien avec l'activité et non avec la personne qui l'anime ? Nous pensons que cela révèle qu'ils ne sont pas dans une relation de dépendance vis-à-vis de l'ergothérapeute et qu'ils ont réussi à s'emparer de l'activité, à se l'approprier, à se sentir capable de la réaliser sans se référer à quelqu'un de spécifique. Si nous suivons cette hypothèse le sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire la façon dont la personne perçoit ses capacités à réaliser une tâche est renforcée par cette activité. Aussi, nous pensons que la personne schizophrène, par son discours teinté de discordance, par le déni des troubles ou bien l'envie de se montrer indépendant et autonome ne mesure par l'impact que peut avoir la relation, le dispositif et la gestion du groupe de la part de l'ergothérapeute sur son expérience. L'utilisation du corps comme objet médiateur n'est pas spécifique à l'ergothérapeute, bien au contraire. Les psychomotriciens, les éducateurs spécialisés ou bien encore les infirmiers peuvent mettre en place des ateliers autour de cette objet médiateur. Les activités seront alors pensées différemment en fonction des objectifs et compétences propres à chacun de ces corps de métier.

Pour les ergothérapeutes, l'engagement de la personne dans l'activité s'accorde avec la continuité et la permanence de la relation. Les règles de l'atelier et le respect du cadre sont valables pour lui aussi. La notion d'engagement de la part du thérapeute est primordiale et nécessaire afin qu'un lien de confiance puisse se créer entre les deux. La relation est un outil constamment en jeu. N'étant pas altérée par des changements de lieu, d'activité ou bien encore de l'état de la personne, elle favorise la motivation de celle-ci à expérimenter d'autre temps d'ergothérapie.

4.2 Réponse à la question de recherche et discussion autour des résultats.

Rappel de notre objet de recherche:

En quoi l'utilisation de l'expression corporelle en HDJ peut renforcer l'alliance thérapeutique en ergothérapie, auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?

La formulation de notre objet de recherche présuppose que l'alliance thérapeutique est déjà établie entre les deux parties: personne et ergothérapeute. Or, entre nos recherches qui abordent ce concept de façon théorique et les entretiens qui permettent d'obtenir une vision de la pratique, nous prenons conscience de la complexité de ce concept.

Le temps d'entretien nous apparaît comme étant primordial tant pour l'ergothérapeute que pour le patient. Ce temps, en dehors des activités, permet de rencontrer la personne, d'échanger et d'évaluer avec elle ses besoins. Aussi, nous nous apercevons que la présentation des objectifs à une personne schizophrène dépend de plusieurs conditions. Premièrement, cela nécessite un temps et un espace institutionnel. L'ergothérapeute et la personne se rencontrent, échangent et entrent dans un processus de négociation et de collaboration. La création d'un lien s'effectue entre les deux personnes qui amorcent la relation. Deuxièmement, il est également nécessaire que la personne schizophrène ne soit pas dans le déni de ses troubles et qu'elle ait des capacités d'élaborations suffisantes, pour pouvoir accepter de rentrer dans une réflexion commune avec l'ergothérapeute, à propos de ce qu'elle souhaite ou ne souhaite pas. Nous pensons que même si la personne a peu de capacités, il est important de lui expliquer ce que nous lui proposons. Peut-être que le sentiment d'être impliqué dans cette démarche et d'être pris en considération peut suffire à mettre en place l'alliance thérapeutique ?

Les éléments techniques de l'alliance thérapeutique sont directement en lien rapport avec la mise en place de la relation. Ils permettent d'acter l'engagement dans les soins de la

part de l'ergothérapeute et du "patient" par un consensus oral ou matérialisé par un contrat écrit.

La relation nous apparaît comme étant un outil de soin complexe car elle est en lien avec les objectifs, les dispositifs de soin et la singularité des deux personnes entre qui elle se tisse. Elle est mise en jeu non seulement durant les activités mais également à chaque fois que les deux personnes sont en contact. Selon nous, l'alliance thérapeutique est à réfléchir en amont de la première prise de contact avec la personne, afin de mettre en place les choses nécessaires à sa création. Que faire pour que cette alliance thérapeutique perdure ?

Nous partons du postulat que l'alliance thérapeutique est déjà mise en place, en quoi peut-elle être renforcée par la médiation corporelle ? L'alliance thérapeutique désigne la volonté d'engagement forte de l'équipe soignante en partenariat avec le patient^[28]. Nous nous questionnons sur ce qui peut être propice à l'engagement des patients sur cette activité.

Premièrement, l'activité physique en elle-même permet au corps de sécréter des hormones ayant de nombreux effets bénéfiques (agit sur le stress, favorise le bien-être, et autres).^[39] Le plaisir, la sensation de bien-être et les différents ressentis peuvent favoriser l'engagement de la personne dans cette activité.

Deuxièmement, l'accompagnement dans cette expérience de soi par le thérapeute et le dispositif favorise le processus de médiation. Cette activité devient donc un soin et permet de mettre au travail des objectifs en fonction de la personne et sa pathologie. Chaque personne dans le groupe est encouragée à s'exprimer librement. La sollicitude de la part du thérapeute, le sentiment d'autonomie, de confiance et de liberté dans ses mouvements, peuvent agir sur la motivation du "patient". De plus l'ergothérapeute par sa mise en situation d'activité avec le groupe, lui signifie qu'il "s'engage" à "faire avec".^[40] Cela peut être perçu comme une collaboration avec le groupe.

Le groupe nous apparaît aussi comme une modalité importante dans cette activité. Il a été de nombreuses fois évoqué par les personnes interrogées. Il peut apparaître comme un facteur de motivation pour les individus ou comme un élément qui peut être source d'anxiété. Nous pensons que lorsque la personne a pu expérimenter les différents temps de l'atelier, tout en se sentant en confiance, en sécurité, accompagné par l'ergothérapeute et le groupe, il lui est plus aisé de revenir et que cette modalité ne soit pas un obstacle à la réalisation de cette activité. Le groupe n'est plus un obstacle.

Bien que ce type de recherche ne permette pas de faire de généralité, il nous aide à prendre conscience que l'alliance favorise un travail thérapeutique avec les "patients". Elle est en corrélation avec l'engagement du thérapeute et celui de la personne. Selon nous, lorsque l'objet médiateur en ergothérapie est le corps, la volition de la personne schizophrène peut être stimulée par plusieurs facteurs.

Le premier est en lien avec les sensations de bien-être. Nous pensons aux vues des résultats obtenus que cela favorise l'adhésion des personnes schizophrènes à l'atelier d'expression corporelle. Ces sensations agréables sont possibles grâce au dispositif mis en place ainsi qu'aux compétences relationnelles et à la gestion du groupe par l'ergothérapeute. Aussi, lorsque la personne perçoit d'elle-même et de façon directe certains des effets bénéfiques, cela renforce son niveau d'auto-détermination et favorise son engagement sur l'activité. ^[39]

Le deuxième facteur est le principe d'activité signifiante. ^[42] Si cette activité a du sens pour la personne cela peut favoriser son engagement. Nous pensons que ce facteur est en corrélation avec le premier.

Le troisième facteur est en relation avec le groupe. Bien sûr cela sous-entend une dynamique de groupe qui met en confiance, apporte un sentiment de sécurité et permet la libre expression de chacun.

Le quatrième est lié avec la notion d'accompagnement. L'ergothérapeute s'engage sur l'activité en tant que thérapeute et en tant que participants et membre du groupe. Par ses différentes actions et ses attitudes bienveillantes, accompagne l'expérience de chacun tout en veillant à laisser la personne s'exprimer librement. Il renforce ainsi le sentiment d'auto-efficacité et d'autonomie des individus.

Le cinquième est en corrélation avec des entretiens. Nous pensons que ces temps sont importants. Comme nous l'avons déjà évoqué cela permet de mettre en place l'alliance thérapeutique. Nous pensons qu'il est intéressant de s'entretenir régulièrement avec la personne. En effet, nous pensons que voir la personne individuellement permet de "réactualiser" l'engagement mutuel. Nous entendons par là refaire du lien avec elle sur les ateliers et pouvoir faire des retours sur nos observations. Nous pensons qu'il est intéressant de s'entretenir avec une personne lorsque "tout va bien". Lui faire des "feed-back"^[39] positifs peut également consolider son engagement. Nous sommes d'avis que le temps d'entretien peut

également signifier l'engagement du thérapeute auprès des "patients" et ce en dehors des temps d'activité d'expression corporelle.

L'ergothérapeute par son analyse de l'activité, ses connaissances dans le domaine médical ainsi que ses compétences relationnelles, met en place un dispositif pensé et adapté en fonction d'objectifs qu'il définit. Cela permet d'utiliser le potentiel thérapeutique de l'activité. Nous pensons que l'expression corporelle auprès de personnes schizophrènes est intéressante car elle leur donne un sentiment de bien-être. Le patient retire une "contrepartie" immédiate de ce soin, ce qui favorise son engagement sur cette activité. Parallèlement à cela, elle permet de mettre en œuvre un grand nombre d'objectifs. Nous pensons que cette activité, notamment par la mise en situation du thérapeute et la perception de bénéfices par la personne, favorise l'engagement des deux parties dans le soin.

4.3 Critique du dispositif de recherches

Lors de la mise en place de notre dispositif de recherche, il nous semblait important d'interroger des patients tout comme des ergothérapeutes. De plus, le concept d'alliance thérapeutique ne peut exister l'un sans l'autre. Nous avons mis en place des entretiens avec les deux parties et cela a été très instructif. A posteriori et compte tenu des troubles que peut générer la dissociation dans l'expression verbale d'une personne atteinte de schizophrénie, nous pensons qu'il aurait été pertinent de renforcer le dispositif de prise de données auprès des personnes atteintes de schizophrénie. L'utilisation d'une grille d'observation en lien avec des enregistrements vidéo lors des séances de médiation corporelle nous aurait permis d'étayer par nos observations cliniques les dires de la personne, et ainsi enrichir nos données.

Nous concevons que le fait d'avoir interrogés trois patients inscrits dans le même établissement peut également avoir eu une incidence sur leur discours. Bien que cela nous permet d'obtenir des propos en lien avec une expérience au sein du même groupe. Selon nous, serait judicieux de pouvoir recueillir les propos de plusieurs personnes faisant partie de différents groupes.

4.4 Apport, intérêts et limites pour la pratique professionnelle.

L'une des limites de notre travail peut être de ne pas avoir évoqué et pris en considération les mouvements transféro-contre-transférentiel qui ont lieu dans le soin. Dans le cadre de l'une de nos futures recherches il pourrait être intéressant de s'intéresser à ces mouvements et à ce que cela peut générer dans un suivi en ergothérapie.

Le domaine de la santé mentale est étroitement lié à la création historique de l'ergothérapie. Bien que ce fut l'un des premiers champs de pratique de la profession, plusieurs facteurs ont entraînés une diminution des actes d'ergothérapies en santé mentale.^[41] La production d'écrits scientifiques permettent de mettre en lumière la pertinence des suivis ergothérapeutiques ainsi que la légitimité du métier d'ergothérapeute dans ce domaine. Ce travail peut s'inscrire dans la continuité de la démarche de l'association nationale des ergothérapeutes français (ANFE) de parler des enjeux et des perspectives de l'ergothérapie en santé mentale.^[4]

Dans le domaine de la santé mentale, nous pensons qu'il pourrait être opportun de transposer notre démarche scientifique à une population différente telle que les personnes atteintes de dépression. Nous pourrions ainsi comparer et mettre en lien les résultats obtenus. D'autre part, l'utilisation de l'expression corporelle pourrait également être utilisée auprès de personnes ayant des troubles du schéma corporel et de l'image du corps. Nous nous interrogeons sur une possible utilisation et l'intérêt de cette activité auprès de personnes ayant subis des amputations.

Ce travail d'initiation à la recherche nous a permis de comprendre comment le corps pouvait être utilisé comme objet médiateur en ergothérapie auprès de personnes schizo-phrènes. Il nous permet également de prendre conscience de la complexité du dispositif de soin en psychiatrie. Une analyse de sa pratique ainsi que des échanges entre professionnels de santé nous semblent pertinents, afin de pouvoir enrichir nos compétences dans l'intérêt des "patients" ainsi que dans un intérêt personnel.

Nous avons également pris conscience que l'engagement d'une personne peut être favorisé et stimulé par le thérapeute. Nous nous intéressons à des outils qui peuvent aider l'ergothérapeute dans cette démarche, notamment l'entretien motivationnel et l'utilisation du

Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner G.^[24] Ces deux outils s'inscrivent dans une démarche humaniste en lien avec les valeurs de l'ergothérapie et peuvent être utilisés en santé mentale comme dans d'autres domaines.

Bibliographie

- [1] Ministère de la santé et des sport. Circulaire DHOS/F3/02 no 2005-553 du 15 décembre 2005. [En ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010072.htm>. Consulté le 15 octobre.
- [2] Haute Autorité de Santé. Note d'orientation. 9 octobre 2013. [En Ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf. Consulté le 10 octobre 2016.
- [3] ATIH. Psychiatrie: chiffres clés de 2014. Septembre 2015. [En ligne]. http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2014.pdf. Consulté le 10 octobre 2016.
- [4] Riou G. Ergothérapie en santé mentale: enjeux et perspectives. 2016 : 39p. [En Ligne]. http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergoth%C3%A9rapie%20en%20Sant%C3%A9%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf. Consulté le 12 décembre 2016.
- [5] Mornet J. Le corps et la psychose: l'objet invisible. Nîmes: Champ Soccial Edition; 2006 : 160p. (Collection Psychotérapie Institutionnelle)
- [6] Lemperière T, Féline A, Adès J, Hardy P, Rousillon F. Psychiatrie de l'adulte. 2 édition. Masson. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2006 : 555 p. (Abrégés).
- [7] André P, Benavides T, Giromini F. Les conduites addictives, troubles des conduites alimentaires In : Corps et psychiatrie. Heures de France 2ème édition 2004. Chapitre 3.105-112p.
- [8] Hernandez H. Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation. 2 édition. Louvain-la-Neuve : de Booeck Solal Supérieur; 2016 : 280p. (collection ergothérapies)

- [9] Seigneurie AS, Sauvanaud F, Limosin F. Dyskinésies tardives induites par les antipsychotiques : données actuelles sur leur prévention et prise en charge. *L'encéphale*. 2016 ; 42 (3) : 248–254p. [En ligne]. <http://www.sciencedirect.com/journal/encéphale/article/pii/S0013700615002389>. Consulté le 3 mars 2017.
- [10] Haute Autorité de Santé. Actes et prestations – Affection de longue durée: Schizophrénies. 2016. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf. Consulté le 10 octobre 2016.
- [11] Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. JORF n°0156 du 8 juillet 2010.12558p
- [12] Dorval T. L'identité dans le flou des repères. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé. C.H.R.U. de Montpellier; 2013 : 119p. [En ligne]. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/Thierry-Dorval.pdf>. Consulté le 20 novembre 2016.
- [13] Ethics Commission. Occupational Therapy Code of Ethics. 2015. [En ligne] <https://www.aota.org/-/media/corporate/files/practice/ethics/code-of-ethics.pdf>. Consulté le 20 janvier 2017.
- [14] Chaperot C, Pisani C, Goullieux E, Guedj F. Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel. *L'Évolution Psychiatrique*. 2003 ; 68 (4) : 499-508p.
- [15] Martin M. Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité : Du cadre analytique au pacte. *Cahiers de psychologie clinique*. 2002 ; 17 : 103-120p.
- [16] Klein F. Clinique et médiation : Regards croisés sur les médiations thérapeutiques. Paris : l'Harmattan; 2016 : 350p.

- [17] Delourme A. La souplesse du cadre. Gestalt. 2003 ; 25 : 29-47p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2003-2-page-29.htm>. Consulté le 14 décembre 2016.
- [18] Bailly R. Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. Enfances & Psy. 2001 ; 15 : 41-45p. [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-3-page-41.html>. Consulté le 12 décembre 2016.
- [19] Nasielski S. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. Actualités en analyse transactionnelle. 2012 ; 144 : 12-40p. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12.htm>. Consulté le 10 janvier 2017.
- [20] Morestin F. Corps ambigu. Ergothérapie. 2001; 3 : 5-14p.
- [21] Marzano M. Introduction. In : Marzano M. La philosophie du corps. 2 édition. Paris : Presses Universitaires de France; 2009 : 3-10p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/la-philosophie-du-corps--9782130575573-page-3.htm>. Consulté le 5 novembre 2016.
- [22] Schilder P. L'image du corps : étude des forces constructives de la psyché. Paris : Gallimard; 1968 : 350p. (Tel ; 53)
- [23] Anzieu D. Le Moi-Peau. 2 édition. Paris : Dunod; 2006 : 291p.
- [24] Morel-Bracq MC. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. 2Édition. Bruxelles : de Boeck Solal; 2013 : 174p. (collection ergothérapies)
- [25] Meyor C. L'affectivité en éducation: Fonctionnalité, thérapie ou sensibilité?. Ann Arbor: Université Laval (Canada); 1999 : 384p. [En ligne]. <http://search.proquest.com.lama.univ-amu.fr/docview/304555502?pq-origsite=summon>. Consulté le 24 février 2016.
- [26] Martin B, Piot M-A. Approche phénoménologique de la schizophrénie. L'information

psychiatrique. 2011 ; 87 : 781-790p. [En ligne]. <http://www.cairn.info.lama.univ-amu.fr/revue-l-information-psychiatrique-2011-10-page-781.htm>. Consulté le 1 mars 2017.

[27] Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspectives Psy. 2010 ; 40 : 317-326p. [En ligne]. <http://www.cairn.info.lama.univ-amu.fr/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>. Consulté le 1 mars 2017.

[28] De Roten Y, Michel L, Peter D. Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. Psychothérapies. 2007 ; 27 : 37-45p. [En ligne]. https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=PSYS_071_0037. Consulté le 1 mars 2017.

[29] Baillargeon P, Pinsofb W.M, Leduc A. Therapeutic alliance: the creation and the progression of the attachment. European Review of Applied Psychologie. 2005 ; 55 (4) : 225-234p.

