



HAL
open science

La danse une médiation corporelle en ergothérapie influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène

Anna Balmain

► **To cite this version:**

Anna Balmain. La danse une médiation corporelle en ergothérapie influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03693788

HAL Id: dumas-03693788

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03693788v1>

Submitted on 13 Jun 2022

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



Aix-Marseille Université
Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
Ecole des Sciences de la Réadaptation
Formation d'Ergothérapie

Anna BALMAIN

UE 6.5 S6:

Mémoire d'initiation à
la recherche

23 mai 2022

**La danse, une médiation corporelle en ergothérapie :
influence de la relation thérapeutique sur la représentation
du corps de la personne schizophrène**

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie et BREMOND
Myriam

Diplôme d'état d'ergothérapie

« Le danseur est un orateur qui parle un langage muet. »

- Kandinsky

Remerciements

Je remercie Sophie Albuquerque, directrice de mémoire, et Myriam Bremond, référente professionnelle, pour leurs conseils, commentaires et accompagnement le long de ce mémoire.

Je remercie l'équipe pédagogique de la formation pour son apprentissage.

Je remercie toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce travail, ergothérapeutes comme camarades de classe.

Je remercie ma famille et mes proches pour leur présence et soutien.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Thème et champs terminologiques	2
1.3 Résonance du thème	5
1.4 Revue de littérature.....	7
1.4.1 Les médiations corporelles	8
1.4.2 La danse comme médiation corporelle	10
1.5 Enquête exploratoire.....	12
1.5.1 Les objectifs de l'enquête exploratoire.....	12
1.5.2 Population ciblée et site d'exploration	13
1.5.3 Outil de recueil de données	13
1.5.4 Résultats de l'enquête exploratoire	15
1.6 Question initiale de recherche	25
1.7 Cadre conceptuel	26
1.7.1 Le corps	26
1.7.2 Cadre thérapeutique.....	28
1.7.3 Relation thérapeutique.....	30
1.7.4 La danse.....	32
1.7.5 Problématisation théorique	33
1.8 Question et objet de recherche.....	33
2. Matériel et méthode	34
2.1 Choix de la méthode de recherche : méthode de recherche clinique.....	34
2.1.1 Population ciblée et site d'exploration	34
2.2 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données	35
2.2.1 L'entretien semi-directif	35
2.3 Déroulement de la recherche	36
2.3.1 Déroulé de l'enquête.....	36
2.3.2. Choix des outils de traitements et d'analyse des données	37
3. Résultats de la recherche	38
3.1 Les problématiques corporelles dans la schizophrénie.....	38
3.1.1 Corps et psychée.....	39
3.1.2 Corps physique	39

3.2. Les relations lors de l'atelier	40
3.2.1. La relation thérapeutique	40
3.2.2 Le groupe, le lien aux autres.....	41
3.3 Les effets de l'atelier sur le corps de la personne schizophrène.....	42
3.3.1 L'influence de la danse.....	42
3.3.2 L'influence des relations	43
4. Discussion des données	43
4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponses.....	44
4.2 Critiques du dispositif de recherche	46
4.3 Apports, intérêt et limites de la recherche	47
4.4 Propositions, transférabilité pour la pratique professionnelle	48
Conclusion.....	48
Bibliographie	50
Annexes	53
Annexe 1 : Tableau des bases de données.....	53
Annexe 2 : Tableaux des articles de la revue de littérature	54
Annexe 3 : Matrice de questionnaire	59
Annexe 4 : Matrice conceptuelle	63
Annexe 5 : Guide d'entretien.....	65
Annexe 6 : Notice d'information	67
Annexe 7 : Consentement de l'utilisation des données recueillies	68
Annexe 8 : Tableau des thèmes et sous-thèmes	69

1. Introduction

1.1 Contexte

J'ai toujours été intéressée par le domaine de la santé mentale et cela fait maintenant six ans que j'aimerais être ergothérapeute en psychiatrie.

Lors de la formation d'ergothérapie, les cours sur les maladies psychiatriques ont requis toute mon attention. J'ai été particulièrement intéressée par la schizophrénie et les travaux dirigés de médiation corporelle. Selon Pr Nicolas Franck « la schizophrénie fait partie des psychoses, qui constituent un ensemble de troubles affectant sévèrement la relation à la réalité, aux autres et à eux-mêmes des patients qui en sont atteints » (p.18) (1).

Ce qui m'intéresse dans la schizophrénie, c'est la relation à la réalité de ces personnes, le fait qu'elles perçoivent autre chose et la représentation de leurs corps qui est troublée.

En effet, plusieurs études ont démontré que les personnes schizophrènes rencontrent des difficultés dans la reconnaissance de leur propre corps. L'image de leur corps est troublée ou la distinction entre soi et le monde extérieur est altérée (2).

Il existe différents types de médiations corporelles, parmi elles : la danse. La danse est une passion que je pratique depuis mon plus jeune âge et je me suis toujours demandé s'il y avait un intérêt à l'incorporer dans la pratique de l'ergothérapie. Lors de mon stage en Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), j'ai eu l'occasion de proposer un atelier danse pour les personnes âgées une fois par semaine. Cet atelier avait pour but d'apporter de la réminiscence, un travail cognitif et moteur ainsi que du plaisir aux résidents car c'était une activité signifiante pour eux. Proposer cet atelier m'a énormément plu car j'ai pu allier ma passion dans ma pratique de stage. De plus, les résidents semblaient satisfaits de cet atelier qui leur a procuré du plaisir et des souvenirs.

Alors, plusieurs questions ont émergé,

- Quel est l'intérêt de proposer des médiations corporelles en ergothérapie ?
- Est-ce possible d'utiliser la danse en tant que médiation corporelle dans une prise en soin en ergothérapie ?
- La danse a-t-elle une influence dans la prise en soin des personnes schizophrènes en ergothérapie ?
- Est-ce qu'utiliser la danse comme thérapie avec des personnes atteintes de schizophrénie pourrait-être bénéfique pour ces personnes ?

1.2 Thème et champs terminologiques

Pour appréhender le thème, il s'agit de définir la schizophrénie, l'ergothérapeute en santé mentale, la médiation corporelle et la danse. Les champs disciplinaires choisis pour définir les termes sont la psychiatrie car la schizophrénie est une pathologie mentale, les sciences de l'occupation pour définir l'ergothérapeute en santé mentale et la psychologie est choisie pour définir les médiations corporelles et la danse.

La schizophrénie :

La schizophrénie se définit comme une pathologie psychiatrique débutant généralement entre 15 et 30 ans. Elle touche autant les femmes que les hommes et les troubles peuvent évoluer tout au long de la vie.

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5), la schizophrénie est classée dans un chapitre s'intitulant « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ». La schizophrénie est représentée par cinq grands symptômes qui sont les hallucinations, les délires, la désorganisation du discours, les symptômes négatifs et les comportements désorganisés. Pour poser le diagnostic de la schizophrénie, le DSM-5 explique qu'il faut avoir au minimum deux de ces symptômes, dont un faisant forcément partie des hallucinations, délires et désorganisation (3).

Le professeur Nicolas Franck, psychiatre, décrit la schizophrénie comme une maladie à trois dimensions qui comprend les symptômes positifs, négatifs, et de désorganisation.

Les principaux symptômes positifs comprennent les hallucinations et les idées délirantes. La personne connaît des modifications de son vécu, la relation qu'elle entretient avec son environnement et son corps est perturbée. Les hallucinations peuvent être verbales, cénesthésiques. Les personnes peuvent avoir l'impression d'être contrôlées, influencées, avoir des pensées imposées, l'impression que les autres lisent leurs pensées ou les leur volent (1).

Les symptômes négatifs sont plus difficiles à traiter, ils durent dans le temps et entraînent une invalidité, une qualité de vie appauvrie. Les personnes peuvent être atteintes d'aboulie, c'est-à-dire que la volonté diminue, d'apragmatisme qui est une incapacité à entreprendre les actions, d'anhédonie qui est l'incapacité à éprouver du plaisir. Les personnes peuvent aussi être en manque d'énergie qu'on nomme l'anergie physique. Bien souvent, les symptômes négatifs engendrent une impossibilité de prendre soin de soi qui se définit par une incurie.

Ces symptômes peuvent aussi être associés à des symptômes positifs mais qui seront moins bruyants (1).

La désorganisation se définit par une perturbation de l'activité des personnes schizophrènes. Les symptômes principaux sont des bizarreries, de l'incohérence motrice (activité désordonnée), les incohérences du discours, la schizophasie qui se définit par un langage peu voire non compréhensible. Les personnes peuvent employer des termes non appropriés ou inventés (paralogismes, néologismes). Les discours peuvent être arrêtés brusquement, c'est ce que l'on appelle des barrages (1).

Au niveau des facteurs de risque, l'entrée dans la schizophrénie commence par un premier épisode psychotique ou une bouffée délirante aiguë. Ce premier épisode peut soit rester isolé ou soit annoncer le début de la schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.

La prise de drogue tel que le cannabis peut jouer un rôle sur le déclenchement d'un épisode psychotique. Un environnement relationnel (professionnel, amical, familial...) difficile est aussi un facteur de risque.

Dans l'adolescence, des signes avant-coureurs (prodromes) de la maladie peuvent se manifester : un comportement inhabituel, une tendance à l'isolement, un laisser-aller général, des tendances dépressives. Ces prodromes sont évocateurs de perturbations psychiques qui s'installent insidieusement mais sont trop vagues pour estimer d'emblée la présence d'une psychose. Ils constituent un risque d'entrée dans la schizophrénie.

D'autres facteurs comme le stress, la fragilité de la personne apparus selon divers événements de vie (séparation, deuil, entrée dans l'âge adulte) favorisent l'entrée dans la schizophrénie.

On retrouve, chez les personnes schizophrènes, des signes similaires et fréquents lors de leur enfance, comme un retard d'apprentissage, une tendance à la maladresse, des déficiences de développement moteur et intellectuel. Il y a aussi une vulnérabilité génétique (1).

La schizophrénie a une origine multifactorielle, ces signes ne sont pas forcément précurseurs de la maladie, mais ils sont à prendre en compte pour comprendre l'origine de cette maladie.

L'ergothérapeute en santé mentale :

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un professionnel de santé travaillant dans le social, le médico-social et les champs sanitaires. Il intervient dans l'adaptation, la réadaptation, la rééducation et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap. Selon l'ANFE, le rôle de l'ergothérapeute est : « de mener

des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part, pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante, et efficace » (4).

Selon, l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ), l'ergothérapeute a plusieurs objectifs en santé mentale (5) :

- augmenter ou percevoir les relations sociales satisfaisantes
- augmenter l'adaptation dans la société
- amener la personne à développer ses intérêts et ses ressources personnelles
- mieux se connaître, comprendre et accepter ses limites
- améliorer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- augmenter l'estime de soi et l'expression des ressentis

L'ergothérapeute en psychiatrie a pour but d'aider à restaurer l'activité psychique chez le patient. Il a plusieurs objectifs comme sortir de l'isolement le patient en lui donnant un sentiment d'appartenir à un groupe, l'aider dans la maîtrise de ses angoisses, favoriser la confiance en soi et l'estime de soi, augmenter le dynamisme vital et lutter contre le fonctionnement psychotique (6).

La médiation corporelle :

Les médiations corporelles permettent aux personnes d'augmenter leur éprouvé corporel, de se sentir davantage exister. Il y a différents types de médiations corporelles, tels que la relaxation, la gymnastique douce, les massages.

La médiation corporelle est une technique thérapeutique qui s'axe sur la perception du corps et la sensorialité. Cette médiation permet de se centrer sur le corps et sur son vécu pour ensuite permettre de verbaliser les éprouvés du corps. Elle peut permettre à la personne de travailler sur elle-même et sur ses capacités d'introspection (7).

La danse :

Selon le dictionnaire Larousse, la danse en tant qu'activité physique est une suite rythmée de pas et de gestes sur de la musique, une pratique artistique, une composition de mouvements permettant l'expression (8).

Pour D^r Benoît Lesage, la danse consiste à se mouvoir, à élaborer des gestes, des mouvements au rythme de la musique. Elle met en forme le corps, elle trace des formes motrices. Elle permet d'exprimer des émotions, des ressentis. La danse met en jeu le geste qui est analysé selon trois paramètres que sont l'espace, le temps et l'énergie. La danse peut être réalisée seul ou en groupe (9).

1.3 Résonance du thème

Plusieurs enjeux apparaissent dans plusieurs domaines de la thématique abordée, il est question de les définir.

Au niveau de santé publique, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe la schizophrénie parmi les pathologies mentales les plus préoccupantes dans le monde.

La schizophrénie touche environ 24 millions de personnes dans le monde, soit environ 1 personne sur 300 en est atteinte. Plus de 50% des personnes atteintes de schizophrénie n'ont pas recours à des soins appropriés. Dans les pays sous-développés, 90% des cas de schizophrénie sont non traités. En raison des comorbidités, le risque de mortalité est deux à trois fois plus élevé pour des personnes schizophrènes. L'OMS prévoit de réaliser davantage d'objectifs dans le cadre du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. L'un des principaux objectifs est d'assurer pour 100 millions de personnes en plus, l'accès aux soins en santé mentale (10).

En ce qui concerne la schizophrénie en France, environ 500 000 français en sont atteints. Elle touche 1 à 2% des français. Les personnes atteintes ont un statut de handicap psychique qui entrave leur place dans la société. Beaucoup d'entre elles n'obtiennent pas d'emploi, et ont un réseau social très restreint mis à part leur proches et les professionnels de soins. Cependant, les prises en soins des pathologies psychiatriques en France s'est renforcée au cours des dernières décennies (11).

Au niveau des enjeux socio-économiques, tous les ans en France, les soins destinés aux pathologies mentales sont pris en charge à hauteur de 22 milliards d'euros par l'assurance maladie. Ce bilan pourrait s'alourdir en raison de la morbidité associée à cette maladie. Le risque suicidaire des personnes schizophrènes est très élevé, 30% font des tentatives de suicide et 6% des personnes décèdent. Les personnes schizophrènes présentent des troubles du

comportement, une altération des capacités d'adaptation à l'environnement ce qui conduit souvent à une errance sociale (11).

A partir des années 1950, le traitement médicamenteux de la schizophrénie se développe avec plusieurs catégories de médicaments. Parmi eux, les neuroleptiques ont de forts effets sur les symptômes positifs, les correcteurs antiparkinsoniens permettent d'atténuer les symptômes semblables à ceux de la maladie de Parkinson engendrés par les neuroleptiques, les anxiolytiques permettent d'atténuer l'anxiété, les antidépresseurs ont un effet sur les épisodes dépressifs et la dépression, et les thymorégulateurs permettent de stabiliser les troubles de l'humeur.

La remédiation cognitive est un traitement qui agit sur les fonctions cognitives (essentiellement sur l'attention, les fonctions mnésiques, le langage et les fonctions exécutives). C'est une méthode récente qui ne remplace pas les traitements médicamenteux ni les psychothérapies, mais elle permet de compléter leurs actions (12).

Les psychothérapies sont tirées de l'approche psychanalytique de Freud. Elles ont pour objectif le rétablissement de l'appareil psychique avec la distinction du « moi » et du « non-moi », la distinction entre mots et choses (13).

Au niveau des enjeux professionnels, la prise en soins des maladies psychiques en ergothérapie, se développe en tenant compte de l'équilibre psychique de la personne d'une manière holistique. l'ergothérapeute en santé mentale est formé à différentes approches théoriques communes avec d'autres professionnels. Selon l'ANFE, « les approches psychodynamiques, de réhabilitation psychosociale, cognitivo-comportementales, systémiques ou de psychothérapie institutionnelle, vont donner une coloration particulière à sa pratique, en fonction des orientations du service dans lequel il intervient ». (p.24) (14).

Concernant les médiations corporelles, la pratique de ces psychothérapies se développe de plus en plus dans différentes professions. En effet, l'utilisation des ateliers de médiations et d'expression à visée thérapeutique augmente depuis plusieurs décennies dans les structures de soin et de réinsertion. Beaucoup de professionnels s'emparent d'ateliers et d'activités différentes comme la fabrication, la création, l'expression, le jeu.

Ces médiations deviennent importantes dans le dispositif thérapeutique et institutionnel. Celles-ci peuvent être utilisées comme complément dans les traitements des psychoses et des troubles de l'identité (15).

L'idée d'une association entre psychothérapie et ergothérapie est possible, Hélène Hernandez, ergothérapeute, cite D.Winnicott, pédiatre et psychanalyste, affirmant que « la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeux se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? A deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que, là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire». (p.42) (6).

En effet, l'ergothérapeute va « jouer » avec le patient par le biais de médiations à visée thérapeutique.

L'ergothérapeute en psychiatrie est amené à utiliser des médiations thérapeutiques seul ou en groupe. Elles sont des espaces d'expériences partagées. Les matières sont utilisées pour permettre des liaisons ou des reliaisons entre le corps et la psyché. « Pour ces sujets en pleine rupture ou clivage corps/psyché ; cette invitation à symboliser signifierait tenter de relier au-dedans de soi ce qui s'éprouve en dehors de soi, en lien avec l'autre » (p.137) (6).

