

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE
LORRAINE
CHAMPAGNE-ARDENNE



LA DANSE EN TANT QU'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE POUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

Mémoire d'initiation à la recherche

Chloé GRANCHER
Juin 2020

« La danse est le langage caché de l'âme. » Martha Graham

REMERCIEMENTS

Sous la direction de Cassandra Fays, ergothérapeute au CATTP Delta, maître de mémoire, que je remercie pour avoir cru en ce sujet et Cécile Aubert, ergothérapeute et formatrice référente à l'IFE-LCA, qui a toujours permis de me questionner.

Merci à Mogo, Geofwi et Pierro la vraie, à Cici, à Mathilde et Audrey, Camille Guinguette, à Kevin, Laurène, Chloé, à la feinte, au conservatoire, à Arthur, à la gaufre mais aussi à Guillaume, Laurane, Julie, Laurine, Zoura, Célia et Camille. Merci à Pauline et Romain. Enfin, merci à Michèle et Chrystèle, à Joël et Bélinda, à Glowy, à Fidjy et merci à Peter, pour leurs encouragements, leur soutien, leur participation de près ou de loin à cet écrit, et à leur bienveillance.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. PARTIE THÉORIQUE	3
2.1. LES COMPÉTENCES DE L'ERGOTHÉRAPEUTE.....	3
2.2. L'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE	6
L'activité	6
L'activité et la santé.....	6
Le potentiel thérapeutique	7
a. Les dimensions subjectives de l'activité.....	7
b. Les dimensions contextuelles de l'activité	7
c. Les éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative.....	8
Activités signifiantes, significatives et engagement	9
Le cadre thérapeutique	9
La représentation du cadre thérapeutique en psychiatrie.....	9
La relation thérapeutique	10
Les objectifs thérapeutiques	11
2.3. L'ERGOTHÉRAPIE EN PSYCHIATRIE	11
La place de l'ergothérapie en psychiatrie.....	11
La santé mentale	12
a. Le moi-peau de D. Anzieu.....	12
b. Le concept de transitionnalité de D.W. Winnicott	13
« La relation avec l'objet » (Bagnères, 2007, p 93)	13
Le corps comme objet	14
L'atelier en ergothérapie.....	15
La verbalisation	15
2.4. LA DANSE.....	15
Les activités psycho-corporelles.....	16
Les bienfaits des pratiques psycho-corporelles.....	16
a. La respiration.....	16

b.	Les émotions	16
	Le corps et l'esprit	17
	Le corps	17
	La danse en tant que moyen d'expression corporelle	18
	La danse en tant que moyen d'appropriation corporelle.....	18
	« L'expérience subjectivante de la danse » (Schott-Billmann, 2011)	19
2.5.	LES MODÈLES CONCEPTUELS	20
	Définition.....	20
	Le modèle cognitivo-comportemental.....	20
a.	Théories.....	20
b.	But et population ciblée	20
c.	Moyens.....	20
d.	Avantages et inconvénients	21
	Le modèle psychodynamique.....	21
a.	Théories.....	21
b.	But et population ciblée	21
c.	Moyens.....	21
d.	Avantages et inconvénients	21
	Les activités psycho-corporelles.....	22
2.6.	L'INTERPROFESSIONNALITÉ.....	22
	Définitions	22
	Intérêts	23
3.	PARTIE EXPLORATOIRE	24
3.1.	QUESTIONNAIRES DE PRÉ-ENQUÊTE	24
	Choix de l'outil, population visée et objectifs	24
	Analyse des questionnaires.....	24
a.	Techniques corporelles (psycho-corporelles).....	24
b.	Intérêt thérapeutique de l'activité danse.....	24
c.	Modèles conceptuels	26
3.2.	QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES.....	27
3.3.	MÉTHODOLOGIE ENVISAGÉE	27
3.4.	CHOIX DE L'OUTIL ENVISAGÉ ET POPULATION INTERROGÉE	28

3.5.	GUIDE D'ENTRETIEN	29
	Etapas de construction du guide d'entretien	29
	Le guide d'entretien : explications détaillées.....	30
	a. Thème 1 (l'activité thérapeutique).....	30
	b. Thème 2 (la danse : les compétences et le ressenti).....	31
	c. Thème 3 (interprofessionnalité).....	33
	d. Données sociodémographiques	35
	e. Précisions sur la danse	35
3.6.	GRILLE D'ANALYSE	36
3.7.	ANALYSE DES RÉSULTATS	36
4.	DISCUSSION	53
5.	PRÉCONISATIONS	55
6.	CONCLUSION	60
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	61
8.	ANNEXES	69

1. INTRODUCTION

Il y a trois ans, j'ai appris que j'intégrerai l'Institut de Formation en Ergothérapie. N'ayant entendu parler d'ergothérapie que lors des cours de spécialités dispensés en Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), quelques recherches se sont avérées nécessaires. Et avec une définition simple de « thérapie par l'activité », j'ai rapidement fait le lien avec ma passion de l'époque : la danse.

Arrivée en première année d'ergothérapie, quelque peu démotivée par ma carrière en médecine définitivement évanouie, j'étais réconfortée par l'idée que je pourrai allier ma passion avec ma vie professionnelle et accompagner des personnes grâce à la danse.

Or rapidement, de grandes questions se sont posées, et se posent encore, quant à l'absence de la danse en tant qu'activité thérapeutique dans notre enseignement. L'idée de cette absence me frustrait et me faisait souvent réfléchir, me menant tout naturellement à ce sujet lorsqu'il fut question d'un mémoire d'initiation à la recherche.

C'est lors de mon stage de fin de deuxième année que mon choix s'est arrêté. J'étais dans un service de rééducation adulte, en secteur membre supérieur spécialisé dans les épaules. La correction posturale y était une notion très importante et j'étais étonnée de me rendre compte que la conscience de son propre corps n'est pas acquise pour tout le monde.

C'est ainsi que j'ai choisi ce sujet, pour peut-être enfin répondre à mes questionnements.

Tout d'abord, nous nous intéresserons à la question suivante :

L'ergothérapeute possède-t-il les compétences nécessaires à la mise en place et à la réalisation d'une activité danse à des fins thérapeutiques en psychiatrie adulte ?

Afin de répondre à cette question nous commencerons par étudier différents aspects théoriques indispensables, tels que les compétences de l'ergothérapeute et son outil,

l'activité thérapeutique, puis l'ergothérapie en psychiatrie et la danse. Enfin, nous terminerons par les modèles conceptuels et l'interprofessionnalité.

Nous verrons alors l'analyse de questionnaires de pré-enquête qui ont permis d'orienter ces travaux de recherches et de nous poser une nouvelle question :

Pourquoi l'ergothérapeute qui semble trouver un intérêt thérapeutique à l'activité danse, n'y a pas recours dans sa pratique professionnelle pour accompagner des personnes adultes en psychiatrie ?

Nous émettrons deux hypothèses pour y répondre. La première étant que l'ergothérapeute se sent limité par ses compétences pour mener à bien une activité danse. La seconde, que l'ergothérapeute a besoin de collaborer avec d'autres professionnels pour mener à bien une activité danse.

Enfin, et au vu du contexte actuel, nous réaliserons une analyse complète de la méthodologie que nous avons envisagée dans le but de répondre à nos hypothèses.

2. PARTIE THÉORIQUE

Comme nous venons de le voir, nous nous intéressons à la question suivante :

L'ergothérapeute possède-t-il les compétences nécessaires à la mise en place et à la réalisation d'une activité danse à des fins thérapeutiques en psychiatrie adulte ?

Afin d'y répondre, nous allons avant toute chose nous intéresser aux compétences de l'ergothérapeute.

2.1. LES COMPÉTENCES DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Commençons avec la définition de compétence :

« Connaissance, expérience qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne la qualité pour en bien juger. » (D'erceville et al., 2000, p. 87).

« Il s'agit des savoirs, connaissances, attitudes, comportement [*sic*], capacités pratiques et techniques de l'ergothérapeute en situation professionnelle. » (Morel-Bracq, 2011, p. 29).

Dans ce travail, nous nous demandons si les compétences de l'ergothérapeute lui permettent de mettre en place une activité danse. Concrètement, nous nous demandons si ses connaissances, en se référant à la définition que nous venons de donner, lui permettent de *faire face* à la mise en place d'une activité, quelle qu'elle soit, même si celle-ci semble être une activité qui requiert des compétences techniques spécifiques. Afin de répondre à cette question, nous nous sommes intéressée au référentiel de compétences de l'ergothérapeute.

Nous découvrons que la pratique de l'ergothérapeute est dictée par dix compétences¹, décrites dans l'ANNEXE II de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute (J.O. 8 juillet 2010).

¹ Cf. Annexe I

Tout d'abord, penchons-nous sur une des compétences en particulier, la « compétence 3 : Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie » (J.O. 8 juillet 2010).

Cette compétence fait référence à l'activité, qui est l'outil principal de l'ergothérapeute, ce dernier est en effet souvent considéré comme un expert de l'activité. Elle nous indique que l'ergothérapeute choisit l'activité adéquate pour son accompagnement, selon des objectifs thérapeutiques.

Poursuivons désormais nos recherches en étudiant la « compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement » (J.O. 8 juillet 2010), qui nous aiguille grâce aux points trois, quatre et cinq, vers une maîtrise de l'outil activité.

Le troisième point dit que l'ergothérapeute a les compétences pour « Formuler des objectifs ».

Le quatrième, évoque la capacité d'« Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité. » (J.O. 8 juillet 2010).

Le cinquième et dernier point auquel nous nous intéressons, ajoute à l'ergothérapeute la faculté d'« Élaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité » (J.O. 8 juillet 2010).

Cette compétence 2 revient donc sur le choix d'une activité, du fait qu'elle soit significative et l'utilisation de son potentiel thérapeutique mais évoque aussi la capacité d'analyse d'une activité par l'ergothérapeute afin d'en maîtriser les tenants et les aboutissants.

Afin de vérifier ce titre d'expert précédemment évoqué, continuons dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute qui définit également les activités auxquelles a recours l'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle. *L'activité* ici fait référence à l'expression des compétences du professionnel au travers de ce qu'il met en place sur son lieu de travail. Nous découvrons alors pourquoi et comment l'ergothérapeute se place

en professionnel de l'activité. Parmi les neuf activités² que donne l'arrêté susnommé, nous choisissons de ne nous intéresser qu'à celles qui serviront à nourrir notre sujet, la deuxième et la sixième :

« 2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale. [...] »

6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information. »
(J.O. 8 juillet 2010).

Le deuxième point, dans un premier lieu, nous donne les types d'activités que peut utiliser l'ergothérapeute : des « activités d'artisanat, d'expression, projectives, ludiques, socio-thérapeutiques à visée psychothérapeutique » (J.O. 8 juillet 2010). Et entre autres, « des activités sociales culturelles ou sportives ». De prime abord, une activité danse semble donc tout à fait pouvoir s'inscrire dans ces types d'activités.

Puis, le sixième point concerne l'adaptation de l'activité et la préparation de celle-ci. C'est-à-dire, depuis tout le travail en amont de la réalisation de cette dernière : la « rédaction d'un cahier des charges » (J.O. 8 juillet 2010) par exemple ; jusqu'à sa réalisation puis son évaluation. Qui plus est, ce point rappelle le terme de « mettre en œuvre » dans la compétence 3. Ainsi l'ergothérapeute possède toutes les clefs en main afin de proposer le type d'activité qu'il souhaite, car il maîtrise la chaîne du début à la fin en tant qu'expert de l'adaptation.

Il est donc pleinement dans les compétences de l'ergothérapeute de prévoir et d'adapter son activité, quelle qu'elle soit, et d'adapter l'activité à ses propres capacités, pour lui permettre de se sentir à l'aise dans l'exercice de ses compétences.

Deux points du référentiel étoffent ces dires, donnant comme compétences à l'ergothérapeute de savoir « adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne [...] [et] mettre en place et adapter le cadre thérapeutique » (J.O. 8 juillet 2010).

Suite à cette étude des compétences de l'ergothérapeute concernant l'activité, nous allons nous intéresser à l'activité thérapeutique.

² Cf. Annexe II

2.2. L'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE

Nous avons à maintes reprises évoqué la notion d'activité thérapeutique, définissons donc ce terme : La thérapeutique est « l'ensemble des moyens propres à lutter contre les maladies, à rétablir, préserver la santé » (TLFi, 2012). Si l'activité thérapeutique est donc une activité qui œuvre pour la santé de la personne, qu'est-ce qui rend une activité thérapeutique ?

L'activité

C'est une notion essentielle du travail de l'ergothérapeute, dont la profession « se définit à travers le lien entre l'Activité humaine et la Santé » (Trouvé, 2015, p. VII).

J.-M Barbier définit le terme d'activité comme « l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (psychique, social et/ou mental) et transformations de lui-même s'opérant à cette occasion. » (Barbier, 2015, p. 1). Nous retiendrons de ses propos que si la personne s'engage dans une activité engendrant « une *transformation du monde* » (Barbier, 2015, p. 1), une autre transformation a lieu, la « transformation du sujet » (Barbier, 2015, p. 2) : l'activité a un impact sur la personne.

Nous allons déterminer à quel moment cet impact peut être considéré comme thérapeutique.

L'activité et la santé

Activité et santé sont deux concepts clés liés, comme le souligne M.-C. Morel-Bracq (2011, p. 22) qui cite A. Wilcock (1998, 2002, 2006), « L'activité humaine est un mécanisme biologique nécessaire pour la survie et la santé : les êtres humains ont un besoin inné de s'engager dans des activités ».

F. Ferland (2015, p. 36) qui cite l'American Occupational Therapy Association (1999) rapporte également ce lien en parlant des activités : « [elles] constituent en quelque sorte un facteur de santé : elles influent tant sur la santé physique que sur la santé psychique ».

Or, il n'est pas de précepte qui indique que l'activité est forcément thérapeutique. Malgré tout, « Toute activité peut devenir thérapeutique lorsqu'elle s'effectue dans un cadre relationnel spécifique, qu'elle répond aux besoins du patient et qu'elle lui permet de développer ses capacités et ses compétences. » (Bruneau et al., 2007). Et nous insisterons sur

le terme *devenir*, sur l'idée d'un travail de transformation de l'activité en activité thérapeutique, tel que nous avons pu le voir dans les compétences de l'ergothérapeute. À ce propos, nous souhaitons citer M.-C. Morel-Bracq (2011, p. 24) qui résume les dires de B. Curnillon (2005) concernant ce qui rend une activité thérapeutique : « l'activité n'est pas thérapeutique en soi, c'est la démarche, le contexte, la relation qui vont permettre de développer son potentiel thérapeutique. ».

Le potentiel thérapeutique

C'est donc là que réside le travail de l'ergothérapeute. « [Il] exploite le potentiel thérapeutique de l'activité » (J.O. 8 juillet 2010). Nous l'évoquons plus haut, il doit analyser les éléments qui serviront à développer ce potentiel. Grâce à la traduction et aux explications de M.-C. Morel-Bracq, nous allons étudier les trois dimensions données à l'activité qui permettent de développer son potentiel thérapeutique selon D. Pierce :

a. Les dimensions subjectives de l'activité

Elles sont au nombre de trois :

- La productivité ;
- Le plaisir ;
- Le ressourcement.

Les deux premières « [initient] l'engagement dans une activité » (Morel-Bracq, 2011, p. 25) en créant l'intérêt de la personne pour l'activité. « Pour D. Pierce, rendre l'activité plaisante pour la personne [...] est indispensable pour qu'elle s'y engage vraiment. Alors, si une activité procure du plaisir, elle sera efficace. » (Morel-Bracq, 2011, p 26).

b. Les dimensions contextuelles de l'activité

Elles « sont représentées par ses dimensions spatiales, temporelles et socioculturelles » (Morel-Bracq, 2011, p. 26).

Afin de s'adapter à la « réalité écologique » (Morel-Bracq, 2011, p. 26), il appartient à l'ergothérapeute de poser un cadre thérapeutique adéquat.

c. Les éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative

« Trois facteurs sont à prendre en compte : les compétences de l'ergothérapeute, la collaboration avec la personne pour identifier les objectifs thérapeutiques et enfin l'ajustement de l'intervention aux objectifs. » (Morel-Bracq, 2011, p. 27).

Dans cette partie, il convient de se concentrer sur les objectifs thérapeutiques et la relation thérapeutique, des éléments essentiels parmi ceux qui rendent une activité thérapeutique.