[30] Consoli S.M. Alliance thérapeutique. Annales d'Endocrinologie. 2006 ; 67 (6) : 645-647p.

[31] Bottai T, Benoit M, Bourcet S, Dassa D, Raymondet P. L'engagement thérapeutique dans les troubles schizophréniques. La lettre du Psychiatre. 2010 ; 4 (2) : 48-51p. [En ligne]. <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16299.pdf>. Consulté le 13 janvier 2017.

[32] Soares G. L'ergothérapeute: Professionnel pivot pour la motivation du patient post-AVC en rééducation. Mémoire en ergothérapie. Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes. 2015 : 98p. [En ligne]. http://ifpek.centredoc.org/opac/doc_num.php?explnum_id=1378. Consulté le 6 mars 2017.

[33] Fenouillet F. La motivation : perspectives en formation. Recherche en soins infirmiers. 2005 ; 83 : 100-109p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-4-page-100.htm>. Consulté le 3 février 2017.

[34] Bizier V, Émard R, Gilbert M, Guérette F, Harvey D, Lauzon G, Provencher H.

Partenaire Volition et motivation en santé mentale. Le partenaire. 2006 ; 13 (2) : 1-20p. [En ligne]. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n2.pdf>. Consulté le 23 avril.

[35] Morel-Bracq MC. Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie. Mémoire mention science de l'éducation. Université Bordeaux 2; 78p. [En ligne]. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>. Consulté le 2 mars 2017.

[36] Blanchet A. Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2 édition. Paris : Armand colin; 2007 : 126p. (sociologie ; n°128)

[37] Bardin L. L'analyse de contenu. 2 édition. Paris : Puf; 2013 : 291p. (Quadrige sociologie)

[38] Tremblay RR, Perrier Y. L'analyse et interprétation des résultats. In : Tremblay RR, Perrier Y. Savoir plus: outils et méthodes de travail intellectuel, 2 édition. Chenelière éducation ; 2006. 1-5p. [En ligne]. http://www.cheneliere.info/cfiles/complementaire/complementaire_ch/fichiers/coll_uni/analyse_interpret_resultats.pdf. Consulté le 30 mars.

[39] Ministère des affaires sociales et de la santé. Activité physique et santé. 2012. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>. Consulté le 2 mai 2017.

[40] Fohr A. Être dedans. In : Klein F. Clinique et médiation : Regards croisés sur les médiations thérapeutiques. Paris : l'Harmattan; 2016 : 55-76p.

[41] D'amico M, Jaffe L, Gibson R. Mental Health Evidence in the American Journal of Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy. 2010 ; 64 (4) : 660-669p. [En ligne]. <http://ajot.aota.org/Article.aspx?articleid=1854555>. Consulté le 27 novembre 2016.

[42] Temaner Brodley B. La congruence et sa relation à la communication en thérapie centrée

sur le client. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*. 2013 ; 17 : 28-64p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2013-1-page-28.htm>. Consulté le 4 mai 2017.

Annexes

Annexe 1 : Pré-enquête exploratoire numéro 1.

Bonjour, cette enquête a pour but d'orienter la rédaction de mon mémoire de fin d'étude. Je m'intéresse à l'utilisation de la médiation corporelle en ergothérapie. Les réponses même négatives me seront très utiles. Je vous remercie par avance de votre aide

Question 1: Dans quel institut de formation en ergothérapie avez-vous effectué vos études ?

Question 2: Dans quelle structure exercez-vous actuellement ?

Question 3:auprès de quelle population exercez-vous actuellement ?

Question 4: Avez-vous abordé la médiation corporelle au cours de votre formation initiale en ergothérapie ? Et si oui, sous quelle forme ?

Question 5: Pensez-vous que la médiation corporelle puisse être utilisée en ergothérapie ?
Pouvez-vous préciser votre réponse.

Question 6: Dans le cadre de votre expérience professionnelle (actuelle ou antérieure) avez-vous déjà été amené(e) à utiliser la médiation corporelle ?

Si vous avez déjà été amené(e) à utiliser la médiation corporelle ?

Question 7: De quel type de médiation corporelle s'agit-il ?

Question 8: Auprès de quel public ?

Question 9: Dans quelle institution ?

Question 10: Selon quelles modalités de suivi ? (en groupe et/ou en individuel)

Question 11: Est-ce en co-animation avec d'autres professionnels de santé ? Si oui, le ou lesquels ?

Question 12: Avez-vous suivi une ou des formations complémentaires en lien avec la médiation corporelle ? Si oui, lesquelles ?

Question 13: Si vous êtes d'accord pour que je vous recontacte ultérieurement dans le cadre de la rédaction de mon enquête veuillez me laisser votre adresse mail. Merci.

Annexe 2 : Analyse des résultats de la pré-enquête numéro 1.

Ce questionnaire a été créé à l'intention des ergothérapeutes exclusivement.

Je réalise ce questionnaire afin de confronter mes "idées" avec la réalité du terrain et d'orienter la suite de ce mémoire en étudiant la faisabilité de ce thème.

Mes objectifs en lien avec la pré-enquête sont :

- Savoir si l'utilisation du média "corps" est connue, utilisé et répandu par les ergothérapeutes.
- Voir auprès de quel public et selon quelles modalités ce média est utilisé.
- Prendre connaissance de différents types de médiation possible avec le corps utilisé en ergothérapie.
- Me créer un réseau d'ergothérapeutes volontaires qui pourra être sollicité durant la suite de ce mémoire.

La pré-enquête comporte deux parties. La première est composée de questions générales sur les études et secteurs d'activités. La deuxième partie s'adresse exclusivement aux professionnels ayant déjà utilisé la médiation corporelle au cours de leurs pratiques professionnelles.

Première partie : 15 ergothérapeutes ont été interrogés.

Question 1:

Les 15 ergothérapeutes interrogés ont été formés dans 10 Instituts de Formation en Ergothérapie. 93,3% des ergothérapeutes interrogés ont été formés en France.

Pourcentage de représentation des IFE.

20,00%	13,30%	6,60%
Adère	Tours	Nancy
	Montpellier	Créteil
	Berck-sur-Mer	Hyères
		La Musse
		Rennes
		Parnasse Bruxelles

Question 2:

33,3% des ergothérapeutes interrogés travaillent actuellement dans le secteur de la psychiatrie adulte.

20% des ergothérapeutes interrogés travaillent actuellement en EHPAD.

13,3% des ergothérapeutes interrogés travaillent actuellement en libéral.

Les 6,6% restants travaillent dans différents établissements tel que des IME, des EPSVE, des CAMPS, des MAS, des SESSAD ou bien encore dans le Service de nutrition à la Croix Rouge.

Question 3:

Les résultats ne sont pas analysés car ils ne sont pas utiles pour la suite de ces recherches.

Question 4:

66,6% des ergothérapeutes interrogés ont abordés la médiation corporelle au cours de la formation initiale en ergothérapie.

Les différents types de médiation corporelle abordés par ces professionnels durant leur formation initiale sont : la relaxation, Snoezelen, activité investissement de l'espace, danse, théâtre, jeux de rôle et improvisation scénique.

Question 5:

100% des professionnels interrogés pensent que la médiation corporelle peut être utilisée en ergothérapie. Cependant, il en ressort qu'il est important de bien définir ses compétences afin de se distinguer des autres professionnels qui utilisent également ce média (ex psychomotricien).

Question 6:

80% des personnes interrogées ont déjà utilisées ce type de médiation dans leur pratique professionnelle.

Deuxième partie : (13 ergothérapeutes)

Si vous avez déjà été amené(e) à utiliser la médiation corporelle.

Question 7:

Chaque professionnel a pu citer plusieurs activités. Les réponses ont été très variés.

Activités cités	Nombres de fois où celle-ci à été cité
La relaxation	3 fois
Le théâtre	3 fois

Expression corporelle	3 fois
La danse	2 fois
Le "massage" ou touché conscient	3 fois
"Yoga"	1 fois
"Tai chi"	1 fois
Balnéothérapie	1 fois
Snoezelen	1 fois
Gym douce	1 fois
Marionnette	1 fois
Sport	1 fois
Tracé des silhouettes	1 fois

Question 8:

46,1% des ergothérapeutes ont déjà utilisé des activités de médiation corporelle auprès d'adultes dans le domaine de la psychiatrie.

Le reste des ergothérapeutes a utilisé ce types d'activités auprès de publics variés tel que les personnes polyhandicapés, les personnes atteintes de paralysie cérébrale, les personnes âgées, les enfants ayant des troubles envahissants du développement et les personnes traumatisées crâniennes.

Question 9:

46% des ergothérapeutes ayant déjà utilisé la médiation corporelle l'ont fait au sein d'un HDJ en psychiatrie.

Question 10:

69,2% des ergothérapeutes interrogés l'utilisent en groupe.

30,8% des ergothérapeutes interrogés l'utilisent en individuel.

Question 11:

76.9% des ergothérapeutes interrogés effectuent leur atelier en co-animation avec un ou des autres professionnels de santé.

38,4 % des ergothérapeutes effectuent les ateliers de médiations corporelles avec des infirmiers diplômés d'état.

23% des ergothérapeutes effectuent les ateliers de médiations corporelles avec des psychologues.

23% des ergothérapeutes effectuent les ateliers de médiation corporelle avec des psychomotriciens.

15% des ergothérapeutes effectuent les ateliers de médiation corporelle avec des éducateurs spécialisés.

Question 12:

38,4% des ergothérapeutes ont effectués au moins une formation complémentaire en lien avec

Voici les formations qui ont été citées par les ergothérapeutes :

Formation de toucher conscient dans les soins relationnels

Formation par l'ANFE : expression du corps expression de soi.

Formation continue par Muriel Launois (ANFE) sur les médiations corporelles.

Formation Snoezelen

Annexe 3 : Pré-enquête numéro deux.

Question 1: Quels sont les objectifs généraux visés lorsque vous utilisez la médiation corporelle?

Question 2 : Pensez-vous que la médiation corporelle apporte quelque chose de complémentaire aux autres médiations thérapeutiques ?

Question 3 : Si oui, à quel niveau constatez vous ces apports complémentaires ?

- Oui -Non

Question 4: En lien avec le niveau que vous avez coché précédemment, pouvez-vous préciser quel potentiel thérapeutique ce média apporte-il en plus. :

-Au niveau du patient

-Au niveau de la relation thérapeutique

-Au niveau de l'engagement du patient dans l'activité

-Au niveau du suivi ergothérapeutique

-Au niveau de l'institution

Question 5: Lors de séances à médiation corporelle, vous mettez-vous en activité avec le(s) patient(s) ?

-Oui -Non

Question 6: Si oui, pensez vous que cela ait un impact sur:

-l'anxiété de la personne

-l'engagement de la personne dans l'activité

-le respect du cadre

-l'atteinte des objectifs

-la relation thérapeutique

-rien de plus

-autre

Annexe 4 : Analyse des résultats de la pré-enquête numéro 2.Question 1:

Les objectifs généraux en lien avec l'utilisation de la médiation corporelle, cités par les ergothérapeutes interrogés sont :

- Favoriser la connaissance de son corps et la conscience corporelle.
- Favoriser les sensations de bien être et les ressentis.
- Lutter contre la dissociation
- Lutter contre l'apragmatisme.
- Favoriser les transferts d'acquis de techniques tel que la relaxation lorsque la personne en ressent le besoin.

Question 2 :

100% des ergothérapeutes interrogés pensent que la médiation corporelle apporte quelque chose de complémentaire aux autres médiations thérapeutiques.

Question 3 :

100% des ergothérapeutes interrogés pensent que cet apport complémentaire se situe au niveau du patient.

Question 4:

Voici la liste des potentiels thérapeutiques cités par les ergothérapeutes interrogés :

- Apprentissage de la capacité du patient à s'adapter seul à son anxiété en mettant en œuvre des outils pour favoriser le bien être et la relaxation à domicile.
- Observation du phénomène de dissociation.
- Cela permet au patient de se réapproprier son corps, de plus les médiations corporelles permettent de sortir des structures de soins et de rétablir un lien avec la cité.

Question 5:

100% des ergothérapeutes interrogés se mettent en situations d'activités avec les patients.

Question 6:

Les ergothérapeutes peuvent répondre avec plusieurs réponses à cette question.

25% pensent que cela impacte le respect du cadre.

25% pensent que cela impacte la relation thérapeutique.

50% pensent que cela impacte l'engagement de la personne dans l'activité.

Annexe 5 : Prise de contact avec les établissements.

Monsieur le directeur des soins,

Actuellement en dernière année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille, je suis en train de rédiger mon mémoire de recherche. Celui-ci porte sur la médiation corporelle en ergothérapie et l'alliance thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénies.

Ce travail est le fruit d'une réflexion qui a émergé à la suite d'un stage au sein de l'HDJ X (du 24/10/16 au 16/12/16).

Dans le cadre de mon enquête, je souhaiterais avoir la possibilité d'effectuer des entretiens auprès de patients suivis en Ergothérapie dans cet HDJ (les 28/03, 04/04, 11/04 et 18/04).

Le choix de ma méthode (clinique) suppose des entretiens de types "libre". Cependant les thèmes abordés seront en lien avec la médiation corporelle, le ressenti des patients, l'alliance thérapeutique, la communication et avec deux modèles théoriques (humaniste et phénoménologique). Le consentement libre et éclairé des patients ainsi que leur anonymat sont au cœur de ma démarche.

En me rendant sur place la semaine dernière, j'ai pu rencontrer Mme A (ergothérapeute) et Mme G (cadre de santé) qui m'ont donné leur accord, sous réserve de votre approbation. Seriez-vous favorable à cette démarche?

Je vous remercie du temps et de l'attention que vous m'avez accordée.

Respectueusement.

Emma DAVID.

Annexe 6 : Réponse demande.

Bonjour,

Nous donnons un avis favorable à la demande d'Emma DAVID pour qu'elle réalise des entretiens auprès de patients de l'hôpital de jour X.

Accord de Mr le Directeur des soins, de la cadre de santé, des médecins et de moi-même.

Mme G, cadre de santé, supervisera les venues d'Emma.

Le cadre supérieur.

Annexe 7 : Ordre de mission**ORDRE DE MISSION**

Melle DAVID Emma, étudiante en 3^{ème} année à l'institut de formation en ergothérapie d'Aix Marseille est autorisée à se rendre, les 28/03/17, 04/04/17, 11/04/17 et 18/04/17 à l'HDJ

Pour la mission suivante : entretiens auprès des patients concernant l'élaboration de son mémoire d'initiation à la recherche en lien avec l'Unité d'Enseignement 6.5 S6 de Evaluation de la pratique professionnelle et recherche.

L'étudiante est couverte par l'assurance responsabilité civile de la Faculté de Médecine. Cette assurance a été souscrite auprès de la Société Aixoise de Gestion d'Assurance (AIX EN PROVENCE) pour la compagnie d'assurance AXA (numéro de police : 6160406404).

Fait à MARSEILLE, le 24/02/2017
en deux exemplaires originaux.

Melle Emma DAVID

Mme Géraldine DESPRES
Responsable pédagogique de l'IFE
Aix-Marseille

Mme Catherine BLANC, en Ergothérapie
Faculté de Médecine - Secteur Nord
~~Formatrice référent de l'IFE~~
51 boulevard Pierre DRAMARD

13916 MARSEILLE Cedex 20

Tél : +33 (0)4 91 69 88 40

Fax : +33 (0)4 91 69 89 55

Mail : geraldine.despres@univ-amu.fr

Géraldine DESPRES

Responsable pédagogique

Annexe 8 : Trame d'entretien destinée aux ergothérapeutes.

Trame d'entretien n°1: Destinée aux ergothérapeutes.			
Question inaugurale : Bonjour. Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions. Je cherche à comprendre en quoi les séances de médiations corporelles peuvent renforcer l'alliance thérapeutique en ergothérapie des personnes schizo-phrènes.			
Thèmes :		Question de relances :	
1	Relation	1	
	<ul style="list-style-type: none"> - Communication Langage corporelle (non verbale) Mode d'entrée en relation Écoute Échanges Empathie – Compréhension - L'expérience partagée : se mettre en situation d'activité avec les patients. - Confiance - Sécurité 		<ul style="list-style-type: none"> -Que pensez-vous que l'entrée en relation par le langage corporelle puisse apporter ? -Comment favoriser vous l'écoute durant les séances de médiations corporelles ? - Pensez-vous que se mettre en situation d'activité et partagé une expérience induise quelque chose au niveau de la relation ? - Faites vous quelque chose pour favoriser les sentiments de sécurité et de confiance ? Si oui, pouvez-vous m'en dire plus ?
2	Ressentis <ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'éprouvé. - Verbalisation des ressentis 	2	<ul style="list-style-type: none"> - Pour vous qu'elle est la place du ressenti dans cette activité ? - Quels impacts pensez-vous que l'éprouvé ait chez les patients ? - Pour vous qu'est ce que permet la verbalisation des ressentis ? (→ au niveau du patient et de la relation thérapeutique)
3	Objectifs de l'activité. <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristique de l'activité (cadre, relation, objets médiateurs) 	3	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les objectifs en lien avec cette activité ? - Est ce que vous énoncer les objectifs aux patients lors des séances de médiation corporelle ? Et dans les autres activités ? - Adaptez-vous les séances de médiation corporelle en fonction des demandes des personnes ?
4	Engagement de la part du patient <ul style="list-style-type: none"> - fréquences des présences aux séances - respect du cadre - motivation - implication - relation thérapeutique renforcée. 	4	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous remarqué avec les patients que vous suivez en médiation corporelle une différence d'engagement dans les autres ateliers proposés en ergothérapie ? - Avez-vous remarqué une variation dans : <ul style="list-style-type: none"> → la fréquence de venue aux ateliers ? → un respect du cadre ? → leur motivation et leur implication ? → la relation thérapeutique.
5	Autonomie	5	<ul style="list-style-type: none"> - Pour vous qu'est ce qui favorise l'autonomie dans les séances de médiation corporelle ?

Annexe 9 : Trame d'entretien destinée aux personnes atteintes de schizophrénies.