1.4 Revue de littérature

Equations de recherche

Différentes équations de recherches dans diverses banques de données ont été effectuées pour la construction de cette revue de littérature. Quelques articles scientifiques avec la méthode IMRAD (Introduction, Méthod, Résultats and Discussion) ont été retenus. Cependant, ils ne sont pas nombreux et se basent sur la danse thérapie avec des personnes schizophrènes, mais pas dans un contexte d'ergothérapie. Néanmoins, il a été important de les considérer et de les analyser pour voir l'impact de la danse sur des personnes atteintes de schizophrénie. D'autres documentations, cependant au niveau professionnel (livres, articles de revues) sur les médiations corporelles et la danse étaient plus nombreuses et se sont inscrites dans cette revue de littérature.

Les équations de recherches ont été les suivantes, en français et en anglais :

- **médiations corporelles et psychoses**
- **dance AND schizophréni* OR psycho***
- **body psychotherapy AND schizophréni***

Champs disciplinaires et bases de données

Ces équations se sont adaptées en fonction des bases de données. Les équations ont été faites en français et en anglais pour maximiser les résultats car il y a peu d'études sur ce sujet dans le monde. L'opérateur booléen « ET/AND » permet d'avoir des résultats incluant tous les mots-clés de la recherche. L'opérateur booléen « OR » permet d'utiliser l'un ou l'autre mot-clé. Les critères d'inclusion comportaient des articles publiés entre 2000 et 2022. Au niveau des critères d'exclusion, les articles qui n'étaient pas écrits en français ni en anglais n'ont pas été retenus. Les articles ont été trouvés sur différentes bases de données en fonction des champs disciplinaires. Summon a été utilisé pour une vision globale des articles, Cochrane pour le champ disciplinaire de la santé, PubMed pour les articles scientifiques de médecine, PsyArticles + psyInfos et Cairn ont été utilisés pour le champ disciplinaire de la psychologie et de la psychiatrie. Un tableau récapitulatif a été construit (cf. Annexe 1 p.53).

La revue de littérature va permettre d'amener une meilleure compréhension de la schizophrénie et du rapport au corps des personnes schizophrènes, ainsi que de l'utilisation des médiations corporelles et de la danse. Les articles retenus sont résumés dans plusieurs tableaux (cf. Annexe 2 p.54).

1.4.1 Les médiations corporelles

Encore à l'heure actuelle, les médiations corporelles sont mal repérées. Cependant la psychothérapie les définit comme pertinentes auprès des personnes se trouvant perturbées par la représentation de leurs corps depuis leur processus d'indentification. C'est-à-dire que ces personnes ont connu des troubles lorsqu'il fallait accéder à l'identification primaire lors de la mise en place du processus d'identification primaire, définie par la mère comme « l'expression première du lien affectif à une autre personne » (p.92) (16).

Il est nécessaire que le thérapeute ait une importante capacité d'écoute et de compréhension lorsqu'il propose des médiations. C.Potel, psychanalyste, définit les médiations corporelles comme étant des « expériences culturelles qui apportent à l'espèce humaine cette continuité transcendant l'expérience personnelle » (17).

Selon Eliane Allouch, psychanalyste, les médiations corporelles utilisent des « représentations-choses » pour activer des expériences corporelles et permettre aux patients des greffes

identificatoires en créant un lien entre corps et psyché. Ces médiations utilisant la sensorialité et la gestuelle peuvent aussi stimuler l'appareil mnésique en réactivant des expériences corporelles (17).

Les médiations corporelles tendent vers « un moi-corps de plus en plus organisé et une corporéité relevant par là même d'une poétique du corps et non d'un déficit tragique de celle-ci. » (p.99) (17).

Les techniques du corps ne permettent pas seulement un processus d'identification, elles permettent aussi à l'analyste de découvrir, d'analyser et d'accueillir les émotions, les réactions, les angoisses à figures multiples pour déceler le fonctionnement des personnes (17).

En effet, la médiation corporelle permet à l'analyste de se faire une représentation des éprouvés corporels que peut ressentir le patient. Elle s'appuie sur la perception et la sensorimotricité et permet de mettre en relation les perceptions internes et externes du patient. En effet, un jeu va s'installer entre le dedans et le dehors et délimiter les espaces entre l'intrapsychique et l'extérieur (18).

Les médiations corporelles s'appuient sur des techniques mettant en jeu le corps. Parmi les plus connues se trouvent les ateliers de théâtre, la danse, les techniques de relaxation, les massages, le packing, la balnéothérapie, et bien d'autres encore.

Les médiations corporelles et la schizophrénie :

Deux études anglaises faites sur des petits échantillons ont été réalisées afin de voir si les médiations corporelles avaient un impact sur les symptômes de la schizophrénie. La méthode étant de prendre un groupe de personnes schizophrènes ayant recourt aux traitements médicamenteux et aux médiations corporelles et un autre groupe n'ayant recourt qu'aux traitement médicamenteux.

Les résultats démontrent un effet positif du groupe de médiations corporelles sur les personnes qui en ont bénéficié (19-20).

En effet, avant, lors des débuts des ateliers, les personnes se disaient individuellement toutes anxieuses et fatiguées. Elles avaient des mouvements désorganisés, non coordonnés et sans énergie. Les médiations corporelles leur ont permis de s'engager avec leur corps, de connaître de nouvelles sensations. A la fin des ateliers, les personnes schizophrènes différenciaient plus facilement leurs mouvements, arrivaient à davantage exprimer leurs sensations verbalement, étaient plus positives et plus engagées (19).

L'autre étude anglaise démontre, qu'il y avait des améliorations chez les personnes schizophrènes ayant pratiqué les médiations corporelles, au niveau de la baisse des symptômes négatifs, de l'émoussement affectif et du retard moteur. Cependant, il n'y a pas eu d'évolution dans les autres symptômes de la pathologie et au niveau de leur qualité de vie par rapport au groupe n'ayant eu que les traitements médicamenteux (20).

1.4.2 La danse comme médiation corporelle

Selon l'American Dance Therapy Association, la danse thérapie peut être utilisée pour tout le monde, en groupe ou en individuel. La thérapie par la danse serait efficace dans le traitement des personnes ayant des déficiences au niveau médical, social, développemental, physique et psychologique. Cette pratique peut être utilisée dans divers domaines comme celui de la santé mentale, de l'éducation, dans les centres médicaux-sociaux, dans les EHPAD, ou comme dans les programmes de prévention de la santé (21).

La danse comme thérapie à visée expressive :

La danse permet au thérapeute d'analyser l'expressivité gestuelle des patients, c'est un outil thérapeutique qui se trouve évaluatif et structurant.

Selon Laban, danseur, chorégraphe, pédagogue et théoricien hongrois, quand le sujet danse, celui-ci observe de manière consciente ses choix de mouvements. Il investit et examine son processus moteur car la danse stimule l'activité de l'esprit. La danse stimule les principes moteurs, l'imaginaire et suscite un processus cognitif.

La danse permet d'investir l'espace et de s'exprimer à travers la spatialité. Mais la danse peut s'inscrire de différentes manières, elle peut s'axer sur le travail du corps, de l'espace et du temps de la personne (9).

La danse et les personnes schizophrènes :

Plusieurs études provenant de Turquie, de Corée et d'Italie sur l'utilisation de la Dance Movement Therapy (DMT) avec des personnes schizophrènes ont été faites (22-23-24). La DMT se qualifie comme la thérapie des mouvements dansés. Ces études consistaient à comparer deux groupes de personnes atteintes de schizophrénie : l'un n'avait recouru qu'au traitement

médicamenteux et l'autre groupe avait recourt à des séances de danse-thérapie en plus du traitement médicamenteux.

Une autre étude n'utilisait qu'un échantillon ayant recourt à des groupes de danses (24).

Les patients ayant eu recourt à cette pratique ont amélioré le contrôle de leur colère. La perception, leur motricité, leur motivation, et leur socialisation ont augmenté. Ils ont aussi connu une plus importante diminution des symptômes négatifs et dépressifs par rapport au groupe n'ayant pas eu recourt à la danse-thérapie (22-23). Les participants du groupe ont amélioré leur estime d'eux-mêmes, leurs habiletés artistiques et créatives et développé leur expression (24).

Cependant, ces études n'ont été élaborées que sur des petits échantillons de personnes.

Suite à la revue de littérature, nous pouvons voir qu'il y a très peu de données sur le sujet choisi.

Il y a quelques données sur l'utilisation des médiations corporelles et de la danse avec des personnes schizophrènes, cependant, il n'y a aucune recherche ou article sur cette utilisation dans le domaine de l'ergothérapie. Nous pouvons imaginer que s'il n'y a pas d'informations à ce sujet, cette pratique est sûrement moindre dans le domaine de l'ergothérapie.

Cependant, l'ensemble des résultats mettent en avant plusieurs éléments. La personne schizophrène voit son corps morcelé et les médiations corporelles permettent de tendre à une meilleure représentation du corps (17-18). La danse peut être une forme de médiation corporelle et peut s'inscrire dans une visée expressive.

L'utilisation des médiations corporelles et de la danse avec des personnes atteintes de schizophrénie permettraient de réduire certains symptômes comme les symptômes négatifs, et d'augmenter le plaisir et la socialisation, de s'exprimer davantage ainsi que de développer la gestion des mouvements (19-20-22-23-24).

Au niveau des corroborations et complémentarités, les études ont des résultats convergents en termes d'apports bénéfiques des médiations corporelles et de la danse. De plus, elles comparent au début et à la fin les différences de résultats entre le groupe ayant eu recours aux médiations corporelles ou à la DMT et le groupe contrôle. Les résultats sont similaires et se complémentarisent, cependant, ces recherches ont été réalisées sur des petits échantillons de personnes.

Alors, diverses questions se posent :

- Pourquoi n'y a-t-il pas de recherches sur l'utilisation de la danse en ergothérapie avec des personnes schizophrènes ?
- Y'a-t-il des effets négatifs dans l'utilisation de la danse avec des personnes schizophrènes ?

- Est-ce que la danse est utilisée dans la pratique de l'ergothérapie en santé mentale ?
- Faut-il nécessairement avoir une formation, ou un diplôme de danse thérapie pour la pratiquer ?
- Y'a-t-il un intérêt à l'utiliser avec des personnes schizophrènes en ergothérapie ?

Il s'agit de voir la réalité sur le terrain avec une enquête exploratoire.

1.5 Enquête exploratoire

Dans cette partie, il sera question de détailler le processus mis en place pour l'enquête exploratoire en explicitant ses objectifs, la population ciblée, les sites d'exploration et le choix de l'outil de recueil de données. Ensuite, les résultats analysés induiront une question initiale de recherche.

L'enquête exploratoire va permettre de faire un état des lieux de la recherche dans la pratique professionnelle de l'ergothérapie. Des données scientifiques sur l'utilisation de la danse avec des personnes schizophrènes en ergothérapie n'ont pas été trouvées, il s'agira de chercher si cette pratique existe sur le terrain.

1.5.1 Les objectifs de l'enquête exploratoire

Les objectifs généraux de l'enquête exploratoire sont :

- Confronter les données de la revue de littérature à la pratique de terrain des ergothérapeutes
- Avoir des informations complémentaires sur le sujet
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche et jauger la pertinence ou la vivacité de la question de recherche
- Palier à des études insuffisamment ciblées

Les objectifs spécifiques sont définis afin de comprendre le but des questions de cette enquête exploratoire :

- Faire un recensement de l'utilisation de la pratique de la danse en ergothérapie avec des personnes schizophrènes
- Voir les milieux dans lesquels elle est utilisée
- Avoir le point de vue des ergothérapeutes n'utilisant pas la danse sur cette pratique
- Connaître les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes utilisent la danse ou non
- Connaître les effets bénéfiques ou négatifs de la danse via l'avis des ergothérapeutes

1.5.2 Population ciblée et site d'exploration

L'enquête exploratoire visera tout ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé dans le domaine de la santé mentale avec des personnes schizophrènes adultes. Au niveau des sites d'exploration, elle s'adresse à toutes les structures de santé mentale, que ce soit en intra-hospitalier, en extrahospitalier, en clinique, en libéral.

Le critère d'exclusion revient aux personnes qui ne sont pas ergothérapeutes ou qui sont ergothérapeutes mais n'ayant jamais exercé en santé mentale ou encore des ergothérapeutes exerçant en santé mentale, mais n'ayant jamais travaillé avec des personnes schizophrènes.

1.5.3 Outil de recueil de données

Au niveau du choix de l'outil de recueil de données, un questionnaire à visée quantitative et qualitative a été choisi. Il est à visée quantitative pour avoir une proportion de la population utilisant la danse.

L'étude quantitative permet d'explorer et de mettre en avant un objet de recherche peu exploré. La recherche quantitative permet de sélectionner un échantillon représentatif parmi la population théorique qui peut être potentiellement concernée par l'étude. Ici, le but est de sélectionner les ergothérapeutes utilisant la danse dans leur pratique en santé mentale parmi plusieurs ergothérapeutes exerçant en psychiatrie (25).

Cependant, le questionnaire vise aussi les ergothérapeutes pratiquant en santé mentale mais n'utilisant pas forcément la danse dans leur pratique. En effet, il sert à avoir les avis de chaque ergothérapeute. Alors, il est aussi à visée qualitative, pour comprendre les expériences personnelles, les points de vue de chaque ergothérapeute. La recherche qualitative permet de regarder la réalité sociale, répertorier les mots et les écrits, générer des hypothèses. Collecter des données qualitatives permet d'apporter plus de richesse et d'approfondir la compréhension (26). Le questionnaire aura des questions ouvertes pour permettre de libérer le répondant.

Un premier questionnaire test a été établi. L'objectif principal était de récolter le point de vue des ergothérapeutes sur l'utilisation des médiations corporelles et de la danse avec des personnes schizophrènes, recenser le nombre de personnes les utilisant et connaître les raisons. Au vu des retours qui ont été faits, ce questionnaire a engendré plusieurs biais. En effet, il y a eu des biais méthodologiques avec une mauvaise formulation de questions, des biais de

confirmation car certaines questions étaient posées avec une idée préconçue, et des biais cognitifs car il y avait un manque de connaissance du sujet exposé.

Un deuxième questionnaire a été construit, s'axant davantage sur la danse et sa pratique. Pour essayer de pallier ces biais, il a été question de :

- Ne pas poser de questions orientées, trop sensibles ou agressives et influencer les réponses.
- Avoir des informations sur la population interrogée voulue.
- Considérer les signes allant à l'encontre des présupposés et des idées préconçues par la danse.
- Savoir se remettre en question et remettre en question le rapport implication/distanciation.
- Elaborer les recherches de la revue de littérature

Le questionnaire a été construit à l'aide d'une matrice de questionnements (cf. Annexe 3 p.59). Il a été conçu à l'aide de Google Forms®. Il a été envoyé en test à six ergothérapeutes, deux d'entre eux y ont répondu. Cela a permis la reformulation et l'ajout de certaines questions. Ensuite, le questionnaire final a été envoyé par mail à des adresses d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale. De plus, le réseau social Facebook® a permis d'envoyer ce test dans plusieurs groupes réunissant des ergothérapeutes. Le questionnaire a été laissé ouvert pendant deux semaines.

Au niveau des questions élaborées, la première question s'assure du consentement des participants à répondre aux questions. Ensuite, une partie des questions sert à connaître les répondants et à vérifier que la population interrogée soit celle voulue. Les questions se centrent sur leur pratique en santé mentale, leur pratique avec des personnes schizophrènes, le nombre d'années d'expérience.

Ensuite, une question permet de savoir s'ils utilisent la danse dans leur pratique. Si les ergothérapeutes l'utilisent, ils sont dirigés vers des questions sur cette pratique.

Ces questions servent à savoir s'ils ont une formation, le type de danse qu'ils proposent, avec quel type de patients, la visée proposée, le nom donné à leur atelier, les objectifs donnés, le déroulement de l'atelier, les indications et les contre-indications à cette pratique ainsi que les effets de la danse sur les personnes schizophrènes.

Si les ergothérapeutes n'utilisent pas la danse, ils sont dirigés vers d'autres questions. Ces questions servent à savoir si pour eux, la danse est utilisable en ergothérapie, si elle est adaptée pour des personnes schizophrènes, si elle a des bénéfices et des effets iatrogènes, les visées qui pourraient être appliquées, et les raisons pour lesquelles ils n'utilisent pas la danse dans leur pratique.

1.5.4 Résultats de l'enquête exploratoire

Les réponses ont été analysées par question à l'aide du logiciel Google Form® qui a directement traité les réponses. L'enquête exploratoire a permis d'obtenir des réponses de 25 ergothérapeutes. Cette partie va permettre de recenser les résultats.

Informations générales sur les ergothérapeutes (n=25)

Les 25 ergothérapeutes ont entre 1 à 40 ans d'années d'expérience en santé mentale. 16 ergothérapeutes ont plus de 10 ans d'expérience.

Les ergothérapeutes exercent ou ont exercés dans diverses structures.

Les structures où les ergothérapeutes ont le plus exercé sont les Hôpitaux de Jour (HDJ), les cliniques psychiatriques, les centres de réhabilitation psychosociale, les unités d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique et les Centres Médico-Psychologiques (CMP). Certains peuvent aussi exercer en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

Parmi eux, 10 personnes sur 25 utilisent la danse dans leur pratique, soit 40% de l'échantillon interrogé. Il est possible de se demander si ce sujet de questionnaire a pu entraîner des biais de confirmation et d'autocomplaisance. En effet, les répondants pratiquant la danse devaient être plus intéressés par le sujet que d'autres ergothérapeutes. Alors, ces biais ont tendance à privilégier les idées préconçues et les réussites de chacun dans ce domaine (cf. tableau 1).