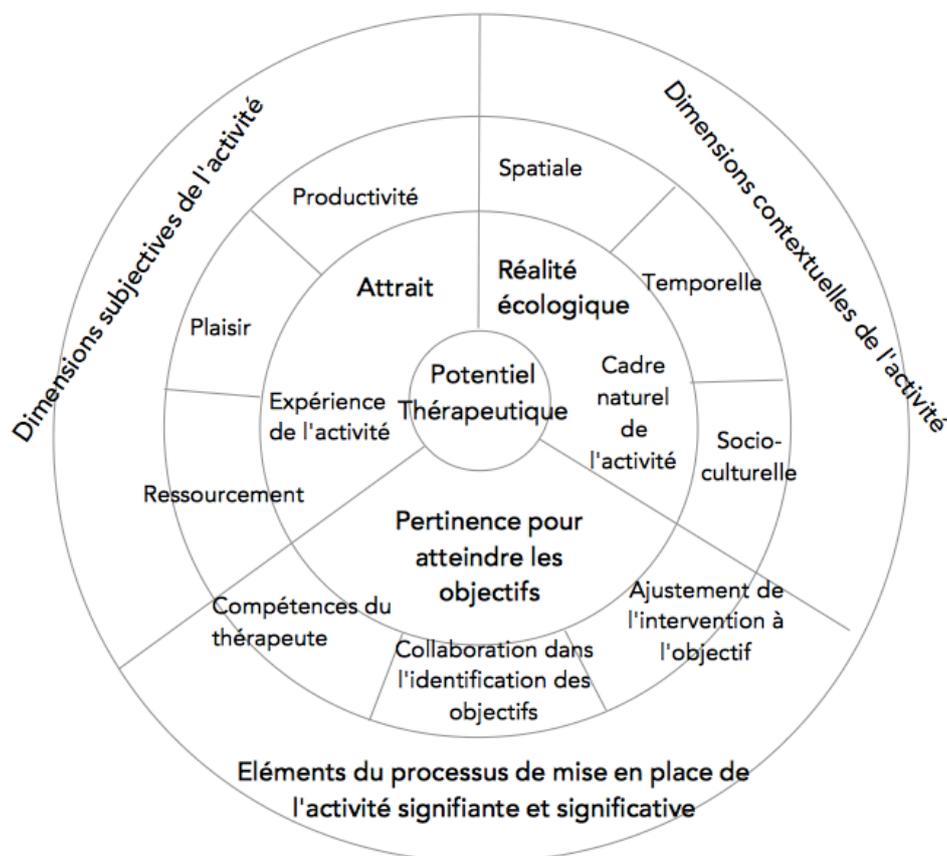


Figure 1 : « Outils conceptuels pour construire une pratique fondée sur l'activité » selon D. Pierce (Morel-Bracq, 2011)

Désormais, nous allons nous intéresser aux concepts ressortis de cette analyse : l'engagement et les activités signifiantes et significatives pour commencer, le cadre thérapeutique puis la relation thérapeutique. Pour finir, nous nous intéresserons aux objectifs thérapeutiques.

Activités signifiantes, significatives et engagement

L'ergothérapeute permet « aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles » (Bruneau et al., 2007). Une activité est importante pour la personne si elle a du sens pour elle. On parle alors d'activités signifiantes, c'est-à-dire « qu'elles répondent à ses intérêts, ses désirs et ses objectifs personnels. » (Ferland, 2015, p 39). « Selon Léontiev (psychologue Russe), l'activité signifiante reflète le sens donné par la personne à l'activité et l'activité significative, le sens social attribué par l'entourage à l'activité. » (Mantel, 2013). Le sens social peut aussi inciter la personne à s'engager dans une activité.

Le cadre thérapeutique

Une fois cet engagement obtenu, « Pour qu'il y ait possibilité d'action, un cadre est nécessaire. » (D'erceville et al., 2000). Notion essentielle, le cadre thérapeutique est présent pour toute activité qu'exerce le professionnel lors de l'accompagnement d'une personne. Il n'est pas mis en place dans un but restrictif mais dans le but de créer un environnement favorable au bon déroulement d'une activité, en définissant les modalités de sa réalisation : avant, pendant et après. « Le cadre doit [...] être **pensé à l'avance** » (Launois, 2015) et permet « la maîtrise des paramètres de l'activité » (Offenstein, 2015, p 123). « [Il] est défini par sa constance, sa fixité et sa dimension contenante » (Donaz, 2007).

Il a une fonction de protection pour la personne. Il crée un environnement sécurisant et favorable à son évolution : « Pour qu'il y ait de la place à l'expressivité du patient, qu'elle soit corporelle, émotionnelle ou verbale, il faut un cadre qui vienne recevoir ce qui provient du sujet. » (Gumy, 2007). Enfin, il se doit d'être ajustable « pour qu'il soit plus pertinent » (Klein, 2007) : « C'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. » (Klein, 2007). Cette adaptabilité est la force de la prise en charge de l'ergothérapeute et au cœur de ses compétences.

La représentation du cadre thérapeutique en psychiatrie

En psychiatrie, le cadre thérapeutique a une notion sous-jacente, comme nous le rapporte F. Klein (2007) qui cite A. Green : il sert « de métaphore de la relation parent-enfant ».

Pour comprendre ceci, il nous faut expliquer « la théorie winnicottienne, *illusion/désillusion* » (Ménard, 2007). Cette théorie de D.W. Winnicott (1975) « permet de

comprendre comment le bébé intègre les limites d'un dedans et d'un dehors, d'un moi et d'un non-moi, au travers de la relation. » (Ménard, 2007). Elle énonce que c'est la mère qui doit créer *l'illusion* grâce à la réponse aux attentes de son bébé (en lui apportant le sein par exemple), créant un sentiment de contrôle et de toute-puissance chez le bébé « et pour cause, il n'a pas encore connu la frustration. » (Ménard, 2007). C'est aussi à la mère de créer la *désillusion* qui naît de cette dite frustration, lorsque la demande du bébé n'obtient pas tout de suite de réponse. Cette désillusion et la tolérance qui en naît par les processus imaginatifs et créatifs que mettra en place le bébé, crée la capacité à faire face au monde adulte. M. Ménard (2007) qui cite M. Klein explique que « Son rôle de mère [...] consiste à conduire son enfant « *du principe de plaisir au principe de réalité* » ».

Ainsi, « *la bonne mère bienveillante et suffisamment bonne* » (Ménard, 2007), objet de tous ces processus indispensables, sera retrouvée dans un cadre justement posé en ergothérapie : « un cadre où [l'ergothérapeute] pourra être bienveillant, où il sera disponible pour contenir et soutenir le patient, lui donner un sentiment de sécurité. » (Ménard, 2007).

La relation thérapeutique

Afin maintenant de nous intéresser à la relation thérapeutique, nous devons nous tourner vers les sciences de la psychanalyse. Grâce aux auteurs J.D Bozarth et N. Motomasa (2014) qui ont étudié « l'état de la recherche » sur la relation thérapeutique, nous découvrons qu'elle « est bien une variable liée au résultat thérapeutique positif » et qu'elle « contribue de manière significative au succès de la thérapie, davantage que la technique et la stratégie thérapeutique » [traduction de F. Ducroux-Briass].

Cette relation est donc une variable essentielle dans la réalisation d'une activité dite thérapeutique et s'établit, selon C. Rogers (1992), par trois principes fondamentaux : « La congruence, l'empathie et le regard positif inconditionnel » (Bozart & Motomasa, 2014). Ces trois principes « ont une grande influence sur une thérapie réussie lorsqu'ils sont perçus par le client. » (Bozart & Motomasa, 2014).

Le regard positif inconditionnel est d'autant plus essentiel dans « l'importance du rôle de miroir » (Klein, 2007) du thérapeute, qui renvoie au patient l'image de lui-même et permet « la construction ou la reconstruction du Moi du patient. » (Klein, 2007). Il est donc indispensable que le professionnel se sente à l'aise au cours d'une activité qu'il met en place, afin de ne pas avoir d'impact négatif sur cette relation thérapeutique.

Les objectifs thérapeutiques

Pour finir, abordons les objectifs thérapeutiques, en citant S. Bruneau et ses collaborateurs (2007, p. 311), qui soulignent qu'il est important dans une pratique patient centrée, que les objectifs posés (et donc les activités proposées), correspondent à la personne afin de mener à bien une intervention : « l'adéquation des objectifs thérapeutiques aux besoins, aux désirs, attentes des patients et leur atteinte à travers l'activité réalisée ont permis d'en développer l'impact thérapeutique ».

Nous notons la nuance entre les objectifs, posés en termes de participation aux activités, et les activités réalisées. En effet, comme le souligne D. Pierce : « The degree to which occupation is therapeutic depends entirely on the depth of the therapist's professional knowledge of occupation and its use as the means of intervention, as the goal of intervention, or even better, as both. » (Pierce, 2015, p 309).

Concluons cette partie en soulignant le fait que ce qui rend une activité thérapeutique est en réalité tout ce qui l'entoure. Enfin, concernant l'impact de sa réalisation sur la personne : « C'est uniquement le processus dans son ensemble qui peut avoir un intérêt thérapeutique. » (Curnillon, 2005, p. 220).

Or, nous rappelons que dans notre question de départ, nous évoquons une population adulte en psychiatrie. C'est pourquoi, nous allons désormais nous pencher sur l'ergothérapie dans ce secteur.

2.3. L'ERGOTHÉRAPIE EN PSYCHIATRIE

La place de l'ergothérapie en psychiatrie

En santé mentale, les activités sont reconnues pour leurs bienfaits depuis bien longtemps comme se le remémore F. Tosquelles (2009) : « on se complaît à rappeler les descriptions qu'Hérodote a faites concernant les activités et les soins qui entouraient en Égypte les malades mentaux, lorsqu'ils étaient accueillis dans les « temples spécialisés » ». Concernant l'ergothérapie en santé mentale, C. Wagner (2005, p. 50) rappelle en reprenant un article publié dans le Journal d'Ergothérapie (Therriault et Collard, 1987), que « Les premiers ergothérapeutes sont plutôt spécialisés en psychiatrie ».

« Rappelons également que l'activité thérapeutique en psychiatrie est utilisée comme médiatrice. Elle n'est pas un but en soi, mais joue un rôle d'interface entre le sujet et sa problématique. » (Riou, 2016).

La santé mentale

Pour poursuivre, Intéressons-nous à « la définition de « bonne santé mentale » donnée par l'OMS en 2005, lors de la conférence d'Helsinki : « *une personne en bonne santé mentale vit en équilibre dynamique dans tous les aspects de sa vie physique, psychologique, économique et sociale* ». » (Riou, 2016).

A contrario, l'ergothérapeute travaillant en psychiatrie adulte est amené à rencontrer des personnes avec des problématiques larges et variées, impactant de nombreux aspects de leur vie quotidienne. Afin de mieux comprendre les processus qui devront retenir l'attention de l'ergothérapeute lors de la réalisation d'une activité danse, nous allons nous intéresser à deux idées clefs : le moi-peau et le concept de transitionnalité.

a. Le moi-peau de D. Anzieu

« Le Moi-peau [...] est un concept psychanalytique construit par Didier Anzieu » (Joly, 2008). À travers ce concept, il définit l'importance de l'assimilation par le bébé, d'une enveloppe corporelle, faisant lien entre le monde intérieur (psychique) du bébé, donc de l'adulte en devenir et le monde extérieur (lieu du monde réel dans lequel chaque individu tend à s'inscrire). « Anzieu va introduire le corps comme dimension vitale de la réalité humaine, comme ce sur quoi s'étaient les fonctions psychiques. Ainsi, le moi s'étaye sur un moi-corporel, le Moi-peau. » (Joly, 2008).

Il comporte différentes fonctions. « Ces huit fonctions du moi-peau décrits [*sic*] par D.Anzieu, peuvent permettre une recherche et une meilleure compréhension des processus thérapeutiques à utiliser, peut-être plus particulièrement en thérapie psycho-corporelle. » (Launois, 2015).

Parmi ces fonctions, M.Launois (2015) nous fait découvrir « la fonction de **contenance** », telle une peau qui enveloppe le psychisme. Il y a également « La fonction **d'individualisation du soi** », ayant pour but de séparer l'espace intérieur de l'espace extérieur, permettant « l'expérience du sentiment d'être unique [...] [avec] son espace psychique possédant ses frontières. ». « La fonction **d'inter-sensorialité** » relie quant à elle « les

sensations de différentes natures et permet de faire un lien entre elle [*sic*] ». Citons pour terminer, « La fonction d'**inscription psychique** des traces sensorielles. », soit l'inscription dans le psychisme des traces laissées par le monde extérieur.

b. Le concept de transitionnalité de D.W. Winnicott

Poursuivons avec le concept de transitionnalité développé par D.W. Winnicott, que nous explique l'auteur Bailly (2001).

Tout d'abord, nous trouvons l'objet transitionnel, qui fait lien entre le bébé et le monde réel, quand ce dernier n'est pas capable de faire la distinction entre les deux. À noter qu'à ce stade, « le nouveau-né ne perçoit pas sa mère comme distincte de lui. ». Souvenons-nous de la théorie illusion/désillusion. « Cette « illusion », où réalités internes et externes ne sont pas encore clairement distinctes pour le nourrisson, autorise des expériences « intermédiaires », en particulier celle de posséder un objet transitionnel qui n'est ni la mère réelle, ni sa représentation interne, mais un peu des deux ». Le plus connu est le doudou.

« L'objet transitionnel a pour destin d'être progressivement désinvesti. Mais les phénomènes transitionnels persistent », comme le jeu : « Lorsque l'enfant joue, il entre dans une aire intermédiaire, où la réalité intervient non plus comme une contrainte mais se voit remodelée en fonction de ses besoins internes ». Si nous revenons du point de vue du nourrisson et du jeu avec sa mère, il ne « se déroule [...] ni au-dedans ni au-dehors de lui, mais dans une aire intermédiaire qui se situe entre lui et sa mère. Winnicott nomme cette aire : « espace potentiel ». ». L'espace intermédiaire ou espace potentiel, sert en fait de lien entre le dedans et le dehors.

En ergothérapie, la création d'un objet permettra à la personne d'investir cet espace intermédiaire, en projetant une partie de soi sur l'objet, lequel prend place dans cet espace qui fait partie du monde réel. « En ergothérapie, c'est l'atelier lui-même qui devrait se proposer comme **un espace intermédiaire** ».

« La relation avec l'objet » (Bagnères, 2007, p 93)

Cette relation avec l'objet dont nous venons de parler est fondamentale.

C. Bagnères (2007), d'après les travaux d'I. Pibarot (1978) nous donne une interprétation de la relation triangulaire entre le patient, son objet, et le thérapeute. Elle décide de mettre en lumière la relation entre le patient et son objet, plutôt que sur la relation entre le patient et

le thérapeute. « Il s'agit donc de la mise en place d'une relation avec un autre, cet autre étant vivant dans le psychisme du patient. Et c'est sur cette relation que se situe l'essentiel du travail de l'ergothérapeute. » (Bagnères, 2007, p 97).

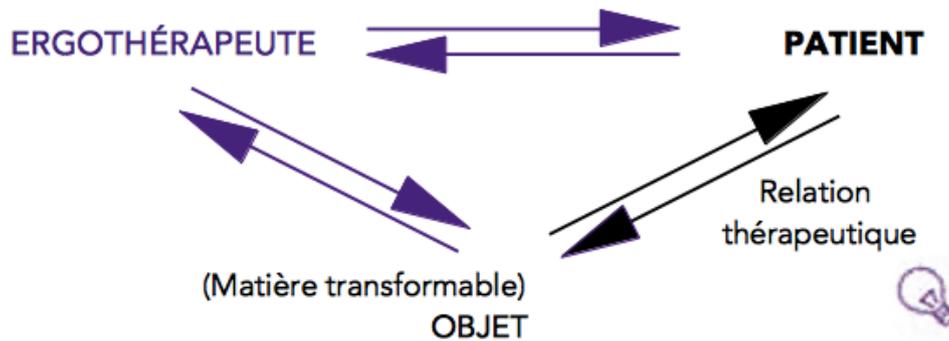


Figure 2 : « éclairage de la relation que le patient entretient avec son objet » (Bagnères, 2007)

Le corps comme objet

Mais qu'en est-il de ces mécanismes, si lors d'une activité danse, c'est le corps qui sert d'objet ? « Bien sûr, même s'il est le lieu de révélation d'un sujet, le corps appartient aussi à l'ordre des choses. Aussi le mot corps, nous l'employons dans des sens différents, tantôt lieu et temps du sujet, tantôt objet » (Abt, 2001).

Il semble alors pertinent de pouvoir permettre à la personne d'utiliser son propre corps dans une activité : « La question du corps comme médiation se pose sous la forme de celle de l'utilisation délibérée du corps et de ses modes d'expressivité » (Roussillon et al., 2013). Le tout dans le but de comprendre, d'exprimer, de s'appropriier les conflits internes qu'il abrite, car le corps est « pour chacun, la somme des expériences qu'il a accumulé au fil de son histoire personnelle » (Clervoy, 2018, p 26).

D'un côté nous avons vu le corps comme enveloppe personnelle, qui contient le psychisme de la personne, que nous tentons de faire s'exprimer en ergothérapie. De l'autre, le corps qui prend la place de l'objet dans l'espace intermédiaire, pour permettre à la personne de prendre place dans le monde qui l'entoure.

Dans une activité danse il paraît intéressant pour l'ergothérapeute de pouvoir allier ces deux mécanismes sachant qu'« Aucun raisonnement ne peut délier ce qui attache notre existence à notre corps » (Clervoy, 2018, p 24).

J.-P. Guihard a dit : « L'atelier est [...] le lieu du faire, de l'agir, pour produire un objet, reproduire mais aussi pour produire du soi, de l'humain » (Guihard, 2007, p 117). Et pour « produire du soi » l'activité danse permet d'utiliser directement le corps.

L'atelier en ergothérapie

Ce terme d'atelier d'ergothérapie est souvent employé par les ergothérapeutes travaillant en psychiatrie pour désigner le lieu de réalisation de l'activité : « Il constitue un espace transitionnel d'expériences qui met en jeu les ressentis et la créativité de chaque individu. L'atelier est avant tout un lieu de relation et d'échanges. » (Riou, 2016).

Ce lieu doit donc servir d'espace intermédiaire où la personne pourra laisser s'exprimer son matériel inconscient.