Trame d'entretien n°2: Destinée aux personnes atteintes de schizophrénie.			
Question inaugurale : Bonjour. Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions. Je m'intéresse à vos expériences de médiation corporelle en ergothérapie. J'aimerais que l'on échange à ce sujet.			
Thèmes :		Questions de relance :	
1	Relation	1	
	<ul style="list-style-type: none"> - Communication <li style="padding-left: 20px;">Langage corporelle (non verbal) <li style="padding-left: 20px;">Mode d'entrée en relation <li style="padding-left: 20px;">Écoute <li style="padding-left: 20px;">Échange <li style="padding-left: 20px;">Empathie – Compréhension - L'expérience partagée : se mettre en situation d'activité avec les patients. - Confiance - Sécurité 		<ul style="list-style-type: none"> - Que signifie pour vous l'expression corporelle ? Est-ce plus facile/agréable pour vous de vous exprimez par le langage corporel ? - Vous sentez vous plus facilement compris et écouté lors de ces activités par l'ergothérapeute ? - L'ergothérapeute effectue l'activité avec vous, qu'en pensez-vous ? Qu'est-ce que ça change pour vous ? - Est-ce que vous vous sentez en libre d'effectuer les gestes qui vous viennent lors des ateliers de médiation corporelle ?
2	Ressenti <ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'éprouvé. - Verbalisation des ressentis 	2	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que cette activité génère en vous ? - Comment vous sentez-vous lors de ces ateliers ?
3	Objectif de l'activité. <ul style="list-style-type: none"> - But - Soin 	3	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos objectifs/buts lors de ces ateliers ? - Est ce que cette activité fait partie du soin pour vous ?
4	Engagement de la part du patient <ul style="list-style-type: none"> - fréquence des présences aux séances - respect du cadre - motivation - implication - relation thérapeutique renforcée. 	4	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui fait que vous revenez de semaine en semaine aux ateliers de médiation corporelle ? - Est-ce que cet atelier vous donne envie d'aller aux autres ateliers proposés par l'ergothérapeute ?
5	Autonomie	5	<ul style="list-style-type: none"> - Vous sentez-vous en collaboration avec les autres ? - Lorsque vous voulez faire ou proposer quelque chose est-ce que vous le faites ?

Annexe 10 : Outil d'analyse de texte

Voici le lien URL de l'outil utilisé : <https://www.redacteur.com/analyseurs/new>.

Annexe 11 : Entretien 1.

2 Enquêteur : Comme je vous l'ai déjà dit, cet entretien est confidentiel. Je n'en parlerai ni à vos
collègues, ni aux membres de l'équipe soignante. Je vais l'enregistrer afin de pouvoir l'utiliser
4 dans le cadre de mon mémoire. Votre anonymat sera respecté. Ce qui m'intéresse c'est votre
expérience de la médiation corporelle en ergothérapie et je souhaiterais que l'on discute à
6 propos de ce sujet. Est ce que déjà, sans que je vous pose de questions vous auriez quelque
chose à dire de cette activité ?

8 **Enquêté : Et bien, dans l'ensemble c'est bien ça me plaît c'est enrichissant.**

Enquêteur : Dans quel sens ?

10 **Enquêté : Le fait de s'exprimer ça nous fait une maîtrise de soi-même, perso pour
chacun. Mais moi, personnellement j'apprécie, j'aime bien. Tout ce qui est sophrologie et
12 médiation corporelle où on s'exprime, on gigote d'un côté et de l'autre moi ça me plaît.
J'essaie de me mettre à l'aise.**

14 Enquêteur : D'accord. Pour vous, est-ce que vous exprimer par le langage corporel est plus
facile ou non, que de vous exprimer par le langage verbale.

16 **Enquêté : Le langage avec les mots c'est moyen. Mais m'exprimer par le geste c'est aussi
pareil moyen. Comme ce matin l'expression corporelle, quand on s'est mis sur le dos,
18 j'avais l'impression d'être décortiqué. J'ai eu du mal un peu.. C'est vrai qu'à l'intérieur,
c'est un peu difficile selon les mouvements qu'on fait, on peut se froisser un muscle ou
20 autre. Et puis les ressentis qu'on a de l'intérieur c'est pas toujours agréable.**

Enquêteur : D'accord. Et est-ce que le fait que l'ergothérapeute participe, c'est-à-dire qu'il
22 fasse l'activité avec vous, est-ce que ça change quelque chose pour vous ?

Enquêté : Plus on est, plus on rigole.

24 Enquêteur : Oui d'accord, mais est-ce que le fait que les thérapeutes se mettent aussi en
situation d'activité change quelque chose pour vous ? Par exemple, vous voyez ce matin
26 quand on a dû se présenter tour à tour tout le monde l'a fait. Il n'y avait aucune réelle
différence entre les membres du groupe. Qu'est ce que vous pouvez en penser ?

28 **Enquêté : Euuh, oui y a, c'est pas mal je trouve que c'est bien. Voilà. Ça nous encourage
à faire tous ensemble. Et puis ça change de d'habitude, des autres activités qu'on fait
30 avec elle d'habitude.**

Enquêteur : D'accord, Qu'est-ce que génère en vous la médiation corporelle ?

32 **Enquêté : Moi je trouve que c'est très agréable. J'aime bien. Ça me maîtrise de moi
même. Déjà que dans mon état je suis calme donc c'est vrai que, après ça me rend zen.
34 Oui énormément, ça me détend, ça me détend énormément. J'ai tellement eu des hauts
et des bas, beaucoup de moments difficiles, mais j'essaye de garder ma bonne humeur.
36 Et ça m'aide à conserver cette bonne humeur.**

Enquêteur : Et justement vous parlez de moments difficiles, est ce que des fois la médiation
38 corporelle peut être difficile pour vous ?

**Enquêté : Non pas du tout, y a rien qui me met sur un obstacle ou qui puisse me nuire,
40 médiation corporelle ou pas. Je prends ce qui se présente à moi et je fais avec.**

Enquêteur : D'accord et au niveau des sensations, vous arrive-t-il de ressentir des sensations
42 désagréables ?

**Enquêté : Et bien non. Moi non, tout roule. Enfin la plupart du temps, parce que des fois
44 ça tire et ça bloque mais après on fait avec.**

Enquêteur : Vous sentez-vous en confiance lors des ateliers de médiation corporelle ?

46 **Enquêté : Oui elle y est. Je fais énormément confiance en plus.**

Enquêteur : A qui ?

48 **Enquêté : En général je fais confiance pendant les activités à ceux qui les animent après
avec d'autres personnes c'est plus difficile. Après c'est vrai que certaines choses se
50 passent mais ça va on fait avec, donc je prends conscience que j'ai confiance. C'est un
peu comme de l'inspiration.**

52 Enquêteur : D'accord, et durant les ateliers vous sentez-vous en sécurité ?

Enquêté : Oui ça oui, il n'y a pas de problème. On se connaît et tout, donc ça va...

54 Enquêteur : D'accord, et est-ce que vous vous sentez libre de vous exprimez comme vous le
souhaitez ?

56 **Enquêté : Ooh oui !**

Enquêteur : C'est vrai que par exemple tout à l'heure quand l'ergothérapeute a mis la musique
58 je vous voyais danser, donc pour vous c'est une liberté..

**Enquêté : Bin ouais après on s'exprime on se lâche, ça vient de quelque chose de simple
60 de faciliter de se dégager de s'exprimer comme on peut d'un mouvement à un autre. Ça
c'est personnel.**

62 Enquêteur : C'est une certaine forme d'autonomie aussi de pouvoir faire ce que vous voulez au
moment ou vous le voulez ?

64 **Enquêté : Aussi oui et de bien suivre le rythme c'est ce qui est bien. D'être adapté aux
choses. Et d'aller facilement sur les choses de pas être buté, bloqué, ou de se dire on y
66 arrivera pas, ou si on va y arriver et où on va arriver, on ne sait pas.**

Enquêteur : Et est-ce que vous vous sentez accompagné dans cette activité ?

68 **Enquêté : Moi personnellement je me sens accompagné par moi-même.**

Enquêteur : Et par l'ergothérapeute ?

70 **Enquêté : Non dans l'ensemble non après ça dépend des choses comment elles se déroulent. Des fois elle donne des conseils quand on y arrive pas.**

72 Enquêteur : D'accord, il y a un temps de verbalisation durant l'activité, notamment tout à l'heure ce que vous disiez "je me sens décortiqué"..

74 **Enquêté : C'est ce que j'ai trouvé j'ai sorti ça , de l'intérieur c'est moi quand on s'est mis sur le dos et qu'après on s'est levé j'avais des difficultés. Mais je ne me suis pas levé sur le dos ou sur le côté gauche je me suis mis sur le côté droit.**

Enquêteur : Oui vous avez pu choisir ?

78 **Enquêté : Oui on essaye de ne pas rester bloqué. Chacun fait des choix après c'est en soi on trouve le moyen de faire.**

80 Enquêteur : Et par rapport au fait de pouvoir parler au reste du groupe et de partager ce que vous avez ressenti est-ce que c'est important pour vous d'avoir ce temps où vous pouvez parler à propos de votre expérience ?

Enquêté : Oui on a largement le temps. Ouai c'est bien.

84 Enquêteur : Est-ce que vous vous sentez écouté par le reste du groupe ?

Enquêté : Bin ouai je me sens écouté, j'ai le ressenti qu'on m'écoute.

86 Enquêteur : Une autre question, quels sont vos objectifs lorsque vous allez à ces activités de

médiation corporelle ? Dans quels buts y allez-vous ?

88 **Enquêté : C'est d'y aller facilement, oui tranquille, de suivre le groupe du nombre qu'on est, ça dépend. S'adapter facilement aux choses c'est ce qui faut, on est dans le quotidien.**

90 **Il faut essayer de gérer et faire que ça aille. Il y a des moments, on a des coups de blues mais ça continue et on va de l'avant.**

92 Enquêteur : Pour vous cette activité est un soin ?

Enquêté : Ouai c'est comme, ça suit le soin.

94 Enquêteur : C'est dans la continuité ?

Enquêté : Oui c'est ça.

96 Enquêteur : Qu'est ce qui fait que vous revenez d'une semaine à l'autre à ces ateliers ?

Enquêté : Le fait qu'on participe, je suis présent et je fais avec. Et le fait que j'aime bien et que ça me fait du bien.

Enquêteur : Donc en faite vous y aller parce que déjà ça fait parti des activités proposées et que ça fait du bien ?

Enquêté : Oui c'est ça.

102 Enquêteur : D'accord, et est-ce important que ce soit l'ergothérapeute qui anime cet atelier ?

Enquêté : Et bien elle est là donc, je ne demande pas que ce soit quelqu'un d'autre ou telle ou telle personne. Après chacun son opinion, ses objectifs, sa petite vie et tranquillou.

106 Enquêteur : Oui je comprends bien, c'est vrai. En faite, moi là, ce que j'essaye de savoir c'est :

est-ce que le fait que l'ergothérapeute soit présent dans un atelier où vous pouvez vous
108 exprimer différemment, déposer des choses, des ressentis, des sensations, est-ce que ça vous
donne envie d'aller à d'autres ateliers que l'ergothérapeute propose ?

110 **Enquêté : Bin oui comme je vous disais, je l'ai expliqué bin oui. Je m'inscris sur une
activité et j'y participe.**

112 Enquêteur : Ce n'est pas parce que c'est l'ergothérapeute qui propose une activité que vous
vous y inscrivez.

114 **Enquêté : Non pas spécialement les activités sont posées et des fois je m'inscris et j'y vais
et des fois non. Des fois je suis présent des fois pas.**

116 Enquêteur : D'accord, vous choisissez donc vos activités en fonction de ce qui est proposé et
pas en fonction de qui la propose ?

118 **Enquêté : Non, mais chacun a sa façon de voir les choses.**

Enquêteur : Est ce que la médiation corporelle vous permet de trouver une motivation et de
120 continuer dans l'hôpital de jour, à vous impliquer un peu plus dans les autres activités?

122 **Enquêté : Oui un petit peu oui. Oui ça me permet de me reposer. Et comme ça, je suis
toujours de bonne humeur, toujours un bon partant.**

Enquêteur : Encore deux petites questions, est-ce que vous vous sentez en collaboration avec
124 le reste du groupe, est-ce que vous vous sentez bien dans le groupe ?

Enquêté : Oui. Ça va oui.

126 Enquêteur : Est-ce que quand vous voulez proposer quelque chose à l'ensemble du groupe
vous vous sentez libre de le faire ?

128 **Enquêté : Oui oui.**

Annexe 12 : Entretien 2.

- 2 **Enquêteur** : Je vous remercie de m'accorder du temps afin de m'aider dans mon mémoire.
Comme je vous l'ai déjà dit c'est confidentiel, anonyme : donc ça ne sortira pas d'ici. Je vais
4 enregistrer nos échanges afin de pouvoir les utiliser ultérieurement.
Je m'intéresse à vos expériences en médiation corporelle en ergothérapie.
6 De vous-même que me diriez-vous de cette activité ?

- Enquêté** : **Ça fait du bien de marcher, de pouvoir lâcher le souffle. Ça fait du bien de
8 pouvoir se coucher, on le fait régulièrement. Ça fait du bien à la mémoire, parce qu'en
plus elle est touchée donc ça me fait du bien.**

- 10 **Enquêteur** : D'accord. Je vais maintenant vous poser quelques petites questions. Donc
j'aimerais savoir ce que génère en vous le fait de vous exprimer avec les gestes, par le corps ?

- 12 **Enquêté** : **Je n'y arrive pas à chaque fois. Quand ils font ça, comme ça en bas.**
*(NB : La personne me montre un étirement des jambes qu'elle n'arrive pas à effectuer dans sa
14 globalité : c'est-à-dire toucher ses chevilles. Nous avons effectué ce mouvement dans la
séance précédant l'entretien).*

- 16 **Enquêteur** : Alors en bas qu'est-ce qu'il se passe ? Vous avez des difficultés au niveau de
certains mouvements c'est ça ?

- 18 **Enquêté** : **Oui, j'ai des difficultés. C'est dur, mais pas pour tout.**

- Enquêteur** : D'accord. Et pour vous qu'est-ce que ça vous fait de vous exprimer par les
20 gestes ?

Enquêté : **Ça fait du bien, hein.**

- 22 **Enquêteur** : Ressentez-vous une différence entre l'expression verbale et corporelle ?

Enquêté : **Oui, oui, c'est plus facile.**

24 Enquêteur : Laquelle est plus facile pour vous ?

Enquêté : Avec le corps.

26 Enquêteur : D'accord, une autre question maintenant. Est-ce que vous vous sentez compris et écouté par l'ergothérapeute lors des ateliers de médiation corporelle ?

28 **Enquêté : Oui je me sens compris mais pas écouté.**

Enquêteur : Est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

30 **Enquêté : Je ne me sens pas écouté parce qu'il faut se taire à chaque fois.**

.

32 Enquêteur : D'accord, alors vous n'avez pas le droit de parler pendant un certain temps de l'activité, oui c'est vrai. Et est-ce que vous vous sentez accompagné par l'ergothérapeute pendant les séances ?

36 **Enquêté : Oui, elle nous fait faire des tours. On peut parler chacun son tour, c'est bien ça.**

Enquêteur : Ok et lorsque vous voulez vous exprimer ou faire quelque chose, vous vous sentez libre de le faire ?

Enquêté : Oui, oui.

40 Enquêteur : Ça vous arrive de proposer des mouvements ?

42 **Enquêté : Ouais, ça m'arrive des fois, elle nous demande de le faire et on le fait, voilà. Quand elle nous donne l'accord, je propose oui. Mais sinon je fais comme elle nous dit de faire : comme ça ou comme ceci ou comme cela.**

44 Enquêteur : D'accord. Et par rapport aux ressentis, qu'est-ce que vous pouvez me dire ?

Enquêté : Aux ressentis ?

46 Enquêteur : Oui. Des sensations corporelles et autres ressentis ?

48 **Enquêté : Ça fait du bien, j'aime bien quand on est allongé. Je regarde tout le monde à chaque fois quand on est allongé. Quand on fait la relaxation, un quart d'heure au moins comme ça et après on échange.**

50 Enquêteur : Et ensuite, après l'activité vous vous sentez comment ? Comment vous ressentez votre corps ?

52 **Enquêté : Après je me sens mieux, plus détendu.**

54 Enquêteur : Est-ce que pour vous le temps où vous pouvez vous exprimer verbalement est important ?

56 **Enquêté : Oui moi je trouve que c'est important de parler parce que ça donne la confiance de parler.**

58 Enquêteur : Donc ce temps vous donne confiance, oui je comprends. Une autre question. Est-ce que pour vous cette activité fait partie du soin ?

Enquêté : Oui, je sais que ça fait partie du soin.

60 Enquêteur : Et en quoi c'est soignant pour vous ? Qu'est-ce qui vous fait du bien ?

Enquêté : Ça fait du bien au moral, au moral dans la tête.

62 Enquêteur : D'accord merci. Et quand vous allez aux séances dans quels buts y allez-vous ?

Enquêté : Ça part du groupe tout le monde il fait comme ça.

64 Enquêteur : Pour vous c'est important le groupe ?

Enquêté : Oui tout le monde il fait comme ça, par exemple les mouvements relâchement de tête et tout ça.

(NB : La personne se lève et me montre un mouvement qui consiste à approcher son menton de son torse. Nous avons effectué ce mouvement dans la séance précédant l'entretien.)

70 Enquêteur : Et dans le groupe vous vous sentez écouté de la même manière que les autres par l'ergothérapeute, ainsi que par le groupe ?

Enquêté : Oui oui très.

72 Enquêteur : Donc, pour vous, chaque personne à la même place dans le groupe ?

Enquêté : Oui la même place dans le groupe.

74 Enquêteur : Vous pouvez m'en dire un peu plus ?

Enquêté : Parce que comme il demande aux autres comment ça se passe dans la tête, comment ça se passe dans le corps, comment ça se passe dans le souffle, comment ça se passe assis, comment ça se passe debout, comment ça se passe en crapaud, et bien, il demande à tout le monde en fait à la fin.

80 Enquêteur : Donc c'est le fait que l'ergothérapeute demande à tout le monde leurs sensations qui fait que vous ressentez avoir la même place que les autres ?