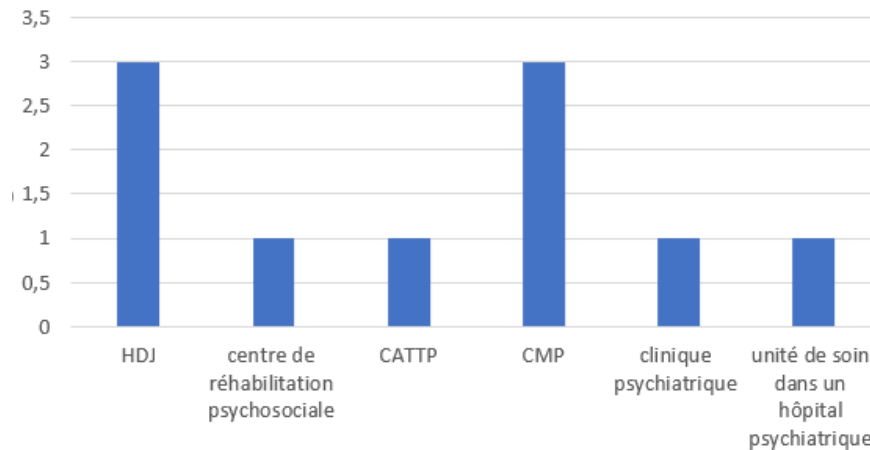
Tableau 1 – Informations générales sur les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire

Ergothérapeute	Nombre d'années d'expérience	Lieu exercé	Utilisation de la danse ?
E1	1	Centre de réhabilitation psychosociale	Oui
E2	1,5	Clinique psychiatrique	Non
E3	30	Centre de réhabilitation	Non
E4	10	MAS	Non
E5	29	CATTP	Oui
E6	14	Unité d'hospitalisation CATTP	Non
E7	17	Unité d'hospitalisation	Non
E8	28	Unité d'hospitalisation	Non
E9	12	Centre de réhabilitation	Non
E10	20	Clinique psychiatrique	Non
E11	2	Unité d'hospitalisation	Non
E12	33	Service d'insertion par l'activité	Non
E13	8	HDJ	Oui
E14	11	CMP	Oui
E15	1	Carcéral	Non
E16	23	Carcéral	Non
E17	20	Clinique psychiatrique	Non
E18	5	CMP	Oui
E19	39	Clinique psychiatrique	Oui
E20	15	Hôpital psychiatrique	Non
E21	20	HDJ	Oui
E22	18	HDJ	Oui
E23	8	CMP	Oui
E24	10	HDJ	Non
E25	16	Hôpital psychiatrique	Oui

Parmi les ergothérapeutes utilisant la danse (n=10)

Parmi les 10 ergothérapeutes utilisant la danse, 8 personnes l'exercent dans des structures où les patients sont stabilisés (HDJ, centre de réhabilitation, , CATTP, CMP), 2 personnes l'utilisent en unité de soins, en établissement psychiatrique (hôpital ou clinique) (cf. tableau 2).

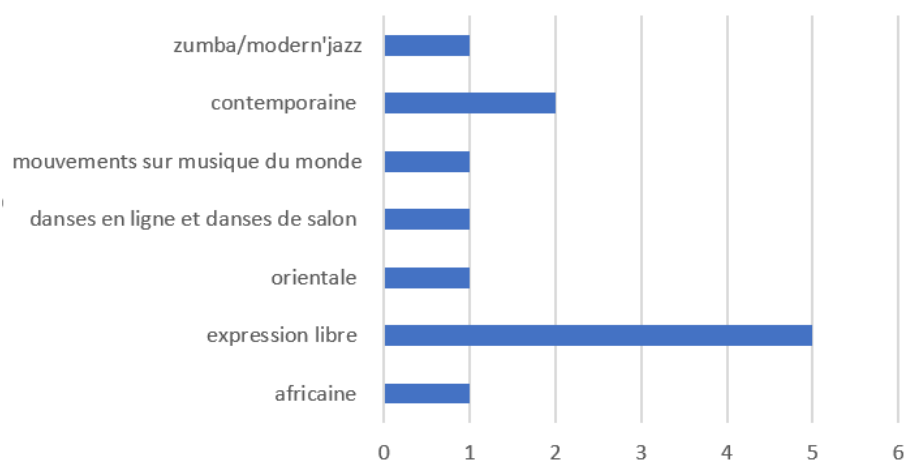
Tableau 2 - Structures de soins des ergothérapeutes pratiquant la danse :



Parmi eux, 8 personnes n'ont pas de formation, que de l'expérience personnelle et 2 personnes ont été formées en expression corporelle ou en stage de danse.

Divers types de danses sont proposés, le type de danse le plus proposé est l'expression corporelle libre (cf. tableau 3).

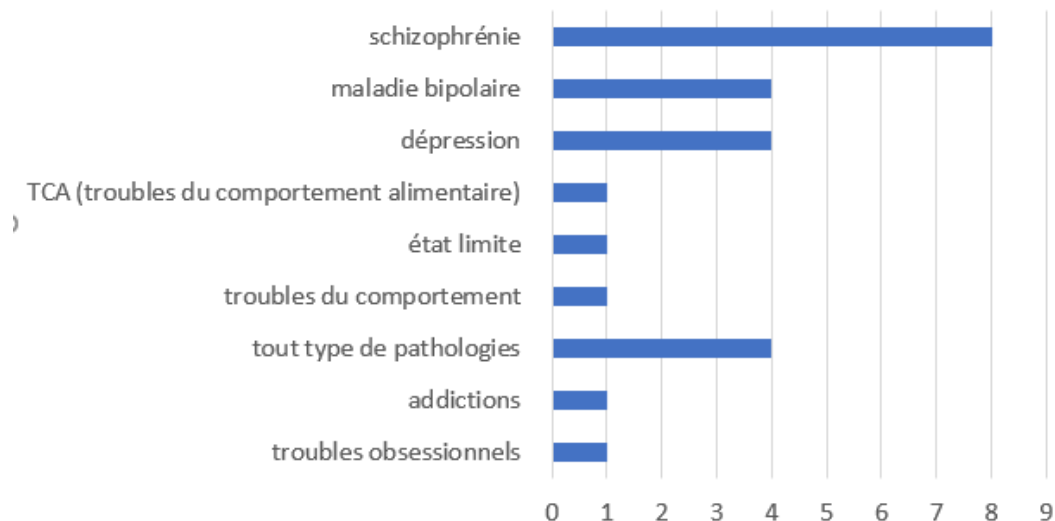
Tableau 3 - Divers types de danses proposées :



Ils proposent la danse à des patients qui ont différents types de pathologie.

La schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression sont les pathologies les plus fréquentes au sein de ces ateliers (cf. tableau 4).

Tableau 4 - Pathologies des patients pris en soins lors de l'atelier danse en fonction du nombre de fois ressorties :



Dans la plupart des cas, les groupes sont formés avec des patients ayant différentes pathologies, 1 ergothérapeute a mentionné qu'il peut parfois y avoir une majorité de patients schizophrènes dans son groupe, mais associer des patients avec différentes pathologies permet plus d'interactions, des liens et des aides de façon naturelle.

Parmi les visées, l'utilisation de la danse à visée thérapeutique est ressortie 10 fois, la visée expressive est ressortie 8 fois. La visée artistique est ressortie 3 fois et la visée éducative est ressortie 1 fois.

Déroulement des ateliers

Les 10 ergothérapeutes utilisent principalement le même déroulement, cependant, certains temps peuvent varier. Par exemple, 7 utilisent des exercices avec consignes, des chorégraphies à suivre, tandis que 2 ergothérapeutes utilisent directement des exercices de lâcher prise, d'expression et de créativité. Un ergothérapeute ne s'est pas prononcé.

Tableau 5 - Les différents modes de déroulement des ateliers en fonction des ergothérapeutes :

Déroulement de l'atelier	Les différents ergothérapeutes
<p>1^{er} temps : échauffement</p> <p>2^{ème} temps : apprentissage de quelques pas</p> <p>3^{ème} temps : exercices de lâcher prise</p> <p>4^{ème} temps : exercices de création</p> <p>5^{ème} temps : étirements</p> <p>6^{ème} temps : débat avec les résidents</p>	E1
<p>1^{er} temps : temps de parole</p> <p>2^{ème} temps : échauffements</p> <p>3^{ème} temps : exercices avec consignes ou danse libre</p> <p>4^{ème} temps : création collective/chorégraphie</p> <p>5^{ème} temps : intériorisation allongée avec musique douce</p> <p>6^{ème} temps : temps de parole</p>	E2
<p>1^{er} temps : présentation</p> <p>2^{ème} temps : échauffement du corps, respiration, voix</p> <p>3^{ème} temps : exercices en fonction du groupe et des objectifs</p> <p>4^{ème} temps : dernière danse libre</p> <p>5^{ème} temps : mise en parole du ressenti</p>	E3
<p>1^{er} temps : échauffements</p> <p>2^{ème} temps : apprentissage d'une petite chorégraphie continué de semaine en semaine</p> <p>3^{ème} temps : impro ou danses conviviales (kuduro, madison) ou apprentissage de pas de bases de danses en couple</p>	E4
<p>1^{er} temps : macarena afin d'analyser les capacités à se positionner en groupe, à observer, comprendre, répéter et retenir, sens du rythme, souffle</p> <p>2^{ème} temps : continuer la danse précédente ou pratiquer une nouvelle danse</p>	E5

Déroulement de l'atelier	Les différents ergothérapeutes
<p>1^{er} temps : accueil avec mise en mots du ressenti de chacun</p> <p>2^{ème} temps : prise de conscience de soi, de l'environnement et des autres avec exercices d'assouplissement et d'échauffement, respiration</p> <p>3^{ème} temps : exercices d'expression, imaginaire, créativité, lâcher prise, par 2 ou en cercle ou en groupe</p> <p>4^{ème} temps : retour au calme, temps de relaxation, intégration du vécu</p> <p>5^{ème} temps : mise en mots, partage avec le groupe</p>	E6
<p>1^{er} temps : échanges</p> <p>2^{ème} temps : échauffement du corps</p> <p>3^{ème} temps : pas de danse à mémoriser, danse libre avec les pas appris</p> <p>4^{ème} temps : temps libre, amusement avec la musique</p> <p>5^{ème} temps : retour au calme avec mouvements doux sans consignes</p> <p>6^{ème} temps : relaxation ou étirements suivant l'état général du groupe</p>	E7
<p>1^{er} temps : présentation</p> <p>2^{ème} temps : échauffements</p> <p>3^{ème} temps : chorégraphies</p> <p>5^{ème} temps : étirements</p> <p>6^{ème} temps : échanges</p> <p>7^{ème} temps : transmission</p>	E8
<p>Mini stage pour l'éprouvé corporel sur plusieurs jours pendant plusieurs semaines</p>	E9
<p>Elle ne s'est pas prononcée à ce sujet</p>	E10

Les objectifs des ateliers

Les objectifs qui reviennent le plus souvent sont cités dans le tableau 6 avec leur fréquence dans les réponses des ergothérapeutes interrogés.

Tableau 6 - Les objectifs des ateliers :

Les objectifs	Nombre d'ergothérapeutes les utilisant
La réappropriation/conscience du corps et de l'identité, un travail sur le schéma corporel et l'image de soi	9
Créer un moment de plaisir et un moment ludique	6
La valorisation et l'augmentation de la confiance en soi	4
Favoriser les liens sociaux, le partage et les interactions avec les autres	4
Favoriser le lâcher prise et l'expression corporelle	4
Contenir les patients trop accélérés	4
Mise en mots des ressentis, extériorisation	4
Apaisement des tensions psychiques et physiques	3
Travail cognitif (concentration, compréhension, attention et mémoire)	3
Travail du dedans-dehors	2
Apaiser les tensions psychiques et physiques	1
Lutter contre l'apragmatisme	1

Les indications pour cette pratique :

Les 10 ergothérapeutes définissent plusieurs facteurs pour pouvoir participer à cet atelier, tels que l'importance pour les patients d'être stabilisés, la mise en place d'un cadre sécurisant et contenant, l'accord du médecin psychiatre, la nécessité d'apprécier la danse et le fait d'avoir divers symptômes (cf. tableau 7).

Tableau 7 - Les indications pour l'atelier danse :

Les indications pour cette pratique	Nombre d'ergothérapeutes
Au regard des objectifs	2
Patients doivent être stabilisés	2
Accord du médecin psychiatre	2
Cadre sécurisant et contenant	2
Nécessaire d'aimer la danse	1
Avoir des douleurs, de l'anxiété, des troubles du sommeil, perte de l'estime de soi, dissociation, apragmatisme, difficultés à exprimer ses ressentis, dispersion	1

Les contre-indications pour cette pratique :

La contre-indication qui revient le plus souvent est le fait de faire cet atelier avec des patients non stabilisés. Mais aussi le fait qu'il ne faut pas faire cet atelier avec des personnes ayant des problèmes cardiaques, somatiques et des douleurs. D'autres indications sont aussi ressorties (cf. tableau 8).

Tableau 8 - Les contre-indications pour l'atelier danse :

Les contre-indications pour cette pratique	Nombre d'ergothérapeutes
Patients non stabilisés, en phase aigüe, ou période délirante	7
Problèmes cardiaques, somatiques, douleurs	4
Personne trop désorganisée	2
Incapacité à être avec les autres	1
Aucune : même ceux qui ont des problèmes de santé peuvent s'adapter	1
Patient dissocié	1

Les effets bénéfiques de la danse sur les personnes schizophrènes :

Une question a été posée à tous les ergothérapeutes répondant (n=25) sur les effets bénéfiques que pouvait avoir la danse lorsqu'elle était proposée à des personnes atteintes de schizophrénie. Les effets sont cités dans le tableau 9.

Tableau 9 - Estimation par les ergothérapeutes du type de bénéfices thérapeutiques de la danse sur les personnes schizophrènes :

Les effets de la danse sur les personnes schizophrènes	Ressorti x fois
Travail du schéma corporel et de l'image du corps	12
Revalorisation de soi et confiance en soi	11
Augmentation des habiletés sociales, des liens sociaux	10
Expression corporelle et émotionnelle	9
Ancrage dans la réalité	6
Augmentation de la qualité de la relation thérapeutique	5
La mise en mouvement	5
Augmentation des fonctions cognitives	4
Evacuer les angoisses	3
Diminutions des symptômes négatifs	2
Plaisir	2
Bien-être	2
Lien corps-esprit	1
Lâcher prise	1
Prise de décision	1
Repérage dans l'espace	1

Les mêmes bénéfices peuvent être donnés autant par des ergothérapeutes utilisant la danse que ceux qui ne l'utilisent pas.

Parmi les ergothérapeutes n'utilisant pas la danse (n=15)

15 ergothérapeutes n'utilisent pas la danse dans leur pratique. 14 ergothérapeutes ont répondu que pour eux, la danse pouvait être utilisée en ergothérapie. 1 personne a répondu qu'elle pouvait être utilisée, mais avec la présence d'un psychomotricien.

13 ergothérapeutes estiment que cette activité est adaptée pour les personnes schizophrènes, une personne ne sait pas et une autre a répondu que cela dépendait de l'intensité des troubles et de la signification de l'activité pour la personne.

Au niveau des effets iatrogènes, 4 ergothérapeutes pensent qu'il n'y en a pas. Ensuite, la genèse d'angoisse est revenue 2 fois, le fait de faire cette activité avec des patients qui ne sont pas stabilisés est revenu 1 fois. 1 ergothérapeute estime qu'il y a des effets iatrogènes pour les personnes ayant des douleurs physiques. Aussi, 1 ergothérapeute estime que cela dépend de la contenance du cadre mis en place.

Parmi les 15 ergothérapeutes n'utilisant pas la danse dans leur pratique, ils ont différentes raisons à cette non-utilisation. 9 personnes estiment ne pas avoir la formation nécessaire. 11 personnes n'ont pas d'expérience personnelle. 3 personnes ont répondu qu'elle était déjà proposée par d'autres professionnels comme le psychomotricien ou qu'il faudrait la mener avec un psychomotricien. 1 personne n'y voit aucun bénéfice.

Résultats principaux :

Cette enquête exploratoire a permis d'étayer les données manquantes de la revue de littérature. Nous pouvons voir que la danse est essentiellement utilisée par des ergothérapeutes travaillant dans des structures où les patients sont stabilisés. Les ergothérapeutes utilisant la danse n'ont pas forcément eu recours à une formation ou ne sont pas munis d'un diplôme de danse-thérapie. Ces ergothérapeutes l'utilisent souvent dans une visée thérapeutique et expressive. Les ateliers de danse sont réalisés avec des personnes présentant différents types de pathologies.

Pour les personnes schizophrènes, la danse permet d'augmenter l'expression corporelle et l'expression des émotions, apporter du plaisir, augmenter les habiletés sociales, travailler les fonctions cognitives, ainsi, elle permet de diminuer les symptômes négatifs de la pathologie tels que l'alogie (difficultés de communication), l'anhédonie (difficultés à ressentir du plaisir), l'aboulie (manque de motivation et d'énergie), l'émoussement affectif et le retrait social.

Selon les ergothérapeutes, il est nécessaire d'avoir une bonne relation thérapeutique et un cadre contenant lors de ces ateliers.

La danse peut aussi apporter des effets négatifs si elle est utilisée avec des personnes qui ne sont pas stabilisées, générer de l'anxiété pour celles-ci et pour les personnes rencontrant des difficultés à se retrouver en groupe. Aussi, selon les réponses, il ne faudrait pas l'utiliser avec des personnes ayant des problèmes somatique de santé.