La verbalisation

L'« ergothérapie [...] ne saurait par ailleurs se passer de paroles. » (Tosquelles, 2009). En effet, mettre des mots sur les processus qui prennent forme au sein de l'atelier d'ergothérapie peut s'avérer important, lorsque des processus de projection sont mis en place (mouvements de l'espace interne vers l'espace intermédiaire ou l'espace extérieur). Les mots permettront d'une part à la personne de dire ce qu'elle « en perçoit » (Bagnères, 2007, p. 96), d'autre part au thérapeute de ne faire aucune interprétation biaisée par son point de vue personnel. Du côté de la personne, cette expression lui permettra de « s'inscrire dans la réalité » (Bagnères, 2007, p. 96).

Afin de poursuivre nos travaux, rappelons que nous avons déjà évoqué le corps quelques paragraphes plus haut et les activités thérapeutiques avant cela. Nous allons désormais inscrire le corps dans l'activité, en étudiant le concept de la danse.

2.4. LA DANSE

La danse est définie, sans rentrer dans des détails de style, de rigueur ou de travail, comme le « mouvement rythmique du corps de l'homme » (TLFi, 2012). C'est une activité qui

utilise le corps comme médium (« ce qui sert d'intermédiaire, ce qui produit une médiation entre émetteur et récepteur » (TLFi, 2012)), entrant donc dans le cadre des activités psychocorporelles.

Les activités psycho-corporelles

Les activités psycho-corporelles font partie des techniques complémentaires, au sein de la médecine complémentaire, « terme [qui] recouvre un large ensemble de pratiques de soins. Il renvoie à l'idée de traiter un patient dans sa globalité et non pas seulement de s'attacher à traiter un organe, un symptôme ou une fonction précise » (Célestin-Lhopiteau, 2015). Cette idée, répond au 3^e paradigme de l'ergothérapie selon E. Duncan qui cite (Rabow, 1994) en 2006, qui s'attache à considérer une personne dans son ensemble : « importance de l'interaction personne-activité-environnement dans une personne systémique. » (Morel-Bracq, 2017)

« Les pratiques psycho-corporelles (PCC) peuvent être définies comme l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps, ou se servant du corps comme médiation, et plus largement comme des méthodes impliquant un travail corporel » (Célestin-Lhopiteau, 2015). Cette définition développe largement la définition des activités corporelles que nous avons donnée dans nos questionnaires de pré-enquête (activité qui nécessite la mobilisation du corps pour sa réalisation), que nous étudierons par la suite.

Les bienfaits des pratiques psycho-corporelles

a. La respiration

« Le travail sur la respiration est un ingrédient majeur de toutes les pratiques psychocorporelles ». C'est également une notion essentielle en danse, « Travailler sa respiration, c'est travailler l'écoute de son propre corps, la présence à l'instant, ici et maintenant » (Paire, 2012).

b. Les émotions

« De nombreuses pratiques psycho-corporelles [...] vont faciliter un travail sur les émotions permettant ainsi de développer l'« intelligence émotionnelle ». » (Célestin-Lhopiteau, 2015). « Cette intelligence émotionnelle concourt à une meilleure connaissance de soi, à une meilleure capacité à résoudre les conflits, à une meilleure coopération avec les autres, à une meilleure maîtrise [sic] de soi, réussite sociale et adaptation sociale. » (Célestin-

Lhopiteau, 2015). Ces bienfaits évoqués par l'auteure répondent totalement à des objectifs thérapeutiques qui pourraient être posés en ergothérapie.

Mais alors, « Comment chaque patient se vit-il ? Se vit-il comme un robot ou un mort vivant, un corps souffrant ou anesthésié ? Est-il capable de sentir son corps ? L'intensité de ses sensations, emprisonnées à l'intérieur d'un corps-forteresse à l'intérieur duquel règne un moi fragile » (Donaz, 2007). Tandis que s'interroge l'auteure, nous nous arrêtons sur le lien entre le ressenti du corps et la fragilité de l'esprit. Mais quel est donc ce lien qui, tout comme le terme psycho-corporel, rassemble le corps et l'esprit.

Le corps et l'esprit

En ergothérapie, une valeur parmi celles données par la World Federation of Occupational Therapy, d'après K. Riguet et ses collaborateurs « est que « la personne humaine doit être envisagée dans sa globalité, dans laquelle corps et esprit forment un tout [...] » » (Riou, 2016). L'auteur P. Clervoy insiste sur ce lien (2018, p 27) : « Dans sa nature, le corps est une seule entité, mais notre culture intellectuelle et scientifique nous pousse à séparer sa part psychologique et sa part somatique ». Alors il souhaite rappeler que « Psychique et somatique sont articulés et notre existence est le produit de cette articulation ».

Afin de remettre cette articulation dans notre contexte de recherche, rappelons qu'une activité danse en psychiatrie est destinée à avoir un impact sur le psychisme de la personne par l'intermédiaire du corps.

Le corps

Nous aimerions citer la réponse de l'auteure L. Faszczenko (2017) à sa propre question « et le corps dans tout ça ? » :

Il est constamment avec nous, et pourtant c'est le grand oublié... Souvent nous y prêtons attention seulement quand il nous fait souffrir : douleur, blessure, maladie... et en dehors de cela il est plutôt laissé de côté. Pourtant, en permanence il exprime des choses et nous accompagne dans nos ressentis. Il n'y a pas une émotion qui ne se perçoive et ne se traduise également dans le corps (Faszczenko, 2017).

Ses dires nous rappellent aux bienfaits des pratiques psycho-corporelles et nous décidons d'aller plus loin avec deux nouvelles notions : l'expression et l'appropriation corporelle.

La danse en tant que moyen d'expression corporelle

« Dans la plupart des psychothérapies corporelles, le corps est considéré comme un outil de communication et d'exploration de soi aussi complexe et riche que la communication verbale ». (Heller, 2008). Effectivement, « La communication humaine est tissée de messages issus de l'ensemble de l'expressivité corporelle » (Roussillon et al., 2013). Une activité danse qui utilise le corps est donc un très bon moyen d'explorer avec un patient ce versant de l'expression, car « La danse est le moyen artistique d'expression corporelle et de communication non verbale par excellence. Les émotions animent sans cesse les mouvements du corps. » (Delmas, 2014).

De plus, « L'expérience prouve que la parole et le geste sont très fréquemment en relation » (Bagnères, 2007). L'auteure se demande : « Un geste produit-il une émotion, ou l'émotion incite-t-elle un geste ? ». Nous sommes une nouvelle fois rappelée au travail des émotions et nous souhaitons citer S. Morar (2015) qui évoque le lien entre corps et émotions : « Il existe [...] des preuves d'une interdépendance étroite entre corps, pensées et émotions et toute action sur un seul élément de cette triade va avoir forcément un impact sur les deux autres ». Cette phrase soutient qu'un travail sur le corps pourrait résoudre des conflits internes que l'on peut rencontrer avec une population adulte accueillie en psychiatrie.

La danse en tant que moyen d'appropriation corporelle

En effet, « La perception que nous avons de notre corps n'est pas innée » (Clervoy, 2018, p 21), tout comme son image. « L'image de notre corps n'est pas quelque chose qui nous est donné en naissant, nous la construisons, chacun à sa manière. L'image mentale du corps est le résultat de notre effort psychique de fabriquer une représentation de soi-même. » (Clervoy, 2018, p 32). Parfois ces processus n'ont pas lieu et il est possible comme nous le disions, de rencontrer des personnes qui présentent des troubles de cette image ou de la perception de leur corps. Dans un contexte psychiatrique particulièrement, ces troubles peuvent être à l'origine d'une réponse conflictuelle avec l'environnement de la personne, comme nous l'indique M.Gumy : « Si ce qu'elle percevait de son corps pouvait prendre sens ou devenir plus commun, alors peut-être que le monde environnant deviendrait moins persécutant. » (Gumy, 2007, p. 132). Favoriser l'appropriation corporelle pourrait donc représenter un des objectifs d'une activité danse.

« L'expérience subjectivante de la danse » (Schott-Billmann, 2011)

Pour finir cette partie sur la danse, nous aimerions, grâce à F. Schott-Billmann (2011), évoquer un côté de la danse qui peut rendre son expérience intéressante auprès d'une population adulte en psychiatrie. En effet, certains mécanismes de développement peuvent faire défaut à cette population, menant à toutes sortes de relations conflictuelles avec la personne elle-même ou son environnement, tandis que la danse, nous dit l'auteure, « fait refaire au danseur l'expérience originaire par laquelle l'enfant accède à l'état de sujet, [...] parce qu'il devient apte à élaborer l'absence de sa mère ». Lorsque l'enfant joue avec une bobine de fil qu'il lance puis qu'il la fait revenir vers lui en tirant sur la corde, « Freud comprend que l'enfant rejoue l'absence de la mère [...]. Il a donc associé deux représentations (mère absente/mère présente) [...] et deux mouvements (bras tendu/replié) qu'il imprime à la bobine, la faisant aller-venir comme la mère qui s'éloigne- revient. ». Ce « jeu de nature rythmique et corporelle [...] Freud [le] nomme le « for-da » ».

Ces représentations antagonistes ramènent aux mouvements antagonistes qui permettent à la danse de prendre forme (plié/tendu, ouvert/fermé, inspire/expire). « En réalité, la capacité de séparer est une étape fondamentale du développement cognitif, et l'aptitude à se percevoir distinct de l'autre est la condition nécessaire [à] l'émergence du sujet, à l'individuation. » (Schott-Billmann, 2011). Mais « Ce qui fait jubiler le danseur comme l'enfant, c'est donc la découverte que la faille entre les opposés (les deux pôles du geste représentant toutes les polarités qui constituent notre réalité humaine : dedans/dehors, autre/soi, imaginaire/réalité, visible/invisible, vie/mort etc.), n'est pas seulement une coupure, mais paradoxalement aussi un lien » (Schott-Billmann, 2011).

Il y aurait donc dans une activité danse, la possibilité de faire le lien entre ce qui y est expérimenté et des découvertes internes avec l'environnement externe et le réel qui entoure la personne.

Un nouveau questionnement s'offre à nous. Est-il possible pour chaque ergothérapeute, de mettre en place une activité danse ? Même si les modèles conceptuels qui guident leur pratique sont différents ? Pour répondre à cette question, nous allons nous intéresser à deux modèles en particulier : le modèle cognitivo-comportemental et le modèle psycho-dynamique.

2.5. LES MODÈLES CONCEPTUELS

Définition

C'est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. » (Morel-Bracq, 2017, p. 2).

Le modèle cognitivo-comportemental

a. Théories

D'après M-C. Morel-Bracq (2017), ce modèle vise « la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes » (p. 213) en psychiatrie. Il est basé sur le fait que les symptômes cliniques peuvent faire preuve d'« amélioration » (p. 213), sans pour autant que l'intégration dans la société ne soit possible. Combinaison entre le modèle cognitif et le modèle comportemental, il se base sur le principe qu'un « schéma de pensée inadéquat et ancré » (p. 213) entraîne une fragilité psychologique et des troubles du comportement. Ils sont la résultante de biais cognitifs qui distordent la réalité, entraînant des interprétations et émotions pathogènes, conduisant à une mauvaise insertion dans la société.

L'apprentissage de comportements adaptés influencerait sur ces mécanismes et viendrait contrer les interprétations et émotions pathogènes.

b. But et population ciblée

Les objectifs sont l'apprentissage de schémas de pensée adéquats afin de permettre la réinsertion sociale et « de maintenir [la personne] dans un milieu ordinaire de vie avec le moins de support professionnel possible » (Morel-Bracq, 2017, p. 214).

Ce modèle vise surtout l'accompagnement des personnes « psychotiques chroniques. Il peut aussi être utile pour d'autres troubles psychiatriques précis (phobies, troubles obsessionnels compulsifs, anxiété, dépression, troubles sexuels) » (Morel-Bracq, 2017, p 214).

c. Moyens

Selon l'auteure, l'adaptation sociale est abordée par deux versants : le psychologique et le comportemental. On parlera d'« entraînement aux habilités sociales » (p. 214). « La modification des schémas de pensée inadéquats » (p. 215) suit un cheminement : tout d'abord la « prise de conscience » (p. 215) de « schémas dysfonctionnels » (p. 215) permettra par la

suite leur « analyse » (p. 215). Il sera alors possible de construire de nouveaux schémas de pensée, cette fois « plus adaptés » (p. 215).

Le travail en groupe est essentiel dans ce modèle.

d. Avantages et inconvénients

Il est « complémentaire du modèle psychodynamique » (Morel-Bracq, 2017, p.216). Sa visée, la réadaptation et la réinsertion sociale, est purement ergothérapique. Cependant, il omet totalement « l'origine psychique des troubles » (Morel-Bracq, 2017, p. 216).

Le modèle psychodynamique

a. Théories

Il se base sur des théories indiquant que toute action d'une personne dans le présent est « gouvernée par des processus inconscients » (Morel-Bracq, 2017, p. 206), donc s'articule autour des influences du passé. Concernant les personnes que nous rencontrons en ergothérapie, ces influences sont à priori négatives : ce sont des « conflits inconscients non résolus » (Morel-Bracq, 2017, p. 206)

b. But et population ciblée

Ce modèle travaille sur le passé, ce qui peut influencer le présent.

Il peut guider la prise en soin de personnes avec des « troubles de la personnalité provenant de causes inconscientes, ou lors de décompensations après un traumatisme psychologique » (Morel-Bracq, 2017, p. 207).

c. Moyens

L'ergothérapeute se doit d'instaurer une relation de confiance pour permettre à la personne de faire « émerger du matériel inconscient par des associations libres, l'émergence de souvenirs, la symbolique » (Morel-Bracq, 2017, p. 208). Son rôle est d'analyser puis d'interpréter ce matériel afin de permettre la « compréhension de l'origine de la pathologie ou du mal être » (Morel-Bracq, 2017, p. 208) à la personne.

d. Avantages et inconvénients

Toujours selon l'auteure, d'un côté, c'est un modèle qui s'intéresse « aux causes et à l'origine des troubles » (p. 209). De l'autre, c'est « un processus lent, très subjectif » (p. 209), avec des objectifs difficiles à définir, et une « dépendance du patient envers le thérapeute »

(p. 209) qui peut s'installer. Ce dernier quant à lui, a besoin de « compétences appropriées » (p. 209) pour gérer tant la relation que l'émergence de matériel inconscient qui nécessite une réponse et une lecture appropriée. Dans le cas contraire la personne pourrait avoir « des réactions émotionnelles fortes et des comportements violents » (p. 209).

Les activités psycho-corporelles

Nous observons que le modèle cognitivo-comportemental, se basant sur des activités de réentraînement aux habilités sociales, n'est pas le plus propice à la mise en place d'activités psycho-corporelles, même si ce modèle s'appuie également sur l'utilisation des apprentissages de base afin de recréer les acquis pour lesquels une activité corporelle pourrait être utilisée (travail du schéma corporel, de la proprioception et du sens vestibulaire).

Au contraire, le modèle psychodynamique se prête tout naturellement à l'utilisation d'activités psycho-corporelles.

Ces modèles, comme de nombreux autres « ont été développés par des chercheurs en lien avec le développement des connaissances : médecins, kinésithérapeutes, psychologues, psycho-sociologues et neuropsychologues... et ont été adaptés à l'ergothérapie. » (Morel-Bracq, 2017). Nous allons donc aborder le concept de l'interprofessionnalité.

2.6. L'INTERPROFESSIONNALITÉ

Nous commencerons par les définitions de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité avant d'en venir à l'interprofessionnalité. Nous nous référons aux définitions données par l'Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES, 2014).

Définitions

« La pluridisciplinarité est une juxtaposition de perspectives disciplinaires qui élargit le champ de la connaissance [...]. Les composantes disciplinaires, dans ce cas, gardent leur identité ». En santé, nous pouvons résumer la situation par des professionnels de différentes disciplines, qui gravitent autour d'un même patient.

D'un autre côté, le rapport définit l'interdisciplinarité comme « la coopération de plusieurs disciplines autour de projets communs ». En santé toujours, ces mêmes

professionnels gravitent autour du patient, mais échangent et travaillent dans « un mode de collaboration partenarial » vers l'atteinte d'objectifs communs.

Après avoir compris cette différence, nous pouvons revenir sur le terme d'interprofessionnalité, partant du même principe que l'interdisciplinarité mais prenant en compte cette fois les professionnels directement : « Dans le secteur de la santé, l'interprofessionnalité émane de la préoccupation des professionnels de concilier leurs différences et leurs points de vue afin de fournir aux patients la réponse la plus adéquate et la plus efficiente en termes de soins. » (Léger, 2017).

Intérêts

Si l'intérêt premier d'un tel mode de collaboration est de permettre aux professionnels de travailler dans une optique patient centrée, l'interprofessionnalité, « concept crucial en santé permettant d'offrir des soins plus efficaces et de meilleure qualité aux patients » (Léger, 2017), semble particulièrement appropriée pour la population d'ergothérapeutes interrogée.

En effet, nous trouvons intéressant pour nos recherches de nous arrêter sur l'aspect travail en collaboration de ce concept, qui permet aux professionnels « de mettre en commun leurs connaissances » (Léger, 2017).

Enfin, comme l'indique E. Léger (2017) qui cite Fournier et al. (2014) : « En dehors du gain d'efficacité et d'efficience pour la prise en charge, l'interprofessionnalité améliore la satisfaction du patient et des professionnels en offrant notamment un cadre de travail plus agréable et confortable ».

Grâce à l'étude de ces différents concepts, nous sommes désormais en capacité de dire que oui, l'ergothérapeute possède les compétences nécessaires à la mise en place et à la réalisation d'une activité danse à des fins thérapeutiques en psychiatrie adulte. Cependant, nous nuancions notre propos, car les activités psycho-corporelles restent un nouveau terrain sur lequel s'aventurer et pour lesquelles la formation initiale des ergothérapeutes reste succincte. C'est pourquoi, nous allons poursuivre cette enquête, en commençant par des questionnaires de pré-enquête, dont nous avons notamment tiré les concepts des modèles conceptuels et de l'interprofessionnalité.