Enquêté : Oui c'est important.

82 Enquêteur : Vous vous sentez en sécurité dans ces ateliers ?

Enquêté : Des fois oui des fois non, ça dépend.

84 Enquêteur : C'est en fonction de votre état ? De comment vous allez ?

Enquêté : Oui, voilà. Mais j'y vais quand même quand je ne suis pas bien.

86 Enquêteur : D'accord et il vous arrive d'avoir peur d'y aller ?

Enquêté : Non je n'ai pas peur, non.

88 Enquêteur : Qu'est ce qui fait que vous revenez de semaine en semaine ?

**Enquêté : Ça fait du bien d'y aller de semaine en semaine, au lieu d'aller marcher dans
90 les montagnes on va là-bas. C'est pareil sauf qu'il ne pleut pas parce qu'on le fait à
l'intérieur.**

92 Enquêteur : Est-ce que le fait de faire cet atelier avec l'ergothérapeute..._

Enquêté : Ça me met en confiance oui. C'est ce que vous alliez demander ?

94 Enquêteur : Et bien c'est très intéressant oui. J'allais vous demander si faire cet atelier avec
l'ergothérapeute vous donne envie de participer à d'autres ateliers que l'ergothérapeute
96 propose ?

Enquêté : Non, pas vraiment.

98

Enquêteur : D'accord et est-ce que c'est important que ce soit l'ergothérapeute qui anime cet
100 activité pour vous ?

**Enquêté : Bin, non enfin on fait avec la personne qui propose l'activité et là c'est
102 l'ergothérapeute. Des fois c'est l'infirmier et des fois c'est la psy..**

Enquêteur : D'accord, et encore une question. Qu'est-ce que ça vous fait que l'ergothérapeute

104 fasse l'activité avec vous ? Est-ce que ça a de l'importance pour vous ?

Enquêté : Oui ça a de l'importance oui. Comment vous dire...

106 Enquêteur : Qu'est-ce que ça change pour vous ?

Enquêté : Et ouais, et bien c'est elle qui nous donne la parole donc c'est important c'est plus facile de l'écouter et de faire ce qu'elle nous demande. Ça change là c'est tout. C'est plus facile.

110 Enquêteur : Une dernière question, pour vous est-ce que vous vous sentez en collaboration avec les autres ?

112 **Enquêté : Non pas vraiment enfin pas encore.**

Annexe 13 : Entretien 3.

2 **Enquêteur** : Donc comme je vous l'ai déjà dit, cet entretien est confidentiel. Je n'en parlerai
 pas ni à vos collègues ni aux membres de l'équipe soignante. Je vais enregistrer afin de
 4 pouvoir l'utiliser dans le cadre de mon mémoire. Votre anonymat sera respecté.
 Ce qui m'intéresse c'est votre expérience de la médiation corporelle en ergothérapie et je
 6 souhaiterais que l'on discute à propos de ce sujet. Est-ce que déjà sans que je vous pose de
 question vous auriez quelque chose à dire en lien avec cette activité ?

8 **Enquêté** : **Que c'est bien. Que ça rend souple, ouais la souplesse. Ça fait du vide dans la
 tête aussi, ça vide un peu le crâne et le corps. C'est complet quoi.**

10 **Enquêteur** : Je voudrais savoir qu'elle est la différence pour vous entre l'expression par le
 corps et l'expression par la parole ?

12 **Enquêté** : **C'est plus facile, c'est vrai.**

Enquêteur : Par le corps ?

14 **Enquêté** : **Oui, parce qu'en plus j'ai quitté l'école très tôt, je me suis taillé. Et depuis que
 j'ai eu mon accident à la tête c'est plus pareil. Mais ça dépend, des fois j'arrive à
 16 m'exprimer, des fois j'y arrive pas, ça coince. Ça bloque, au niveau de la souplesse, de la
 détente : écarter les mains, les jambes et tout.**

18 **Enquêteur** : Donc ce qui est difficile pour vous c'est plutôt au niveau des capacités physiques
 et corporelles, qu'au niveau de l'expression ?

20 **Enquêté** : **Oui c'est ça.**

Enquêteur : Ça marche. Et le fait que l'ergothérapeute fasse l'activité avec vous qu'est-ce que
 22 ça vous fait ?

Enquêté : **C'est bien ça change. C'est bien pour nous aussi, pour elle et c'est bien pour**

24 **nous.**

Enquêteur : Pour vous ça signifie quoi ? Comment vous sentez vous du coup ?

26 **Enquêté : C'est bien ce qu'elle fait c'est agréable. On se sent plus écouté plus détendu. On se sent aussi moins observé. En plus moi j'ai jamais eu d'histoire avec elle du coup ça**
 28 **va, elle est bien. Ça va je me sens bien, j'arrive à faire ce qu'elle fait. Bon des fois j'y arrive pas mais je fais à ma manière, ce n'est pas grave.**

30 Enquêteur : Est-ce que vous vous sentez en confiance et en sécurité pendant les ateliers ?

Enquêté : Oui les deux, oui.

32 Enquêteur : Lorsque vous souhaitez faire un geste, vous sentez vous libre de le faire ou de le proposer au reste du groupe ?

34 **Enquêté : Je demande d'abord, si elle est d'accord ou pas. Si elle est d'accord je le propose et on voit ce que ça donne, sinon je ne le fais pas.**

36 Enquêteur : Ok. Et par rapport au groupe, vous-sentez vous en collaboration avec les autres personne ?

38 **Enquêté : Et bien oui mais ça dépend des moments de la séances. Moi je fais mon truc pour moi, après quand on doit faire des trucs ensemble je le fais avec plaisir.**

40 Enquêteur : D'accord et en ce qui concerne vos ressentis ?

Enquêté : Aux ressentis comment ?

42 Enquêteur : Aux ressentis corporels, à ce que vous sentez dans votre corps. Qu'est-ce que vous sentez dans votre corps pendant et après les séances ?

44 **Enquêté : Quand j'arrive le matin, j'attends les traitements, les médicaments quoi. Avec**

46 ce qui me donne tertian, lexomil, xanax, ça m'ensuque. Le matin je me sens fatigué, je me sens pas bien, j'angoisse un peu. Et puis après quand je fais l'activité je pense à mon corps, à ce que ça me fait sur les muscles et sur les os. Je suis concentré.

48 Enquêteur : Et comment vous sentez-vous après avoir fait l'activité de médiation corporelle ?

50 Enquêté : Ça fait du bien, ça me fait oublier les cachets, les médicaments, les choses d'à côté. Ça fait éloigner un peu les choses, je n'y pense pas. Ça me fait me sentir tranquille.

52 Enquêteur : Donc si j'ai bien compris vous concentré sur vos ressentis vous permet de moins penser aux choses qui vous parasitent ?

Enquêté : Oui c'est ça.

54 Enquêteur : Et il y a un temps de verbalisation durant cette activité, est-ce que pour vous il est important ?

56 Enquêté : Oui j'aime bien parler moi, j'aime bien mais je ne sais pas trop quoi dire des fois.

58 Enquêteur : Par rapport aux objectifs, quels sont vos objectifs en lien avec cette activité. Quels sont vos buts ?

60 Enquêté : Pour retrouver ma souplesse, pour ne pas être endormi et pour retrouver la forme.

62 Enquêteur : Et est-ce que cette activité fait partie du soin pour vous ?

Enquêté : Je ne sais pas je ne me suis jamais posé la question.

64 Enquêteur : D'accord.

Enquêté : Pour moi c'est un soin, c'est un petit soin pas un gros soin. Ce n'est pas pareil

66 **que les médicaments mais c'est un soin. Mais je voudrais bientôt arrêter mais j'y arrive**
 pas tout d'un coup, je prends de la morphine pas du subutex mais de la morphine. Du
 68 **coup ce n'est pas facile.**

Enquêteur : Oui je comprends bien. Encore quelques questions : qu'est-ce qui vous fait revenir
 70 d'une semaine à l'autre dans cette activité ?

Enquêté : Ça me permet de bouger, c'est un peu comme un sport, c'est de la
 72 **gymnastique. Et ça me fait du bien alors je viens.**

Enquêteur : D'accord et est-ce que c'est important que ce soit l'ergothérapeute qui anime cet
 74 activité pour vous ?

Enquêté : On peut le faire même si y a pas l'ergothérapeute, il peut y avoir quelqu'un
 76 **d'autre qui peut le faire. Si un jour elle n'est pas là comment on fait ?**

78 Enquêteur : D'accord et est-ce que vous pensez que ça serait la même chose ?

Enquêté : Ouais, non je sais qu'il y aurait une différence mais bon voilà quoi.
 80

Enquêteur : Une autre question, est-ce que le fait de faire cette activité avec l'ergothérapeute
 82 vous donne envie d'aller aux autres activités qu'elle propose ?

Enquêté : Bin oui ça me plaît moi, j'aime bien faire des activités avec elle. Oui, en plus
 84 **j'aime bien ce qu'elle propose, les autres ateliers comme des images et des mots et tout.**

Enquêteur : Est-ce que vous vous sentez écouté et compris par l'ergothérapeute lors des
 86 séances de médiation corporelle ?

Enquêté : Oui moi je l'écoute.

88 Enquêteur : D'accord mais dans l'autre sens, vous, est-ce que vous avez l'impression d'être

écouté et compris par l'ergothérapeute ?

90 **Enquêté : Ah, oui aussi. Je n'avais pas compris la question.**

Enquêteur : Une dernière question vous sentez-vous accompagné par l'ergothérapeute vos
92 expériences durant les séances de médiations corporelles ?

Enquêté : Oui elle nous soutient et elle nous encourage du coup bin, c'est cool, ouai.

Annexe 14 : Entretien ergothérapeute 1.

2 **Enquêteur :** L'entretien qui va suivre concerne la médiation corporelle en ergothérapie et
l'alliance thérapeutique. Il sera enregistré afin de faciliter le traitement des données
4 recueillies et il sera également anonyme. Je cherche à comprendre en quoi les séances de
médiation corporelle peuvent favoriser/renforcer la mise en place de l'alliance thérapeutique
6 en ergothérapie. Pouvez-vous premièrement me parler de l'activité de façon générale ?

Enquêté : Je travaille principalement avec des personnes psychotiques, donc pour qui le
8 langage verbal est compliqué, parce que les pensées peuvent être parasitées par le délire
ou la dissociation. Donc le fait d'aborder la relation par le non verbal est, je trouve, un
10 outil intéressant et adapté à cette problématique. En plus, dans la psychose les
problématiques autour de l'image du corps sont nombreuses, tel que le morcellement ou
12 la dissociation. Cela fait qu'il y a beaucoup de chose à travailler autour de cette question.
Et que je trouve du coup que cette approche est intéressante.

14 **Enquêteur :** Et à propos de la relation que vous avez avec la personne, que mettez-vous en
place pour favoriser une relation thérapeutique avec les patients qui viennent aux séances ? A
16 quoi prêtez-vous attention durant les séances ?

.
18 **Enquêté :** Et bien déjà le cadre de l'activité à médiation corporelle, c'est un cadre assez
contenant. C'est une pièce assez chaleureuse. J'essaye de créer une atmosphère douce et
20 apaisante avec une luminosité pas trop forte, de l'encens et un fond sonore : quelque
chose de contenant et qui amène un bien-être et qui met en confiance. Le groupe : c'est
22 un groupe semi ouvert. On va dire que c'est quasiment toujours les mêmes patients.
J'insiste sur la régularité, même si je ne l'ai pas défini comme groupe fermé mais on
24 travaille sur l'engagement d'une séance à l'autre. C'est un groupe constant. C'est
toujours les mêmes patients quasiment, sauf de temps en temps un nouveau patient qui
26 vient intégrer le groupe ou essayer. Mais dans l'ensemble, il y a quand même une
dynamique de groupe qui met en confiance. Je pense que le fait d'inviter la personne à se
28 connecter avec ses sensations, à s'autoriser à sentir ce qui se passe en elle (ses ressentis)
sur la base du non jugement et de l'expression libre de soi, aide aussi à ce qu'il y ait une
30 relation de confiance qui s'installe. La personne peut à la fois identifier comment elle se

sent et le verbaliser sans qu'il y ait de jugement. Ensuite, il y a un travail autour du
 32 **corps : sur l'enveloppe corporelle, la sensation des limites ou le travail sur respiration**
apaise les tensions. Tout ça, va amener un mieux-être, quelque chose d'apaisant ou la
 34 **personne va pouvoir abaisser ses tensions. Je pense qu'au travers de ce mieux être,**
qu'elle même peut percevoir, la relation de confiance peut s'installer aussi.

36 Enquêteur : Est-ce que vous avez pu observer chez les personnes qui viennent en médiation
 corporelle une implication différente ? Est-ce que vous avez pu percevoir des modifications
 38 dans la fréquence de venue aux autres ateliers, un respect du cadre ou une modification de
 l'engagement de la personne ?

40 Enquêté : **Moi j'ai pu constater, je pense à une patiente qui avait du mal à adhérer au**
suivi sur la structure et qui a pu commencer à investir les temps de médiation corporelle.
 42 **C'est la seule chose qu'elle acceptait de faire et ça a pu ensuite déboucher sur un**
investissement plus global du soin sur l'hôpital de jour parce que je pense que cette
 44 **personne a trouvé dans cet espace-temps, d'expression corporelle, un lieu où elle pouvait**
être elle-même, trouver sa place avec les autres à sa façon et sentir qu'on était à l'écoute
 46 **de ce qu'elle pouvait ressentir et percevoir dans son corps. Je pense que ça l'a aidé à se**
sentir en confiance avec le reste de l'équipe et ensuite sur toute la structure.

48 Enquêteur : D'accord, donc du coup, la base c'est vraiment le ressenti, il faut donc s'appuyer
 dessus pour construire la séance. Est-ce que vous pensez qu'aborder la personne sur ces
 50 ressentis ça vous permet de la découvrir sur un autre versant ? Est-ce que vous avez
 l'impression d'apprendre des choses différentes en passant par le langage corporel plutôt que
 52 par des séances d'ergothérapie classiques?

Enquêté : **J'ai l'impression d'être plus dans la rencontre, parce que la personne va**
 54 **parler de ses ressentis personnels, parfois même intimes, ou même s'exprimer à travers**
les exercices corporels. C'est un atelier où je suis amenée à faire avec et à être dans
 56 **l'échange, dans le mouvement et l'échange non verbal. Ça me donne une place différente**
que dans d'autres ateliers autour de supports manuels, parfois je peux faire avec parfois
 58 **non. J'ai l'impression qu'en donnant la possibilité à quelqu'un de se ressentir et de**

**pouvoir le nommer ça lui donne une place de sujet peut-être plus directe que dans
60 d'autre contextes ou d'autres cadres de thérapies.**

Enquêteur : Et par rapport aux objectifs quels sont-ils dans cette activité en générale avec les
62 personnes psychotiques ? Et est-ce que vous adaptez les séances en fonction de leurs états,
leurs demandes ?

**Enquêté : Il y a plusieurs types d'objectifs : il y a comme je disais tout à l'heure,
travailler sur l'image du corps, stimuler les contours, stimuler les limites du corps pour
66 essayer de redonner des sensations d'un corps réel, contrairement à un vécu délirant de
son corps donc ramener à une réalité concrète qui passerait par les sensations
68 corporelles. Ensuite il peut y avoir le fait d'abaisser les tensions et/ou l'angoisse puisque
ce sont des personnes qui sont souvent angoissées donc amener un apaisement, un
70 relâchement, permettre l'expression de soi, s'autoriser à prendre la parole par son corps.
Avoir un temps où le groupe regarde les mouvements que je fais où les mouvements
72 s'associent à ceux du groupe c'est une façon de trouver une place dans le groupe et de
s'exprimer en tant que personne.**

74 Enquêteur : Il y a quelque chose de l'ordre de l'identification et de l'individuation c'est ça ?

**Enquêté : Oui, l'identification c'est quand je fais comme, parce que je ne sais pas encore
76 créer par moi-même, je peux imiter le mouvement de quelqu'un et peut être que petit à
petit je vais trouver le chemin pour créer un mouvement personnel et créer quelque
78 chose qui vient de moi qui n'est plus dans l'imitation de ce qui m'entoure.**

Enquêteur : Est-ce que vous verbaliser les objectifs ? Est-ce que les patients sont au courant
80 des objectifs en lien avec cette activité ?

**Enquêté : Je les ai présentés quand on a commencé cette activité, j'ai expliqué au groupe
82 dans quel but je leur proposais ce travail. Je crois que maintenant c'est eux qui
verbalisent en fin de séance ce que ça leur apporte et je pense que c'est ça le plus
84 important. Peut-être qu'ils ne sauront pas citer les dix objectifs du projet. Mais par**

contre par ce qu'ils vont verbaliser de leur ressenti ça va répondre aux objectifs de cet
86 atelier.

Enquêteur : Quelle place a la verbalisation dans cette activité qui se veut être fondée sur un
88 langage non verbale ?

Enquêté : La verbalisation c'est vrai qu'elle a une place souvent en début d'atelier pour
90 dire comment chacun se sent, comme un petit bilan avant de commencer et en fin
d'atelier ou il y a un temps de parole où chacun prend la parole à tour de rôle si ils le
92 souhaitent, pour mettre des mots sur ce qu'ils ont ressenti pendant la séance ou comment
ils se sentent. Et c'est vrai que ce temps-là est vraiment important pour ne serait-ce que
94 se poser la question suivante : qu'est-ce que ça m'a apporté de faire ça, qu'est-ce que j'ai
ressenti pendant cette séance ? Ce poser la question c'est déjà se tourner vers ça et donc
96 prendre conscience et pouvoir l'exprimer, quelque part c'est se l'approprier. Alors que si
on enlevait ce temps de verbalisation le groupe viendrait, vivrait une expérience et
98 repartirait sans avoir fait de lien avec ce travail d'intégration qui va favoriser un
processus de changement dans le temps.

100 Enquêteur : Et tout à l'heure lors de la séance, une personne a pleuré. Le fait qu'il ait pu mettre
des mots sur ça a permis aux autres de comprendre ce qui se passait pour lui. C'est refaire du
102 lien non pas par le geste mais cette fois ci par la parole ?