Confrontation avec la revue de littérature :

Dans la revue de littérature, il n'y avait aucune information sur l'utilisation de cette médiation par des ergothérapeutes, cependant, suite à l'enquête exploratoire, nous pouvons voir qu'elle est utilisée et que la plupart des ergothérapeutes ne sont pas opposés à l'idée qu'elle puisse être pratiquée dans le domaine de l'ergothérapie.

Les réponses des ergothérapeutes valident ce qui a été explicité dans la revue de littérature par rapport à la diminution des symptômes négatifs.

Dans la revue de littérature, les médiations corporelles se basaient sur les éprouvés corporels, le processus d'identification et la différenciation du dedans et du dehors.

Les témoignages des ergothérapeutes montrent que la danse peut être utilisée en tant que médiation corporelle pour apporter les mêmes indications.

Analyse critique de l'enquête exploratoire :

L'enquête exploratoire menée présente des avantages et des limites. Au niveau des avantages, elle a permis de découvrir la réalité sur le terrain, d'avoir plus de renseignements et d'avoir des réponses et des données non vues dans la revue de littérature. Des axes de complémentarités et de corroborations ont été dégagés. Cependant, au niveau des limites, les questions de l'enquête exploratoire ont été élaborées sans que la revue de littérature soit finie, alors d'autres questions auraient pu être posées et ne l'ont pas été. Cela apporte des biais méthodologiques et des données manquantes pour avoir plus de matière afin de confronter l'enquête exploratoire et la revue de littérature.

1.6 Question initiale de recherche

Suite à l'analyse des résultats de l'enquête exploratoire, plusieurs questions émergent :

- Comment différencier la pratique de la danse par l'ergothérapeute et par le psychomotricien ?
Ainsi que par d'autres professionnels ?
- Quels sont les différents regards ? Y'a-t-il des objectifs différents ?
- Les personnes dissociées peuvent-elles participer à des ateliers de danse ?

- Comment se met en place la relation thérapeutique lors d'un atelier danse ?
- Comment se fait la mise en place du cadre thérapeutique ?
- Est-ce que qu'une fonction contenant amène plus d'engagement dans ce type d'atelier ?
- Est-ce qu'il y a une influence mutuelle entre la relation thérapeutique et la mise en place de l'atelier pour un bon déroulement de celui-ci ?

De ces questions découlent une question initiale de recherche :

Comment un cadre et une relation thérapeutique soutenante influencent la représentation du corps des personnes schizophrènes lors d'un atelier de danse ?

1.7 Cadre conceptuel

Il s'agit dans cette partie de définir les cadres conceptuels issus de la question initiale de recherche. Les champs théoriques choisis sont la psychiatrie, psychologie et l'anthropologie. Les concepts qui seront développés sont le corps ainsi que le corps des personnes schizophrènes, la relation thérapeutique et le cadre thérapeutique.

1.7.1 Le corps

L'humain existe à travers le corps, sa sensorialité, sa gestuelle et ses affects. Il se tient présent grâce aux actions de son corps. Sans sa corporéité, il disparaît. Selon David Le Breton, sociologue et anthropologue, « l'homme n'est pas autre chose que son corps, et toucher l'un, c'est toucher l'autre, de même qu'il contient la limite des pouvoirs de l'individu » (p.2) (27). C'est grâce au corps que l'on connaît un individu, on apprend son âge, son sexe, sa couleur de peau, son appartenance sociale, sa présence. Le corps est entouré par la peau qui est la frontière entre le dedans et le dehors (27).

Vers la fin du 20^{ème} siècle, D. Anzieu, psychanalyste, développe le concept psychanalytique du Moi-peau, une étroite corrélation entre les fonctions du moi et l'enveloppe corporelle. En effet, la peau contiendrait métaphoriquement l'appareil psychique (28).

Le Moi-peau se développe chez le nourrisson et se définit comme une enveloppe narcissique permettant un bien-être de l'appareil psychique. D. Anzieu affirme que « le Soi ne coïncide pas nécessairement avec l'appareil psychique : chez de nombreux patients, des parties de leur corps/et ou de leur psychisme sont vécues comme étrangères » (p.41) (28).

La relation corps à corps que va avoir le nourrisson avec sa mère va influencer sur son appareil psychique, la fonction maternelle se définit comme une fonction contenant essentielle pour le bon développement de l'enfant. Celui-ci va se construire à partir de ses expériences corporelles.

D. Anzieu énonce le travail de D.Winnicott qui s'applique sur l'analyse de la carence maternelle. Cette carence maternelle, si elle survient lors de la petite enfance, peut entraîner une schizophrénie infantile, des traumatismes, des troubles mentaux, des difficultés à s'intégrer dans la société (28).

Le corps de la personne schizophrène :

La schizophrénie s'alimente d'une « régression ». L'unité corporelle est fragilisée dans la schizophrénie, les pulsions libidinales se centrent sur certaines zones du corps, et ces zones sont investies de façon isolée par la personne schizophrène. La symbolisation corporelle qu'a une personne schizophrène de son corps est brisée, la représentation de ce corps est projetée ou divisée (29).

Le syndrome dissociatif dans la schizophrénie aboutit à une rupture entre l'unité psychique et la cohérence de la personnalité. Cette dislocation peut entraîner aux personnes schizophrènes une sensation de morcellement, c'est-à-dire l'impression que leur corps leur échappe.

Plusieurs études ont démontré que les personnes schizophrènes rencontrent des difficultés dans la reconnaissance de leur propre corps. L'image de leur corps est troublée ou la distinction entre soi et le monde extérieur est altérée. En plus de ne pas percevoir leurs propres actions, les personnes schizophrènes attribuent leur action à d'autres personnes. Les hallucinations somatiques et les sentiments d'avoir leur corps influencé sont des symptômes de la schizophrénie (2).

Les personnes psychotiques rencontreraient des difficultés à différencier leur dedans et dehors, leur Moi et leur non-Moi. Il y a une déficience de la fonction contenant ce qui engendre des problèmes dans les structures de symbolisation (6).

1.7.2 Cadre thérapeutique

Les généralités du cadre :

La notion de cadre thérapeutique tire ses préceptes de la psychanalyse et de S.Freud. A l'heure actuelle, la notion de cadre thérapeutique est encore complexe et controversée (6). Selon la psychanalyse, initialement le cadre analytique est caractérisé par plusieurs critères. Ceux-ci sont la durée, la fréquence et l'endroit de l'intervention, le positionnement des acteurs, le rapport contractuel, les conditions de l'intervention, le secret professionnel, la règle d'abstinence et de neutralité. Ce cadre est déterminé dès le début par ce qui est admis et ce qui est interdit, il peut être rappelé au cours des séances et le thérapeute se doit de le penser sans cesse. La détermination de ces facteurs permet de garantir un spatio-temporalité et une continuité dans les séances ainsi que la libre expression du patient par rapport à son adhésion aux séances (30).

Cadre contenant en ergothérapie en psychiatrie :

Pour en dire davantage sur la notion de cadre, celui-ci appartient aux deux personnes. Il comporte les pensées respectives de chacun et enferme le thérapeute et le patient dans une spatio-temporalité. C'est un espace « privé », la rencontre doit permettre à chacun d'éjecter ce qu'il se passe au dehors (6).

Le cadre en ergothérapie doit être suffisamment bon et protecteur afin de permettre aux personnes de se sentir en sécurité, que ce soit du côté du patient ou du soignant. Les limites du dedans/dehors, et les espaces doivent être délimités pour contenir et soutenir le patient. Aussi, la bonne distance physique est à prendre en compte.

L'instauration d'un cadre attentif permet d'inciter l'engagement du patient. Si le patient se sent en difficulté, le cadre doit être adapté et réaménager. Le cadre est « un lieu d'expériences, vécues ou revécues, seul ou avec d'autres patients, qui se doit d'être vivant et non figé ou rigide. » (p.44) (6) .

Actuellement, le concept de cadre en ergothérapie est toujours tiré des notions psychanalytiques du 19^{ème} siècle. Hélène Hernandez parle de D.Winnicott et de l'installation du cadre analytique. D.Winnicott considère le cadre comme un lieu permettant l'observation, et une comparaison de la relation parent-enfant. Le cadre proposé pourrait ainsi permettre à la personne de « déposer ses projections, son monde intime, interne, inconscient. » (p.45) (6). D.Winnicott élabore la notion de *holding* qui est une métaphore du holding primaire. Cette notion peut également renvoyer aux concepts du psychiatre W.Bion.

Il s'agit de développer ces notions. En effet, trois différentes notions sont définies par les psychanalystes D.Winnicott, W.Bion et S-H.Foulkes. W.Bion développe celle du « contenant/contenu », D.Winnicott élabore la notion de « holding » et S-H.Foulkes parle de « matrice » de groupe (31).

S-H.Foulkes élabore la théorie de la « Groupe Analyse » (1948,1964) assurant qu'au sein d'un groupe, les individus interagissent, développent leur relation. La matrice représente quelque chose de commun partagé par les membres du groupe, de là, il y aura des communications et des interprétations verbales ou non-verbales. Pour S-H.Foulkes, les humains ont tous un rôle social, et essentiellement au sein du groupe qui permet des relations interpersonnelles et intrapsychiques (31).

W.Bion développe le concept de « containing » qui signifie « contenant/contenu ». Pour lui, si la relation qu'à la mère avec son nourrisson est contenante, le nourrisson aura plus de capacités à développer sa pensée. Cette notion de contenant et de contenu permet l'identification de la communication par le nourrisson. W.Bion parle d'identifications projectives de l'enfant envers sa mère si la fonction maternelle de « containing » est suffisante (31).

D.Winnicott développe la notion de « holding » en 1960, qui constitue le rapport parent-nourrisson. Il met en avant la dépendance de la mère pour l'enfant. Cette notion de « holding » équivaut à « la prise dans les bras de l'enfant par la mère, mais aussi la provision environnementale totale qui précède toute notion de vivre avec. » (p.23) (31). Pour lui, l'attitude parentale est importante aux niveaux des besoins psychologiques du nourrisson. Cette attitude influencera le développement du Moi sous-tendant à l'assimilation d'une indépendance et d'une autonomie. D.Winnicott estime qu'il est nécessaire de comprendre ce phénomène car cela apportera une meilleure compréhension des patients dont le psychisme est atteint. Si une personne peut utiliser un objet (dans la vie quotidienne comme dans un atelier thérapeutique) pour s'identifier, cela augmentera ses relations avec autrui et son sentiment de signification pour les autres (31).

Alors, la compréhension de ces concepts est nécessaire pour la mise en place d'un cadre dans le milieu psychothérapeutique. Les ergothérapeutes en psychiatrie s'intéressent aux auteurs de la psychanalyse, car ceux-ci, comme Freud, évoque les Arts et la création comme un outil pour la construction du Moi (6).

En effet, la construction du « Moi » chez le nouveau-né provient de la sensorialité, de la communication, de l'identification primaire. Chez les personnes psychotiques, nous retrouvons ces processus psychiques qui se forment chez l'enfant. Les personnes psychotiques ont des difficultés pour la construction de leur « Moi ».

D.Winnicott développe le principe d' « espace transitionnel » où la créativité et le jeu y ont une place importante. Hélène Hernandez cite D.Winnicott, lui-même affirmant que « c'est en jouant et seulement en jouant que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif, que l'individu découvre le soi » (p.59) (6). D.Winnicott appelle « objet transitionnel » l'objet qui servira de projection à l'enfant (exemple : doudou) pour limiter les angoisses de séparation. Celui-ci permet un Moi naissant dans un espace transitionnel. Par la suite, cet espace transitionnel pourra devenir un « espace potentiel » quand l'enfant aura acquis le jeu et la créativité (6).

Ces notions utilisées pour l'enfant sont importantes à prendre en compte chez les personnes psychotiques. En effet, ces personnes rencontrent des difficultés dans les capacités de création. Alors, l'utilisation de créativité dans la prise en soin est importante, elle permet de mobiliser les processus psychiques et d'approcher la réalité extérieure. Cette créativité peut apparaître si la fonction est contenante (6).

Le cadre contenant et soutenant installé par l'ergothérapeute permet d'induire un espace transitionnel de jeu et de créativité pour la personne. L'ergothérapeute instaure un cadre où sur le principe de plaisir, le patient pourra être ramené à la réalité. Alors, cet espace transitionnel pourrait se transformer en espace potentiel.

Le cadre thérapeutique est utilisé comme aire de jeu pour susciter aux patients des liens de soi à soi et de soi à l'autre. L'ergothérapeute est considéré comme un miroir pour le patient, il permet une construction ou une reconstruction du Moi pour le patient (6).

1.7.3 Relation thérapeutique

Abordons maintenant la notion de relation. Une relation se fonde entre deux personnes au minimum. Une relation entre deux personnes implique une complémentarité des rôles de chacun. Chaque personne a un rôle social et se doit d'avoir des connaissances sur le rôle de l'autre. Une relation s'établit aussi selon les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux et les facteurs physiques de chacun (32).

Au niveau de la relation dans le milieu thérapeutique, le soin est l'objectif principal de celle-ci, cependant, des études en psychothérapie ont démontré que la relation d'aide complète l'approche thérapeutique exclusivement médicale du patient. Carl Rogers est le précurseur des théories humanistes de la relation d'aide. Cette relation se fonde sur une approche centrée sur la personne en tenant compte de sa globalité (32).

La relation thérapeutique n'est pas semblable aux autres relations quotidiennes. La relation d'aide implique une réciprocité globale, le non-jugement, la compréhension d'autrui, une confiance mutuelle et l'envie de donner et de recevoir. La relation d'aide se construit sur quatre qualités ciblées par Carl Rogers. Celles-ci sont définies par une émotion sympathique, de la permissivité, une exemption de pression et de contraintes de la part du thérapeute ainsi que des limites thérapeutiques (33).

Cette émotion sympathique doit être contrôlée du point de vue du thérapeute et contient des limites. En effet, l'implication ne doit être qu'en dépit du bien du patient. Carl Rogers cite J.F Brown, psychologue, «Le patient s'implique émotionnellement avec l'analyste et l'analyste essaye de voir le patient avec un minimum d'émotion. L'analyste doit paraître psychologiquement fort, juste, et comprenant très bien les faiblesses humaines. » (p.91) (33). Cette émotion sympathique peut se définir comme de l'empathie.

L'empathie permet d'écouter, d'observer, elle favorise les rapports de confiance et permet une meilleure compréhension de l'autre. L'empathie désigne l'aptitude qu'un individu a à reconnaître les ressentis et les émotions d'autrui. Il se met « à sa place » pour le comprendre. Cependant, l'individu ne s'identifie pas complètement à l'autre, c'est-à-dire qu'il ne partage pas les mêmes émotions et sentiments, sinon il n'arrivera plus à comprendre réellement la personne (34).

La permissivité est le fait que le thérapeute accepte l'expression des sentiments de chaque personne. De là, il ne doit pas y avoir de jugement et il doit y avoir une grande compréhension de l'autre. Cela peut permettre à la personne d'exprimer ses émotions et ressentis sans craintes. La relation thérapeutique permet une suppression des inhibitions pour permettre à la personne d'avouer ce qu'il ne souhaiterait pas dire dans les relations quotidiennes (33).

L'exemption de toute forme de pression ou de coercition signifie que le thérapeute doit s'abstenir au niveau de ses envies, ses désirs personnels et ses avis. Il doit rester neutre et ne doit pas influencer la personne. C'est la personne qui fait ses propres choix. Cependant, cela ne signifie pas que le thérapeute doit faire preuve d'une abstention négative et qu'il doit rigide ment refuser d'influencer la personne (33).

Au niveau des limites de la relation thérapeutique, Carl Rogers en définit plusieurs. Il y a le temps de la séance thérapeutique, et la personne ne doit pas s'imposer en dehors de ce temps, la situation doit être structurée. Il y a d'autres limites comme sortir du cadre thérapeutique, s'adonner à des actes d'impulsions. Les limites thérapeutiques font parties intégrantes de la relation thérapeutique et permettent de la créer (33).

La prise en soin d'un groupe en ergothérapie nécessite d'accompagner celui-ci dans le processus de création et de relation. Il faut veiller au contenant (cadre thérapeutique) et aux contenus des séances.

Selon Florence Klein, ergothérapeute et psychologue, « il s'agit aussi de s'investir dans l'activité, de créer devant, voire avec les patients. Exister physiquement, c'est aussi exister créativement, émotionnellement, c'est être en lien. S'inscrire dans une réalité partagée avec le patient est une invitation à expérimenter, par le biais de notre agir et de notre propre réalité psychique, la sienne » (p.57) (15).

1.7.4 La danse

La danse se définit comme des gestes rythmiques permettant une communication non-verbale. Traditionnellement, dans les sociétés humaines, elle était pratiquée en groupe. Les premières danses pourraient remonter à un million d'années, celles-ci étant associées aux pratiques de séduction et aux parades nuptiales. Ensuite, environ 100 000 ans avant notre ère, les premiers rites funéraires apparaissent, avec des rites de passages et des danses collectives. On estime qu'il faut remonter à 40 000 ans en arrière pour voir apparaître les danses de transe, le chamanisme, les danses de magie et de religions. Il y a 11 000 ans, les cérémonies agricoles naissent. Il y a environ 5 000 ans, les danses émergent dans les sociétés urbaines, avec des chorégraphies faites par des danseurs formés (35).