3. PARTIE EXPLORATOIRE

3.1. QUESTIONNAIRES DE PRÉ-ENQUÊTE

Choix de l'outil, population visée et objectifs

Nous avons eu recours à des questionnaires afin de mener une pré-enquête, dans le but de nous intéresser aux pratiques des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie en Meurthe-et-Moselle. Les questionnaires³ réalisés grâce à l'outil Google Forms, ont été transmis par mails à la population visée. Nous avons eu recours à des questionnaires en ligne afin de recueillir le plus de réponses possibles. Douze personnes y ont répondu.

Analyse des questionnaires

a. Techniques corporelles (psycho-corporelles)

Tout d'abord, nous avons cherché à déterminer si les ergothérapeutes interrogés avaient recours à des techniques corporelles, que nous avons définies comme étant une activité qui nécessite la mobilisation de l'ensemble du corps pour sa réalisation. Cette définition a été posée avant toute recherche et donc avant de définir les activités psycho-corporelles. Nous avons découvert, que parmi les douze ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, seuls trois d'entre eux n'ont pas recours à des activités corporelles dans leurs prises en soin.

Nous nous concentrons alors sur ceux qui y ont recours (soit 66% de notre population). Et quand nous nous demandons quelles activités ils utilisent, seule une petite partie d'entre eux (deux personnes) cite la danse⁴, soit 16% de notre population.

b. Intérêt thérapeutique de l'activité danse

Désormais, nous souhaitons découvrir si l'activité danse peut tout de même présenter un intérêt thérapeutique pour ces professionnels. Il est important de noter que la tournure de la question implique personnellement les ergothérapeutes et qu'elle peut influencer leur réponse. Cette tournure représente un biais dans notre étude car elle influera sur l'interprétation des résultats. En effet, parmi les quatre personnes (un tiers de la population)

³ Cf. Annexe III

⁴ Cf. Annexe IV : Tableau I

qui ont répondu « non » à la question Selon vous, la danse pourrait-elle représenter une activité corporelle que vous pourriez utiliser à des fins thérapeutiques lors de vos prises en soin ?, trois répondent de manière subjective par « manque d'intérêt », sans démentir le côté thérapeutique de la danse. Seule une d'entre elles justifie sa réponse de manière à exclure ce côté thérapeutique.

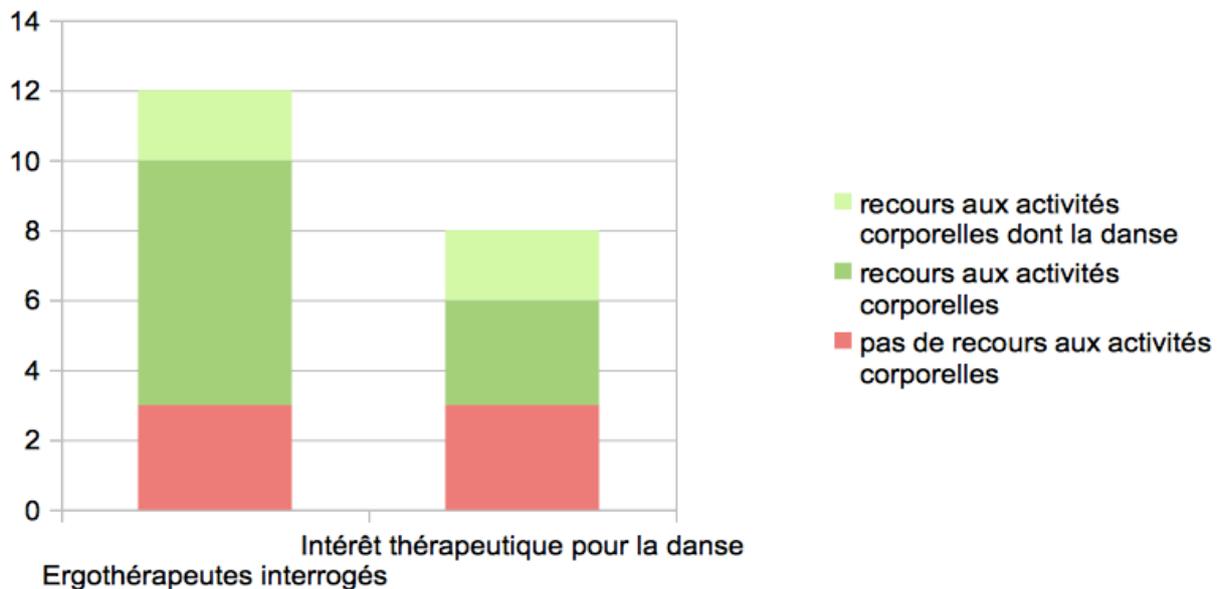


Diagramme I : nombre de répondants ayant recours aux activités corporelles et leur intérêt porté pour la danse

Nous nous sommes alors intéressée aux justifications données en faveur, ou en défaveur de l'utilisation de l'activité danse⁵ et nous sommes interpellée par le fait que beaucoup des justifications en défaveur de son utilisation sont de l'ordre du manque de compétence⁶, de formation⁷ ou de connaissances⁸.

Cela semble nous guider vers le fait que l'ergothérapeute ne possède pas les compétences nécessaires à la mise en place d'une activité danse en psychiatrie quand nous avons montré le contraire dans la première partie de ces recherches. Dans l'analyse des

⁵ Cf. Annexe IV : Tableau II

⁶ Cf. Annexe III : Questionnaires VI et VIII

⁷ Cf. Annexe III : Questionnaires II, III et V

⁸ Cf. Annexe III : Questionnaire VIII

différentes réponses, deux pistes se sont offertes à nous (nous les avons donc étudiées dans notre partie théorique) : L'interprofessionnalité et la question du modèle conceptuel utilisé.

c. Modèles conceptuels

Nous l'avons déjà vu, le fait que certains ergothérapeutes n'aient pas recours à des activités corporelles dépend certainement du modèle conceptuel qui guide leur pratique.

Grâce aux questionnaires, nous avons découvert que les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie en Meurthe-et-Moselle n'ont recours qu'à deux modèles différents : le modèle cognitivo-comportemental et le modèle psychodynamique. Nous notons que tous les professionnels dont la pratique est guidée par le modèle psychodynamique ont recours à des activités corporelles. Ce n'est pas le cas de tous les professionnels ayant recours au modèle cognitivo-comportemental mais seulement pour certains.

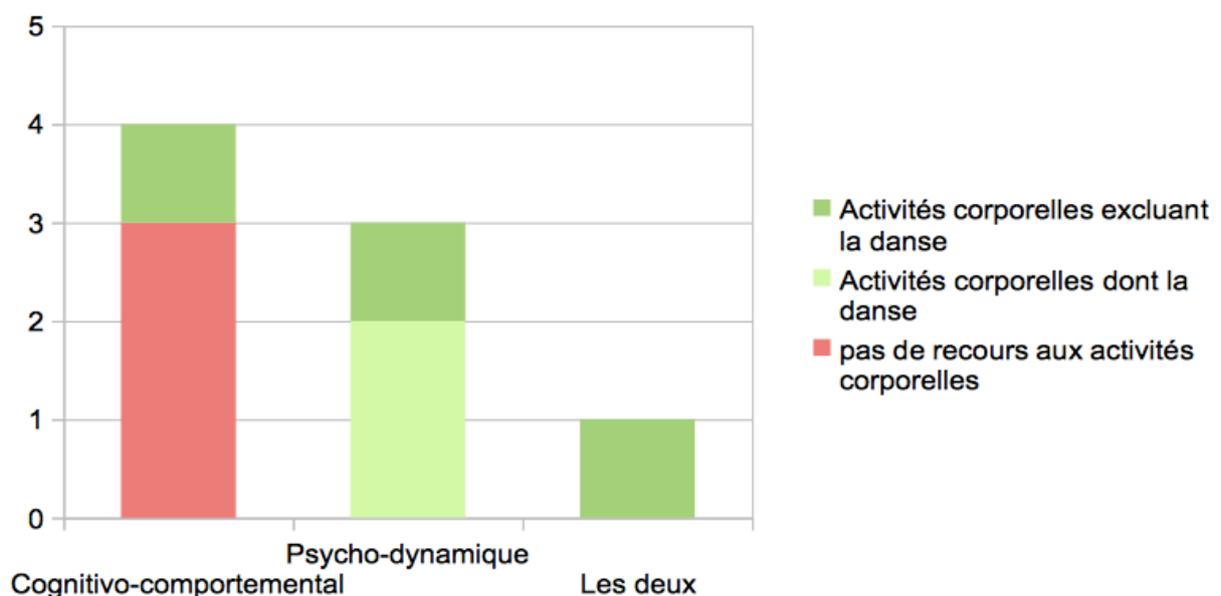


Diagramme II : croisement de l'intérêt thérapeutique porté à la danse et à son utilisation selon le modèle conceptuel utilisé

Nous observons que les trois ergothérapeutes qui expriment un intérêt thérapeutique pour la danse mais n'ont pas recours à des activités corporelles, utilisent tous trois le modèle cognitivo-comportemental. Les deux ergothérapeutes ayant recours à une activité danse, sont eux guidés par le modèle psychodynamique. Cette observation confirme ce que nous disions

page 21 : le modèle utilisé influe sur la possibilité d'avoir recours à des activités corporelles et donc d'avoir recours à une activité danse.

3.2. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

Suite au développement de ces points théoriques et surtout à l'analyse de nos questionnaires de pré-enquête, nous nous posons la question suivante :

Pourquoi l'ergothérapeute qui semble trouver un intérêt thérapeutique à l'activité danse, n'y a pas recours dans sa pratique professionnelle pour accompagner des personnes adultes en psychiatrie ?

Nous émettons deux hypothèses qui tentent d'apporter des éléments de réponses à cette question.

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute se sent limité dans ses compétences pour mener à bien une activité danse.

Hypothèse 2 : L'ergothérapeute a besoin de collaborer avec d'autres professionnels pour mener à bien une activité danse.

3.3. MÉTHODOLOGIE ENVISAGÉE

Afin de répondre à ces questions, nous envisagions d'avoir recours à des entretiens semi-directifs, réalisés auprès de notre population cible, à savoir les ergothérapeutes ayant exprimé leur intérêt pour une activité danse, sans pour autant y avoir recours dans leur pratique professionnelle. Ces ergothérapeutes ont été sélectionnés au sein de la population d'ergothérapeutes ayant répondu à nos questionnaires de pré-enquête.

Au vu des événements actuels et du contexte épidémiologique, nous serons dans l'impossibilité de mener à terme une telle méthodologie.

C'est pourquoi, dans cette partie exploratoire, nous procéderons à l'explication de la méthodologie envisagée pour voir comment elle aurait répondu à nos hypothèses.

Toute cette partie se base donc sur des choix envisagés et des hypothèses.

3.4. CHOIX DE L'OUTIL ENVISAGÉ ET POPULATION INTERROGÉE

Nous avons choisi une méthodologie dite qualitative car notre question de recherche et nos hypothèses s'intéressent à la pratique de certains professionnels en particulier (les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie en Meurthe-et-Moselle). Après avoir réalisé des questionnaires dans notre première partie, réaliser des entretiens aurait permis d'approfondir notre sujet, de répondre à notre question de recherche et de valider ou non nos hypothèses.

Précisément, nous aurions eu recours à la méthode des entretiens semi-directifs. Voyons quels sont les objectifs et avantages d'une telle méthode.

En premier lieu, la méthode semi-directive permet de poser plusieurs questions. Cela permet d'une part, d'explorer plusieurs hypothèses, d'autre part de s'intéresser à certains points en particulier en guidant l'interlocuteur vers ces points.

Nous venons d'évoquer le terme « guide ». En effet, c'est un élément important qui va dicter l'entretien tant dans sa préparation que dans sa réalisation. Pour guider l'entretien, nous avons recours à un outil que nous nommons le guide d'entretien. Nous l'avons vu, s'il permet d'amener l'interlocuteur vers les points à explorer, le guide permettra aussi du côté du chercheur cette fois, à créer un sentiment de confiance pour la maîtrise de l'entretien qui est un exercice difficile. Être à l'aise avec des questions préparées donnera, d'une part l'occasion de créer une relation de confiance avec l'interlocuteur qui sera en mesure de se concentrer sur ses réponses, d'autre part de faciliter son expression sans qu'il ne soit perturbé par les hésitations du chercheur.

Les questions préparées en avance, permettront d'aborder tous les sujets qui sont nécessaires pour répondre à l'enquête. La réflexion qui se fait en amont permet d'affûter la direction de l'étude et des recherches et de ne pas oublier de points importants.

Les questions devront être posées de manière à éviter tant les biais cognitifs (mauvaise interprétation de la question par exemple) que les biais affectifs (si la question laisse sous-entendre ce qui est attendu, la personne interrogée pourra essayer de complaire aux attentes de son interlocuteur). D'autres biais encore peuvent intervenir, nous ne les citerons pas tous mais insistons sur le fait qu'ils peuvent fausser toute une enquête et que le guide d'entretien permettra de les éviter un maximum, s'il est bien réalisé.

Il permet d'autant plus de réaliser les mêmes entretiens, avec la même trame et les mêmes questions posées. Cela permet de créer une reproductibilité dans les entretiens et donc d'assurer la fiabilité de l'analyse et par la suite, des réponses qui seront données à la question de recherche et aux hypothèses.

Enfin, les questions restent ouvertes. De ce fait, malgré la préparation, il est impossible de prédire les réponses obtenues et cela permettra de nourrir les analyses, les résultats et les préconisations ; sans écarter la possibilité de découvrir de nouvelles pistes de réflexion.

Notons également qu'un entretien préliminaire peut être réalisé (souvent conseillé), dans le but d'affiner le guide d'entretien. Cependant, ayant réalisé une première enquête grâce à nos questionnaires, nous n'y aurions pas eu recours si la situation l'avait permis.

3.5. GUIDE D'ENTRETIEN

Etapes de construction du guide d'entretien

Nous avons recours à la méthode suivante dans la construction de notre guide :

- Étape 1 : Dégager des hypothèses (H), les indicateurs⁹ qui permettront d'y répondre (les indicateurs sont également formulés d'après l'étude de nos concepts) ;
- Étape 2 : Créer des questions à partir des différents indicateurs ;
- Étape 3 : Regrouper les questions similaires ;
- Étape 4 : Organiser les questions dans le but de créer une trame logique (pour permettre la fluidité de l'entretien et l'adhésion de notre interlocuteur, dans le but d'optimiser la qualité de ses réponses) ;
- Étape 5 : Trouver une question d'amorce, et finir par les questions sociodémographiques qui seront utiles à l'étude ;
- Étape 6 : Réaliser une introduction au cours de laquelle nous serons en mesure de nous présenter nous-même et de présenter le sujet de l'étude sans donner aucun élément de réponse. Cette introduction permettra de placer un cadre à l'entretien et de répondre aux éventuelles questions qu'aurait pu avoir notre interlocuteur ;
- Étape 7 : Réaliser une conclusion.

⁹ Cf. Annexe V

Le guide d'entretien : explications détaillées

Désormais, nous allons étudier chaque question du guide d'entretien¹⁰ de manière plus précise afin de montrer pourquoi nous avons posé ces questions, pourquoi nous l'avons fait de cette manière et ce que nous cherchons à découvrir grâce à elles.

Les explications de l'introduction¹¹ et de la conclusion¹² figurent en annexes.

a. Thème 1 (l'activité thérapeutique)

QUESTION : Selon vous, qu'est-ce qui rend une activité thérapeutique ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- La première partie de notre question de recherche (QDR) s'intéressant aux ergothérapeutes pour qui la danse représente un intérêt thérapeutique (Pourquoi l'ergothérapeute qui semble trouver un intérêt thérapeutique à l'activité danse), nous cherchons à déterminer les connaissances et l'expérience de la personne, à propos d'une activité ;
- De plus, nous cherchons à découvrir quels sont les éléments qu'il aura jugé nécessaires pour qualifier une activité de thérapeutique (à comparer avec les réponses aux questions sur l'activité danse).

QUESTION : Que pensez-vous de la relation thérapeutique au cours d'une activité ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- La relation thérapeutique est une notion essentielle au développement du potentiel thérapeutique ainsi qu'au bon déroulé d'une activité. Nous cherchons à croiser son importance pour la personne interrogée avec sa représentation de la danse :
 - Nous observerons par la suite si la mise en place ou la réalisation d'une activité danse a un impact sur cette relation ?
 - Dans nos questionnaires de pré-enquête, un des ergothérapeutes a parlé du fait qu'il ne se sentirait pas à l'aise dans une activité danse. Est-ce le cas pour la personne

¹⁰ Cf. Annexe VI

¹¹ Cf. Annexe VII

¹² Cf. Annexe VIII

interrogée ? Cela pourra nous donner des indications sur des freins au recours à une activité danse.