Enquêté : C'est refaire du lien entre l'individuel et le groupe. La personne elle-même fait
104 du lien entre ce qu'elle ressent pendant la séance et où elle en est elle-même par rapport
à son histoire, à sa problématique ou à ce qu'elle travaille, mais aussi refaire du lien dans
106 le groupe. C'est-à-dire qu'à ce moment-là, quand cette personne a ressenti une émotion,
puisque forcément quand on se tourne vers son ressenti on peut rencontrer plein de
108 sortes d'émotions dont la tristesse, l'angoisse, le bien être, l'apaisement, cela peut être
très varié. Cette personne aujourd'hui c'est sentie triste, et d'expliquer au groupe que ce
110 n'est pas grave ça fait partie des émotions qui peuvent s'exprimer, s'extérioriser quand
on fait un travail comme ça. C'est juste expliquer au groupe. Et en sous-entendu c'est
112 aussi leur montrer qu'ils peuvent s'autoriser et que ça peut aussi leur arriver.

Enquêteur : Qu'est-ce qu'un espace de libre expression ?

114 **Enquêté : La tendance quand on commence ce genre de travail c'est de chercher**
 directement le bien-être ou l'apaisement par ce qu'on dit « je fais de la relaxation » donc
 116 **je dois me sentir bien mais en fait, la relaxation dynamique, enfin telle que je la propose,**
 ce n'est pas forcément une recherche de bien-être, c'est une rencontre avec soi, une prise
 118 **de conscience de soi et dans ce qui se passe en soi. C'est toutes sortes de sensations, pas**
 forcément bonnes ou mauvaises c'est juste d'accueillir de la colère, de la tristesse, de la
 120 **joie, de l'envie du plaisir enfin tout ce qui est humain. Donc selon les jours selon les**
 moments on va plus se retrouver face à quelque chose « agréable » ou de « moins
 122 **agréable ».**

Enquêteur : Ok, et est-ce que vous pensez que de les voir dans ces moments là, où ils
 124 s'appuient sur ce qu'ils ont ressenti, où il y a aussi ce partage d'expérience, est-ce que vous
 pensez qu'ils tolèrent mieux les remarques que vous pouvez leur faire dans les autres ateliers ?
 126 Ou non ?

Enquêté : Je pense que le fait qu'ils se sentent accueillis tel qu'ils sont donc avec les
 128 **émotions du jour et que ça ne remet pas en question, ni leur présence dans le groupe, ni**
 la relation qui s'établit entre la personne et l'ergothérapeute. Le fait d'expérimenter cela
 130 **et de voir que ce lien n'est pas remis en question par des changements de ressenti, je**
 pense que ça peut aider à ce qu'ils s'autorisent dans d'autres temps d'ergothérapie à
 132 **laisser venir et à exprimer des choses d'eux même, sans faire de censure.**

Enquêteur : Oui, d'accord je comprends. Et j'ai encore une question, c'est à propos de
 134 l'autonomie. Qu'est-ce qui pour vous, favorise l'autonomie ? Et qu'est-ce que vous pouvez
 mettre en place pour la favoriser?

136 **Enquêté : Déjà il y a le fait d'apprendre à nommer des choses qui me concerne donc mes**
 ressentis : ça peut être aussi sur un plan physique (j'ai mal au dos, je suis tendu, etc...).

138 **Le fait de dire "je" de parler de soi en utilisant le "je" c'est déjà un pas vers**

l'autonomie. C'est-à-dire que je quitte le "on" : on s'est senti bien ça nous a fait du bien.
140 **"Je" ne peut pas parler pour le groupe. Parce que peut être que mon voisin, lui, a été**
angoissé pendant la séance alors que moi, j'ai été super détendu. Il faut donc travailler
142 **sur le fait de dire "je" : j'ai ressenti ça, j'aimerais ça. Se nommer en tant que "je" c'est**
déjà s'individualiser et aller vers l'autonomie. Après il y a aussi comment chacun peut ou
144 **ne pas s'approprier certaines techniques pour justement apaiser ses angoisses ou**
tensions, et peut être, les pratiquer seul dans sa chambre dans le service ou chez soi.
146 **Certains patients ont pu s'approprier certaines choses et les transférer dans la vie**
quotidienne. Ça aussi c'est une certaine forme d'autonomie pour gérer soit même ses
148 **tensions par exemple. Trouver sa place dans le groupe ou pouvoir s'exprimer quand c'est**
son tour devant les autres. Intégrer des règles parce que même si c'est un groupe
150 **d'expression il y a quand même des règles à respecter donc, le travail autour du cadre.**
Tout ça, je pense que ça favorise fortement l'autonomie.

152 Enquêteur : Ok, et justement quelles sont les règles en lien avec cet atelier ? Vous en avez déjà cité quelques-unes.

154 Enquêté : Par exemple c'est : d'éteindre les téléphones avant qu'on commence, d'éviter
de sortir de la salle pendant la séance. Donc on essaye d'inviter le groupe à aller aux
156 **toilettes avant de commencer et à éteindre son téléphone. C'est respecter les autres et**
respecter le temps de parole de chacun (verbale ou non verbale). Il y a aussi autour de
158 **l'hygiène quelque chose qui se dit, qu'on peut aborder au sein des séances sans aller**
directement, pour ne pas tomber dans quelques choses d'éducatif, dans il faut se laver
160 **sinon vous ne faites pas la séance. Ce n'est pas la question, mais si on fait une séance et**
que tout le groupe est dérangé par les odeurs corporelles de quelqu'un, cela va être
162 **l'occasion d'aborder la question de l'hygiène. Et par exemple de mentionner le fait que**
peut être pour travailler le corps et être en groupe c'est intéressant de venir propre et
164 **dans une tenue adaptée.**

Enquêteur : Pour finir, comment pourriez-vous caractériser le cadre que vous mettez en place
166 lors des séances de médiation corporelle ?

Enquêté : Je dirais que j'essaye de mettre en place un cadre rassurant, contenant, qui
168 favorise la confiance et l'expression. Un cadre qui permet une dynamique de groupe.

Enquêteur : D'accord, nous allons nous arrêter là. Sauf si vous voyez quelque chose à ajouter.
170 Je vous remercie pour votre participation et du temps que vous m'avez accordé.

Annexe 15 : Entretien ergothérapeute 2.

2 Enquêteur : Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions. Cet entretien sera enregistré
4 afin que je puisse ensuite l'analyser dans le cadre de mon mémoire de recherche. Cet entretien
est confidentiel et votre anonymat est assuré.

Je m'intéresse à l'utilisation de la médiation corporelle en ergothérapie auprès de personnes
6 schizophrènes et au concept d'alliance thérapeutique.
Pouvez-vous me parler de cette activité en générale ?

8 **Enquêté : Selon mon expérience la médiation corporelle est un outil qui peut toucher un
public assez large. Cette question concerne seulement la santé mentale ?**

10 Enquêteur : Oui.Oui.

**Enquêté : C'est un outil qui a l'avantage de pouvoir être proposé à un public assez
12 large : il y a une palette assez large de difficultés et de troubles en psychiatrie.
Et puis, elle offre l'autre avantage de sortir toute une part de patient du seul registre, on
14 va dire, artisanal ou artistique qui peut être un peu inhibant pour pas mal de patients.
Parce que ça fait appel à des techniques qui sont vues comme celles des artistes et avec
16 lesquelles certains patients sont très mal à l'aise. C'est un accès qui peut être favorisé
pour pas mal de patients pour rentrer dans un travail qui fait appel plutôt au corps et
18 aux mouvements. Parce que c'est quelque chose qui est aussi plus intuitifs, on va dire.
Et après bin, c'est un outil qu'il faut arriver dans une dimension institutionnelle à bien
20 positionner, clarifier et éventuellement défendre. Dès lors que l'équipe peut être
composée de psychomotriciens, il faut arriver à bien identifier en quoi il peut y avoir
22 derrière ce média corporelle une démarche de types ergothérapeutique. Si ça doit
interroger certains membres de l'équipe.**

24 Enquêteur : D'accord et donc je rebondis sur ce que vous venez de dire puisque je m'intéresse
aussi aux objectifs en lien avec cette activité. Pour vous quels sont les objectifs de l'utilisation
26 de cette médiation auprès de personnes schizophrènes ?

28 **Enquêté :** Ça peut être pour travailler le rapport à soi chez la personne schizophrène
 dans un contexte de réalité. Donc le rapport à soi en passant plutôt par l'éprouvé plutôt
 30 que l'image de soi. Celle-ci peut être altérée par des hallucinations, des interprétations,
 enfin des processus intellectuels : on va dire mentaux. Ça peut également être, de
 32 pouvoir offrir une expérience par la voie perceptive dès lors qu'il n'y a pas de délires
 kinesthésiques. Il ne faut pas qui est, peut être, d'angoisse de morcellement ou de
 34 phénomène hallucinatoire. Par exemple comme des patients qui disent : "J'ai
 l'impression que ma moelle est en train de brûler.", ou des trucs comme ça. Parce qu'il
 36 faudrait voir si ça ne serait pas réactivé. Bon je ne sais pas.

Il y a l'objectif du rapport à soi qui est très intéressant et au rapport à son corps. Le
 38 travail sur l'unité corporelle. Et puis, si c'est travaillé dans un groupe suffisamment
 rassurant, pas trop nombreux, avec des repères, par ce qu'ils peuvent être angoissés
 40 dans la relation aux autres : ça peut être aussi un moyen de rentrer en relation avec les
 autres, et avec l'autre. Par exemple, si on prend en compte certaines incapacités chez la
 42 personne schizophrène à regarder dans les yeux pour certain, pour d'autre toucher le
 corps de l'autre. En aménageant bien le dispositif, il peut aussi y avoir un objectif
 44 d'entrer en relation avec l'autre et aux autres.

Enquêteur : D'accord. Vous mettez-vous en situation d'activité avec vos patients ?

46 **Enquête :** Oui. Oui.

Enquêteur : Ok et justement, vous, en tant qu'ergothérapeute, que pensez-vous de cette entrée
 48 en relation, par ce mode là, c'est-à-dire par le langage corporel ? Qu'est ce que ça peut vous
 apporter ou apporter aux patients ?

50 **Enquête :** D'un point de vue clinique à titre d'évaluation déjà. Ça peut permettre de
 mieux, parce qu'il y a une mise en acte, de mieux comprendre la problématique
 52 relationnelle et la problématique de lien à soi et à l'autre. La personne schizophrène peut
 avoir des phénomènes dissociatifs et parfois le discours est assez pauvre donc cela ne
 54 nous donne pas beaucoup de renseignements sur les éléments dissociatifs du type idéo-
 affectif ou des choses comme ça. Donc ça peut d'un point de vue de l'évaluation, déjà

56 enrichir la clinique. Et parce que c'est mis en acte, on peut mieux cerner des difficultés
ou incapacités d'entrer en relation, ou en tous cas d'avoir des liens de cohérences entre
58 les idées, les affects et le actes.

Enquêteur : Et dans la communication avec la personne est ce que vous avez l'impression que
60 ça modifie votre façon de communiquer ?

Enquête : Alors là.. Il faut voir les capacités dites de signification ou d'accès aux
62 **symboliques, chez le psychotique qui ne va pas avoir facilement accès à ça. C'est-à-dire,**
qu'il y a tout un langage symbolique qui dans la tête du praticien peut être assez claire,
64 **qui peut ne pas parler dans un registre de type symbolique pour la personne**
schizophrène. Les schizophrènes ont un rapport à la communication plus terre à terre,
66 **de but en blanc : être au pied de la lettre. Donc le langage symbolique selon le patient**
peut être inaccessible.

68 **Mais est-ce que ça peut être une voie de travail pour accéder au symbolique ? Pourquoi**
pas. Est- ce que ça peut permettre de travailler sur les représentations, sur l'imaginaire
70 **et de solliciter, stimuler ou nourrir un imaginaire appauvri par la schizophrénie ?**
Pourquoi pas. Est-ce que ça peut permettre de relier un mouvement à une
72 **représentation ? Pourquoi pas. Est ce que ça peut permettre le travail sur les**
représentations dites secondaires ? Il existe le processus primaire chez la personne
74 **schizophrène. Ce qui est difficile, c'est d'accéder à tout les phénomènes en lien avec les**
processus secondaires. Peut être que c'est un moyen de lui permettre d'y accéder.

76 Enquêteur : D'accord, et tout à l'heure vous me disiez, vous mettre en situations d'activité avec
les patients, pensez-vous que ça induise quelque chose au niveau de la relation thérapeutique
78 avec les patients ?

Enquête : Alors oui, l'induction elle est là, partout et tout le temps. Pour moi ce n'est pas
80 **propre à la médiation corporelle. Dès lors qu'on met deux personnes dans la même**
pièce, il y a un phénomène d'induction. Ça change et ça modifie le comportement du
82 **schizophrène comme le comportement du thérapeute. Le moment où il n'y a pas**
d'induction, c'est peut être quand chacun est chez soi. Sinon pour moi, il y a toujours

84 **induction : que ce soit autour de l'argile ou juste quand on se dit bonjour.**

Enquêteur : Que la situation d'activité soit partagée ou non ? Est-ce que vous pensez que faire
86 l'activité avec eux impacte quelque chose dans la relation ?

**Enquête : Ça peut sortir le thérapeute d'une position un peu de persécuteur déjà. De
88 simple observateur et de persécuteur donc ça peut adoucir le rapport dominant-dominé.
Par ce qu'il y a un pas qui est fait vers l'autre dans le même contexte, dans la même
90 activité et dans le même agir. Et y a un niveau d'égalité qui peut s'installer. L'effet
iatrogène, l'effet négatif, c'est qu'il y ait un phénomène de confusion. Lorsqu'on "fait
92 avec" il faut faire attention à ce que ça n'entraîne pas un phénomène de confusion : de
confusion des êtres. Il faut penser un dispositif qui permet de faire avec, qui peut
94 favoriser le lien et l'accès au lien de l'un vers l'autre. Et en évitant le phénomène de
confusion. Donc j'éviterai, par exemple, le phénomène en miroir avec les schizophrènes.
96 Alors que je le travaille volontiers avec les névrosés. Car l'on est trop dans un face à face
confusionnant : ce perdre dans l'identité de la personne que l'on a en face de nous.
98 "Qu'est-ce qui est de moi qu'est ce qui est de l'autre". Ils sont déjà pour certains perdus
un peu là dedans. J'exclurais ce type de travail en miroir en première intention sans
100 connaître bien les patients.**

Enquêteur : D'accord, et par rapport à l'écoute. Comment faites vous pour être à l'écoute de
102 l'expression alors qu'ils s'expriment par le geste ?

**Enquête : Ça devient une attention. Oui, ça devient plutôt une posture d'attention pour
104 soi et pour l'autre. Et l'attention devient "sensorialisé" : elle devient écoute attentive,
vision/regard attentif, une attention visuelle, une attention auditive...
106 Pour moi, c'est d'abord au-dessus il y a l'attention qui devient plus précise si on sollicite
un sens et donc un organe. Ça rend plus spécifique l'attention sensorialisé.
108 Par exemple, je stimule l'écoute grâce à un support musicale, qui donc va attirer
l'attention auditive, parce que je mets un stimuli auditif.
110 Pour moi écouter la personne passe par des attentions qui peuvent emprunter différents
canaux sensoriels.**

Enquêteur : D'accord, oui je comprends. Et en ce qui concerne la sécurité et la confiance lors
112 des ateliers. Bon j'en parle en même temps mais ce sont deux concepts qui peuvent être
séparés. Qu'est ce que vous mettez en place pour favoriser la confiance et la sécurité des
114 personnes schizophrènes.

Enquête : **Un groupe fermé, un dispositif de type groupe fermé. Avec un nombre**
116 **restreint de participants, parce que plus il y a de stimulations plus c'est difficile pour la**
personne schizophrène. Je n'irais pas au dessus de quatre ou cinq personnes. Je
118 **descendrais même jusqu'à quatre personnes pour des personnes schizophrènes : quatre**
patients et un ergothérapeute ou trois patients avec un ergothérapeute.
120 **Un nombre limité de participants en tous cas, définit et qu'il faut réfléchir avec**
l'institution. Et puis une vision, un regard toujours possible vers la porte c'est-à-dire
122 **l'issue, la possibilité de sortir, de s'extraire et de s'échapper. La touche escape du clavier,**
il faut que je la propose de manière assez accessible et visible, car si pour une raison ou
124 **une autre, avec toutes les interprétations qui peuvent être les leurs, une angoisse devait**
surgir. Ça passera beaucoup par ma capacité à contenir, à rassurer, et donc à avoir moi-
126 **même une certaine disponibilité psychique : apaisé, calme et posé dans ma vie pour**
pouvoir amener cette espèce d'état humain à laquelle ils sont sensibles avec leurs
128 **"antennes". C'est toute une perception hors du langage paraverbale de l'autre à laquelle**
ils sont très sensibles. Il faut aussi que je sois moi-même, en tant que thérapeute, posé
130 **dans ma vie pour ne pas éveiller dans un langage non verbale la moindre inquiétude**
chez eux. C'est aussi travailler son approche et son regard. Un regard qui ne soit pas
132 **intrusif et insistant mais plutôt bienveillant. Il faut que je montre mes intentions, que**
j'explique ce que je pense et ce que ça me fait dans telle situation pour que ce soit très
134 **clair et qu'il n'y ait pas d'interprétations négatives de la part de la personne**
schizophrène. Ce qui est difficile pour eux, c'est quelqu'un qui est neutre : qui ne montre
136 **pas ce qu'il pense. Ce qui est primordial c'est ma congruence, que l'autre puisse lire**
assez facilement mon état affectif, mes intention et mes pensées. Par ce que je fais le
138 **choix de le montrer et de le transmettre. C'est ma congruence, mon authenticité, tout ça**
avec un patient schizophrène c'est plus rassurant qu'à l'inverse quelqu'un qui est un peu
140 **froid, blindé : ça ne rassure pas du tout. C'est pas mal de chose qui sont de l'ordre de ma**

posture mon attitude et du dispositif du cadre physique et du cadre interne.