Pour Paul Valéry, écrivain, poète et philosophe français, la danse n'est pas seulement un exercice, c'est un art fondamental déduit de la vie et du mouvement du corps dans le temps et l'espace, en effet, elle est « un comportement de communication, « un texte en action » ou un « langage corporel » » (p.126) (35).

Pour Algirdas Julien Greimas, linguiste et sémioticien, le sens profond de la danse n'est lié qu'au danseur lui-même, puisqu'il s'agit de ses propres gestes, mouvements et actions. La danse en elle-même n'est pas toujours significative, seulement, c'est le danseur qui produit un sens en dansant. L'instrument de la danse est le corps du danseur, et les unités corporelles les plus couramment utilisées sont les pas, les tours, les sauts, les bras, les jambes, la tête et le tronc (p.93) (35). La danse permet plusieurs choses, selon Rudolph Laban, danseur et théoricien de la danse, elle permet de « projeter » les mouvements vers l'extérieur ou l'intérieur, exposer les divers rapports entre les différentes parties corporelles, présenter la structure de la danse,

accéder au sol de différentes manières, mobiliser l'espace de différentes façons, révéler que les mouvements sont capables de mettre en œuvre des idées et des pensées (35).

Actuellement, les danseurs utilisent la danse selon plusieurs caractères qui sont l'énergie, l'espace et le temps, ces critères leurs permettent d'analyser le mouvement. Ces caractères sont tirés de E. Jacques-Dalcroze, créateur de la rythmique et figure fondatrice de la danse moderne du XXème siècle. Jacques-Dalcroze et R.Laban, pionniers de la danse moderne ont défini les bases d'une réflexion et d'une pratique du geste. Cette façon de pratiquer le geste renvoie à la relation du danseur au monde qui l'entoure (p.69) (8).

1.7.5 Problématisation théorique

Le développement des concepts du cadre conceptuel a permis d'approfondir les notions de relation thérapeutique, de cadre thérapeutique, de corps et de danse.

La personne schizophrène rencontre une problématique corporelle, et la distinction entre le dedans et le dehors est difficile.

La relation thérapeutique et le cadre contenant en ergothérapie dans le domaine de la psychiatrie, s'ils sont bien amenés, permettent au patient une distinction de leur Moi et de leur non-Moi, ainsi que du dedans et du dehors. La danse permet de s'exprimer selon de mouvements, de projeter des gestes et pensées à l'extérieur mais aussi à l'intérieur.

Ce cadre conceptuel suscite encore des questionnements sur les notions corporelles des personnes schizophrènes et sur l'effet que peut avoir un atelier de danse sur celles-ci.

1.8 Question et objet de recherche

La question de recherche ne diffère pas forcément de la question initiale de recherche et reste dans la lignée de celle-ci.

Question de recherche :

Comment la mise en place d'une relation de confiance permet à la personne schizophrène une représentation de son corps lors de l'atelier danse ?

Objet de recherche :

Comprendre les différentes façons qu'utilisent les ergothérapeutes pour créer un lien relationnel avec les personnes schizophrènes et en quoi ce lien alimente la représentation du corps de la personne lors de l'atelier danse.

2. Matériel et méthode

2.1 Choix de la méthode de recherche : méthode de recherche clinique

Pour éclairer la question de recherche « *Comment la mise en place d'une relation de confiance permet à la personne schizophrène une représentation de son corps lors de l'atelier danse ?* », la méthode qui sera utilisée sera la méthode clinique pour approfondir une recherche qualitative. La recherche qualitative est souvent utilisée dans les domaines des sciences sociales et de la santé. La méthode de recherche qualitative permet de se renseigner sur un phénomène complexe et d'explorer les expériences des personnes, en prenant en compte que chaque expérience est inhérente à chaque individu. La recherche qualitative se base sur la réalité sociale, au lieu de chercher les bonnes réponses, cette méthode va en profondeur en cherchant les significations du phénomène tout en se préoccupant d'une bonne formulation des questions. La recherche qualitative s'intéresse au milieu naturel, aux croyances et aux expériences de la personne (26). La méthode clinique peut faire partie des recherches qualitatives. Elle permet de se centrer sur l'individu et sa complexité, d'augmenter les connaissances et se base aussi sur les connaissances disciplinaires. La méthode clinique doit être utilisée sans a priori, elle est centrée sur le vécu, l'agir et le sens du sujet (36).

Le but est de percevoir si dans la pratique, il y a un lien entre la relation établie entre l'ergothérapeute et la personne schizophrène et la représentation du corps de la personne. Il est recherché les différentes expériences des ergothérapeutes dans la pratique de leurs ateliers de danse proposés avec des personnes schizophrènes. Des informations sont recherchées comme la mise en place de la relation et le cadre avec les patients, les moyens utilisés, l'influence sur la prise en soins et le rapport de la personne à son corps, les facilités et difficultés éprouvées.

2.1.1 Population ciblée et site d'exploration

La question et l'objet de recherche visent les ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la santé mentale avec des adultes schizophrènes, et leur proposant un atelier de danse comme activité thérapeutique.

Il y a plusieurs critères d'inclusion pour interroger cette population :

- Les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la psychiatrie en France
- Les ergothérapeutes exerçant dans une structure psychiatrique depuis plus de 2 ans
- Les ergothérapeutes proposant à des personnes adultes schizophrènes un atelier danse

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les professionnels qui ne sont pas ergothérapeutes
- Les ergothérapeutes ne travaillant pas en France et dans le domaine de la psychiatrie
- Les ergothérapeutes exerçant dans une structure psychiatrique depuis moins de 2 ans
- Les ergothérapeutes ne proposant pas d'atelier danse avec des personnes adultes atteintes de schizophrénie

Pour prendre contact avec des ergothérapeutes, des mails seront envoyés pour une demande d'entretien avec les critères d'inclusion. De plus, des annonces seront faites sur les réseaux sociaux tels que Facebook®, dans des groupes réservés aux ergothérapeutes.

2.2 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données

2.2.1 L'entretien semi-directif

L'outil théorisé de recueil de données choisi est l'entretien semi-directif.

Celui-ci renvoie à des approches qualitatives et interprétatives car il permet de développer des connaissances. Ce type d'entretien permet d'avoir un discours se regroupant en thèmes mais laissant le répondant libre de développer ses points de vue selon la réactivité. Le chercheur instaure des points de repères, il doit prendre soin de fournir des informations de qualité et orientées.

Pour réaliser un entretien semi-directif, il faut prendre en compte le cadre conceptuel, la question de recherche, la procédure méthodologique ainsi que les ressources personnelles et matérielles. Il est nécessaire de préparer son entretien, d'approfondir son questionnement et son objectif. Ce type d'entretien se réfère à une conversation ou un dialogue entre deux personnes.

Le chercheur se doit d'être à l'écoute et empathique car c'est un moment rempli de partage, une relation de confiance doit être établie. La personne doit pouvoir s'exprimer, se sentir respectée et écoutée (37).

Il s'agit d'anticiper les biais pouvant apparaître lors de cette méthode de recherche, ils sont les suivants :

Biais	Effets	Moyens pour les atténuer
Biais méthodologiques	- Mauvaise formulation des questions	- Faire un recueil avec une trame d'entretien

	<ul style="list-style-type: none"> - Questions posées trop orientées - Questions posées trop ouvertes 	-Faire une phase de préparation en amont avec des entretiens tests
Biais de désirabilité sociale	- Volonté du répondant à se montrer sous son aspect positif	- Faire divers entretiens avec différentes personnes pour avoir différents points de vue
Biais de confirmation	- Tendance que peut avoir la personne qui interroge à porter plus d'intérêt sur ses idées préconçues que sur les opinions jouant en défaveur de ses idées	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer toutes les informations qui vont être données. - Savoir se remettre en question et comprendre son rapport implication/distanciation - Poser d'autres questions que celles qui se basent sur les idées préconçues
Biais d'autocomplaisance	- Tendance à montrer que la réussite est due à ses qualités propres	- Prendre en compte ces biais et mieux les analyser

La matrice conceptuelle a été élaborée à l'aide du développement des concepts vu auparavant : le corps, la danse, la relation thérapeutique, le cadre thérapeutique (cf. Annexe 4 p.63). Cela a permis, par la suite, de construire le guide d'entretien (cf. Annexe 5 p.65).

2.3 Déroulement de la recherche

2.3.1 Déroulé de l'enquête

L'entretien a été testé auprès d'une ergothérapeute afin de s'assurer de sa faisabilité. L'entretien a été réalisé par visioconférence sur l'application Whatsapp®. Il a permis de comprendre qu'il est nécessaire d'améliorer certaines questions, et d'être davantage explicite. Aussi, cet entretien test a montré l'importance des biais qui peuvent se jouer comme les biais de confirmation et

d'autocomplaisance. Les questions de relance ont été retravaillées afin d'explorer la recherche plus en profondeur.

Après une longue période associée à de nombreuses recherches et à de multiples relances sur des groupes Facebook®, par mails, mais aussi par des appels téléphoniques dans des structures psychiatriques, seulement deux entretiens ont pu être réalisés. Avant de concrétiser les entretiens, le consentement à l'enregistrement audio et aux traitements des données ainsi qu'une notice d'information sont envoyés par mail (cf. Annexe 6 p.67 et Annexe 7 p.68).

Pour permettre plus de disponibilités, les entretiens se font par visioconférence via l'application WhatsApp®. Cependant, cette installation peut limiter l'analyse sur le moment et empêcher le langage non-verbal.

En début d'entretien, le consentement est redemandé à l'oral afin de s'assurer du droit du traitement des données. Ensuite, l'enquêteur se présente succinctement et présente le sujet de son mémoire déjà évoqué au préalable. Pour mettre en confiance le répondant, il lui est demandé de se présenter aussi. Cela permet notamment de s'assurer des critères d'inclusion.

Les questions posées sont essentiellement celles qui sont élaborées dans le guide d'entretien, cependant, elles peuvent avoir différentes tournures ou d'autres questions peuvent intervenir. Des reformulations et des relances sont faites afin de s'assurer de la bonne compréhension et pour avoir plus d'informations. Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes.

2.3.2. Choix des outils de traitements et d'analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés via l'enregistreur vocal de l'ordinateur et retranscrit manuellement sur Microsoft Word®.

La méthode choisie pour traiter et analyser les données est l'analyse thématique. Cette méthode a été élaborée par Braun et Clark. Elle se compose en six phases. La première phase consiste à se familiariser avec les données, c'est-à-dire de plonger en immersion en répétant les lectures des retranscriptions. La deuxième phase est le codage des données en les rangeant en plusieurs groupes. Une fois que les données sont collectées et codées, la troisième phase transforme les groupes en plusieurs thèmes possibles. La quatrième phase permet d'affiner ces thèmes afin qu'ils deviennent identifiables et distincts. Durant la cinquième phase, les thèmes deviennent définitifs et sont nommés. La dernière phase comprend l'analyse finale et la rédaction logique des résultats sortis en fonction des thèmes (38).

3. Résultats de la recherche

Deux entretiens ont pu être recueillis ce qui est peu pour une généralisation des résultats. Cependant, la méthode utilisée est une recherche qualitative, la qualité des vécus et expériences est priorisée face à la quantité des résultats. Les données recueillies ont été classées dans des tableaux par thèmes et sous-thèmes à l'aide de la méthode de l'analyse textuelle (cf. Annexe 8 p.69).

Ces thèmes sont : les problématiques corporelles de la personne schizophrène, les relations et les effets de l'atelier sur le corps de la personne schizophrène.

Les ergothérapeutes interrogées sont des femmes travaillant en France dans des structures psychiatriques avec des personnes schizophrènes. Elles sont nommées respectivement E1, E2 pour garantir le respect de l'anonymat (cf. tableau 10).

Tableau 10 – Informations générales de la population interrogée :

	Structure exercée	Ancienneté dans la structure	Public accueilli
E1	CATTP	25 ans	Personnes psychotiques (schizophrènes, bipolaires) Personnes névrosées (dépression) Personnes ayant un déficit intellectuel
E2	HDJ	6 ans	Principalement des personnes psychotiques et atteintes de schizophrénie Adultes ayant des traits autistiques Personnes présentant des troubles de l'humeur

3.1 Les problématiques corporelles dans la schizophrénie

Pour E1, il est difficile de définir exactement ces problématiques corporelles car les patientes qui font partie de son atelier « *sont chacune tellement différente même si elles ont la même pathologie* ».

3.1.1 Corps et psychée

Les ergothérapeutes interrogées définissent chez les personnes schizophrènes des problématiques psychocorporelles, les sphères corporelles et psychiques sont en tension. En effet, E1 parle de « *tensions psychiques et physiques* » et de « *rupture entre ce qui se passe dans la tête et ce qu'on ressent corporellement* ». E2 définit la schizophrénie comme des « *dissociations entre les perceptions corporelles et les émotions* ». En ce qui concerne les émotions, pour E1 les personnes schizophrènes sont « *peut-être souvent coupées de leurs émotions* » alors que « *le véhicule pour vivre ses émotions, c'est le corps* ».

La pathologie va interférer sur les liens que la personne va avoir avec soi mais aussi avec les autres. Pour E2, dans la schizophrénie, il y a « *un trouble du lien entre notre sphère affective et notre sphère corporelle ou nos pensées* », mais ce lien est aussi troublé entre ce qu'il y a à l'intérieur et à l'extérieur de la personne et alors, au niveau de l'extérieur, il y a un trouble « *du lien avec l'autre, les autres et l'environnement* ». Cette difficulté à distinguer le monde externe et interne s'accroît lorsque E2 explique que « *certain patients ont le vécu de leur corps morcelé, donc ils ne perçoivent pas le corps comme un contenant, ou ils ne perçoivent pas l'enveloppe, la différenciation entre le soi et le non-soi* ».

3.1.2 Corps physique

Au niveau de la posture corporelle, les corps rencontrent des ralentissements, les propos de E1 et E2 se rejoignent, E1 définit un corps « *très monolithique, d'un seul bloc* » et E2 parle de « *corps crispé, tendus, repliés sur eux-mêmes* ». La différenciation des parties du corps est difficile, E1 le dit « *elles ont du mal à différencier chaque articulation, chaque mouvement, chaque partie du corps* » et qu'il n'est « *pas simple d'isoler un mouvement* ».

L'apragmatisme est un des symptômes de la schizophrénie, les patients ont des « *difficultés à se mettre en mouvement et à agir* » selon E2, et cela va engendrer une passivité. Cette passivité rend un corps « *désinvesti* », car E2 estime que cette pathologie va influencer « *beaucoup la tête, les pensées, le délire* », donc des pensées surinvesties qui engendrent « *un corps laissé de côté et désinvesti* ». Ce corps mis de côté et peu investi peut amener à une sédentarité et alors « *des douleurs au niveau du dos par exemple parce qu'ils font très peu d'activité physique* ». En plus, cette passivité peut apporter un surpoids chez les patients car « *en plus des traitements qui font grossir, ils ont tendance à beaucoup se remplir pour apaiser les angoisses, donc beaucoup manger* ».

3.2. Les relations lors de l'atelier

Les ateliers de danse de E1 et E2 regroupent plusieurs patients. E1 propose son atelier à des personnes psychotiques dont trois sont diagnostiqués schizophrènes, ainsi qu'à une personne bipolaire et une personne ayant un déficit intellectuel. Dans l'institution où travaille E2, la plupart des patients sont psychotiques, elle propose son atelier à des personnes atteintes de schizophrénie. A la question sur la relation, E2 répond que « *la relation, je dirais que c'est le socle avant tout* ».

3.2.1. La relation thérapeutique

Pour E1, le début de la relation avec les patients a lieu très souvent lorsqu'ils commencent à venir en atelier car elle ne les voit pas forcément avant. Ainsi, le temps est nécessaire pour elle et « *il se fait avec le temps : le travail de confiance* ». Pour E2, il y a eu des rencontres avant la rencontre dans l'atelier, alors, à partir des « *premières rencontres, une relation de confiance s'installe* » c'est une relation qui est présente tout le temps. Mais cette relation « *peut aussi s'installer et se tisser au cours des ateliers bien sûr* ». La relation est un travail qui se fait dès le début et qui continue au cours des séances mais aussi en dehors. Pour E2, la relation qu'il y a dans l'atelier de danse, « *c'est comme la relation thérapeutique en fait* ».

Cette relation thérapeutique implique pour les deux ergothérapeutes d'être dans des notions d'empathie et de bienveillance. E1 le dit en expliquant qu'elle essaie de « *se mettre en phase avec chacune d'entre elles et puis sentir ce dont elles auraient le plus besoin* » et d'avoir un regard bienveillant. Pour qu'une relation de confiance s'installe, E1 utilise plusieurs moyens comme « *mettre en confiance, avoir une relation contenant, ne pas brusquer, s'adapter au rythme de la personne* ». La notion d'adaptation est sentie comme importante car elle ressort plusieurs fois chez les deux ergothérapeutes, E1 « *adapte en fonction des semaines et des personnes* », par exemple, « *les dernières semaines c'était plus guidé ce temps-là parce qu'elles avaient tendance à dire qu'elles partaient un peu dans tous les sens* ». Il est nécessaire pour E2 « *d'adapter les consignes ou l'environnement pour que la personne puisse participer* ». Sentir quand il faut changer les choses en fonction du déroulé de la séance et des patients est fondamental pour elles.

La relation implique à E2 d'être « *valorisant* », « *d'accompagner* ». Il y a cette question d'accompagnement, d'étayage et d'accueil des patients qui ressort lorsque E2 parle d'être

« présente pour étayer le groupe et chaque patient » et d'être « assez présent pour rassurer, pour lancer le mouvement ». Dans le même registre, E1 parle « d'acceptation, d'accueil de la personne telle qu'elle est ».