QUESTION : Qu'est-ce qui peut nuire à cette relation thérapeutique ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Par la suite, nous confronterons les éléments donnés ici, avec les réponses aux questions concernant l'activité danse ;
- Est-ce que ces éléments nuisibles peuvent être contrés par un travail en interprofessionnalité ? (Hypothèse 2)
- Nous pouvons aussi imaginer obtenir des réponses qui indiquent qu'il est dans les compétences de l'ergothérapeute d'intervenir sur les éléments qui peuvent nuire à la relation thérapeutique. (Hypothèse 1)

QUESTIONS : Quels éléments jugez-vous nécessaires au bon déroulement d'une activité ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Par la suite, nous confronterons les éléments donnés ici, avec les réponses aux questions concernant l'activité danse :
 - Les éléments qui figurent parmi les éléments nécessaires au bon déroulement d'une activité mais qui ne figurent pas dans les éléments qu'une activité danse implique, ou qui font défaut à l'ergothérapeute dans l'utilisation d'une activité danse, peuvent expliquer pourquoi un ergothérapeute n'a pas recours à une activité danse (hypothèse 1) ou pourquoi le recours au travail en interprofessionnalité est nécessaire pour pallier le manque de certains éléments (Hypothèse 2) ;
- Il est possible de retrouver des éléments similaires dans cette réponse et la précédente.

b. Thème 2 (la danse : les compétences et le ressenti)

QUESTION : Selon vous, quel impact le choix d'un modèle conceptuel plutôt qu'un autre peut-il avoir dans la possibilité d'avoir recours à des activités psycho-corporelles ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous avons vu dans notre partie théorique que le choix du modèle conceptuel peut avoir un impact sur la possibilité d'avoir recours à des activités psycho-corporelles ;
- Nous cherchons à savoir si la personne partage ce point de vue ;

- Le modèle conceptuel entre-t-il alors en compte dans les limitations de compétences d'après la personne ? (Hypothèse 1).

QUESTION : Quelles compétences sont mobilisées par l'ergothérapeute dans la mise en œuvre et la réalisation d'une activité thérapeutique ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons à découvrir les compétences requises afin de les comparer aux réponses des questions suivantes concernant une activité danse :
 - Cela pourra permettre de déterminer qu'il n'y a aucune compétence nouvelle que requiert une activité danse et donc pas de sentiment de limitation (Hypothèse 1) ;
 - Ou au contraire nous pourrions découvrir qu'il y a des compétences que l'ergothérapeute ne possède pas selon la personne interrogée (Hypothèse 1)

QUESTION : Si l'occasion de mettre en œuvre, d'animer ou de co-animer une activité danse s'est déjà présentée à vous, dans quelles circonstances cela s'est-il passé ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Ici, nous cherchons à en apprendre plus sur l'expérience de la personne ;
- Si cette situation s'est déjà présentée nous pourrions obtenir des réponses à propos de l'arrêt de l'utilisation de l'activité danse, de sa poursuite, de son évolution, des situations à problèmes rencontrées et sur la collaboration ou non entre différents professionnels qui a eu lieu.
- Nous pourrions aussi obtenir des éléments sur le ressenti que la personne a eu face à une telle activité et ses représentations de la danse.

QUESTION : Pensez-vous qu'une activité danse puisse répondre à des objectifs ergothérapeutiques ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- En référence à la première question qu'est-ce qui rend une activité thérapeutique, c'est à ce moment que nous pourrions mettre en relation les deux questions.

QUESTION : Si votre cadre de santé imposait qu'une activité danse soit mise en œuvre et réalisée par vous ou l'un de vos collègues ergothérapeutes, quelle serait votre réaction ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- A travers cette question nous cherchons à découvrir le ressenti de la personne et ses représentations de la danse :
 - Pour avoir des indications sur le sentiment de limitation dans ses compétences (Hypothèse 1) ;
 - Pour permettre de déterminer si la personne se sent capable de mettre en œuvre et de réaliser une activité danse (Hypothèse 1) ;
 - Et si la personne ne se sent pas à l'aise dans le fait de participer seule à une activité danse (Hypothèse 2).

QUESTION : Quels éléments représenteraient, pour vous, des freins ou des leviers si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse dans votre service ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons à découvrir ses représentations de la danse ;
- Et à recueillir des éléments pour les préconisations.

c. Thème 3 (interprofessionnalité)

QUESTION : Si vous travaillez avec d'autres professionnels dans votre service, quel impact cela a-t-il sur votre exercice professionnel ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons à découvrir les sentiments de la personne face au travail en interprofessionnalité (Hypothèse 2).

QUESTION : Travaillez-vous avec d'autres professionnels dans la mise en place ou la réalisation d'une activité et cela vous permet-il d'avoir recours à des activités auxquelles vous n'auriez pas recours seul ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons désormais à découvrir si le travail en interprofessionnalité s'arrête aux réunions interdisciplinaires ou s'il entre au cœur de la pratique professionnelle.
- Notre interlocuteur travaille-t-il avec d'autres professionnels et cela lui permet-il de mettre en place des activités auxquelles il n'aurait pas eu recours seul ? (Hypothèse 2).

QUESTION : Quels bénéfices ou inconvénients trouvez-vous au travail en collaboration avec un autre professionnel d'une discipline différente de la vôtre, dans la mise en place et la réalisation d'une activité ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons à découvrir le sentiment de la personne face au travail en interprofessionnalité (Hypothèse 2) ;
- Bien que cette question puisse ressembler à la première de notre troisième thématique (l'impact sur l'exercice professionnel), nous cherchons à préciser ces impacts pour découvrir des inconvénients (Hypothèse 2).

QUESTION : Si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse pour vos patients, quels seraient les bénéfices ou inconvénients à travailler en collaboration avec un autre professionnel d'une discipline différente ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Cette fois, nous posons directement la question à propos de l'activité danse
 - Dans le but de découvrir une nouvelle fois le sentiment de la personne face à cette activité (Hypothèse 1) ;
 - Dans le but de découvrir le ressenti face à la possibilité de travailler avec un autre professionnel (Hypothèse 2) ;
 - Nous pourrions comparer les réponses de cette question avec les réponses à la question Si votre cadre de santé imposait qu'une activité danse soit mise en place par vous ou l'un de vos collègues ergothérapeutes, quelle serait votre réaction ?
- Nous insistons sur la question des avantages et des inconvénients, pour ne pas influencer la réponse de la personne.

QUESTION : Si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse à deux thérapeutes, avec quel professionnel aimeriez-vous collaborer et pourquoi ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Pour cette dernière question, nous cherchons des pistes pour nos préconisations futures ;

- Nous découvrirons les représentations que le professionnel se fait de la danse et s'il estime que l'ergothérapeute est le plus apte pour animer une activité danse ou s'il se sent moins légitime qu'un autre professionnel.

d. Données sociodémographiques

QUESTION : Actuellement, prenez-vous en charge des adultes ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons à confirmer que le professionnel interviewé travaille avec la population que nous ciblons et donc que leurs réponses correspondent à notre étude.

QUESTION : Dans quel domaine travaillez-vous ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons à confirmer que le professionnel interrogé travaille en santé mentale et correspond à notre population.

QUESTION : Avez-vous recours à une activité danse dans votre pratique actuellement ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Nous cherchons à confirmer que le professionnel interrogé, après avoir exprimé son intérêt pour l'activité danse dans nos questionnaires de pré-enquête, n'y a en effet pas recours.

QUESTION : Quel modèle conceptuel guide votre pratique actuellement ?

EXPLICATIONS / CE QUE NOUS CHERCHONS À SAVOIR :

- Cela apportera des réponses sur le recours ou non à une activité danse (hypothèse 1).

e. Précisions sur la danse

PRÉCISION : J'aimerais intervenir afin d'apporter une définition à ce que représente le mot danse dans une activité danse [...].

EXPLICATIONS :

- Au premier abord, parler de danse évoque de la technique, de la rigueur, de la précision ou encore des répétitions de mouvements afin de créer une chorégraphie. C'est pourquoi il est important de préciser la définition de la danse que nous avons retenue car cela aura une véritable importance dans les réponses que nous allons obtenir ;

- Nous décidons de placer cette précision à cet endroit car la première question sur la danse est à propos d'une expérience passée, aucune précision n'est nécessaire à ce moment ou cela risquerait de limiter les réponses. En revanche, pour la suite, il est primordial que la personne interrogée et nous-même ayons la même définition.

3.6. GRILLE D'ANALYSE

Une fois les résultats recueillis, il faut les analyser. Pour ce faire, il faut construire une grille d'analyse¹³. Elle aidera à rechercher dans le discours des personnes interrogées les éléments qui permettent de répondre à la question de recherche et aux hypothèses.

Une nouvelle fois, nous allons voir la construction de la grille d'analyse :

- Étape 1 : reprendre la question du guide d'entretien ;
- Étape 2 : dégager les grands axes, les variables ;
- Étape 3 : estimer des pistes de réponses. Elles représentent des sous-variables;
- Étape 4 : les codifier pour faciliter l'analyse à venir.

Voici comment la grille d'analyse se présente (nous laissons une case libre afin de pouvoir inscrire les passages des entretiens correspondants) :

Etape 1	Etape 2	Etape 3		Etape 4
---------	---------	---------	--	---------

Nous allons désormais expliquer comment nous aurions analysé les propos recueillis si le contexte avait permis la suite de l'étude.

3.7. ANALYSE DES RÉSULTATS

Suite à l'obtention des résultats vient donc l'étape de l'analyse. Elle doit avoir pour but de répondre à la question de recherche et aux hypothèses et se fait grâce à la grille d'analyse.

Nous rappelons à nouveau, que dans le contexte épidémiologique actuel, nous n'avons aucun résultat. C'est pourquoi, nous allons seulement développer les composantes qui ont

¹³ Cf. Annexe IX

pour but de répondre à notre QDR et à nos hypothèses. Puis, nous reprendrons unes à unes les parties de notre grille d'analyse et nous verrons à quelles composantes elles correspondent.

Pour rappel, voici notre QDR : Pourquoi l'ergothérapeute qui semble trouver un intérêt thérapeutique à l'activité danse, n'y a pas recours dans sa pratique professionnelle pour accompagner des personnes adultes en psychiatrie ?

Notre première hypothèse annonce que L'ergothérapeute se sent limité dans ses compétences pour mener à bien une activité danse. Pour y répondre, nous cherchons :

- À découvrir le ressenti de la personne à propos d'une activité danse et ses représentations sur la danse :
 - Après un aperçu dans les réponses à nos questionnaires de pré-enquête, nous cherchons à faire le lien avec les compétences de la personne ;
- Ses compétences pour la mise en place et la réalisation d'une activité thérapeutique et sa capacité à les transposer dans une activité danse :
 - Nous l'avons vu dans notre partie théorique (page 3), la compétence est le fruit d'une association de connaissances et d'expériences dans un domaine. Elle dépend également des comportements qu'adopte le thérapeute.
 - Posséder une compétence et pouvoir la transposer d'un domaine à un autre, c'est faire preuve de réflexivité, comme l'indique le référentiel de compétences : « comprendre la liaison entre savoirs et actions, et [...] intégrer les savoirs dans une logique de construction de compétences. » (J.O. 8 juillet 2010). Nous cherchons à déterminer si l'ergothérapeute est capable de faire preuve de réflexivité par rapport à une activité danse, activité à laquelle il n'a, à priori, pas l'habitude d'être confronté.

Reprenons ensuite notre deuxième hypothèse : l'ergothérapeute a besoin de collaborer avec d'autres professionnels pour mener à bien une activité danse. Dans le but de répondre à cette question nous recherchons cette fois :

- Les éléments qui se rapportent à l'interprofessionnalité :

→ Nous l'avons vu dans notre partie théorique (pages 22 et 23), l'interprofessionnalité c'est la coopération de professionnels de disciplines différentes, vers un même but, grâce au partage de compétences. Nous recherchons donc des éléments qui se rapportent à ce partage des compétences et à la collaboration des professionnels.

- D'après les représentations de la danse de la personne, les éléments qui indiquent que la personne estime (ou pas) qu'un autre professionnel est plus compétent qu'elle pour mettre en œuvre et réaliser une activité danse.

Pour reprendre une à une les parties de notre grille d'analyse et voir à quelles composantes elles correspondent, nous allons tout d'abord instaurer un code couleur¹⁴, qui nous permettra de repérer facilement dans notre grille quels points répondent à quels questionnements.

Pour ce faire, nous avons repris nos thématiques que nous avons détaillés en indicateurs.

Danse	Représentation de l'activité danse		
Interprofessionnalité	Ressenti face à l'interprofessionnalité		
	Partage des compétences		
Compétences	Connaissance		
	Expérience		
	Comportement		
	Réflexivité		

Ensuite, et afin de faciliter la compréhension de notre méthodologie, nous allons donner des résultats hypothétiques, dont nous avons supposé l'obtention. Ils seront étayés par notre partie théorique ou la littérature. Attention, nous ne cherchons pas à faire une liste exhaustive des résultats que nous aurions pu obtenir si la situation avait permis la réalisation des entretiens initialement prévus.

¹⁴ Le code couleur est également en Annexe X afin de faciliter la lecture de la grille d'analyse.

Thème 1 (l'activité thérapeutique)

QUESTION : Selon vous, qu'est-ce qui rend une activité thérapeutique ?

Ce qui rend une activité thérapeutique ?	Dimensions subjectives	Productivité	DSprod
		Plaisir	DSplais
		Ressourcement	DSress
	Dimensions contextuelles	Dimensions spatiales	DCspat
		Dimensions temporelles	DCtemp
		Dimensions socio-culturelles	DCs-c
	Activité signifiante et significative	Compétences de l'ergothérapeute	SScomp
		Objectifs thérapeutiques	SSobj
		Adaptation de l'intervention	SSad

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Parmi les éléments qui rendent une activité thérapeutique, nous pouvons retrouver le contexte de la réalisation, c'est-à-dire l'atelier. Il y a également le cadre thérapeutique et avant toute chose, la relation thérapeutique qui se joue au cours l'activité.

POINT LITTÉRATURE : Nous nous référons à notre concept 2.2 L'activité thérapeutique (pages 6 à 11).

QUESTION : Que pensez-vous de la relation thérapeutique au cours d'une activité ?

Que pensez-vous de la relation thérapeutique au cours d'une activité ?	Indispensable	Oui	I
		Non	NI
	Fragile	Oui	F
		Non	NF

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Elle est primordiale. C'est d'ailleurs le premier élément que l'on cherche à créer lorsque l'on rencontre une nouvelle personne en thérapie. Elle est la base de toute la prise en charge et détermine en grande partie les résultats d'une prise en soin.

POINT LITTÉRATURE : Nous nous référons à la relation thérapeutique (page 10).

QUESTION : Qu'est-ce qui peut nuire à cette relation thérapeutique ?

Éléments nuisibles à la relation thérapeutique ?	Éléments intrinsèques au thérapeute	(Nous pourrions retrouver aussi des éléments qui se rapportent au partage des compétences)	TN
	Éléments intrinsèques au patient		PN
	Éléments intrinsèques à l'activité		AN

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES :
 La relation thérapeutique peut être impactée par les notions de transfert et de contre-transfert qui entrent en jeu. Elle peut aussi être impactée par une préparation insuffisante de l'activité par le professionnel, par des troubles du comportement développés par un patient présent dans la pièce. Le comportement du thérapeute aussi peut influencer, s'il n'est pas assez empathique, s'il éprouve des difficultés dans la réalisation de l'activité, s'il semble mal à l'aise.

POINT LITTÉRATURE :
 « On sait d'avance qu'une relation complexe intervient [...] tels que la projection, le transfert et le contre transfert. En ergothérapie, de semblables relations peuvent se développer et le thérapeute doit être conscient de ses propres mécanismes de défense ou de transfert. Le patient peut développer une certaine dépendance vis-à-vis du thérapeute. » (Morel-Bracq, 2017, p.208).

QUESTIONS : Quels éléments jugez-vous nécessaire au bon déroulement d'une activité ?

Éléments jugés nécessaires au bon déroulement d'une activité ?	Relation thérapeutique		RT	
	Éléments intrinsèques au thérapeute	Connaissance		Tco
		Expérience		Texp
		Comportement		Tcomp
		Réflexivité		Tref
		Autre	(nous pourrions retrouver des éléments qui se rapportent au partage de compétences)	T
	Éléments intrinsèques au patient	Pathologie		Ppatho
		Intérêt		Pint
		Engagement		Peng
		Implication		Pimp
		Participation		Ppart
		Autres		P
	Éléments intrinsèques à l'activité		A	

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Le bon déroulé d'une activité démarre avec l'engagement de la personne. Elle doit se sentir concernée et trouver un intérêt à l'activité à laquelle elle va participer. Ensuite, la relation de confiance est primordiale. Elle peut aider à ce qu'une personne qui émet des réserves face à une activité se présente tout de même à la séance.

Tout dans l'activité doit être préparé en amont. C'est le travail d'un ergothérapeute. La préparation permet de limiter ou d'anticiper les imprévus. Pour y faire face, en revanche, il faut être à l'aise avec son activité, avec les techniques auxquelles elle fait appel, avec le mode de réalisation, individuel ou groupal, dans la co-animation par exemple, savoir trouver sa place face à un autre collègue.

Toutes ces anticipations et donc le fait de définir le cadre thérapeutique sont essentielles.

POINT LITTÉRATURE :

Nous nous référons à notre concept 2.2 L'activité thérapeutique (pages 6 à 11).

- L'engagement et l'intérêt de la personne sont suscités grâce aux dimensions subjectives de l'activité (Cf. (Morel-Bracq, 2011) page 7).
- La personne trouvera d'autant plus d'intérêt que l'activité répond à ses objectifs et si les objectifs ont été définis par l'ergothérapeute en présence et avec la participation active de la personne. (Cf. les éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative (Morel-Bracq, 2011) page 9 et les objectifs thérapeutiques page 11).
- La relation de confiance, est établie grâce à la relation thérapeutique. (Cf. page 10). « Pour Dickes (1975), l'absence d'alliance peut conduire à l'interruption du processus thérapeutique » (Gaudriault et Joly, 2013).
- Le cadre thérapeutique entre dans la troisième dimension de l'activité selon D. Pierce, les dimensions contextuelles de l'activité et a un rôle capital en psychiatrie (Cf. (Morel-Bracq, 2011) page 7 et le cadre thérapeutique page 9).