142 Enquêteur : D'accord et par rapport au cadre vous avez abordé la notion de cadre interne mais en ce qui concerne le cadre : si l'on parle de règles y en a-t-il et quelles sont-elles ?

144 **Enquête : Alors oui, c'est bien sûr toujours une bonne clarification en début de séance des règles ou des consignes qui vont être un repère en lien avec la grande loi : la réalité.**

146 **Pour qu'après il y ait de la cohérence entre les expériences de chacun, l'expérience de groupe et cette réalité. Donc un rappel, un appui, un repère sur ces règles qui assurent**

148 **qu'il ni ait pas à nouveau un KO extérieur et que cela engendre des angoisses en plus du KO qu'ils peuvent vivre à l'intérieur.**

150 **Une clarification des règles à chaque séance et éventuellement si besoin un rappel sur le fonctionnement qui va aussi participer à apaiser la personne dans des moments**

152 **d'inquiétudes où elle peut ne plus savoir comment fonctionne le monde. L'expérience peut éventuellement procurer cette sensation.**

154 Enquêteur : Et par rapport aux règles est-ce que vous les énoncez au groupe ?

Enquêté : Oui à tout le groupe et en début de séance.

156 Enquêteur : Pouvez-vous les énoncer ?

Enquête : Il y a des règles de non passage à l'acte sur l'autre, des règles de confidentialité : ce qui va se passer là, ça nous appartient, on va essayer de le garder à l'intérieur et ainsi retravailler la notion d'espace intérieur psychique qui peut contenir des éléments. Pas le droit de manger l'autre, de non passage à l'acte. Des règles de respects. Ça peut aussi être des règles de début et de fin. C'est aussi de rappeler le temps : combien de temps ça dure, et qu'on s'engage à faire la séances entièrement. C'est ce qui peut être difficile et qu'il faut savoir assouplir à un moment pour permettre à un patient de s'extraire momentanément de la séance afin de mieux revenir après. Des règles annoncées mais qui peuvent être adaptées au cas par cas. Des règles où l'on s'engage, le thérapeute aussi, à être là le jour J. Ce sont aussi des règles de continuité et

**d'engagement pour tout le monde : patients et thérapeute. Ce ne sont plus des règles
168 mais il y a aussi des invitations à favoriser la verbalisation quand il y a des choses qui ne
vont pas, essayer de mettre des mots et d'en parler.**

170 Enquêteur : Justement vous parlez de la verbalisation. Je questionne aussi les ressentis. En
médiation corporelle il y a un cadre qui permet l'éprouver. Pour vous quelle est la place du
172 ressenti dans cette activité ? Et pensez-vous que l'éprouver, le faire de se ressentir et ressentir
des sensations, à un impact sur le patient.

174 **Enquête : Le ressenti c'est une expérience sensorimotrice. Ça peut être du registre d'une
expérience sensori-affectivo-motrice, qui peut chez le patient schizophrène ne pas être
176 associée à une représentation. Donc, si on veut citer certains auteurs : il y a des éléments
bêta, sur le quel la fonction alpha n'a pas pu opérer et faire du lien entre une sensation et
178 un éprouvé. Cette expérience d'éprouvé vécue au prime abord comme ça avec un patient
schizophrène doit être accompagnée. Il faut qu'on l'aide à l'identifier et qu'il y ait cette
180 parole, cette fois-ci pas de la "mère", mais de la part du thérapeute qui permet de
contenir une sensation à l'intérieur d'une représentation qui est nommée. Et que ça
182 puisse être ensuite une expérience, un éprouvé reconnu et surtout associé la prochaine
fois à une représentation. Cela peut permettre de travailler le lien associatif, là aussi,
184 entre processus primaires et processus secondaires. De travailler également les éléments
bêta avec la fonction alpha qui vient finalement contenir une expérience sensori-
186 affectivo-motrice par une représentation.**

Enquêteur : Ok, donc que ça soit la verbalisation de la part de l'ergothérapeute ou de leur
188 propre verbalisation. Le temps durant lequel ils peuvent eux même mettre des mots sur leurs
ressentis (verbalisation) vous pensez que ça peut également avoir cet effet là ?

190 **Enquête : Y a pas la garantie que le patient verbalise une sensation qu'elle soit adaptée.
Il peut y avoir de la discordance, c'est-à-dire nommer par un mot qui n'est pas le bon un
192 état ou un affect. De la part d'un patient, on ne peut pas lui demander, car il n'y a pas la
garantie que ce soit bien accordé. C'est là où ce travail de verbalisation peut être
194 amplifié avec l'intervention de l'ergothérapeute. Cela permet qu'il y ait une bonne**

concordance entre un affect et la façon de le nommer. Maintenant..

196 Enquêteur : Juste excusez moi, mais donc du coup cet accompagnement de la part de
l'ergothérapeute, au niveau de la justesse des ressentis de la personne... Enfin est-ce que le
198 faite de les accompagner dans leur ressenti vous pensez que ça impacte la relation que vous
pouvez entretenir avec les patients ?

200 Enquêté : **Enfin.. Ça comme toutes interventions avec une personne. C'est-à-dire que la**
relation est impactée parce qu'elle est agie par le thérapeute. Et toute intervention du
202 **thérapeute sur un patient impacte la relation puisque c'est un intérêt, une attention**
qu'on lui porte : donc ça impacte forcément la relation. A l'inverse d'une personne, qui
204 **détourne le regard ou leur tourne le dos et n'entre pas en relation avec. Donc, j'ai envie**
de dire oui ça a un impact, mais pas plus ou pas moins. Comme toute intervention d'un
206 **soignant, dès lors qu'il s'arrête sur la personne et agit avec elle en interaction. Ça**
participe à construire au bout d'un moment un lien de confiance, ça va l'aider aussi à
208 **rentrer en relation avec le thérapeute. Parce que il y a quelqu'un qui intervient sur lui de**
manière bienveillante et en plus dans une certaine cohérence : donc voilà oui oui ça
210 **impacte. Oui ça impacte mais autant le temps de verbalisation, que le temps de**
proposition d'exercices, que le temps d'écoute ou que le temps des au revoir. Parce qu'on
212 **agit dans la relation avec la personne donc oui.**

Enquêteur : Ok, je comprends, oui la relation est un outil qui est mis en œuvre tous le temps.

214 Enquêté : **Voilà c'est ça. Dès la première poignée de main jusqu'au au revoir.**

Enquêteur : Je reviens un peu sur ce dont on discutait tout à l'heure. L'alliance thérapeutique
216 est composée de la relation, on en parle un peu depuis tout à l'heure. Il y a aussi les objectifs
de travail. Donc je voulais savoir si les objectifs en lien avec l'activité ou les objectifs
218 individuels sont énoncés aux personnes schizophrènes. Sont-ils au courant de ce qu'ils
viennent mettre en travail dans cette activité ?

220 Enquêté : **Il y a avant de proposer un atelier d'expression corporelle à un patient, avant**

ça, il y a un moment où on peut lui proposer l'activité: voir quels sens ça peut avoir pour
222 lui et le sens en amont. Donc ça va être travailler autour de ce que la personne est
capable de le reconnaître, si elle est capable de reconnaître ses difficultés. Ça pose
224 plusieurs questions parce que en amont, si on est dans un problème de déni des troubles,
les objectifs peuvent ne pas avoir de sens : car la personne ne se reconnaît pas comme
226 étant malade. Donc on peut ne pas les énoncer par ce que ça ne raisonnera pas face à ses
difficultés. Si la personne est capable de reconnaître certains troubles, dans ces cas là, il
228 est intéressant d'associer un objectif c'est une autre proposition de travail et
d'association qui lui est faite : c'est une proposition d'espace d'agir en ergothérapie et un
230 objectif associé à sa difficulté pour que l'expérience prenne du sens. Le processus
d'évolution qui peut être enclenché, s'ancre dans une réalité et s'inscrit dans la
232 conscience de la personne parce que le thérapeute et la personne font du lien : ils
élaborent un objectif, dans un espace de travail thérapeutique avec une difficulté au
234 milieu.

Donc ce travail d'association, il me paraît intéressant de ne pas le faire seul dans sa tête
236 mais de le présenter devant le patient et de l'inviter à nous rejoindre dans cette
élaboration commune. Garder en tête que cet espace peut nous aider à travailler sur ces
238 difficultés, mais cela demande d'avoir fait une évaluation de la personne sur ces
capacités à reconnaître ces troubles.

240 Enquêteur : D'accord, ça marche. Y avait aussi la question de : est-ce que justement vous
pouvez adapter vos séances en fonction des demandes des personnes psychotiques ?

242 Enquêté : Dès lors qu'on travail avec des personnes psychotiques, j'ai envie de dire qu'il
faut arriver à se saisir de toutes demandes. Dès lors que cette demande peut rentrer dans
244 une faisabilité, dans un contexte de réalité. Donc s'il y a une demande, par exemple de
venir participer en médiation corporelle et si l'état clinique de la personne le permet :
246 peut-être qu'il n'est pas trop éparpillé, dissocié, en crise et proie avec ses troubles. Donc
oui si la demande est adaptée : première chose. Après une demande particulière mais
248 personnelle qui pourrait venir peut d'autant plus être écoutée et accompagnée si le
groupe n'est pas trop nombreux. C'est-à-dire je reviens à toute à l'heure, quatre cinq
250 patients c'est aussi pouvoir aussi faire un peu d'individuel dans le groupe. En tout cas de

l'accompagnement personnalisé dans le groupe et de répondre à des demandes un petit
 252 peu plus spécifiques, qui émanent comme ça de l'individu, qui sont plus singulières. Les
 demandes doivent avoir du sens et sont toujours en lien avec l'évaluation du respect du
 254 groupe, du respect de l'équilibre. Mais si une demande ne met pas en danger les autres
 et que le groupe n'est pas trop nombreux : pourquoi pas l'accompagner. Après il y a des
 256 demandes qui sont à coté et dans ce cas là on peut remettre la notion de cadre ou de
 contexte adapté ou non adapté. Il peut également être intéressant d'apprendre au patient
 258 à différer. Ça peut être du coup un travail thérapeutique de dire non à un certains
 moment parce qu'on a pas fini cette séance là, par exemple. Et de l'expliquer :
 260 "Attendez quelques instants et à ce moment là vous pourrez soumettre cette idée au
 reste du groupe". C'est finalement proposer à la personne de différer sa demande. C'est
 262 aussi quelque chose qui est difficile donc parfois il peut être intéressant de différer la
 demande, rien que pour le travail que ça demande derrière.

264 Enquêteur : Oui, c'est aussi réussir à gérer sa frustration..

Enquêté : Exactement, exactement et c'est aussi sortir du phénomène de toute
 266 puissance. Donc c'est comme ça qu'on peut aussi travailler le principe de réalité : c'est
 avec des limites sur certaines choses. Donc j'ai envie de dire : au cas par cas, tout dépend
 268 de la demande et tout dépend du contexte dans lequel on est. (*Rires*) Il y a des demandes
 qui peuvent totalement être saisies et accompagnées parce que ça rentre bien dans le
 270 contexte et d'autres demandes où ça n'est pas le moment et on invite le patient à différer
 et le faire après. Donc c'est difficile de répondre à une question qui est un peu générale
 272 mais où j'ai pu répondre dans un sens et son contraire, en expliquant un peu comment et
 pourquoi. Donc j'ai envie de dire oui et non.

274 Enquêteur : Je comprends bien. Pour avoir suivi des ateliers fait par des ergothérapeutes, je
 visualise très bien ce que vous avez pu en dire. J'ai encore quelques petites questions.
 276 Par rapport à l'autonomie des personnes schizophrènes qu'est-ce que vous pouvez mettre en
 place pour favoriser l'autonomie. Et pour vous qu'est ce qui favorise l'autonomie ?

278 Enquêté : Bon là ça va être plus complexe. Alors, de quelle autonomie on parle, je ne sais

pas, si on parle de l'autonomie psychique, c'est compliqué parce que c'est le dernier
280 stade dans le développement psychoaffectif. Ils sont coincés à des stades très archaïques.
Savoir mettre leurs cinq sucres dans leur café, ça oui, ils sont autonome. Ils savent le
282 faire, ils l'ont intégré et ils l'ont acquis : c'est un rituel. Après gérer des situations, avec
pleins d'humains, des affects et des choses très abstraites.. Entre ce que l'on dit, ce qu'ils
284 ressentent : un décodage du complexe des relations humaines avec ce qui est dit, non dit,
observé etc et là dedans arriver à se dépatouiller et avoir une réponse adaptée au
286 monde : tout ça euh, c'est encore un autre univers. Donc en fait la question de
l'autonomie, elle est très relative chez une personne atteinte de schizophrénie : sur des
288 actes simples avec le monde matériel ça peut s'envisager mais sur des processus plus
complexes qui font rentrer en jeu des phénomènes invisibles abstraits, qui font rentrer la
290 notion de temporalité. C'est autre choses. Savoir qu'une pizza, il faut la mettre au
fridaire et que au bout de X temps elle est à jeter : toutes ces notions de temporalité et
292 de phénomènes abstraits auxquels ces patients ont bien du mal à accéder parce que leurs
fonctions cognitives et leurs processus psychiques, on va dire le Moi, n'est pas assez
294 développé pour accéder à tous ça. L'autonomie je peux la mettre la dedans aussi. Donc il
faudrait préciser de quelle autonomie on parle et je pense qu'elle est très relative. Si la
296 situation est assez simple on peut parler d'autonomie. Si on a à faire des phénomènes
plus abstraits et complexes : c'est là où le handicap de la personne ressort fortement.
298 Elle n'est pas capable de gérer. Par exemple, la gestion de son traitement parce que ça
fait rentrer en jeu la notion de temps c'est plus compliqué. Donc l'autonomie c'est
300 compliqué d'aborder ça je trouve. Elle est à clarifier, préciser et surtout à
compartimenter dans des secteurs. Il y a des secteurs où on peut imaginer que c'est
302 possible de la travailler, parce que ça à un rapport à un matériel simple qui n'évolue
pas : un rapport objet. Mais y a des secteurs avec tout ce qui est processus dégradable, le
304 temps et l'abstrait ou l'invisible : là c'est plus compliqué.

Enquêteur : Oui je comprends bien, après je me questionne : si le fait de les accompagner à
306 ressentir des choses et à pouvoir les nommer, en parler est-ce que ça ne favoriserait pas
l'autonomie ou en tout cas la capacité que la personne a de reconnaître en soi quelque chose
308 de soi donc l'individuation et..

Enquêté : Ça ne peut pas... Enfin il y a des étapes dans le processus de développement.

310 **Déjà d'associer à une bonne expérience sensorimotrice une bonne représentation. C'est**
 déjà une étape. Et si ça peut permettre de reconnaître en soi ou d'identifier des troubles
 312 **en lien avec sa pathologie, c'est déjà une super étape. On va rester quelques mois voir**
 quelques années là dedans et ça ne sera pas mal. Passer à l'autonomie et au processus
 314 **d'individuation, ça demande d'abord qu'il y ait eu un processus d'identification à**
 l'autre : "Je suis comme toi". Comme quand les adolescents par leurs goûts musicaux ou
 316 **leur tenues se détachent du modèle parental, mais du coup s'identifient aux autres. De**
 gérer leur angoisse et de survivre la dedans c'est déjà une autre étape à laquelle les
 318 **patients n'ont pas encore eu accès. Donc après, le processus de s'individualiser c'est**
encore une autre étape.

320 **Enquêteur :** Le dernier thème est en lien avec l'engagement du patient. Est ce que vous avez
 déjà eu l'occasion de voir des modifications dans le comportement des personnes ?

322 **Enquêté :** C'est au cas par cas là aussi. Tout dépend en amont de l'évaluation, si c'est
 bien posé, on peut avoir des personnes qui reviennent parce que l'expérience prend du
 324 **sens quand on utilise une voix plus corporelle. Et puis il y a des états de bien être. Il y a**
 des processus physiologiques qui font qu'il y a de réels apaisements par rapport à des
 326 **tensions physiques ou des angoisses. Ils peuvent identifier que tel atelier leur fait du**
 bien : à leur corps et à leur appareil psychique. Ça apaise les tensions internes aussi
 328 **donc pour toutes ses raisons là, les gens savent retourner là où ils ont du plaisir et du**
 bien être. Par contre, si on a pas pu bien évaluer en amont, on peut avoir proposé
 330 **l'activité et le patient ne va pas pouvoir bien l'investir donc il ne reviendra peut être pas.**
Ou si il vient ça sera de manière complètement inadaptée c'est-à-dire qu'il viendra cinq
 332 **minutes puis il repart. Ou bien il arrive cinq minutes avant la fin de la séance. Donc il va**
 être dans cet à coté, ce décalé, parce que ça ne fait pas sens, ou alors ce n'est pas
 334 **accessible à sa psyché. Dons là tout dépend beaucoup je pense de l'évaluation en amont.**

Enquêteur : Et le fait de justement, de les avoir aborder sur un autre mode d'entrer en relation
 336 **pensez vous que ça donne envie à la personne de venir aux autres ateliers que vous proposez à**
 côté ?

338 **Enquêté :** Alors c'est le lien. Ça peut favoriser un lien de confiance. C'est un élastique
qui peut du coup attirer pourquoi pas, là où est l'ergothérapeute. Mais encore faut il que
340 ce ne soit pas quand il est aux toilettes, par exemple. Ou ça peut être un lien élastique
intéressant lorsque par exemple, le patient est en Intra et qu'il est question qu'il aille sur
342 l'HDJ. "Tient ça tombe bien l'ergothérapeute est à la fois à l'Intra et à l'HDJ." Donc ça
peut être un repère humain intéressant et rassurant : d'autant plus quand il s'agit de
344 changer d'espace. Donc je pense que c'est valable dans d'autre espace d'ergothérapie. Je
pense qu'à un moment si il y a un lien de confiance qui est établi ça peut aider le patient
346 à aller dans un autres espaces, dès lors que le lien est créé parce que l'ergothérapeute est
là.

348 **Enquêteur :** Merci beaucoup, je n'ai plus de question..Avez-vous quelque chose à ajouter ?
Sinon nous avons terminé.