Cette notion d'acceptation concerne le non-jugement, et E2 exprime qu'il faut « être tolérant et ne pas juger ». Pour E2, cette relation implique de « garantir un cadre assez contenant pour que la personne se sente en sécurité ». Cette notion de cadre contenant ressort dans tous les moyens mis en place pour une relation thérapeutique adaptée et aussi lorsque E1 parle d'avoir une « parole suffisamment accueillante ».

Les deux ergothérapeutes estiment qu'il faut être présent, aider mais sans trop empiéter, en effet, E2 exprime que « c'est être avec, faire avec, mais sans prendre trop de place ». Pour E1, il est essentiel de « les rendre acteurs de leurs soins » et d'expliquer aux patients qu'ils se connaissent et qu'elle n'a pas tout le savoir sur eux et sur leur corps, souvent, elle « les remet en responsabilité » mais toujours en expliquant qu'il n'y a aucune compétition. Cela permet d'évoquer cette notion de groupe et de non-jugement aussi entre les patients.

3.2.2 Le groupe, le lien aux autres

Il n'y a pas que la relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute qui est mise en jeu lors de l'atelier de danse. La relation entre les patients et les liens qui se créent apportent beaucoup pour E1. En effet, « l'effet de groupe est important parce qu'elles créent des choses ensemble, elles partagent, elles se font confiance mutuellement ». Parfois, E1 demande d'offrir une danse « au groupe où là effectivement il faut accepter le regard bienveillant ». Pour elle, c'est parce que cette relation thérapeutique va s'installer que « les participants vont réagir en miroir et ça c'est primordial dans un groupe ».

Les mêmes idées sont retrouvées lorsque E2 met l'accent sur le fait qu'il soit « important qu'il y ait une continuité et aussi pour la dynamique de groupe ».

De par les réactions en miroir des patientes, E1 observe de l'entraide entre elles et renvoie que le groupe est « presque auto-guérisseur », « soignant » et que « les autres participants peuvent être presque des co-thérapeutes ». Il n'y a pas de compétition et cet atelier « c'est avec les autres et ça c'est le plus important ». Les deux ergothérapeutes proposent des exercices en groupe et en binôme et il est essentiel de montrer que la personne « fait partie du groupe » pour E2. L'atelier de danse que E2 propose permet de « bouger devant les autres [...] être dans le jeu avec les autres ».

3.3 Les effets de l'atelier sur le corps de la personne schizophrène

Selon la question de recherche, il a été demandé aux ergothérapeutes comment la relation mise en place durant l'atelier danse peut influencer sur la représentation du corps de la personne schizophrène.

3.3.1 L'influence de la danse

Selon E2, l'utilisation de la danse se démarque des autres médiations corporelles car elle a « *cette globalité [...], ça relie différentes sphères de l'individu, [...], ça part aussi de l'imaginaire et ça part des sensations, ça peut partir des souvenirs* ». En effet, E2 constate que la danse passe « *par le corps, les sensations, la respiration, l'ancrage* » et cela « *favorise cette présence à soi* ». Pour elle, la danse éveille aussi les émotions et renvoie à différentes sensations corporelles selon la manière, les consignes et la musique, elle peut « *être plus stimulante ou berçante* ». Elle utilise différentes manières d'aborder la danse, parfois elle va proposer « *un travail d'ancrage avec des percussions* », ce travail d'ancrage permet de consolider le rapport à la réalité. Parfois, elle va proposer « *un travail de légèreté, d'ouverture avec une musique un peu plus flottante* » qui permet à l'imaginaire et au lâcher prise de prendre place.

En ce qui concerne l'ancrage dans la réalité, pour E1, il s'agit « *d'être plus en lien avec soi-même et avec les autres* ». Pour E2, cela permet de « *revenir à un corps réel* » et de « *recréer un équilibre entre les pensées et le corps* ».

La danse met le corps en mouvement et assouplit les articulations, E1 l'utilise pour libérer les tensions physiques et « *quand on libère les tensions physiques, on libère aussi bien souvent les tensions psychiques* ». En parlant des corps des patients schizophrènes, E1 explique qu'en utilisant la danse, elle « *essaye que ça se défige un peu...et que ça se figure plus* ». E2 tend à travailler sur « *la perception, la sensation des mimiques du corps, le schéma corporel* ». Il est questions pour les patients de leur permettre d'aborder « *l'enveloppe corporelle et l'image du corps comme une unité* ».

E1 et E2 définissent la danse comme un travail d'expression corporelle et d'expression des émotions. Pour E1, c'est un « *travail qui peut se faire même au niveau de l'expression du visage* ». E2 explique que la musique utilisée lors des danses est importante, cela peut « *éveiller des émotions, des sensations différentes* ».

E2 exprime que « *la danse c'est l'interaction entre le corps et l'environnement* » et dans l'environnement de la personne, il y a les espaces et les autres. Il s'agit de voir maintenant comment selon elles, la relation peut influencer sur la représentation du corps.

E1 et E2 témoignent du plaisir et du bien-être que peuvent avoir les patients en fin d'atelier.

3.3.2 L'influence des relations

Comme dit précédemment, E1 estime que suite à la posture mise en place dans la relation thérapeutique, il peut arriver aux patientes de reproduire par mimétisme « *la même manière d'être, la même manière d'accueillir* » avec les autres. Cette manière d'accueillir améliore le sentiment d'intégration chez les personnes du groupe, le sentiment de plaisir et de bien-être.

E2 rejoint l'idée de E1 sur « *l'effet miroir* » en expliquant que « *si on renvoie quelque chose de positif ou d'encourageant* » sur la manière de faire de la personne, elle va « *le recevoir et peut-être l'intégrer et donc faire évoluer sa perception d'elle-même* ». Cela montre que si l'attitude est positive, la personne agit de manière positive sur la façon dont elle se voit, et alors sur la représentation d'elle-même et de son corps. Elle évoque aussi le principe de transfert/contre-transfert en ajoutant que de croire aux possibilités de la personne, cela lui permettra « *de croire en ce qu'elle est capable de faire* » et de « *se sentir porter un peu par le regard qu'on peut avoir d'elle aussi* ».

Durant l'atelier de E2, il s'agit de « *mettre en jeu le corps dans la relation à l'autre à travers les exercices à 2 ou en groupe* ». Et pour E1, l'atelier permet d'être « *dans un rapport sensible à soi et aux autres* ».

La dynamique de groupe est primordiale et rappeler aux patients que leur présence est importante permet à la personne de sentir « *l'importance qu'elle peut avoir pour les autres* ».

E2 estime qu'en employant cette démarche, la personne sera plus engagée et s'inscrira dans la durée. Ce qui diffère d'un cours de danse normal pour E2, c'est qu'en ergothérapie « *on va travailler autour de la relation thérapeutique et du lien* » et des « *besoins de la personne* », et c'est de part cette relation que « *ça va devenir possible pour elle* ».

4. Discussion des données

L'élaboration de ce mémoire s'est inscrite sur une durée et sur plusieurs questionnements pour aboutir à la question de recherche suivante : « *Comment la mise en place d'une relation de confiance permet à la personne schizophrène une représentation de son corps lors de l'atelier* ».

danse ? » Il s'agit dans cette partie de d'interpréter les données et de donner un sens aux résultats de la recherche.

4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponses

Au vu du nombre d'entretiens réalisés, les données recueillies ne peuvent pas être représentatives de ce qui est pratiqué par les ergothérapeutes français en atelier de danse auprès de patients schizophrènes. Par conséquent, l'interprétation des résultats ne peut pas être généralisée.

Les expériences obtenues lors des entretiens montrent que les ergothérapeutes attribuent une place importante à la relation thérapeutique dans leur pratique en psychiatrie. Cette relation se joue lors des ateliers danse qu'elles sont amenées à proposer.

La relation mise en place par les ergothérapeutes lors de leur atelier de danse est constante. En effet, celle-ci est permanente et s'installe dès la première rencontre. Elle s'adapte en fonction de chaque patient et en fonction des périodes. Cette relation nécessite d'adopter un cadre contenant afin que la personne puisse se sentir en sécurité, d'être dans la relation d'aide avec une posture empathique, bienveillante et dans le non-jugement. Il s'agit d'être dans l'accueil des patients, dans la guidance et dans la présence, sans trop empiéter sur leur autonomie et agir. Ces réponses renvoient au concept de la relation d'aide de Carl Rogers.

Il s'agit aussi d'être dans la valorisation des patients afin de renforcer ce lien de confiance. Cette notion d'alliance thérapeutique entre l'ergothérapeute et le patient convient à parler d'engagement mutuel dans la relation. Le patient sera plus participant et engagé dans le processus thérapeutique (39).

De plus, l'attitude de l'ergothérapeute peut être reprise par les patients eux-mêmes vis-à-vis des autres patients car ils peuvent agir en miroir de ce que l'ergothérapeute va renvoyer. Cette notion de miroir peut impliquer la notion de transferts et contre-transferts.

La façon dont l'ergothérapeute va guider les séances, le cadre et la relation qu'il va installer peut influencer sur les relations entre les patients au sein de l'atelier. Ainsi, une bonne dynamique de groupe est essentielle aux liens créés durant l'activité. Ces liens se forment par la communication verbale et l'entraide mais aussi par la communication non-verbale et le toucher, donc les divers exercices de danse. En effet, les patients sont souvent amenés à effectuer des

exercices en groupe ou en binôme pour travailler sur la confiance, l'écoute, et le jeu avec les autres.

Tout ce qui est mis en place lors d'un atelier de danse avec des patients, et donc, les relations, va influencer sur la manière de faire et d'être de la personne. Par la manière d'être de la personne, il s'agit de parler de la perception et de la conscience de soi, c'est l'image du corps. Cette image prend en compte les caractéristiques inhérentes à chacun, c'est-à-dire les sentiments, les attitudes, les représentations, les expériences et souvenirs, en somme l'histoire de la personne (40). Le schéma corporel, quant à lui, est la représentation physique qu'une personne a de son corps. Il désigne la forme, le dessin et les sensations du corps. Il est liées aux expériences sensorielles et motrices (41).

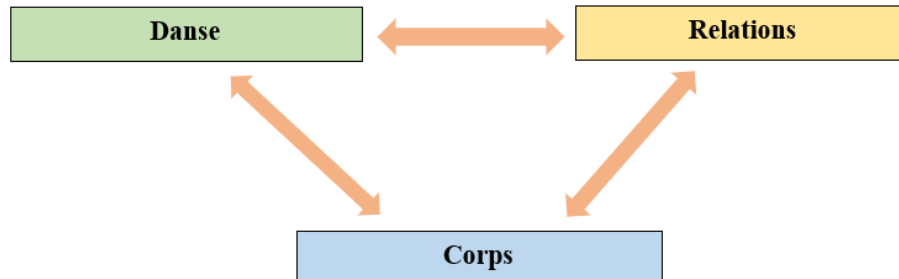
Certaines recherches montrent que l'insatisfaction corporelle et baisse de l'estime de soi sont étroitement liées (40). Alors, par la relation thérapeutique, les liens aux autres et le contenu de ces séances, les patients vont davantage oser, croire en eux et en leur capacités corporelles ce qui augmentera l'estime de soi.

Les relations influent sur le corps et sa représentation, cependant, l'inverse est aussi remarquable. L'utilisation de la danse, donc du corps en mouvement, va influencer sur les relations car utiliser son corps de manière à danser avec les autres engage les liens entre les participants et la dynamique de groupe. Benoit Lesage explique que la restriction tonique des patients va impacter sur les possibilités d'interactions sociales. Ces éléments ont aussi été exprimés par les ergothérapeutes interrogées. En effet, les limites corporelles des personnes schizophrènes engendrent des difficultés de relation à l'espace et à l'environnement. Benoit Lesage explique que la danse est une manière pour permettre aux patients de s'accorder, il cite aussi Gerda Alexander, créatrice de l'eutonnie, expliquant que le contact et le toucher peut engager les notions d'empathie et de relation structurante (p.17) (9). La danse-thérapie est pour lui un moyen de créer des matrices relationnelles, et une bonne dynamique permet un espace d'évolution. (9).

Nous pouvons alors nous apercevoir des interactions entre les trois paradigmes de base : la danse, les relations et le corps. La relation thérapeutique, les relations entre les patients vont influencer sur la représentation du corps de la personne schizophrène. La façon qu'à la personne de se mouvoir avec son corps lors de l'atelier de danse va lui permettre d'être en relation avec les autres. Mais la danse influe aussi sur la psychée car corps et psychée sont étroitement

corrélés. L'image du corps est aussi reliée à l'activité psychique car elle comporte l'affect, les émotions et les perceptions.

Les interactions des trois paradigmes de base :



4.2 Critiques du dispositif de recherche

Le choix de réaliser des entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes a permis de laisser la parole libre aux répondantes et d'avoir des retours intéressants sur leurs expériences. Cependant, le dispositif de recherche réalisé comporte plusieurs limites.

La réalisation des entretiens par visio-conférence permet d'avoir plus de disponibilités avec les ergothérapeutes, mais cela empêche d'analyser le langage non-verbal car seulement l'échange verbal et l'écoute sont retenues. Cette disposition a pu impacter l'installation d'une relation de confiance et la qualité de l'échange, ainsi que d'avoir plus d'informations.

Interroger des ergothérapeutes pratiquant l'activité du sujet de mémoire a pu entraîner des biais de croyance au niveau du chercheur et des biais d'auto-complaisance au niveau des répondants sur leur satisfaction à mener un atelier qui leur plaît. Le rapport implication/distanciation serait à éclaircir.

Il y a eu saturation des données, celles recueillies lors des entretiens n'ont pas apporté de nouveaux éléments, cependant, elles ont permis de creuser en profondeur. Il y a pu avoir un manque de relances sur des nouvelles données autres que les concepts préconçus pour réaliser les entretiens. La notion de transfert/contre-transfert lors d'un atelier de danse aurait pu être développée car elle a été abordée lors d'un entretien.

Malgré une longue phase de recherche et de multiples relances, seulement deux entretiens ont été recueillis. La taille de l'échantillon est petite et n'est pas suffisante pour avoir d'autres expériences et connaître plus de pratiques en France. Trouver davantage d'ergothérapeutes et mener plus d'entretiens auraient été bénéfiques pour la recherche.

4.3 Apports, intérêt et limites de la recherche

La recherche de documentation n'a montré aucun écrit scientifique sur l'utilisation de la danse comme pratique en ergothérapie avec des personnes atteintes de schizophrénie. La revue de littérature a permis de comprendre, que les médiations corporelles et la danse utilisées comme thérapies dans d'autres professions que l'ergothérapie, peuvent réduire les symptômes négatifs des personnes atteintes de schizophrénie. Avec la réalisation de l'enquête exploratoire, il a pu être observé que la danse est parfois utilisée par des ergothérapeutes comme médium d'expression corporelle. Les ergothérapeutes en psychiatrie qui ne l'utilisent pas affirment qu'elle a sa place en tant que médiation thérapeutique. Ils ne la proposent pas car ils estiment ne pas être apte à mener cette activité à cause d'un manque de formation ou d'expérience personnelle.

En conséquence, cette pratique ne semble pas répandue en France. Les difficultés pour recruter des ergothérapeutes rentrant dans les critères d'inclusion des entretiens semi-directifs corroborent cette hypothèse.

L'enquête exploratoire et le dispositif de recherche ont renforcé l'idée que la danse peut être une médiation thérapeutique utilisée en ergothérapie dans le domaine de la psychiatrie. Ils ont montré qu'elle peut être utile pour les personnes atteintes de schizophrénie, car elle apporte des effets thérapeutiques au niveau du corps, des relations et de la symptomatologie. Il y a aussi des limites à cette utilisation, des contraintes, comme ne pas l'utiliser avec des patients présentant certains états de santé : non stabilisés au niveau psychiatrique, douleurs somatiques importantes... Au niveau des limites, il s'agit aussi d'être à l'aise avec ce média pour pouvoir le proposer à des moyens thérapeutiques. Les ergothérapeutes ont souvent besoin de proposer cette activité avec un autre professionnel pour mieux étayer le groupe.

La relation thérapeutique est un des principaux axes à prendre en compte dans une relation soignant-soigné, et donc en ergothérapie. Elle est très présente dans le domaine de la psychiatrie et ce durant les activités médiatisées comme la danse qui l'engage aussi corporellement. Tenir compte des liens sociaux entre les patients pendant l'activité danse est important, car la schizophrénie est un trouble du lien à soi mais aussi aux autres, et à l'environnement.

4.4 Propositions, transférabilité pour la pratique professionnelle

La démarche de recherche mise en place tout au long de ce mémoire peut être intéressante à transférer dans la future pratique professionnelle pour approfondir des notions, pour lancer des recherches, afin de se familiariser au mieux avec de nouvelles pratiques.

Les recherches ont permis d'avoir une meilleure connaissance de la schizophrénie et de l'accompagnement des personnes qui en sont atteintes.

Les résultats ont montré que la danse est une activité thérapeutique portée par différents professionnels de santé en psychiatrie dans lesquels l'ergothérapeute a toute sa place puisqu'elle répond à la restauration de l'activité psychique par la mise en situation d'activité (6).

En ce sens, il est nécessaire de structurer en amont l'activité en définissant des objectifs pour le groupe mais aussi propres à chaque patient ainsi qu'en mettant en place un cadre thérapeutique qui peut être partagé avec un autre professionnel de santé.