Le thérapeute se doit d'être à l'aise dans l'activité qu'il propose, afin de maintenir la relation de confiance et de ne pas impacter de manière négative l'activité. En effet, « Certaines caractéristiques propres au patient ou au thérapeute peuvent être invoquées comme facteurs d'alliance ou au contraire, rendre cette alliance difficile. » (Gaudriault et Joly, 2013).

Thème 2 (la danse : les compétences et le ressenti)

QUESTION : Selon vous, quel impact le choix d'un modèle conceptuel plutôt qu'un autre peut-il avoir dans la possibilité d'avoir recours à des activités psycho-corporelles ?

Impact du choix du modèle conceptuel	Activités psycho-corporelles	Impact		ACI
		Pas d'impact		ACNI

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Effectivement la possibilité d'avoir recours à certaines activités est fortement dictée par le modèle conceptuel utilisé, comme les activités psycho-corporelles qui sont plutôt permises par le modèle psycho-dynamique. Actuellement, il n'y a pas de recours aux activités psycho-corporelles dans le service car nous avons plutôt recours à des thérapies cognitivo-comportementales d'après le modèle du même nom.

POINT LITTÉRATURE : Nous nous référons au concept 2.6 Les modèles conceptuels (pages 20 à 22).

QUESTION : Quelles compétences sont mobilisées par l'ergothérapeute dans la mise en œuvre et la réalisation d'une activité thérapeutique ?

Compétences mobilisées par l'ergothérapeute	Compétence 1 : Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique		C1
	Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement		C2
	Compétence 3 : Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie		C3
	Compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie		C6
	Compétence 7 : Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle		C7

	Compétence 8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques		C8
	Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs		C9
	Autre		

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : L'ergothérapeute mobilise toutes sortes de compétences mais cela se fait de façon naturelle étant donné que c'est dans sa pratique quotidienne. Il y a par exemple des compétences organisationnelles, des compétences d'adaptation ou des compétences relationnelles.

POINT LITTÉRATURE : Les compétences organisationnelles sont comprises dans une des neuf activités auxquelles l'ergothérapeute peut avoir recours, « 6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information » (J.O. 8 juillet 2010).

Nous retrouvons les compétences d'adaptabilité au cœur de la troisième compétence, dans le premier point : « 1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité » (J.O. 8 juillet 2010).

Les compétences relationnelles quant à elles sont par exemple décrites dans la sixième activité à laquelle l'ergothérapeute peut avoir recours dans le référentiel de compétences : « préparation des conditions ergonomiques et relationnelles de l'intervention en tenant compte de la personne, du matériel, de l'activité et de l'environnement » (J.O. 8 juillet 2010).

QUESTION : Si l'occasion de mettre en œuvre, d'animer ou de co-animer une activité danse s'est déjà présentée à vous, dans quelles circonstances cela s'est-il passé ?

Activité danse	Expérience		Exp
	Pas d'expérience		Inexp

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Travaillant selon le modèle cognitivo-comportemental, il ne m'a jamais été demandé de mettre en place quelconque activité psycho-corporelle, donc pas d'activité danse non plus.

POINT LITTÉRATURE : Nous nous référons au concept 2.6 Les modèles conceptuels (pages 20 à 22).

QUESTION : Pensez-vous qu'une activité danse puisse répondre à des objectifs ergothérapeutiques ?

Objectifs thérapeutiques ?	Oui		OO
	Non		NO

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Les objectifs en ergothérapie doivent viser la réalisation des occupations de la personne dans les meilleures conditions, que la personne soit satisfaite, indépendante et autonome. Si une activité danse répond aux objectifs de la personne alors oui elle peut répondre à des objectifs ergothérapeutiques. Les objectifs pourraient être de favoriser la participation sociale, de faciliter l'expression du mal être grâce au médium du corps, de favoriser l'estime de soi, de permettre la prise de conscience de son schéma corporel par exemple.

POINT LITTÉRATURE :

- Favoriser la participation sociale : ANNEXE III Questionnaire XI ;
- faciliter l'expression du mal être grâce au médium du corps : ANNEXE III Questionnaire VII ;
- favoriser l'estime de soi : ANNEXE III Questionnaire I, IX et XI ;
- permettre la prise de conscience de son schéma corporel : ANNEXE III Questionnaire I, II, IV et VII.

QUESTION : Si votre cadre de santé imposait qu'une activité danse soit mise en œuvre et réalisée par vous ou l'un de vos collègues ergothérapeutes, quelle serait votre réaction ?

Activité danse imposée par le cadre	Réaction positive		R+
	Réaction négative		R-
	Réaction neutre		Rn

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : De prime abord je serais assez surprise mais si comme nous l'avons vu toute à l'heure l'activité danse ne nécessite pas d'avoir des compétences de chorégraphe je pourrais y réfléchir. Je serais quand même un peu stressée car j'ai plutôt l'habitude de faire des activités créatives en utilisant un médium tel que l'argile. Je n'ai pas l'habitude des activités psycho-corporelles et surtout pas l'habitude de la danse. Déjà, personnellement je pense avoir des difficultés à danser, donc je me vois mal essayer de le faire faire à un groupe de patients car j'imagine cela en activité de groupe. J'arrive à imaginer des objectifs mais pas à les mettre en œuvre. Je pense que je serais assez mal à l'aise au moins les premières fois et cela impacterait sûrement la dynamique de groupe et les bénéfices pour les patients de manière négative.

C'est une activité qui me demanderait une grande préparation en amont et donc un temps que je ne possède pas dans mon emploi du temps actuel.

Si c'était un collègue qui devait le faire je trouverais ça super, je n'avais jamais pensé à la danse avant, mais je serais surtout contente que ce ne soit pas tombé sur moi.

Maintenant que je me projette dans une telle activité, j'imagine un co-animateur avec moi. Peut-être qu'il serait judicieux que ce co-animateur soit un professionnel APA ou un psychomotricien. Cela me permettrait de me sentir bien plus à l'aise avec la notion du mouvement corporel pour laquelle je ne me sens pas vraiment compétente.

POINT LITTÉRATURE :

- Surprise : ANNEXE III Questionnaire XII (« je me poserai la question dans ma pratique si cela pourrait être bénéfique au patient »).
- Pas de compétences de chorégraphe : ANNEXE III Questionnaire II (« serai forcément limitée par la technique »).

- Mise en œuvre des objectifs difficile et plus d'aise en interprofessionnalité : Cependant il est indiqué dans la neuvième compétence du décret relatif aux compétences de l'ergothérapeute « Organiser des activités et coopérer avec les différents acteurs » (J.O. 8 juillet 2010), au troisième critère d'évaluation « Conformité des actions mises en place avec la répartition des compétences » (J.O. 8 juillet 2010), que « les modes de coopération au sein de l'équipe pluriprofessionnelle tiennent compte des compétences de chaque acteur ». Et l'ergothérapeute possède les compétences requises pour avoir recours à des activités physiques adaptées selon le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée – article 1 – article D1172-2, parmi « les professionnels de santé mentionnés aux articles [...] L-4331-1 » (J.O. 31 décembre 2016).

QUESTION : Quels éléments représenteraient pour vous, des freins ou des leviers si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse dans votre service ?

Freins ou leviers à la mise en place d'une activité danse	Freins	Compétences		Fcomp
		Organisation		Forg
		Temps		Ftps
		Aise		Faise
		Autres		F
	Leviers	Interprofessionnalité		Lip
		Implication		Limpl
		Intérêt		Lint
		Aise		Laise
		Compétences		Lcomp
		Autres		L

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Concernant les freins je dirais mon manque d'expérience dans les activités psycho-corporelles ou physiques, mon manque d'assurance face à la danse et l'anxiété que cela pourrait générer. Du côté des patients, beaucoup ont des problématiques corporelles associées aux troubles dissociatifs, un rapport traumatique à leur corps ou des troubles de l'image corporelle par exemple. Concernant les leviers je dirais mon expérience d'ergothérapeute et l'adaptabilité qui en découle. Nous sommes deux ergothérapeutes dans mon équipe et je pense que l'on serait en mesure de s'aider mutuellement. Ou pourquoi pas travailler avec un autre professionnel qui se sentirait plus à l'aise.

POINT LITTÉRATURE :

- Dissociation : « La dissociation se définit comme un trouble des fonctions normalement intégrées » (Damsa et al., 2006).
- Rapport traumatique au corps : « Dans le cas d'un traumatisme, les fonctions sensori-motrices peuvent être altérées » (Fareng et Plagnol, 2014).
- Des troubles du schéma corporel et de la représentation dans l'espace : à propos « des troubles de la représentation du corps [...] chez les schizophrènes chroniques. Une « psychothérapie basée sur le corps » améliore, observe Priebe, les symptômes schizophréniques, mais, s'étonne-t-il, sans modifier les troubles de la représentation corporelle » (Morin, 2013).

Thème 3 (interprofessionnalité)

QUESTION : Si vous travaillez avec d'autres professionnels dans votre service, quel impact cela a-t-il sur votre exercice professionnel ?

Impact du travail en interprofessionnalité	Impact positif		I+
	Impact négatif		I-
	Impact neutre		In

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES :

Oui, le travail en interprofessionnalité fait partie de notre quotidien. Nous avons des réunions interdisciplinaires chaque semaine afin de faire un point sur les patients que nous suivons. Ces réunions sont très importantes car elles nous permettent de nous accorder sur les objectifs, avec le médecin prescripteur notamment. Et nous voyons comment atteindre ces objectifs entre les différents professionnels que le patient voit en séance. Cela a un impact sur ma pratique car je peux avoir une vision holistique de la personne. C'est en cela que l'impact est quotidien même si les réunions sont hebdomadaires. Par contre, il n'y a pas d'impact direct sur ma pratique à proprement parler, dans le sens où aucun professionnel ne va venir me dire comment faire. C'est une collaboration.

POINT LITTÉRATURE : Nous nous référons au concept 2.7 L'interprofessionnalité (pages 22 et 23)

QUESTION : Travaillez-vous avec d'autres professionnels dans la mise en œuvre ou la réalisation d'une activité, et quelle discipline exercent-ils ?

Interprofessionnalité dans la mise en place ou la réalisation d'une activité ?	Interprofessionnalité	Oui		IPro
		Non		NIPro

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : La collaboration que j'ai évoquée toute à l'heure est encore plus importante quand nous réalisons des activités à deux professionnels. Nous avons par exemple dans mon service un groupe de parole que j'anime avec le psychologue du service. Nous sommes deux ergothérapeutes donc parfois c'est ma collègue qui anime, avec le psychologue toujours.

POINT LITTÉRATURE : Nous nous référons au concept 2.7 L'interprofessionnalité (pages 22 et 23)
 - psychologue : « ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. » (J.O. 30 mai 2020).

QUESTION : Quels bénéfices ou inconvénients trouvez-vous au travail en collaboration avec un autre professionnel d'une discipline différente de la vôtre, dans la mise en œuvre et la réalisation d'une activité ?

Bénéfices ou inconvénients de l'interprofessionnalité	Bénéfices	Partage des compétences		Bcomp
		Organisation		Borg
		Temps		Btps
		Autres		B
	Inconvénients	Organisation		NBorg
		Temps		NBtps
		Autres		NB

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Pour ma part, je ne vois que des points positifs au travail en interprofessionnalité. C'est absolument primordial dans le système de santé actuel où tout doit être patient centré. Ce serait impossible si chacun travaillait dans son coin.

Cet impact sur la mise en place et la réalisation d'une activité peut être extrêmement intéressant pour mettre en place de nouvelles choses, innover, faire des projets qu'on aurait pas pu faire seul ! Le partage des compétences permet de s'aventurer dans de nouvelles activités. Justement concernant la danse, cela pourrait être d'une grande aide !

POINT LITTÉRATURE : Nous nous référons au concept 2.7 L'interprofessionnalité (pages 22 et 23).

QUESTION : Si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse pour vos patients, quels seraient les bénéfices ou inconvénients de travailler en collaboration avec un autre professionnel d'une discipline différente ?

Bénéfices ou inconvénients de l'interprofessionnalité pour une activité danse	Bénéfices	Partage des compétences		Bcomp
		Organisation		Borg
		Temps		Btps
		Autres		B
	Inconvénients	Organisation		NBorg
		Temps		NBtps
		Autres		NB

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Etant donné que je ne me sens pas forcément à l'aise dans le travail corporel, je pense que travailler avec un autre collègue plus à l'aise ne pourrait être que bénéfique. Je pense à un professionnel APA par exemple, qui est plus habitué à mettre en place une activité physique, corporelle donc. Il est plus à même de proposer des exercices différents, je peux les adapter. Je pense que nos compétences s'allieraient sur une activité danse. Evidemment j'ai les compétences pour adapter tout type d'activité, mais pour la réaliser c'est toujours mieux si je suis capable de me donner à 100% pour offrir la meilleure expérience aux patients. Travailler à deux peut permettre cela.

POINT LITTÉRATURE : « De Potter (2004) définit l'activité physique adaptée (APA) comme tout mouvement, activité physique et sport essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires » (Chavignay, 2010).

QUESTION : Si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse à deux thérapeutes, avec quel professionnel aimeriez-vous collaborer et pourquoi ?

Quels professionnels ?	APA		APA
	Psychomotricien		PCM
	Psychologue		PL
	Autre		

RÉSULTATS HYPOTHÉTIQUES : Comme je le disais je pense à un professionnel APA ou bien à un psychomotricien. Ces deux professionnels sont spécialisés dans l'activité physique et le corps. Je me tournerais vers eux si je devais mettre en place une activité danse.

POINT LITTÉRATURE : « L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient :

- De prendre conscience de son organisation psychomotrice,
- D'en déduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique,

De restaurer ses capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement. » (SNUP, 2016)

Nous venons de voir comment notre grille d'analyse aurait permis de faire ressortir les différents indicateurs qui devaient nous permettre de répondre à notre QDR et à nos hypothèses. Nous allons poursuivre par une discussion qui va reprendre notre déroulé et commenter les résultats que nous aurions pu obtenir.

4. DISCUSSION

Nous souhaitons donc revenir sur notre étude en rappelant qu'en construisant les outils de ces entretiens, nous gardons à l'esprit notre QDR (pourquoi l'ergothérapeute qui semble trouver un intérêt thérapeutique à l'activité danse, n'y a pas recours dans sa pratique professionnelle pour accompagner des personnes adultes en psychiatrie ?), dont le but est de découvrir les ressentis et représentations des personnes interrogées, à propos d'une activité danse.

Pour répondre à notre première hypothèse (l'ergothérapeute se sent limité dans ses compétences pour mener à bien une activité danse), nous cherchons des indications sur les compétences de la personne grâce aux sous-indicateurs que nous avons mis en évidence plus haut : ses connaissances, son expérience, son comportement et sa réflexivité.

Pour répondre à la seconde (l'ergothérapeute a besoin de collaborer avec d'autres professionnels pour mener à bien une activité danse), nous recherchons le ressenti de la personne face à l'interprofessionnalité, d'abord dans sa sphère de travail actuelle, puis dans ses représentations de la danse et des données sur le partage des compétences.

Bien que nous n'ayons aucun résultat et ce faisant, aucune réponse à notre question de recherche et à nos hypothèses, nous envisageons une piste de réflexion que nous avons déduite de nos recherches et de nos questionnaires de pré-enquête. Cette piste est donc la mise en œuvre et la réalisation d'une activité danse, par l'ergothérapeute, travaillant en interprofessionnalité avec un autre professionnel car nous avons supposé que pour une activité nouvelle comme celle-ci, l'ergothérapeute se sent plus à l'aise de partager ses compétences avec un autre thérapeute. En effet, si nous rappelons ce que nous avons dit plus haut, cela permet de n'avoir aucune incidence négative sur la relation thérapeutique, fondamentale à la réalisation d'une activité bénéfique pour le patient.

Nous souhaitons également revenir sur un point. En effet, nous avons délibérément choisi de ne pas cibler une catégorie de personnes adultes en psychiatrie, en fonction de leur affection, car nous pensons que le nombre de personnes qui participera aux ateliers se réduira de lui-même. En effet, nous l'avons vu, l'engagement de la personne est indispensable pour permettre d'exploiter les bienfaits de l'activité. Or, si comme nous l'avons étudié, une activité danse peut engendrer de nombreuses représentations chez le professionnel, elles peuvent

aussi émerger du côté du patient. Car nous le savons, la danse engendre de nombreuses idées reçues, rien que sur la question des genres. D'après le Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative (2013), chez les moins de 18 ans, « la danse représente [...] **7% de garçons** et **93% de filles** licencié.e.s » (EgaliGone, 2018). Cette association de la danse au genre féminin grandit donc dans « l'imaginaire social contemporain faisant de la danse un « truc de filles » » (Buscatto, 2018). Ces représentations peuvent mener à une diminution de l'attrait de l'activité pour certaines personnes. Enfin, nous ajoutons également à ces représentations, la peur du ridicule et nous citerons le danseur M. Kerkouche (2020) à propos de son expérience de la danse à ses débuts évoquant « les moqueries aussi parce que, bah tu dances c'est ridicule ! ».