Annexe 16 : Outil d'analyse entretiens "patients".**• RELATION**

Thème abordé	[Ce que génère l'expérience partagée chez les patients et au niveau de la relation]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Changement d'habitude positif et bénéfique. - Encourage la cohésion de groupe.	<i>"Plus on est, plus on rigole" l.23</i> <i>"Euuh [...] d'habitude." l.28-30</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Renforce et facilite le respect du cadre de l'activité.	<i>"Oui [...]dire" l.105</i> <i>"Et ouai [...] facile." l.107-109</i>
Entretien 3 : Mr X	- Changement d'habitude positif et bénéfique pour l'ergothérapeute comme pour Mr X. - Renforce les conditions propices à l'expression de soi (écoute, détente) et - Réduction du sentiment d'être observé.	<i>"C'est bien [...] nous." l.23-24</i> <i>"C'est bien [...]bien." l.26-28</i>

Thème abordé	[Le langage corporel comme mode d'expression.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Rapprochement de l'expression avec l'autonomie et la capacité d'adaptation. - Apprécie et prend du plaisir à s'exprimer par/ avec/et, à travers son corps.	<i>"Le langage [...] moyen." l.16-17</i> <i>"Le fait de s'exprimer [...] aise. l.10-12</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Expression facilitée par l'utilisation du corps comme médiateur.	<i>"Oui, oui, c'est plus facile." l.23</i> <i>"Avec le corps." l.25</i>
Entretien 3 : Mr X	- Difficulté d'expression par le langage verbal, rattachement de sa maladie et son niveau scolaire. - Sensations de bien-être. - Expression facilitée par l'utilisation du corps comme médiateur. - Autonomie en lien avec l'adaptation et l'appropriation de gestes.	<i>"C'est plus facile c'est vrai." l.12</i> <i>"Oui, [...] pareil." l.14-17</i> <i>"Ça va [...] grave." l.28-29</i>

Thème abordé	[Les difficultés rencontrées dans l'expression corporelle]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien	- Verbalisation de ressentis physiques et	<i>"C'est vrai [...] agréable." l.18-</i>

1 : Mr Z	d'émotions qui peuvent être difficiles. - Mise en avant des inquiétudes en lien avec l'activité physique. - Adaptation aux événements afin de ne pas être face à un obstacle.	20 <i>"Des fois ça tire et ça bloque mais après on fait avec." l.43-44</i> <i>"Non [...] avec." l.39-40</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Difficultés d'expression gestuelle en relation avec les limitations de capacités physiques de la personne.	<i>"Je [...] bas." l.12</i> <i>" Oui, j'ai des difficultés. C'est dur, mais pas pour tout." l.18</i>
Entretien 3 : Mr X	- Difficultés d'expression gestuelle mises en lien avec les limitations de capacités physiques de la personne. - Autonomie, adaptation et appropriation des gestes afin de ne pas être face à une situation d'échec.	<i>"Mais [...] tout." l.15-17</i> <i>"Bon des fois [...] grave." l.28-29</i>

Thème abordée	[Écoute]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Sensation d'être écouté	<i>"Bin ouai je me sens écouté, j'ai le ressenti qu'on m'écoute."</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Sensation d'être compris	<i>"Je me sens compris [...]" l.28</i>
Entretien 3 : Mr X	- Écoute mutuelle entre Mr X et l'ergothérapeute.	<i>"Oui moi je l'écoute" l.87</i> <i>"Ah oui, aussi." l.90</i>

Thème abordé	[Sécurité.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Le sentiment de sécurité est en lien avec le dispositif du groupe (fermé) et entre les membres qui le composent.	<i>"Oui ça oui, [...] va.." l.53</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Sentiment d'insécurité découlant de son état clinique. - Il semble se sentir assez en confiance et rassurer pour participer à cet atelier même lorsqu'il ne va pas bien.	<i>"Des fois, [...] ça dépend." l.83</i> <i>"Mais j'y vais quand même quand je ne suis pas bien." l.85</i> <i>"Non je n'ai pas peur, non." l.87</i>
Entretien 3 : Mr X	- Corrélation entre sécurité et confiance.	<i>"Oui les deux, oui" l.31</i>

Thème abordé	[Confiance]	
--------------	--------------------	--

	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Confiance aux thérapeutes durant l'activité présente. - Difficulté à accorder sa confiance aux autres.	"Oui elle [...] plus." l.46 "Je fais confiance [...] difficile" l.48-49
Entretien 2 : Mr Y	- Confiance évoquée spontanément en lien avec la réalisation de l'activité, avec l'ergothérapeute.	"Ça me met en confiance oui." l.93
Entretien 3 : Mr X	- Corrélation entre sécurité et confiance.	"Oui les deux, oui" l.31

Thème abordé	[Accompagnement]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Autonomie (accompagnement personnel) - Accompagnement thérapeutique présent sous forme de conseils	"Moi [...] même." l.68. "Non [...] pas." l.70-71
Entretien 2 : Mr Y	- Accompagnement dépendant de la capacité de l'ergothérapeute à gérer le groupe et la façon dont il favorise l'expression de chacun.	"Oui, elle [...] bien ça." l.35-36
Entretien 3 : Mr X	- Accompagnement en lien avec la capacité du thérapeute à soutenir et encourager.	"Oui elle [...] ouai." l.93

● OBJECTIFS

Thème abordé	[Objectifs de la personne en lien avec l'activité : le but de sa venue]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Se rendre à l'activité de façon sereine. - Être en interaction groupale. - S'adapter aux contenus des séances et à ce que cela peut générer. Il explique que cet objectif est en lien avec sa vie quotidienne.	"C'est d'y [...] avant." l.88-91
Entretien 2 : Mr Y	- Objectifs en rapport avec l'abaissement des tensions psychiques et avec le bien-être (moral). - Venue motivée pas le groupe. Objectif d'être en relation avec le groupe.	"Ça fait [...] tête." l.61 "Ça part [...] ça." l.63
Entretien 3 : Mr X	- Objectifs en lien avec l'abaissement des tensions physiques et un gain d'élan vital.	"Pour [...] forme." l.60-61

Thème abordé	[Place de cette activité dans le soin]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :

Entretien 1 : Mr Z	- Dans la continuité du soin.	<i>"Ouai c'est comme, ça suit le soin." l.93</i> <i>"Oui c'est ça". l.95</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Conscience que ça fait partie du soin.	<i>"Oui, je sais que ça fait partie du soin." l.59</i>
Entretien 3 : Mr X	- Après réflexion, il a conscience que cette activité est un soin. Il la compare aux soins médicamenteux et classe ces deux types de soins en fonction de ses problématiques.	<i>"Je [...] question." l.63</i> <i>"Pour moi [...] facile." l.65-68</i>

ACTIVITE DE MEDIATION CORPORELLE

Thème abordé	[Ce que génère cette activité chez la personne]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Cette activité lui est très agréable, il prend beaucoup de plaisir et cela le détend. - Expression corporelle en lien avec une décharge psychomotrice et une meilleurs conscience de soi.	<i>"Moi [...] humeur." l.32-36</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Bien-être résultant d'un temps de relaxation dynamique. - Mieux-être et détente après l'activité.	<i>"Ça fait [...] échange." l.47-49</i> <i>"Après je me sens mieux, plus détendu." l.52</i>
Entretien 3 : Mr X	- Se concentrer sur ses sensations corporelles, permet de mettre à distance les éléments anxiogènes, ce qui est source de tranquillité et de bien-être.	<i>"Le matin [...] concentré." l.44-47</i> <i>"Ça fait [...]tranquille." l.49-50</i>

Thème abordé	[Notion de groupe : Collaboration groupale]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Se sent en collaboration avec le reste du groupe.	<i>"Oui. Ça va oui." l.125</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Ne se sent encore en collaboration avec le groupe.	<i>"Non pas vraiment enfin pas encore." l.112</i>
Entretien 3 : Mr X	- Collaboration avec les autres en fonction des différents temps de l'atelier.	<i>"Et bien [...] plaisir." l.38-39</i>

Thème abordé	[Verbalisation]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :

Entretien n 1 : Mr Z	- Moment qui laisse à la personne le temps suffisant de s'exprimer.	<i>"Oui on a largement le temps. Ouai c'est bien." l.83</i>
Entretien n 2 : Mr Y	- Les sollicitations de l'ergothérapeute envers chaque individu, durant ce temps, donne un sentiment d'égale considération et de confiance à Mr Y. Ce temps est important pour lui.	<i>"Oui [...] parler." l.55-56 "Oui, [...] fin." l.75-78</i>
Entretien n 3 : Mr X	- Temps bénéfique mais parfois il a des difficultés à mettre des mots sur l'expérience vécue.	<i>"Oui [...] fois." l.56-57</i>

Thème abordé	[Bénéfice pour la personne]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Enrichissement personnel. - Plaisir	<i>"Et bien [...] enrichissant." l.8 "Moi [...] bien." l.11</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Effet positif au niveau de la sphère psychique (mémoire, du moral). - Bien-être	<i>"Ça [...] bien." l.7-9 "Ça [...] tête" l.61</i>
Entretien 3 : Mr X	- Bénéfice globale pour la personne tant au niveau de la sphère psychique que physique.	<i>"Que [...] quoi." l.8-9</i>

Thème abordé	[Liberté d'expression, proposition de mouvements, autonomie]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Sentiment de pouvoir s'exprimer librement au sein du groupe tout en restant adapté au cadre. - Par son sentiment d'autonomie et d'adaptation durant les séances ainsi que le fait qu'il n'anticipe pas ce qu'il va se passer, Mr Z renforce son sentiment d'auto-efficacité.	<i>"Ooh oui !" l.56 "On s'exprime [...] personnel." l.59-61 "De bien [...] pas." l.64-66 "Oui [...] faire." l.79-79</i>
Entretien 2 : Mr Y	- Sentiment de pouvoir s'exprimer librement au sein du groupe. Il se réfère au garant du cadre (l'ergothérapeute) afin de savoir s'il est possible ou non de proposer une idée au reste du groupe. - Respect et écoute du thérapeute et du cadre.	<i>"Oui, [...] cela." l.41-43</i>
Entretien 3 : Mr X	- Sentiment de pouvoir s'exprimer librement au sein du groupe. Il se réfère au garant du cadre (l'ergothérapeute) afin de savoir s'il est possible ou non de proposer une idée au reste du groupe. - Respect et écoute du thérapeute et du cadre.	<i>"Je demande [...] pas." l.34-35</i>

● **ENGAGEMENT ET APPROPRIATION DE L'ACTIVITE**

Thème abordé	[Ce qui fait que les personnes reviennent de semaine en semaine à cette activité]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien n 1 : Mr Z	- Plaisir et bien-être. - Participation avec la mise en jeu du corps	"Le fait [...] bien." l.97-98
Entretien n 2 : Mr Y	- Bien-être - Exercice physique et décharge psychomotrice	"Ça fait [...] l'intérieur." l.89-91
Entretien n 3 : Mr X	- Bien-être - Exercice physique et décharge psychomotrice.	"Ça [...] viens." l.71-72

Thème abordé	[Ce que génère la personne qui propose l'activité auprès des personnes]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Pas envisagé que ce soit quelqu'un d'autre. - Pas de relation de dépendance. - Dit s'inscrit à cette activité pour ce qui est proposé.	"Et [...] personne. l.103-104 "Bin [...] participe." l.110-111 "Les [...] non." l.114-115
Entretien 2 : Mr Y	- Acceptation de l'activité et de la personne qui la propose. - Pas de relation de dépendance.	"Bin, [...] psy." l.101-102
Entretien 3 : Mr X	- Pas de relation de dépendance. - Exprime le fait qu'il est important de faire cette activité même si pour cela il doit y avoir un changement de professionnel de santé. - Cependant conscience que le fait que ce soit une autre personne qui "anime" l'activité a un impact sur celle-ci.	"On [...] fait ?" l.76-77 "Ouais [...] quoi." l.79

Thème abordé	[La médiation corporelle et les autres ateliers proposés par l'ergothérapeute.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien 1 : Mr Z	- Activité qui permet un ressourcement et qui est en lien avec motivation à cette personne.	"Oui [...] partante." l. 121-122
Entretien 2 : Mr Y	- L'activité de médiation corporelle n'impacte pas avec son envie de faire d'autres activités avec l'ergothérapeute.	"Non, pas vraiment." l.97
Entretien 3 :	- Plaisir de faire des activités avec l'ergothérapeute.	"Bin [...] tout." l.83-84

Mr X	- Apprécie les autres ateliers que l'ergothérapeute propose.	
------	--	--

Annexe 17 : Outil d'analyse entretiens ergothérapeutes.

• RELATION

Thème abordé	Relation dans la médiation corporelle.	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	-Mr W pense que le fait d'inviter une personne à se connecter avec ses sensations et à s'autoriser à accueillir ce qui se passe en elle, avec un cadre qui permet l'expression libre de soi, sur la base du non-jugement, aide à la mise en place d'une relation de confiance. De plus cette activité permet d'amener un mieux-être chez la personne, notamment avec les exercices de respiration. Mr W explique que la perception de cette sensation de bien-être par la personne peut favoriser l'installation de la relation de confiance.	<i>"Je pense [...] aussi." l.25-35</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	-Mr V évoque le fait que la relation est impactée par toutes les interactions entre patient et thérapeute et ce quelque soit l'activité. Toute intervention thérapeutique impacte la relation car la personne est en interaction avec le thérapeute. Au bout d'un moment, ces prises de contacts lors d'ateliers ou d'autres temps favorisent la mise en place d'un lien de confiance ainsi que l'entrée en relation avec le thérapeute. Mr V explique que les différents temps de l'atelier quels qu'ils soient impactent la relation de façon égale, puisque la relation "soignant-soigné" se joue dès la première poignée de main jusqu'à l'au revoir.	<i>"Ça [...] oui." l.201-213 "Voilà [...] revoir." l.215 "Alors [...] bonjour." l.79-84</i>

Thème abordé	[Situation d'activité partagée]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	- Mr W se met en situation d'activité avec les patients durant les séances d'expression corporelle. Il dit que cela lui donne une place différente par rapport aux autres ateliers. Il dit avoir l'impression d'être plus dans la rencontre et l'échange avec les personnes. Car elles s'expriment au travers de leur corps mais également avec leurs mots à propos de leurs ressentis personnels, voire intimes.	<i>"J'ai l'impression [...] non." l.53-58</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Mr V se met également en situation d'activité avec les patients durant les séances d'expression corporelle. Il explique que cela peut sortir le thérapeute d'une simple posture d'observateur qui peut être vécue comme persécutrice. Cela peut également adoucir le rapport soignant-soigné, "dominant-dominé" car les deux parties se rencontrent dans une situation, un contexte et le même agir. Mr V explique que se mettre en situation d'activité peut également induire un effet iatrogène : "un phénomène de confusion des êtres". Il	<i>"Oui Oui" l.46 Ça peut [...] les patients.l.87-100</i>

	insiste donc sur la nécessité de penser un dispositif qui permet "de faire" et d'être en lien avec le groupe tout en évitant les phénomènes de confusion. Les exercices de mimétisme l'un en face de l'autre sont donc exclus par Mr V lors des séances avec des personnes psychotiques.	
--	--	--

Thème abordé Expression corporelle : apports pour le thérapeute		
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	- Comme nous l'avons vu précédemment, Mr W dit avoir l'impression d'être plus dans la rencontre et l'échange avec les personnes.	<i>"J'ai l'impression [...] corporels." l.53-55</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	-Mr V trouve que ce type d'activité permet de mieux comprendre les problématiques en lien avec la schizophrénie, et notamment les problématiques relationnelles (aux autres et à soi). Il évoque le fait que le discours peut être parasité par des phénomènes dissociatifs ou qu'il peut être pauvre, ce qui donne peu de renseignement sur les éléments dissociatifs de types idéo-affectifs. Le fait de les voir en actes permet d'apporter de nouveaux éléments à l'évaluation clinique de la personne : cela permet de mieux comprendre les difficultés et incapacités de la personne.	<i>"D'un [...] actes." l.50-58</i>

Thème abordé Écoute		
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	-Selon Mr V l'écoute passe par une posture d'attention envers soi et l'autre. L'écoute est une attention "sensorialisée" qui peut emprunter les différents canaux sensoriels (vision, audition, touché, goût et odorat).	<i>"Ça devient [...] sensoriels." l.103-111</i>

Thème abordé Sécurité et confiance.		
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	-Mr W mentionne une dynamique de groupe qui met en confiance.	<i>"Il y a [...] confiance." l.25-26</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	-Mr V favorise le sentiment de sécurité et la confiance chez les personnes schizophrènes par le choix d'un groupe fermé. Il fait attention à ce que la porte de la pièce (la sortie) soit visible pour les patients afin de rendre la sortie possible face à une angoisse trop envahissante. Mr V explique que les sentiments de sécurité et de confiance sont favorisés par les capacités que le thérapeute met en place : capacité à contenir,	<i>"Un groupe [...] interne." l.116-142</i>

	<p>à rassurer, à avoir soi-même une disponibilité psychique. Il évoque le fait que les personnes schizophrènes ont une sensibilité développée, "des antennes" pour ressentir "l'état humain". Selon lui, c'est toute une perception hors du langage paraverbal de l'autre à laquelle ils sont très sensibles. Le thérapeute se doit alors d'être posé dans sa vie, calme, apaisé, afin de ne pas éveiller d'inquiétudes chez les patients. Mr V continue en expliquant qu'il est nécessaire de travailler son approche ainsi que son regard afin d'être bienveillant et de ne pas sembler intrusif ou insistant. Selon Mr V il est très important de laisser paraître ses intentions, d'expliquer ce que l'on pense afin d'éviter toute interprétation négative. Pour lui ce qui est primordial c'est la congruence du thérapeute, son authenticité qui rassure la personne schizophrène. La posture, l'attitude, le cadre interne du thérapeute ainsi que le cadre physique participent à favoriser un sentiment de confiance et de sécurité chez les patients.</p>	
--	--	--