Néanmoins la proposer, nécessite d'être à l'aise avec ce média et de comprendre ce qui peut se jouer lors d'un atelier de danse. Davantage de formations sur les médiations corporelles et la danse lors du parcours professionnel en ergothérapie seraient intéressantes pour permettre à plus d'ergothérapeutes de pouvoir les proposer.

La relation thérapeutique est importante, elle est très souvent mise en avant lors de médiations thérapeutiques et corporelles. Il est nécessaire d'avoir les notions que cette relation fait partie intégrante de la thérapie et qu'elle peut permettre de faire évoluer la personne. En psychiatrie, pour pouvoir être à l'aise dans cette relation avec les patients, il est préférable d'avoir déjà fait un travail avec soi-même. Ces notions de relation et d'engagement peuvent être transférées dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec des personnes atteintes de schizophrénie, mais aussi dans la pratique de l'ergothérapeute en général.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche est un travail qui a été mené pendant plus d'un an. Une démarche scientifique a été développée, en commençant par une documentation appelée revue de littérature afin de dresser un panel des données. Cette revue de littérature a montré le peu de données scientifiques à ce sujet en ergothérapie, mais la littérature blanche fut fructueuse. Ensuite, l'enquête exploratoire a permis de s'immerger dans la pratique actuelle en ergothérapie et à démontrer une utilisation de cette pratique en France, cependant minime. Le cadre de référence a été important car il a mis en valeur les concepts utiles pour la suite de la recherche.

L'outil de recherche a éclairci les notions de relation thérapeutique et son étroite corrélation avec la danse, la relation entre les patients et le corps de la personne schizophrène. Il est dommage que seulement deux entretiens aient pu être effectués, mais cela montre aussi que la pratique est peu développée dans le domaine de l'ergothérapie en psychiatrie française.

Ce travail a été intéressant pour appréhender les futures expériences professionnelles, il a démontré les enjeux de l'utilisation de la pratique de la danse, dont la nécessité de la mise en place d'une alliance thérapeutique.

Au niveau des perspectives de recherche, il serait intéressant de pouvoir réaliser davantage d'entretiens pour recueillir d'autres expériences. Il serait aussi pertinent de prendre en compte toutes les pathologies en psychiatrie et ne pas réduire la recherche à la schizophrénie afin d'observer les différents effets sur les personnes concernées.

Mener l'étude à l'échelle internationale permettrait d'effectuer un comparatif avec la pratique française.

La pratique de la danse en psychiatrie est employée par différents acteurs de santé. Il serait intéressant d'étendre la recherche auprès d'autres professionnels afin de voir ce qui diverge de la pratique en ergothérapie.

Alors, des questions émergent :

- *Comment proposer davantage de formations sur les médiations corporelles et la danse pour permettre aux ergothérapeutes d'y adhérer ?*
- *Quels différences peut-il y avoir lors d'un atelier de danse proposé par un ergothérapeute ou par un autre professionnel ?*

Bibliographie

1. Franck N. La schizophrénie : La reconnaître et la soigner. 2e édition. Paris : Odile Jacob ; 2016 : 189p.
2. Farrer C, Franck N. Sens du corps dans la schizophrénie. L'Encéphale. 2009 ; 35 : p43-51.
3. De Beaurepaire R. La schizophrénie et les autres psychoses dans le DSM-5. La Lettre du Psychiatre, mars-avril 2014, Vol.X-n°2 : p57-63
4. Qu'est-ce que l'ergothérapie – ANFE [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
5. L'ergothérapie en santé mentale [Internet]. Ordre des ergothérapeutes du Québec. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergothérapie-en-santé-mentale.html>
6. Hernandez H. Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation. 2^{ème} édition. Paris : De boeck supérieur; 2016 : 280p.
7. Thérapie à médiation corporelle [Internet]. Psychologue Paris. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://psychologueparis-7.fr/therapie-a-mediation-corporelle/>
8. Larousse É. Définitions : danse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/danse/21620>
9. Lesage B. La danse dans le processus thérapeutique. Toulouse : Erès éditions; 2021 : 367p.
10. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizo>
11. Gaillard R, Berkovitch L, Olié J-P. La schizophrénie, une affaire de société. Bull. Acad. Natle. Méd. 2018, 202, (n°1-2): 127-137.
12. Demily C, Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie. EMC - Psychiatrie. janv 2008;5(1):1-4.
13. Kapsambelis V. 27. Psychothérapies psychodynamiques des patients souffrant de schizophrénie [Internet]. Lavoisier; 2012 [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/pathologies-schizophreniques--9782257226105-page-321.htm>
14. Riou G. Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. ANFE, sept 2016; 38p.
15. Klein F. Clinique et médiation : Regards croisés sur les médiations thérapeutiques. Paris : L'Harmattan ; 2016 : 351p
16. Allouch E. Psychothérapie et médiations corporelles : vers une poétique du corps. Cairn. Erès; 2011 : 89-100.
17. Potel C. Corps brûlant, corps adolescent. Erès; 2006 : 101-106.

18. Dechaud-Ferbus M, Péliissier C. Sentir pour penser. Ou le corps comme organisateur de la psyché. Cairn. Puf. 2016, vol.80 : 1051-63.
19. Rohricht F, Papadopoulos N, Suzuki I, Priebe S. Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2009, 82 : 19-30.
20. Rohricht F, Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia : A randomized controlled trial : *Psychological Medicine*. 2006; 36(5):669-678.
21. Ren J, Xia J. Dance therapy for schizophrenia (Review) : *Cochrane Library*. 2013 : 1-31.
22. Gokcen A, Ekici G, Abaoglu H, Tiryaki Sen D. The healing effect of goal-oriented and dance movement therapy in schizophrenia : A rater-blinded randomized controlled trial. *The arts in Psychotherapy*. 2020, volume 71 : 1-5.
23. Lee H-J, Jang S-H, Lee S-Y, Hwang K-S. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The arts in Psychotherapy*. 2015 : 64-68.
24. Tavormina R, Tavormina M-G-M, Nemoianni E. The advantage of “dance-group” for psychotic patients : *Psichiatria Danubina*, 2014, Vol 26 : 162-166.
25. Debout C. *Méthodologie quantitative et études descriptives simples*. Soins. Elsevier Massons SAS. 2012 ; n°768 : 55-60.
26. Kohn L, Christiaens W. *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances*. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;(4):67-82.
27. Le corps entre significations et informations | Cairn.info [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2014-1-page-21.htm>
28. Anzieu D. *Le Moi-peau*, Paris : Dunod ; 2004:276p.
29. Chaperot C, Celacu V. La pensée et le langage par le corps dans la schizophrénie : Corps et psychose. *L'évolution psychiatrique*, 2010; 75 : 435-444.
30. Martin M. Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. *Cahiers de psychologie clinique*. 2001;n° 17(2):103-20.
31. James C, Isackson P. La notion de « containing » chez Bion et de « holding » chez winnicott dans le contexte de la matrice de groupe. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 26 avr 2016;6(1):201-16.
32. Manoukian A. *La relation soignant-soigné*. 4e édition. Paris : Lamarre ; 2014 : 201p.
33. Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. 20e édition. Paris : ESF ; 2019 : 227p.

34. Moreau Taverne C. L'empathie : une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière. Mémoire du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Université Lille 2. 2012 : 131p.
35. Grau A. Anthropologie de la danse: Genèse et construction d'une discipline. Pantin: Centre National de la Danse; 2006 : 318 p.
36. Formarier M. La démarche et la recherche clinique. Recherche en soins infirmiers. 2006;84(1):3-3.
37. Imbert G. L'entretien semi-directif : A la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010/3 ; n°102 :23-34.
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 1 janv 2006;3(2):77-101.
39. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspectives Psy. 2010;49(4):317-26
40. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français Bulletin de psychologie. 2010;509(5):321-34.
41. Baste N. 10. Les principes fondamentaux : le schéma corporel comme réalité vécue. Aide-Memoire. 2014;38-40.

Annexes

Annexe 1 : Tableau des bases de données

TOTAL à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
Médiations corporelles et psychoses					
76	Cairn	76	0	0	2
Dance AND schizophreni* OR psycho*					
13182	Summon	12 093	816	273	2
65	Cochrane	23	19	23	1
498	Psy Articles+psy info	411	69	18	1
Body psychotherapy AND schizophreni*					
441	PubMed	96	286	59	2

Annexe 2 : Tableaux des articles de la revue de littérature

18. *Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia*

Source	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaire d'études	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia Franck Rochricht, Nina Papadopoulos, Irid Suzuki, Stefan Priebe → psychiatres Article de la revue "The British psychological society" sorti en 2009	Rechercher si chez les personnes schizophrènes, les troubles de la conscience de soi et les ressentis du corps changent avec les thérapies corporelles	Utilisation des thérapies corporelles sur un groupe de personnes atteintes de schizophrénie, étude quantitative qui implique des pré et post tests Essai contrôle randomisé	24 patients (12f/12h) atteints de schizophrénie âgés entre 20 et 60 ans. Critères d'inclusion : au moins 2 épisodes psychotiques aigus, sortit d'hospitalisation depuis + d'un mois, présenter les symptômes de la schizophrénie depuis - de 6 mois	Utilisation de différentes formes de thérapies corporelles	Psychiatrie	-La perception du corps a augmenté chez les personnes utilisant les thérapies corporelles -Amélioration des symptômes négatifs ainsi que des scores de la pathologie du Moi pour les sous-échelles « corps », « activité », « cohérence », et « démarcation »	Est-ce que les résultats seraient les mêmes sur un plus grand nombre de personnes ?

19. *Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia : a randomized controlled trial*

Source	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'études	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia Franck Rochricht, Stefan Priebe → psychiatre et professeur psychiatre Article de revue « psychological medicine » sortit en 2006	Les effets des thérapies psychocorporelles sur les symptômes négatifs de la schizophrénie	Essai contrôlé randomisé 2 groupes de patients schizophrènes recevant soit la thérapie psychocorporelle soit la thérapie de soutien avec conseils (éducation thérapeutique)	45 personnes atteintes de schizophrénie (1 groupe de 24 personnes et 1 groupe de 21 personnes). Critères d'inclusion : âgés entre 20 et 55 ans, au moins 2 épisodes psychotiques aigus, sortit d'hospitalisation depuis + d'un mois, présenter les symptômes de la schizophrénie depuis moins de 6 mois	2 types d'interventions : -La thérapie psychocorporelle : exercices travaillant les mouvements du corps, la communication non-verbale, la cognition, les émotions, l'exploration, la perception -La thérapie de soutien avec conseils : éducation thérapeutique se basant sur l'expérience des patients	Psychiatrie	Diminution des symptômes négatifs chez les patients ayant utilisé la thérapie psychocorporelle	Si les thérapies psychocorporelles étaient reproduites avec d'autres traitements psychologiques tels que les thérapies cognitivo-comportementales, quelles seraient les finalités ?

20. Dance therapy for schizophrenia

Source	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'études	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
Dance therapy for schizophrenia → Juanjuan Ren : psychiatry et Juan Xia : cochrane schizophrenia group → 2013, cochrane	La thérapie par la danse pour les personnes schizophrènes	Tous les essais randomisés pertinents → plusieurs études	Patients atteints de schizophrénie	La DMT pour les patients schizophrènes	Psychiatrie	A la fin du traitement, des personnes du groupe DMT ont diminué de 20% les symptômes négatifs Qualité de vie : pas de différence entre les 2 groupes	- pas assez d'informations sur les études trouvées - pas d'informations sur le nombre de personnes étudié

21. *The healing effect of goal oriented and the dance movement therapy in schizophrenia*

Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'études	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
<p>The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia : A rater-blinded randomized controlled trial → chercheurs en psychiatrie et ergothérapeute → dans la revue « The Arts in Psychotherapy » publiée en 2020</p>	<p>L'effet cicatrisant de l'objectif orienté vers la DMT dans la schizophrénie : une évaluation aveugle, aléatoire et contrôlée</p>	<p>Evaluation aveugle, contrôle aléatoire, étude de groupes parallèles Méthode quantitative</p>	<p>32 patients turques atteints de schizophrénie</p>	<p>La DMT pour les personnes schizophrènes</p>	<p>Psychiatrie</p>	<p>Les symptômes négatifs ont davantage augmenté dans le groupe contrôle. Les résultats FROGS (functional remission of general schizophrenia) et PANSS (positive negative syndrome scale) ne montrent pas beaucoup de différences statistiques entre les 2 groupes. Il y a une amélioration significative dans le groupe DMT au niveau des symptômes négatifs, la patho en générale, la rémission fonctionnelle et le fonctionnement social et occupationnel comparé au groupe contrôle.</p>	<p>Est-ce que les résultats seraient les mêmes sur un plus grand nombre de personnes ?</p>

22. Effectiveness of DMT on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia

Source	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée ?
Effectiveness of DMT on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia → plusieurs auteurs dont des doctorats en psychologie et en médecine → article juillet 2015 : dans sciences direct	La DMT sur l'affect et les symptômes des patients schizophrènes	Etude quantitative qui implique des pré et post tests	Patients schizophrènes - DMT (n=18) - Groupe contrôle (n=20)	La DMT pour les personnes schizophrènes	Psychiatrie	DMT : -situation de colère a diminué de 3,02 points -contrôle de la colère a augmenté de 1,34 points -depression a diminué de 5,38 points -symptômes négatifs ont diminué de 4,94 points Groupe contrôle : -situation de colère a diminué de 1,55 points -contrôle de la colère a augmenté de 0,48 points -depression a diminué de 0,45 points -symptômes négatifs ont diminué de 2,50 points	Est-ce que les résultats seraient les mêmes sur un plus grand nombre de personnes ?

Annexe 3 : Matrice de questionnement

Variables abordées	Objectifs de la question	Questions	Réponses
Consentement	S'assurer du consentement des participants	Q1 : Consentez-vous à ce que les données recueillies lors de ce questionnaire soient traitées de manière anonyme et utilisées pour la rédaction d'un mémoire d'initiation à la recherche ?	Oui/Non
Pratique ergo	Connaitre les ergos Vérifier que la population interrogée soit celle voulue	Q2 : êtes-vous ou avez-vous été ergothérapeute en santé mentale ?	Oui/Non
		Q3 : Travaillez-vous/avez-vous travaillé avec des personnes schizophrènes ?	Oui/Non
		Q3 : Combien d'années d'expérience en santé mentale avez-vous ?	Réponse libre
		Q4 : Dans quelle structure de santé mentale exercez-vous/avez-vous exercé ?	Réponse libre

L'utilisation de la danse en ergothérapie	Savoir s'ils utilisent la danse	Q5 : Utilisez-vous/avez-vous utilisé la danse dans votre pratique en ergothérapie ?	Oui/Non
S'ils utilisent la danse en ergothérapie	Découvrir leur rapport à la danse et leurs représentation en tant que pratique avec des personnes schizophrènes	Q6 : Avez-vous une formation pour ? Si oui, laquelle ?	Oui/Non/autres
		Q7 : Quel type de danse proposez-vous ?	Réponse libre
		Q8 : Dans quelles visée.s utilisez-vous la danse ?	Visée thérapeutique Visée expressive Visée éducative Visée artistique Autre
		Q9 : Quel nom donnez-vous à l'atelier qui utilise la danse ?	Réponse libre
		Q10 : Quels sont les objectifs ?	Réponse libre
		Q11 : Comment se déroulent ces ateliers ? (étapes)	Réponse libre
		Q12 : Quelles sont les indications pour cette pratique ?	Réponse libre

		Q13 : Quelles sont les contre-indications pour cette pratique ?	Réponse libre
		Q14 : Quelles effets a la danse sur les personnes schizophrènes ?	Réponse libre
S'ils n'utilisent pas la danse en ergothérapie	Découvrir leur rapport à la danse et leurs représentation en tant que pratique avec des personnes schizophrènes	Q15 : Selon vous, la danse peut-elle être utilisée en ergothérapie ?	Oui/Non/Autres
		Q16 : Selon vous, est-elle adaptée pour des personnes schizophrènes ?	Oui/Non/autres
		Q17 : Pour vous, la pratique de la danse a-t-elle des bénéfices ? Si oui, lesquels ?	Réponse libre
		Q18 : Pour vous, la pratique de la danse a-t-elle des effets iatrogènes ? Si oui, lesquels ?	Réponse libre
		Q19 : Selon vous, dans quelles visée.s peut-on utiliser la danse en ergothérapie ?	Visée thérapeutique Visée expressive Visée artistique Visée éducative Autre

		<p>Q20 : Pourquoi n'utilisez-vous pas la danse dans votre pratique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - j'estime ne pas avoir la formation nécessaire - je n'ai pas d'expérience personnelle - pour des raisons institutionnelles - je ne trouve pas de bénéfices - Autres :
--	--	--	--

Annexe 4 : Matrice conceptuelle

Concepts/théories	Variables	Indicateurs
Le corps	Existence	L'humain existe grâce aux actions et aux particularités de son corps
	Le Moi-peau	Corrélacion entre l'enveloppe corporelle et l'appareil psychique
	Le corps de la personne schizophrène	Dissociation corps et esprit Angoisse de morcellement Dedans/dehors Troubles de l'image du corps et du schéma corporel
Cadre thérapeutique	Généralités et règles	Durée Fréquence Lieu Conditions
	Cadre contenant	Relation contenante Identification, projection Holding, dépendance Etayage du groupe Espace transitionnel Construction du Moi
Relation thérapeutique	Relation d'aide	Réciprocité globale Non-jugement Empathie Confiance mutuelle
	Limites	Permettent de créer la relation thérapeutique Transgression du cadre
La danse	Les généralités	Gestes rythmés Communication non-verbale

		Pratiques ancestrales en groupe
	Le mouvement	Mouvement du corps dans le temps et l'espace Langage corporel Projection vers l'intérieur/extérieur Mettre en œuvre des idées et des pensées

Annexe 5 : Guide d'entretien

- Présentation succincte de l'enquêteur et du mémoire
- Modalités de l'entretien, consentement à l'enregistrement pour la retranscription des données demandé à l'oral
- Présentation de la personne interrogée : lieu d'exercice et nombre d'années, est-ce que vous proposez l'atelier de danse à des personnes schizophrènes ?