À nouveau à propos du choix de ne pas cibler de population plus particulièrement, nous ajoutons qu'un travail sur les émotions, l'expression corporelle et l'appropriation corporelle peut représenter un objectif pour chaque personne rencontrée en psychiatrie. Que ce soit pour une compréhension et une appropriation de ses émotions chez une personne présentant une pathologie dépressive, un travail sur l'appropriation corporelle d'une personne présentant un syndrome dissociatif, ou encore des exercices d'expression corporelle avec une personne à la personnalité borderline ... les bénéfices savent se montrer larges et variés.

Enfin, nous allons désormais étudier une séance qu'un ergothérapeute pourrait proposer dans son service de psychiatrie. C'est pourquoi, pour conclure cette discussion, nous souhaitons expliquer le choix du deuxième thérapeute avec qui l'ergothérapeute peut collaborer : le psychologue. Et pour cause, les exercices de danse qui vont être proposés dans lesquels nous mêlons corps et ressenti, sont effectués dans le but de permettre aux personnes qui participent à l'activité, de favoriser le rapport qu'elles entretiennent avec leur corps. Le but final de la manœuvre est de créer une dynamique entraînant la verbalisation. Bien que nous ayons observé (page 15), que l'ergothérapeute a recours à la verbalisation dans ses propres séances, il nous paraît tout de même important de travailler avec un psychologue, dont la pratique professionnelle est entre autres basée sur des « Pratiques d'entretiens individuels ou collectifs » (ANFH, s.d.). Un partage des compétences entre l'ergothérapeute et le psychologue nous apparaît des plus approprié afin d'exploiter au maximum les bénéfices de l'activité dans sa phase de verbalisation.

5. PRÉCONISATIONS

Afin de conclure ces recherches, nous proposons donc cette séance type qui pourrait être proposée en séance d'une heure, avec parmi les personnes présentes :

- Deux thérapeutes :
 - o Un.e ergothérapeute
 - o Un.e psychologue
- Un groupe de huit patients
 - Un nombre restreint de personnes pour faciliter la mise en confiance, donc la participation ;
 - Mais qui ne soit pas trop peu, afin de permettre à plusieurs personnes de pouvoir participer à l'activité et la création de quatre binômes.

Tout d'abord, l'ergothérapeute explique la séance. La présentation de l'activité est faite en amont, lors de l'inscription des personnes à l'activité, par un des deux thérapeutes. L'explication en début d'heure doit permettre aux thérapeutes d'instaurer le cadre thérapeutique. Pour ce faire, il énonce les éléments suivants :

- Le temps estimé de la séance (une heure) ;
- Rappeler que la salle représente un endroit fermé et sécurisé à l'intérieur duquel chaque personne doit se sentir libre d'évoluer ;
- Rappeler également que l'atelier où se déroule l'activité danse est un atelier sécurisé où le jugement n'a pas sa place ;
- Indiquer que personne ne peut entrer dans la salle au cours de la séance et qu'à ce même titre tous les participants resteront jusqu'à la fin de l'activité :
 - Pour que personne n'entre dans la salle, il est important de réserver la salle pour un créneau déterminé, qui dépasse un peu le temps de la séance afin d'anticiper une durée éventuellement plus longue de la séance ;
 - Un écriteau peut être positionné sur la porte indiquant aux autres thérapeutes qu'aucune intrusion dans la salle n'est autorisée (ou aux autres patients de l'établissement). L'écriteau indique que les thérapeutes restent joignables sur leurs téléphones professionnels en cas de nécessité absolue n'entraînant aucune intrusion physique ;

→ Assurer la confidentialité de la séance et sa dimension privée est d'une importance capitale sachant les difficultés que peuvent présenter certaines personnes à évoluer dans un environnement groupal. Qui plus est, nous avons vu que parmi les représentations de la danse, peut se tenir une peur du ridicule, qui peut être atténuée par un environnement sécurisé ;

→ Concernant la sortie des participants, il faut tout de même nuancer les propos et indiquer que si l'un des participants souhaite quitter la salle, ne se sentant plus en mesure de pouvoir poursuivre l'activité, il aura la possibilité d'être accompagné par un des thérapeutes présents (d'où l'importance d'animer la séance à au moins deux professionnels).

Nous évoquons la présentation de la séance ; elle peut être présentée de la façon suivante : " Durant l'activité danse nous vous proposerons quelques exercices dans le but de créer une relation positive entre vous et votre corps. Nous ferons des exercices basés sur les émotions, d'autres sur la respiration et le relâchement. J'espère grandement vous y voir, que nous puissions échanger ensemble ! ". Elle peut également être rappelée en début d'activité si les thérapeutes en ressentent le besoin.

Nous notons que c'est une activité réalisée sur la base du volontariat.

Une fois les modalités de la séance évoquées, nous passons au premier exercice qui sert à faire la présentation de chaque participant. L'ergothérapeute commence l'exercice, suivi du psychologue et tour à tour, de chaque participant.

Placés en cercle dans la pièce, pieds déchaussés, la consigne de cet exercice est la suivante : " nous allons commencer par nous présenter et donner notre prénom à tour de rôle. "

Une fois le tour de présentation fait, l'ergothérapeute enchaîne : " Maintenant que nous avons tous retenu les prénoms de chacun et comme nous sommes dans un atelier danse, nous allons utiliser notre corps. Je vous propose de commencer. Je vais faire un mouvement dirigé vers moi, mon espace personnel, en donnant mon prénom. Puis grâce à un mouvement que je dirige vers l'extérieur, j'envoie mon énergie à quelqu'un d'autre, n'importe où dans la pièce, en le saluant et en donnant son prénom. La personne citée réceptionne l'énergie du

mouvement en me saluant. Puis elle dirige le mouvement vers elle en redonnant son prénom. Et ainsi de suite, elle renvoie le mouvement vers quelqu'un d'autre en la saluant ''.

Cet exercice a pour but de créer une relation entre les participants, incluant les thérapeutes, et d'initier la notion de mouvement. Hésitations, doutes, gêne ou décontraction peuvent se rencontrer. Le tout démarre une dynamique de groupe. Lors du passage des thérapeutes, il est important d'initier un mouvement qui ne soit pas trop extravagant afin de ne pas effrayer les participants.

Puis l'ergothérapeute passe au deuxième exercice, qui fait office d'échauffement et permet aux participants de démarrer une relation avec leur corps. Cet exercice se base sur la notion des mouvements antagonistes (se référer page 19). De plus, cet exercice permettra la mise en confiance du groupe dans un exercice centré sur soi, sans relation directe avec les autres. L'ergothérapeute explique les consignes au fur et à mesure de l'évolution de l'exercice. Les thérapeutes ne participent pas à cet exercice car leur participation n'est requise que dans les exercices où le groupe est placé en cercle, dans le but d'initier la dynamique de groupe et d'encourager la participation et l'engagement des personnes présentes :

- Regarder vers le haut/le bas, la gauche/la droite à plusieurs reprises ;
- Ensuite, se déplacer dans la salle, dans tous les sens, d'abord lentement, puis en accélérant de plus en plus avant de retrouver un rythme normal (ce qui crée une première rencontre entre les participants lors de face à face potentiels avant l'évitement) ;
- Puis se déplacer, toujours à allure normale, de manière à laisser aller à l'exagération chaque articulation (de grands mouvements d'épaules entraînant les coudes, et de grands mouvements de hanches entraînant les genoux) ;
- Continuer les déplacements en indiquant de serrer les points, puis de bloquer les articulations du coude, ensuite les épaules, les chevilles, les genoux et enfin, en verrouillant le bassin. L'enchaînement des blocages d'articulations se fait de manière assez rapide, quelques secondes entre chaque blocage, en tenant 10 secondes le blocage final avant de tout relâcher ;
- Stopper le mouvement de déambulation et secouer les bras afin de délier toutes tensions ;

- Faire des élévations suivies d'abaissements des épaules, de manière lente puis rapide, terminer le mouvement en abaissant les épaules tout en expirant intensément ;
- Enfin lever la tête, lever les mains vers le haut et relâcher le tout dans un mouvement de flexion dorsale entraînant les membres supérieurs dans un mouvement de balancier qui finit par remonter en position initiale. Répéter quelques fois le mouvement afin de relâcher le corps.

Ensuite, un exercice d'exploration des émotions, au cours duquel nous allons explorer l'impact des émotions sur le corps, leur ressenti et tenter de les exprimer corporellement, sachant que « l'émotion serait une extension de son propre corps » (Claudon et Weber, 2009). « Peur, joie, dégoût, tristesse, colère, surprise sont considérés comme les six émotions fondamentales, dites aussi primaires » (Claudon et Weber, 2009). C'est sur des musiques différentes que chaque personne devra exprimer les émotions qui la traversent au cours de l'exercice, sans utiliser la parole, car « l'émotion peut être considérée d'abord par rapport à l'expérience subjective que le sujet fait de son propre corps. » (Claudon et Weber, 2009). Les musiques seront sélectionnées au préalable par les thérapeutes, afin de présenter une musique plus douce, calme, et une musique plus intense, plus rythmée, pour essayer d'engendrer des émotions différentes. Ce début d'exercice se fait en cercle, afin de créer une dynamique de groupe à laquelle les thérapeutes participent.

Ensuite, les participants se mettent par binôme et des musiques différentes sont jouées, toujours choisies au préalable. Un des membres du binôme commence à essayer de transmettre une émotion, qu'il ressent ou que la musique lui inspire, à son duo. Le deuxième membre doit alors réaliser les mouvements en miroir, afin de s'imprégner du ressenti de l'autre. Après quelques mouvements (selon que les sujets se sentent à l'aise de poursuivre ou pas), l'imitateur indique à son binôme l'émotion qu'il pense percevoir et les deux personnes peuvent échanger dessus quelques instants avant d'inverser les rôles. Cet exercice à deux se base sur le postulat que « Passer de la sensation (sentie) à l'émotion (vécue) nécessite au moins la présence de l'autre (réelle et/ou symbolique) » (Claudon et Weber, 2009).

Enfin, pour le dernier exercice, l'ergothérapeute propose des exercices de respirations avec des mouvements lents guidés par la respiration afin de relâcher le stress qui peut être accumulé au cours des exercices précédents où les personnes étaient impliquées

personnellement. Cet exercice a aussi pour fonction de faire prendre conscience de l'impact des ressentis du corps sur l'état d'esprit de la personne.

Finalement, afin de conclure la séance, un temps de verbalisation est proposé, en groupe. C'est à ce moment-là que la collaboration entre l'ergothérapeute et le psychologue prend tout son sens. Nous rappelons que le but de la séance est de conduire à ce temps de verbalisation pour permettre aux participants de mettre des mots sur leurs ressentis et leurs émotions, sur leur vécu et leur histoire. Durant ce temps de parole, le la psychologue guide donc les participants pour les amener à parler de leur ressenti par rapport à l'activité, de ce que cette expérience a pu déclencher chez eux. Les thérapeutes et le groupe pourront échanger sur le rapport au corps et l'expérience de l'expression corporelle. Puis parler du rapport au corps du côté de l'appropriation corporelle (exercice d'échauffement et respiration).

Un temps de verbalisation individuel sera proposé pour chaque participant. Le rendez-vous pourra être pris plus tard, en chambre, de manière à le rendre plus privé. Les deux thérapeutes pourront effectuer chacun une partie des entretiens.

Temps de déroulé de la séance : **1 heure** :

- Installation et présentation des participants puis de l'activité : **10-15 minutes**
- Exercices antagonistes : échauffement et mise en confiance : **10 minutes**
- Exploration des émotions : exprimer une émotion par le mouvement : **5 minutes**
- Communication des émotions par binôme : **5 minutes**
- Exercices de respiration : **10 minutes**
- Temps de verbalisation : **15-20 minutes**

Pour accroître les bénéfices de l'activité, une formation peut être proposée aux ergothérapeutes, afin de parfaire leurs compétences. La formation porterait sur les techniques psycho-corporelles, car la formation théorique dispensée au cours de la formation continue dans les IFE n'est pas développée concernant ces techniques. Elle s'arrête à l'« apprentissage dans des activités de travail, ludiques, de loisirs, créatrices et artisanales ou liées au repos » (J.O. 8 juillet 2010). Une autre formation sur des techniques douces de respiration peut aussi être suivie, afin de proposer le meilleur exercice final de respiration possible.

6. CONCLUSION

Suite à ces propositions, nous allons conclure ce travail de recherche en revenant sur le déroulé de l'étude, notre expérience et les pistes d'améliorations possibles.

Tout d'abord, en raison du contexte épidémiologique du Covid-19 qui a bouleversé l'organisation et le déroulé de notre étude, nous aimerions revenir sur l'état d'esprit déroutant qui a accompagné la rédaction de notre partie exploratoire, qui ne présente, nous l'avons vu, aucun résultat. Mener l'étude de cette façon et supputer des résultats hypothétiques n'a finalement pas permis de répondre aux interrogations que nous évoquions à ses débuts, quant à l'absence de danse dans la formation des étudiants ergothérapeutes.

Ensuite, nous aimerions mettre en lumière le fait que cette étude visait les ergothérapeutes et leur pratique, tandis que nous aurions aussi pu axer les recherches du côté des bénéficiaires et chercher à extraire une population parmi les patients, bien que nous ayons expliqué nos choix dans cette configuration de l'étude.

Par ailleurs, nous aurions également pu explorer la voie de la danse dans la culture à travers le monde, en tant que mode de communication, dans des rites par exemple ou des cérémonies, afin d'appuyer d'une autre manière nos découvertes.

Cependant, l'étude des grands axes théoriques a tout de même apporté de la matière à nos propres représentations et une nouvelle réflexion sur le sujet. Les questionnaires de pré-enquête quant à eux, ont permis d'avoir une base solide sur laquelle nous appuyer, permettant de faire évoluer nos recherches, menant à la formulation d'une question de recherche et d'hypothèses auxquelles nous aurions aimé pouvoir répondre.

Finalement, expliquer toute la méthodologie de recherche a été un exercice plutôt difficile mais formateur. Avoir tant détaillé les outils méthodologiques de cette enquête a permis une compréhension totale des objectifs et ouvre surtout l'horizon à une recherche ultérieure possible afin de pouvoir répondre à notre question de recherche et hypothèses et finalement, répondre à nos questionnements personnels.

Somme toute, nous concluons cet écrit sur une citation du danseur Maurice Béjart, qui fait écho à nos préconisations sur le travail de la respiration et des émotions : « Pour moi, entrer en mouvement, c'est entrer en méditation. ».

7. BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET CHAPITRES DE LIVRES

Bruneau, S., Dutuy, V., Chevalier, F., Eldert, G., Guillemot, P., & Morel, M. Ch. (2007). *Le développement du potentiel thérapeutique de l'activité* (pp. 302-315). Sauramps Médical.

Célestin-Lhopiteau, I. (2015). Chapitre 1. Place particulière des pratiques psycho-corporelles dans le développement de la médecine et de la santé intégrative. Dans *Soigner par les pratiques psycho-corporelles* (pp. 7-22). Dunod. Consulté le 26 mars 2020 sur <https://www.cairn.info/soigner-par-les-pratiques-psycho-corporelles--9782100728824-page-7.htm>.

Clervoy, P. (2018). *Les pouvoirs de l'esprit sur le corps*. Odile Jacob.

D'erceville, D., Détraz, M. C., Eiberle, F., Gable, G., Guihard, J. P., Turlan, N., & Moreau, A. (2000). *Ergothérapie guide de pratique*. Techni Media Services.

Hernandez, H., Berges, L., Mutis, M., Philippe, V., Pibarot, I., Klein, F. ... Da Sylva, K. (2007). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. Solal.

Et plus particulièrement les chapitres suivants :

Bagnères, C. (2007). La relation avec l'objet. Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 93-102). Solal.

Donaz, M. (2007). Entre créativité et soin psychique : Être ou ne pas être ergothérapeute en psychiatrie. In : *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 71-91). Solal.

- Guihard, J.-P. (2007). *Cogito ergo therapia : Je pense, donc je soigne*. Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 103-120). Solal.
- Gumy, M. (2007). L'ergothérapeute dans le traitement des troubles narcissiques graves. Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 127-138). Solal.
- Klein, F. (2007). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 23-38). Solal.
- Ménard, M. (2007). La fabrique du cadre en ergothérapie. Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*. (p. 39-54). Solal.
- Curnillon, B. (2005). L'activité thérapeutique n'existe pas ! Dans M.-H. Izard et R. Nespoulos (dir.), *Rencontres en médecine physique et de réadaptation n°11* (p. 219-222). Sauramps Médical.
- Gaudriault, P. & Joly, V. (2013). Chapitre 3. À la recherche d'une alliance unitaire. Dans *Construire la relation thérapeutique* (pp. 51-77). Dunod. Consulté le 16 mai 2020, sur <https://www.cairn.info/construire-la-relation-therapeutique--9782100581900-page-51.htm>.
- Gaudriault, P. & Joly, V. (2013). Chapitre 4. Alliances doubles et pactes emboîtés. Dans *Construire la relation thérapeutique* (pp. 79-101). Dunod. Consulté le 16 mai 2020, sur <https://www.cairn.info/construire-la-relation-therapeutique--9782100581900-page-79.htm>.

Heller, M. (2008). Introduction. In *Psychothérapies corporelles* (pp. 13-37). De Boeck Supérieur. Consulté le 25 mars 2020 sur <https://www.cairn.info/psychotherapies-corporelles--9782804158958-page-13.htm>.

Morar, S. (2015). Chapitre 2. Apport des neurosciences dans les pratiques psycho-corporelles. Dans I. Célestin-Lhopiteau (dir.) *Soigner par les Pratiques Psycho-corporelles* (pp. 23-29). Dunod. Consulté le 27 mars 2020 sur <https://www.cairn.info/soigner-par-les-pratiques-psycho-corporelles--9782100728824-page-23.htm>.