• OBJECTIFS

Thème abordé	Objectifs de l'activité	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	-Mr W exprime plusieurs objectifs en lien avec cette activité: ramener à une réalité concrète qui passerait par les sensations corporelles, travailler sur l'image du corps en stimulant les limites corporelles et les contours, abaisser les tensions et l'angoisse, permettre l'expression de soi en prenant la parole avec son corps, trouver sa place dans le groupe. Il parle également de la notion d'identification au groupe et de processus d'individuation.	<i>"Il y a [...] personne." l.64-73 "Oui, [...] m'entoure." l.75-78</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	-Mr V énonce les objectifs suivant : travailler le rapport à soi dans un contexte de réalité en passant par l'éprouvé, offrir une expérience par la voie perceptive, le rapport à soi, à son corps et aux autres, travailler sur l'unité corporelle, favoriser l'entrée en relation avec les autres. Il explique que le dispositif de l'activité est pensé afin de favoriser la réalisation des objectifs.	<i>"Ça peut [...] autres." l.28-44</i>

Thème abordé	Objectifs connus par les patients.	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	- Mr W effectue une présentation des objectifs au groupe concerné avant de débiter l'activité pour la première fois. Il pense que les patients ne parviendraient sûrement pas à citer tous les objectifs qui leurs ont été présentés la première fois. Mais il explique qu' actuellement, les personnes verbalisent en fin de séances ce que ça leur apporte. Pour lui, le fait qu'elles verbalisent leurs ressentis, répond aux objectifs en lien avec	<i>Je [...] atelier. l.81-86</i>

	cette activité.	
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Mr V fait une présentation de l'activité de médiation corporelle à la personne avant de lui proposer de s'y inscrire. Ce temps là est utilisé afin de voir quel sens cela peut avoir pour la personne en fonction de ses capacités, ainsi qu'en fonction de ses troubles et notamment le déni des troubles. Selon Mr V, il est nécessaire d'avoir évalué en amont les capacités d'élaboration de la personne ainsi que la façon dont celle-ci perçoit sa maladie. Si la personne possède des capacités suffisantes, elle et l'ergothérapeute élaborent ensemble un objectif. Cette collaboration permet de définir le travail d'un objectif adapté, dans un espace et un temps définis (les séances d'ergothérapie). Mr V trouve qu'il est intéressant d'effectuer ce travail d'association avec la personne en l'invitant à rejoindre une réflexion dans cette élaboration commune.	<i>"Il y a [...] troubles." l.221-240</i>

● ACTIVITE D'EXPRESSION CORPORELLE

Thème abordé	La médiation corporelle : un outil en ergothérapie.	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	-Mr W explique que chez les personnes psychotiques la pathologie entraîne des difficultés au niveau du langage verbale. Selon lui, aborder la relation par le non verbal est une approche intéressante auprès de ce public car cet outil est adapté aux nombreuses problématiques autour de l'image du corps de la personne (morcellement, dissociation).	<i>"Je travail [...] intéressante." l.7-13</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	-Mr V évoque le fait que la médiation corporelle est un outil qui peut être proposé à différents publics en psychiatrie. Selon lui cela permet aux patients d'expérimenter d'autres activités que les activités artisanales ou artistiques qui peuvent les inhiber car elles peuvent donner l'impression que cela fait appel à des techniques ou des compétences artistiques. Mr V qualifie cette activité de plus intuitive, qui peut être utilisée pour un travail faisant appel au corps et aux mouvements. Mr V précise qu'il est nécessaire de savoir argumenter, justifier et défendre cet outil auprès de l'institution. Il faut être en capacité de pouvoir expliquer la démarche ergothérapique contenue dans cette activité.	<i>"C'est un outil [...] l'équipe." l.11-24</i>

Thème abordé	[Cadre]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute	- Mr W qualifie le cadre de la médiation corporelle de rassurant, contenant, favorisant l'expression, la dynamique et	<i>"Je dirais [...] groupe." l.167-</i>

1 Mr W	les interactions de groupe. Le cadre physique est une pièce assez chaleureuse. Mr W "essaye de créer une atmosphère douce et apaisante avec une luminosité pas trop forte, de l'encens et un fond sonore : quelque chose de contenant et qui amène un bien-être et qui met en confiance."	168 <i>"Et bien [...] confiance." l.17-21</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Mr V prends du temps à chaque début de séance afin de clarifier les règles de l'atelier. Il énonce les règles qui "vont être un repère en lien avec la grande loi : la réalité." Cela permet dans un premier temps que les expériences de chacun soient cohérentes avec l'expérience commune du groupe. Cette étape permet d'assurer un cadre externe à la personne afin que cela ne génère pas de situations anxiogènes.	<i>"Alors [...] sensation." l.145-154</i>

Thème abordé	[Règles énoncées et lien avec le cadre.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	- Mr W invite le groupe à aller aux toilettes et éteindre les téléphones avant la séance. Cela permet de prévenir les sorties de la salle durant l'activité. Mr W insiste sur le fait de respecter les autres et leur temps d'expression (verbale comme non-verbale). Des règles en lien avec l'hygiène corporelle peuvent être également abordées sous forme de réflexion commune afin de ne pas infantiliser ou stigmatiser certaines personnes. Comme par exemple mentionner le fait que pour effectuer un travail autour du corps il est intéressant de soigner son hygiène corporelle et sa présentation.	<i>"Par exemple [...] adaptée." l.154-164</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Les règles énoncées en début d'atelier par Mr V sont des règles de non passage à l'acte, de confidentialité, de respect, en lien avec l'engagement dans la séance. Les règles peuvent être mises en lien avec des objectifs, comme par exemple la règle de confidentialité, qui permet de retravailler la notion d'espace interne psychique d'une part et sa capacité à contenir des éléments d'autre part. Les règles énoncées au groupe sont également valables pour le thérapeute notamment la règle de continuité et d'engagement à être là le jour J. Mr V ajoute que les règles peuvent être assouplies et adaptées en fonction de l'état d'un patient afin de lui permettre d'effectuer la séance du début jusqu'à la fin.	<i>"Oui [...] séance." l.156 "Il y a [...] thérapeute." l.158-168</i>

Thème abordé	[Les caractéristiques du groupe.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	- Mr W présente le groupe semi-ouvert et constant. Ce sont toujours les mêmes patients. Cependant, il y a la possibilité pour une personne d'intégrer le groupe pour essayer l'atelier. Mr W insiste sur la notion de régularité et travaille sur l'engagement d'une séance à l'autre. Il termine en disant qu'il y	<i>"Le groupe [...] confiance." l.21-27</i>

	a une dynamique groupale qui met en confiance.	
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Mr V réalise cette activité avec un groupe fermé : petit nombre de personnes fixé et déterminé à l'avance (3 ou 4 patients pour un ergothérapeute). Il justifie de cette modalité, par les difficultés que peut entraîner un grand nombre de stimulations chez la personne schizophrène. Faire cette activité avec un petit nombre permet à Mr V de faire de l'accompagnement personnalisé au sein du groupe : de l'accompagnement individuel. Il précise qu'une réflexion avec l'institution autour de cette modalité de suivie est nécessaire.	<i>"Un groupe [...] l'institution." l.116-122 "Quatre [...] singulières." l.250-253</i>

Thème abordé	[Les ressentis dans l'activité.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	- Mr W explique que, lorsque les personnes commencent ce type d'activité, elles ont généralement tendance à rechercher le bien-être ou l'apaisement. Hors, la relaxation dynamique que propose Mr W favorise la rencontre avec soi, afin de prendre conscience de soi et de ce qui se joue en soi. La personne peut donc ressentir toutes sortes de sensations bonnes ou mauvaises. En fonction de son état la personne va donc se retrouver face à des choses agréables et/ou désagréables. Selon lui, le fait que l'individu se sente accueilli avec ses émotions du jour, quelles qu'elles soient, sans que cela remette en question ni sa présence dans le groupe, ni sa relation avec l'ergothérapeute ; peut permettre à la personne de s'autoriser à s'exprimer d'elle-même, librement et sans censure. Mr W ajoute que, le fait d'expérimenter cela et de voir que les changements de ressentis n'altèrent pas la relation, peut encourager la personne à faire de même dans d'autre temps d'ergothérapie.	<i>"La tendance [...] agréable »." l.114-122 "Je pense [...] censure." l.127-132</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Mr V décrit le ressenti comme une expérience sensori-affectivo-motrice. Chez les personnes schizophrènes ce ressenti peut ne pas être associé à une représentation. Dans ce cas là, le thérapeute doit accompagner la personne à comprendre et identifier ce qui se passe en elle. Pour cela l'ergothérapeute verbalise et accompagne par sa fonction contenant la personne dans son expérience, afin qu'elle puisse la reconnaître, la contenir et l'associer à une représentation. Cela peut également favoriser le travail sur le lien associatif entre processus primaires et processus secondaires.	<i>"Le ressenti [...] représentation." l.175-187</i>

Thème abordé	Verbalisation	
	Notions abordées :	Dire de la personne :

Entretien ergothérapeute 1 Mr W	- Mr W encourage la verbalisation en début et en fin d'atelier, afin de permettre un bilan initial, puis partage sur l'expérience ou sur les ressentis. Il explique que ce temps est primordial afin de permettre aux personnes de se questionner sur ce que cela leur a apporté ou bien sur ce qu'ils ont ressentis. Se tourner vers soi et s'interroger permet de prendre conscience de ce qui s'est joué pour soi durant la séance et de se l'approprier. En effet, la personne va faire du lien entre ses ressentis, ses sensations, son histoire, ses problématiques ou ses objectifs. Lorsqu'une personne se tourne vers "soi", elle peut rencontrer des émotions de natures multiples : positives comme négatives. Dans les deux cas, l'ergothérapeute, en accompagnant la verbalisation de ces émotions, montre qu'il est possible de s'exprimer et ce même sur les émotions moins agréables. De façon implicite, il montre également au reste du groupe qu'il est possible de s'autoriser à s'exprimer et à extérioriser ses émotions : cela peut leur arriver. Ce temps de verbalisation permet également de faire et refaire du lien entre "l'individuel et le groupe". Le fait de donner ce temps au groupe permet aux personnes qui le composent de pouvoir faire un travail d'intégration qui va permettre par la suite de favoriser un processus de changement dans le temps.	<i>"La [...] temps." l.89-99 "C'est [...] arriver." l.103-112</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Mr V invite les personnes à verbaliser, à essayer de mettre des mots et ce notamment sur les "choses qui ne vont pas". Il explique que la discordance peut impacter les propos des patients. Donc il n'y a pas la garantie que les mots soient adaptés aux sensations. C'est à ce moment là que l'ergothérapeute intervient afin de permettre une "bonne concordance entre l'affect et la façon de le nommer."	<i>"Ce [...] parler." l.167-170 "Y a pas [...] nommer." l..191-196</i>

● ENGAGEMENT ET APPROPRIATION DE L'ACTIVITE

Thème abordé	[Engagement de la personne.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 1 Mr W	-Mr W a vu au cours de sa pratique, une patiente avec des difficultés d'adhésion à la structure de soin. Cette dame acceptait exclusivement d'aller en séance de médiation corporelle. Au fur et à mesure elle a réussi à investir plus globalement les activités proposées sur la structure. Mr W pense que cet engagement sur l'HDJ a pu se faire car elle a trouvé un espace-temps d'expression corporelle dans lequel elle pouvait être elle-même, ressentir des choses, percevoir son corps, trouver sa place au sein d'un groupe et sentir que le thérapeute était à son écoute. Ce qui lui a permis de se sentir en confiance avec l'équipe et ensuite sur la structure.	<i>"Moi [...] structure." l.40-47</i>
Entretien	-Mr V met en lien la notion d'engagement de la part du patient	<i>"C'est [...]"</i>

ergothérapeute 2 Mr V	et le lien de confiance qui peut exister entre la personne et le thérapeute. Il définit le lien comme étant un élastique qui peut attirer le patient là où est l'ergothérapeute. Celui-ci est intéressant lorsque il permet de mettre en relation le patient et l'ergothérapeute de façon adaptée et soignante. Mr V pense que rapport de confiance peut aider à accompagner le patient, comme par exemple lors de changement d'espace ou de structure : le thérapeute devient alors un repère humain. Selon Mr V l'engagement de la personne est favorisé en majeure partie par une bonne évaluation des besoins de la personne ainsi que par une présentation et une discussion autour de cette activité. Il explique que cet atelier favorise le bien-être par l'abaissement des tensions physiques et psychiques. Les personnes schizophrènes ont la capacité d'identifier ce qui leur fait du bien et savent retourner là où ils ont pris du plaisir.	<i>amont." l.322-334 "Alors [...] là." l.338-347</i>
-----------------------------	--	--

Thème abordé	[Demande de la personne.]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Mr V explique que lorsque l'on travaille avec des personnes psychotiques il faut réussir à s'emparer de toute les demandes qui peuvent être formulées. Faire ces séances avec un petit groupe fermé permet d'autant plus d'écouter et d'accompagner les demandes. Aussi réaliser ces séances avec un petit groupe permet de répondre aux demandes plus spécifiques qui émergent d'une personne. Cependant il faut que la demande soit adaptée, qu'elle ait du sens, qu'elle respecte le groupe et l'équilibre de celui-ci. Mr V indique que si ces critères sont respectés il peut être intéressant d'accompagner la demande. Il rebondit en disant qu'il est également intéressant d'apprendre aux patients à différer car c'est quelque chose de difficile pour les personnes schizophrènes. En effet, cela demande aux patients de gérer leur frustration. Cela peut permettre également de travailler sur le principe de réalité et sur le phénomène de toute puissance. En fonction du travail thérapeutique souhaité et de l'objectif qu'il y a derrière, différer la demande en expliquant à la personne les raisons, peut être intéressant. Selon lui, répondre aux demandes qui peuvent émerger des patients nécessite une évaluation de la demande, du contexte et des objectifs.	<i>"Dès [...] derrière." l.243-264 "Exactement [...] non." l.265-273</i>

Thème abordé	[Autonomie]	
	Notions abordées :	Dire de la personne :
Entretien	- Mr W signifie que : "lorsqu'on nomme les ressentis	<i>"Déjà [...]"</i>

ergothérapeute 1 Mr W	(émotions et/ou sensations physiques), le fait de dire "je" de parler de soi en utilisant le "je" c'est déjà un pas vers l'autonomie. Le "je" permet de quitter le "on". "Je" ne peut pas parler pour le groupe. Se nommer en tant que "je" c'est déjà s'individualiser et aller vers l'autonomie."Mr W situe la notion d'appropriation de certaines techniques en lien avec l'autonomie où comment certains peuvent ou non, en fonction de leurs capacités, transférer des apprentissages dans leur vie quotidienne. Comme par exemple, afin d'abaisser les angoisses et les tensions. Il ajoute que pouvoir trouver sa place dans le groupe et s'exprimer lorsque c'est son tour, en respectant les règles et le cadre, favorise fortement l'autonomie.	<i>"l'autonomie." l.136-150</i>
Entretien ergothérapeute 2 Mr V	- Selon Mr V, la notion d'autonomie est complexe. Il faut préciser de quelle type d'autonomie on parle, sachant que l'autonomie psychique compose le "dernier stade dans le développement psychoaffectif". "La question de l'autonomie est très relative chez une personne atteinte de schizophrénie." Mr V évoque la possibilité d'une personne schizophrène à être autonome dans des actes simples de la vie quotidienne, en lien avec le monde matériel : se servir un café et le sucrer. Il précise la complexité de l'autonomie de la personne face à des processus plus compliqués faisant intervenir des "phénomènes abstraits, invisibles ou qui font rentrer la notion de temporalité" : comme la complexité des relations humaines ou le fait de savoir gérer son traitement. C'est lorsque la personne est face à un processus de ce type que le handicap ressort fortement. Selon lui les patients "ont du mal à accéder à ça car le Moi n'est pas assez développé." Il est donc nécessaire selon lui, de réellement définir de quelle autonomie l'on parle afin de savoir s'il est possible de la travailler. Pour Mr V et selon le processus de développement, passer à l'autonomie et au processus d'individuation nécessite qu'il y ait un processus d'identification. Le processus d'identification est déjà complexe car il peut générer beaucoup d'angoisse et de phénomènes de confusion chez ces personnes. Le fait "d'associer à une bonne expérience sensorimotrice une bonne représentation, c'est déjà une étape. Et si ça peut permettre de reconnaître en soi ou d'identifier des troubles en lien avec sa pathologie, c'est déjà une super étape."	<i>"Bon [...] compliqué." l.278-304 "Ça ne [...] étape." l.309-318</i>

Résumé : La schizophrénie est une maladie chronique, qui affecte les rapports du sujet à la réalité. En plus de la souffrance, cette pathologie génère de nombreuses situations de handicaps, de dépendances et d'exclusion sociale. Nous nous intéressons à l'ergothérapie auprès de cette population et plus précisément à l'utilisation d'une approche corporelle dans le suivi. Nous cherchons à savoir : en quoi l'utilisation d'activités d'expression corporelle en hôpital de jour, peut renforcer l'alliance thérapeutique en ergothérapie, auprès de personnes schizophrènes ? Afin d'obtenir des éléments de réponses, nous nous appuyons sur des notions telles que l'approche phénoménologique, l'alliance thérapeutique ainsi que sur le concept d'engagement. Nous adoptons une méthode de recherche clinique et réalisons des entretiens auprès d'ergothérapeutes et de personnes schizophrènes. Puis nous traitons les données par analyse thématique.

Mots-clés :

Ergothérapie - Santé mentale - Schizophrénie - Expression corporelle - Alliance thérapeutique

Summary : Schizophrenia is a chronic illness that affects the subject's relations to reality. In addition to suffering, this pathology generates numerous situations of disability, dependency and social exclusion. Our concern is occupational therapy in relation to this population, and specifically, the use of a bodily approach. We are trying to determine in what capacity the use of bodily expression in day hospitals can reinforce the therapeutic alliance in behavioural therapy towards helping people affected by schizophrenia? In the interest of finding elements of an answer, we rely on notions such as phenomenological approach, therapeutic alliance and the concept of engagement. We adopt a clinical research method, and have interviews with behavioural therapists and people with schizophrenia. Then we treat the data with thematic analysis

Keywords:

Occupational therapy – Mental Health – Schizophrenia – Bodily expression
Therapeutic alliance