Thème principal : L'influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène lors de l'atelier danse		
Questions	Relances	Objectifs
Pouvez-vous me parler de votre atelier de danse ? (raisons de cette atelier, visée.s, objectifs, types de patients...)	Pouvez-vous m'en dire plus sur ... ? Que voulez-vous dire par ... ?	- Mettre en confiance le répondant - Montrer de l'intérêt pour son atelier - Comprendre les raisons de mises en place de cet atelier - Connaître les différentes prises en soins d'un atelier de danse
Dans votre atelier, quelles problématiques corporelles ont les personnes schizophrènes ?	Que percevez-vous... ? Pouvez-vous préciser quand vous dites... ?	- Connaître les points de vue et voir s'ils se corrént - Avoir plus de connaissances sur les problématiques corporelles des personnes schizophrènes
Comment la danse peut permettre de travailler sur ces problématiques corporelles, sur la représentation du corps ?	Comment l'utilisez-vous pour... ? Que remarquez-vous lorsque... ? Pouvez-vous aller plus en détail... ?	- Avoir plus de connaissances sur la danse et sa façon d'aborder les problématiques corporelles

<p>Lors de votre atelier, la relation avec les patients est-elle importante ?</p> <p>Comment la mettez-vous en place ?</p> <p>Rencontrez-vous des limites/difficultés ?</p>	<p>Que ressentez-vous quand... ?</p> <p>Quels moyens utilisez-vous... ?</p> <p>Se fait-elle en amont ?</p> <p>Est-ce que vous la sentez se développer ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les différentes mises en place de la relation par les ergothérapeutes - Comprendre les moyens, difficultés, facilités
<p>Lors de l'atelier danse, cette relation influe-t-elle sur la représentation du corps de la personne schizophrène ? Sur le schéma corporel et l'image du corps ?</p>	<p>Pourquoi... ?</p> <p>Quels liens... ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les différents points de vue sur une corrélation ou non entre relation thérapeutique et représentation du corps de la personne schizophrène - Connaître si la relation est importante pour les ergothérapeutes et les patients - Savoir si, lors de l'atelier danse, cette relation a un impact sur la prise en soin

Annexe 6 : Notice d'information

Notice d'information

« La danse, une médiation corporelle en ergothérapie : influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène »

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, Balmain Anna, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « La danse, une médiation corporelle en ergothérapie : influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur Balmain Anna pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Recueillir les expériences professionnelles des ergothérapeutes utilisant la danse avec des personnes atteintes de schizophrénie

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Réalisation d'un entretien semi-directif d'une durée d'environ 30 minutes. L'entretien peut se faire par appel ou par visio-conférence.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

La durée de l'entretien peut être plus longue

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Annexe 7 : Consentement de l'utilisation des données recueillies

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

« La danse, une médiation corporelle en ergothérapie : influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène »

BALMAIN Anna, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « *la danse, une médiation corporelle en ergothérapie : influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène* ».

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « *la danse, une médiation corporelle en ergothérapie : influence de la relation thérapeutique sur la représentation du corps de la personne schizophrène* ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

BALMAIN Anna

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Signature :

Annexe 8 : Tableau des thèmes et sous-thèmes

		E1	E2
Les problématiques corporelles de la personne schizophrène	Corps et psychée	<p>« tensions psychiques et physiques » L.47</p> <p>« elles sont chacune tellement différente mêmes si elles ont la même pathologie » L.80</p> <p>« elles sont peut-être souvent coupées de leurs émotions et les émotions elles passent par les sens... le véhicule en fait... pour vivre ses émotions, c'est le corps, parce que voilà le corps il va ressentir, il va frissonner...et souvent, souvent chez les schizophrènes il y a un petit peu une rupture entre ce qui se passe dans la tête et ce qu'on ressent corporellement. » L81-85</p>	<p>« donc la pathologie, dans la schizophrénie il y a beaucoup de dissociations donc entre les perceptions corporelles et les émotions par exemple » L.60-61</p> <p>« un trouble du lien donc du lien entre notre sphère affective et notre sphère corporelle ou nos pensées... ou du lien de ce qu'il y a à l'intérieur de nous mais aussi du lien avec l'autre, les autres et l'environnement.» L.62-64</p> <p>« le corps bah il est aussi désinvesti parce que c'est beaucoup la tête, les pensées, le délire où le monde voilà, des pensées qui...est sur investi... et le corps réel lui il est un peu, bah, laissé de côté et désinvesti » L.71-73</p> <p>« certains patients ils ont le vécu de leur corps morcelé donc ils ne perçoivent pas leur corps comme un tout...comme une...comme un contenant ou ils ne perçoivent pas l'enveloppe,</p>

			la différenciation entre le soi et le non-soi » L.84-86
	Corps physique	« le corps est très monolithique, d'un seul bloc, elles ont déjà du mal à différencier chaque articulation, chaque mouvement, chaque partie du corps et dans leurs émotions aussi c'est pas forcément toujours très nuancé » L.64-67 « c'est pas simple d'isoler un mouvement » L.105	« les angoisses qui créent des tensions corporelles aussi...donc des corps crispés, tendus, repliés sur eux-mêmes » L.65-66 « Il y a beaucoup de patients qui ont aussi des douleurs bah au niveau du dos par exemple parce qu'ils font très peu d'activité physique » L.66-67 « la schizophrénie provoque souvent un... l'apragmatisme donc c'est une espèce de difficulté à se mettre en mouvement et à agir donc... en fait beaucoup de patients sont assez passifs et en plus des traitements qui font grossir, ils ont tendance aussi à beaucoup se remplir pour apaiser les angoisses donc beaucoup manger » L.67-71
Relations	Relation thérapeutique	« j'essaie de me mettre en phase avec chacune d'entre elles et puis sentir ce dont elles auraient le plus besoin » L.15-16	« la relation, je dirai que c'est la...c'est le socle avant tout » L.128

		<p>« j'adapte en fonction des semaines et des personnes » L.29</p> <p>« les dernières semaines c'était plus guidé ce temps-là parce qu'elles avaient tendance à dire qu'elles portaient un peu dans tous les sens » L.26</p> <p>« Il faut accepter le regard bienveillant. Ce travail-là...il se fait avec le temps le travail de confiance bah...en moi qui encadre bien sûr » L.57</p> <p>« mettre en confiance, relation contenant, ne pas brusquer, m'adapter au rythme de la personne » L.120-121</p> <p>« J'essaye toujours de les rendre acteurs en fait...de leurs soins » L.124-125</p> <p>« je les remets en responsabilité de ça, ça c'est très important et sans brusquer, sans aucune, y'a pas de compétition, y'a pas de faire bien ou faire mal ou faire le bon ou le mauvais geste voilà » L.128-130.</p> <p>« Je suis plutôt dans cette relation de confiance et d'acceptation, d'accueil de la personne telle qu'elle est ». L.133</p>	<p>« des premières rencontres, une relation de confiance qui s'installe... ça peut aussi s'installer et se tisser au cours des ateliers bien sûr » L.129-130</p> <p>« garantir un cadre assez contenant pour que la personne se sente en sécurité, d'être euh...valorisant, c'est à dire quelle que soit la proposition, la façon de comprendre la consigne, c'est bah... à partir de ce que la personne peut faire, pour l'accompagner vers c'est-à-dire pas forcément, ne pas exiger forcément un résultat particulier ou un voilà. C'est être tolérant et ne pas juger» L.131-135</p> <p>« être à la fois en train de vivre une expérience mais en même temps présente pour étayer le groupe et chaque patients » L.141-142</p> <p>« c'est une question de posture, c'est être avec, faire avec, mais sans prendre trop de place tout en étant assez présent pour rassurer, pour lancer le mouvement » L.153-154</p>
--	--	--	---

		<p>« La relation qu'on met, et l'ambiance entre guillemets, je pense que l'encadrement dans un groupe est primordial » L.147-148</p> <p>« la parole suffisamment accueillante » L.161-162</p>	<p>« c'est comme la relation thérapeutique en fait » L.155</p> <p>« adapter les consignes ou l'environnement pour que la personne puisse participer » L.182-183</p> <p>« c'est aussi parce qu'il y a cette relation de confiance que...il y aura une continuité dans le lien » L.195-196</p> <p>« c'est tout ce travail autour des ateliers et en fin des séances quoi...qui...a son importance dans la continuité de la relation thérapeutique» L.202-203</p>
	<p>Lien aux autres/le groupe</p>	<p>« je leur demande plus d'offrir une danse par exemple au groupe où là effectivement il faut accepter le regard bienveillant » L.57</p> <p>« Ce travail-là...il se fait avec le temps, le travail de confiance bah... en moi qui encadre bien sûr et aussi en tous les... les autres participants parce qu'elles partagent les mêmes choses et quand on accepte de se dévoiler et de bouger devant les autres, on peut avoir l'impression de prendre un grand risque mais comme les autres le prennent</p>	<p>« bouger devant les autres [...] être dans le jeu avec les autres » L.53-54</p> <p>« faire des exercices en binôme » L.138</p> <p>« elle fait partie du groupe » L.218</p> <p>« important qu'il y ait une continuité et aussi pour la dynamique de groupe » L.227-228</p>

		<p>aussi c'est un risque partagé. Et finalement, c'est pour ça que c'est une belle aventure. » L.57-61</p> <p>« l'effet de groupe qui est important parce qu'elles créent des choses ensemble...elles partagent, elles se font confiance mutuellement » L.87-89</p> <p>« quand quelqu'un va pas aller bien par exemple ou quand quelqu'un va venir confier une difficulté, la manière dont nous, on va l'accueillir bah les participants vont réagir en miroir et ça c'est primordial dans un groupe. Et pour qu'un groupe soit porteur en fait, et bah il faut arriver à mettre cette dynamique-là, d'entraide finalement, et d'accueil, et une fois qu'on a réussi enfin, que ça fonctionne, bah après c'est génial parce que le groupe... il est presque auto-guérisseur » L.151-156</p> <p>« Je ne sais pas comment on peut dire mais ouais il est soignant. Le groupe en lui-même devient porteur de vraiment... de bénéfiques soignants finalement et les autres participants peuvent être presque des co-thérapeutes » 156-159</p> <p>« c'est avec les autres et ça c'est le plus important » L.179-180</p>	
--	--	--	--

<p>Les effets de l'atelier sur le corps</p>	<p>influence de la danse</p>	<p>« libérer les tensions de la semaine, les tensions psychiques et physiques, les 2...parce voilà quand on libère les tensions physiques on libère aussi bien souvent les tensions psychiques » L.47-48</p> <p>« les ramener toujours à cette réalité-là, cette réalité corporelle » L.85-86</p> <p>« je pense que ça leur permet de développer leur propre possibilité d'expression corporelle » L.95</p> <p>« essayer que ça se défige un peu...et que ça se figure plus et ça c'est, ouais un travail qui peut se faire même au niveau...des fois de l'expression du visage » L.97-98</p> <p>« être plus en lien avec soi-même et du coup avec les autres » L.101-102</p>	<p>« parce que le fait de passer par le corps, les sensations, la respiration, l'ancrage, ça favorise cette présence à soi » L.26-27</p> <p>« l'idée c'est de développer, d'éveiller les sensations corporelles à travers des étirements, des exercices, des déplacements dans l'espace, des exercices à 2, en groupe... de développer...voilà la perception de soi à travers son corps» L.33-35</p> <p>« travailler sur les capacités personnelles de chacun, perception de soi, de son image du corps, son schéma corporel, l'expression de ses émotions » L.43-44</p> <p>« de se remettre en mouvement, de bouger, d'assouplir un peu les articulations, juste se reconnecter à ses sensations corporelles donc revenir à un corps réel ça permet de recréer un équilibre entre les pensées et le corps aussi » L.80-82</p>

			<p>« travailler sur la perception, la sensation des mimiques du corps, le schéma corporel etc ça permet aussi d'aborder cette question de l'enveloppe corporelle et de l'image du corps comme une unité » L.86-88</p> <p>« la danse ce que je trouve riche dans la danse en fait...c'est cette globalité en fait c'est vraiment le fait que ça relie différentes sphères de l'individu que ce soit l'imaginaire, quand des fois on essaie de danser en imaginant qu'on est une algue ou qu'on a un coussin ou je n'en sais rien, enfin qu'on a un tissu, ça part aussi de l'imaginaire et ça part des sensations, ça peut partir des souvenirs. Bouger comme si on était dans telle ou telle situation, euh, la musique aussi elle peut éveiller des émotions, des sensations différentes » L.95-100</p> <p>« la danse c'est aussi l'interaction entre le corps et l'environnement » L.104-105</p>
--	--	--	--

	<p>influence des relations</p>	<p>« être dans un rapport sensible à soi et aux autres » L.49 « Euh améliorer c'est difficile, en tout cas elle ose maintenant, elle ose plus » L.183 « elle éprouve beaucoup de plaisir et elle en ressort avec beaucoup de bien-être déjà, et pareil pour les autres dames du groupe ». L190-191</p>	<p>« mettre en jeu le corps dans la relation à l'autre à travers les exercices à 2 ou en groupe » L.44-45 je dirais que c'est quand même parce que dans notre posture, justement on n'est pas dans le jugement et on croit en ce qu'elle est capable de faire, que petit à petit, c'est aussi ça qu'on va lui renvoyer et que...elle du coup elle va se sentir porter un peu par le regard qu'on peut avoir d'elle aussi. C'est en fait...ça fait un peu parti du mouvement transfert contre-transfert quoi « je dirais que c'est quand même parce que dans notre posture, justement on n'est pas dans le jugement et on croit en ce qu'elle est capable de faire, que petit à petit, c'est aussi ça qu'on va lui renvoyer et que...elle du coup elle va se sentir porter un peu par le regard qu'on peut avoir d'elle aussi. Ça fait un peu parti du mouvement transfert contre-transfert quoi. » L.188-191</p>
--	---------------------------------------	--	--

			<p>« c'est comme un effet miroir, c'est-à-dire, c'est parce que nous on va lui renvoyer quelque chose de positif ou de d'encourageant sur son cheminement ou sur ce qu'elle a fait pendant la séance, et du coup elle va le recevoir, et peut être l'intégrer et donc faire évoluer sa perception d'elle-même. » L.192-195</p> <p>« s'adapter à ses capacités à ses difficultés, que du coup, ça va devenir possible pour elle ». L.211-212</p> <p>« Mais par contre le fait qu'on lui rappelle qu'elle fait partie du groupe, qu'elle a sa place, que... elle était attendue, c'est ça qui fait que, elle sent...enfin elle sent l'importance qu'elle peut avoir pour les autres en fait » L.218-220</p> <p>« c'est vraiment lui renvoyer que...elle a sa place, qu'elle fait partie du groupe et que c'est important qu'elle soit là pour sentir les choses évoluer aussi et qu'elle s'engage, qu'elle s'inscrive sur la durée » L.221-223</p>
--	--	--	--

Résumé

Introduction : La revue de littérature n'apporte pas d'information sur l'utilisation de la danse avec des personnes schizophrènes en ergothérapie. L'enquête exploratoire montre que des ergothérapeutes l'utilisent en France, dans le domaine de la psychiatrie. L'objectif de la recherche est d'obtenir des expériences sur cette pratique et sur l'influence que peut avoir la relation thérapeutique lors d'un atelier de danse sur la représentation du corps de la personne schizophrène. **Méthode** : Deux entretiens auprès d'ergothérapeutes utilisant cette pratique avec des personnes schizophrènes ont été menés. Une analyse textuelle des données a été appliquée. **Résultats** : Une corrélation existe entre relation thérapeutique, liens entre les patients, danse et corps de la personne schizophrène. **Conclusion** : La relation thérapeutique pendant les séances de danse est importante pour la représentation du corps de la personne schizophrène. La danse, la relation thérapeutique et le corps s'influencent entre eux.

Mots-clés : schizophrénie, médiations corporelles, danse, ergothérapie, corps, relation thérapeutique

Abstract

Dance as a body therapy in occupational therapy : influence of the therapeutic relationship on body's representation of schizophrenic person.

Background : In occupational therapy, there is no literature about the use of dance as an intervention medium in France. An initial exploratory survey was conducted, findings showed that it can be used by some occupational therapist for schizophrenic person in France. This study investigates the experiences of occupational therapists delivering dance base intervention and the therapeutic relation's influence on person with schizophrenia and their body representation. **Method** : 2 interviews with 2 occupational therapists were conducted. Textual analysis was applied on data. **Findings** : Themes were finds about body's schizophrene, therapeutic relation, relation between patients, and the influence of dance and relations on body. **Conclusion** : The therapeutic relation in dance sessions is important for body's representation of schizophrenic person. There is inter influence between dance, therapeutic relation, relation between patients and body.

Keywords : Schizophrenia, body therapies, dance, occupational therapy, body, therapeutic relation