Morel-Bracq, M.-C. (2011). Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité. Dans M.-H. Izard (dir.) *Rencontres en réadaptation N°17* (pp. 22-30). Sauramps Médical.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2^e éd.). De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M.-C., Trouvé, E., Offenstein, E., Quevillon, E., Riguet, K., Hernandez, H. ... Gras, C. (2015). *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé ?*. De Boeck Solal.

Et plus particulièrement les chapitres suivants :

Barbier, J.-M. (2015). Saisir l'Activité !. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offensteins, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, C. Crystèle (dir.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 1-6). De Boeck Solal.

Ferland, F. (2015). L'activité au cœur du développement de la personne. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offensteins, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, C. Crystèle (dir.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 35-42). De Boeck Solal.

Offenstein, E. (2015). L'ergothérapeute, catalyseur du changement ? . Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offensteins, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, C.

- Crystèle (dir.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 109-124). De Boeck Solal.
- Pierce, D. (2015). What Makes Occupation Therapeutic ?. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offensteins, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, C. Crystèle (dir.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 309-314). De Boeck Solal.
- Morin, C. (2013). 2. L'image du corps. Dans *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (pp. 39-67). Eres. Consulté le 17 mai 2020, sur <https://www.cairn.info/schema-corporel-image-du-corps-image-speculaire--9782749237404-page-39.htm>.
- Roussillon, R., Baraton, C., Lorin de Reure, A., Le Poder, A.-S., & Thietry, F. (2013). Chapitre 10. Le corps comme médiation médium malléable. Dans A. Brun, B. Chouvier & R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp. 259-292). Dunod. Consulté le 26 mars 2020 sur <https://www.cairn.info/manuel-des-mediations-therapeutiques--9782100570225-page-259.htm>.
- Schott-Billmann, F. (2011). L'expérience subjectivante de la danse. Dans P. Atigui (dir.), *L'art et le soin* (pp. 77-84). De Boeck Supérieur. Consulté le 19 mai 2020 sur <https://www.cairn.info/l-art-et-le-soin--9782804163259-page-77.htm>.
- Tosquelles, F. (2009). Aperçus sur l'évolution historique de l'ergothérapie. Dans *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (pp. 55-83). Eres. Consulté le 31 mars 2020, sur <https://www.cairn.info/le-travail-therapeutique-en-psychiatrie--9782749210339-page-55.htm>.
- Tosquelles, F. (2009). Essence et place du travail thérapeutique dans le dispositif de soins psychiatriques. Dans *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (pp. 33-53). Eres. Consulté le 20 mars 2020 sur <https://www.cairn.info/le-travail-therapeutique-en-psychiatrie--9782749210339-page-33.htm>.

Wagner, C. (2005). *Profession ergothérapeute*. L'harmattan.

ARTICLES DE REVUES

Abt, J.-M. (2001). Parler : Prendre corps. *Essaim*. 2001/2(8), 51-59. Consulté le 7 mars 2020 sur <https://www.cairn.info/revue-essaim-2001-2-page-51.htm>.

Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances & psy*, 3(15), 41 à 45.

Bozart, J. D., & Motomasa, N. (2014). La relation thérapeutique : Enquête sur l'état de la recherche (F. Ducroux-Biass, Trad.). *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 2014/1(19), 58-76. Consulté le 29 mars 2020 sur <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2014-1-page-58.htm>.

Buscatto, M. (2018). Hélène Marquié, Non, la danse n'est pas un truc de filles ! Essai sur le genre en danse. *Travail, genre et sociétés*, n° 39(1), 245-247. Consulté le 24 mai 2020 sur <https://www.cairn.info/revue-clio-femmes-genre-histoire-2017-2-page-287.htm>.

Chavignay. (2010). Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Revue des maladies respiratoires*, 2, 628-630.

Claudon, P., & Weber, M. (2009). L'émotion. *Médecine et hygiène*, Vol. 21(1), 61-99. Consulté le 24 mai 2020 sur <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-61.htm>.

Fareng, M., & Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndromes traumatiques : Apports actuels de l'hypnose. *PSN*, Volume 12(4), 29-46. Consulté le 17 mai 2020 sur <https://www.cairn.info/revue-psn-2014-4-page-29.htm>.

Faszczenko, L. (2017). Les approches psychocorporelles : Des outils pour le rétablissement.

Perspectives Psy, Vol. 56(3), 224-228. Consulté le 27 mars 2020 sur

<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2017-3-page-224.htm>.

Paire, Y. (2012). La respiration et les danseurs. *La revue des praticiens de la méthode G.D.S*,

2^{ème} semestre, 11. Consulté le 18 avril 2020 sur

<http://yvonnepaire.com/index.php?id=4>.

THÈSE

Léger, E. (2017). *Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des*

acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé

Pluriprofessionnelle (Thèse de diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université Paris

Descartes). Consulté le 17 avril 2020 sur [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01648011/document)

[01648011/document](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01648011/document).

SITES OU PAGES WEB

ANFH. (s.d.). *Psychologues RÉFÉRENTIEL*. Consulté le 31 mars 2020 sur

<https://metiers.anfh.fr/metiersanfh/genpdf/576/fiche-Psychologue%20.pdf>.

Damsa, C., Lazignac, C., Pirotta, R., & Andreoli, A. (2006). *Troubles dissociatifs : Aspects*

cliniques, neurobiologiques et thérapeutiques. *Revue Médicale Suisse*. Consulté le 17

mai 2020, sur <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-52/31038>.

Delmas, H. (2014). *Expression corporelle dans la danse*. *Communication non verbale*. Consulté

le 18 avril 2020, sur [https://www.la-communication-non-](https://www.la-communication-non-verbale.com/2014/03/expression-corporelle/)

[verbale.com/2014/03/expression-corporelle/](https://www.la-communication-non-verbale.com/2014/03/expression-corporelle/).

EgaliGone. (2018). *Quelques chiffres pour appréhender les inégalités dans le sport*. Egaligone.

Consulté le 24 mai 2020, sur <https://egaligone.org/2018/04/23/quelques-chiffres-pour-apprehender-les-inegalites-dans-le-sport/>.

Joly, V. (2008). *Moi-Peau chez Didier Anzieu : Définition, origines et fonctions*. *Cabinet Psy-enfant*. Cabinet Psy-enfants. Consulté le 8 avril 2020, sur <http://psy-enfant.fr/le-moi-peau-didier-anzieu/>.

Launois, M. (2015). *Côté psycho-dynamique Apports de D.Anzieu Le moi peau et ses 8 fonctions*. Ergopsy. Consulté le 8 avril 2020, sur <http://www.ergopsy.com/le-moi-peau-et-ses-8-fonctions-a378.html>.

Mantel, J. (2013) *Groupe de travail « ergothérapeutes » : Activités signifiantes et significatives*.

CRFTC. Consulté le 28 mars 2020 sur http://www.crftc.org/images/CR_groupe_ergo/CRFTC_CR%20Gpe_1_ergo_2013_02_18.pdf

SNUP. (2016). *Définition du métier de psychomotricien*. Syndicat National d'Union des Psychomotriciens. Consulté le 17 mai 2020, sur <http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>.

TLFi. (2012). *DANSE : Définition de DANSE*. CNRTL. Consulté le 26 mars 2020, sur <https://cnrtl.fr/definition/danse>.

TLFi. (2012). *MÉDIUM : Définition de MÉDIUM*. CNRTL. Consulté le 26 mars 2020, sur <https://cnrtl.fr/definition/m%C3%A9dium>.

TLFi. (2012). *THÉRAPEUTIQUE : Définition de THÉRAPEUTIQUE*. CNRTL. Consulté le 5 mars 2020, sur <https://www.cnrtl.fr/definition/th%C3%A9rapeutique>.

TEXTES JURIDIQUES

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute (J.O. 8 juillet 2010).

Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant des patients atteints d'une affection longue durée (J.O 31 décembre 2016)

Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière. (J.O 30 mai 2020)

PODCAST

Kerkouche, M. (2020). *Mehdi Kerkouche, chorégraphe. Danser, faire danser*. [Audio]. Podcast Tous danseurs n°17. Durée : 36'. Consulté le 24 mai 2020, sur <https://anchor.fm/tousdanseurs/episodes/Mehdi-Kerkouche--chorgraphe--Danser--faire-danser-ecqa73>.

RAPPORTS

AERES. (2014). *Critères d'évaluation des entités de recherche : Le référentiel de l'AERES*.

Consulté le 17 avril 2020 sur <http://eso.cnrs.fr>.

Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*. ANFE. Consulté le 1 avril 2020 sur

http://www.unafam.info/23/img/ErgotherapieenSanteMentale_Livre%20blanc.pdf.

8. ANNEXES

TABLE DES ANNEXES :

ANNEXE I : LES COMPÉTENCES DE L'ERGOTHÉRAPEUTE.....	70
ANNEXE II : LES NEUF ACTIVITÉS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE.....	71
ANNEXE III : QUESTIONNAIRES DE PRÉ-ENQUÊTE.....	72
QUESTIONNAIRE TYPE :.....	72
QUESTIONNAIRE I :.....	74
QUESTIONNAIRE II :.....	74
QUESTIONNAIRE III :.....	76
QUESTIONNAIRE IV :.....	77
QUESTIONNAIRE V :.....	78
QUESTIONNAIRE VI :.....	78
QUESTIONNAIRE VII :.....	79
QUESTIONNAIRE VIII :.....	80
QUESTIONNAIRE IX :.....	80
QUESTIONNAIRE X :.....	81
QUESTIONNAIRE XI :.....	82
QUESTIONNAIRE XII.....	83
ANNEXE IV : ÉTUDE DES QUESTIONNAIRES DE PRÉ-ENQUÊTE.....	84
ANNEXE V : LES INDICATEURS	88
ANNEXE VI : LE GUIDE D'ENTRETIEN	88
ANNEXE VII : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DE L'INTRODUCTION	92
ANNEXE VIII : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DE LA CONCLUSION	93
ANNEXE X : CODE COULEUR.....	94
ANNEXE IX: LA GRILLE D'ANALYSE.....	95

ANNEXE I : LES COMPÉTENCES DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Les compétences de l'ergothérapeute décrites dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute :

- « Compétence 1 : Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique ;
- Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement ;
- Compétence 3 : Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie ;
- Compétence 4 : Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques ;
- Compétence 5 : Élaborer et conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie et en santé publique ;
- Compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ;
- Compétence 7 : Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle ;
- Compétence 8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ;
- Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ;
- Compétence 10 : Former et informer. » (J.O. 8 juillet 2010).

ANNEXE II : LES NEUF ACTIVITÉS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Les neuf activités auxquelles l'ergothérapeute peut recourir dans sa vie professionnelle :

- « 1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherches.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels. » (J.O. 8 juillet 2010).

ANNEXE III : QUESTIONNAIRES DE PRÉ-ENQUÊTE

QUESTIONNAIRE TYPE :

Bonjour,

je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Nancy et je cherche au travers de ces quelques questions à orienter mes travaux de recherche en vue de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche, dont le thème est le suivant : la danse en tant qu'activité thérapeutique pour l'ergothérapeute en psychiatrie adulte.

La notion d'activité corporelle mentionnée plus loin dans ce questionnaire se réfère à une activité qui nécessite la mobilisation de l'ensemble du corps pour sa réalisation.

Je vous demande votre adresse mail dans ce questionnaire afin de pouvoir vous recontacter si nécessaire au cours du traitement des données de ce dernier.

Ce questionnaire vous prendra 5 minutes de votre temps et vos réponses sont essentielles pour la poursuite de mon travail.

Respectueusement,

Chloé Grancher

chloe.grancher@laposte.net

- Nom, Prénom.
 - Réponse ouverte
- Adresse mail (qui ne servira qu'à vous contacter en cas de besoin)
 - Réponse ouverte
- Année de naissance.
 - Réponse ouverte
- Année d'obtention de votre diplôme d'ergothérapeute.

- Réponse ouverte
- Dans quelle structure exercez-vous actuellement ? → **Structure**¹⁵
 - Réponse ouverte
- Quel type d'accueil propose cette structure ? → **Type d'accueil**
 - Secteur ouvert
 - Secteur fermé
 - Autre :
- Quelle est la population type que vous rencontrez dans cette structure ? → **Population**
 - Réponse ouverte
- Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?
 - Le modèle psycho-dynamique
 - Le modèle cognitivo-comportemental
 - Autre :
- Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, lesquelles et pour quel type de population ? Merci d'associer chaque activité à sa/ses population(s)
 - Réponse ouverte
- Selon vous, la danse pourrait-elle représenter une activité corporelle que vous pourriez utiliser à des fins thérapeutiques dans vos prises en soin ? → **Danse ?**
 - Oui
 - Non
 - Autre :
- Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.
 - Réponse ouverte

¹⁵ Sont inscrites en rouges les questions abrégées qui figurent dans les tableaux de réponses aux différents questionnaires ci-dessous.

QUESTIONNAIRE I :

Structure	CATTP		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population rencontrée	Schizophrènes, dépressifs, bipolaires, autistes		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui	Non	
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Je n'y ai pas recours		
Danse ?	Oui	Non	
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			
<p>La danse pourrait permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise de conscience de son entité corporelle pour des personnes dissociées par exemple. - de favoriser la confiance et l'estime de soi. La danse peut également représenter un moyen de communication et d'expression 			

QUESTIONNAIRE II :

Structure	CATTP		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population	Personnes atteintes de pathologies psychiatriques diverses, en post-hospitalisation. Assez stabilisées pour venir en bus, participer à un travail de groupe, travailler un projet de réhabilitation.		

Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui		Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Ateliers manuels : ils engagent le corps dans des mouvements qui favorisent l'atteinte de certains objectifs (exemple : parler de soi, s'organiser dans un espace, prendre conscience de son existence dans un groupe, ...) => ateliers terre, écriture, espace créatif, couture, crochet, tricot, musique sous toutes ses formes (percussions corporelles). Ces groupes ont tous des objectifs formalisés par écrit et présentés aux patients pour que, d'un commun accord, nous nous engagions vers une possibilité de mieux-être.		
Selon vous, la danse pourrait-elle représenter une activité corporelle que vous pourriez utiliser à des fins thérapeutiques dans vos prises en soin ?	Oui		Non
	Autre : Nous avons un groupe intitulé la musique sous toutes ses formes. Dans ce groupe, nous pourrions envisager d'inclure quelques séances de danse. Cependant, il me faudrait me renseigner sur la pratique, afin de pouvoir proposer quelques consignes claires. J'imagine que cette pratique peut être proposée si un minimum de préparation est réalisé en amont. Cependant, je pense qu'un véritable travail sur la danse pourrait être mené conjointement avec un danse-thérapeute (il me semble que le ballet de Lorraine a quelques uns de ses professeurs qui sont formés).		
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			

Je pourrais proposer des exercices simples mais serais forcément limitée par la technique si je souhaitais aller plus loin dans la pratique de la danse avec un groupe de personnes en soin. C'est pourquoi, si je devais proposer cette activité, je travaillerais sur des objectifs comme "retrouver une sensation de mouvement global", "travailler la proprioception" (exemple : mouvements à reproduire yeux fermés), "retrouver du plaisir" (proposer quelques petites chorégraphies connues de tous et en inventer), "se sentir incarné" (travail sur la pleine conscience, danser sur des musiques de méditation, retrouver le plaisir de mouvements doux), "retrouver des sensations, les décrire (agréables, pas agréables,...) car les personnes qui viennent à [...] sont parfois déconnectées de leurs sensations. Je travaillerais également sur des notions théoriques avec les patients : c'est quoi pour vous "danser" ? Est-ce que vous connaissez les danses du monde ? êtes-vous déjà allés en boîte de nuit ou continuez-vous à y aller ? Est-ce que la danse est importante dans vos vies ? A quoi l'associez-vous ? Le but de cette démarche est de pouvoir transposer la technique "danse" dans le quotidien Pour aller plus loin dans la pratique, je me sentirais plus légitime de demander de l'aide à un co-animateur davantage formé.

QUESTIONNAIRE III :

Structure	CPN		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre : Secteurs ouvert et fermé /HJ.
Population	Personnes souffrant de psychoses, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité.		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre : Psycho-dynamique et

			cognitivo- comportemental
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui		Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	La Rigologie. Pour des patients souffrant de troubles de l'humeur (70%), troubles de la personnalité (20%), psychoses (10% voire moins).		
Danse	Oui		Non
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			
Sans formation actuellement en danse. Cela pourrait être intéressant dans la mesure où cette médiation doit s'adapter aux besoins du patient et dont le cadre puisse être suffisamment modulé pour accompagner des personnes en difficulté sur le plan de l'affirmation ou du contact physique.			

QUESTIONNAIRE IV :

Structure	CPC		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population	Spectre psychotique		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo- comportemental	Psychodynamique	Autre
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui		Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Rigologie : technique psychocorporelle		
Danse ?	Oui		Non
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			

La mobilisation de son corps permet de se centrer sur soi, coordonner ses gestes, prendre conscience de son corps dans sa globalité et de l'image qu'il renvoie.

QUESTIONNAIRE V :

Structure	Unité d'entrée psy		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre : secteur ouvert et fermé
Population	Adultes maladie mentale		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre : les 2
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui		Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Rigologie plutôt pour des patients avec symptômes négatifs		
Danse ?	Oui	Non	
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			
Je n'ai pas de formation dans ce sens et pas de centre d'intérêt à cela			

QUESTIONNAIRE VI :

Structure	Centre Psychothérapeutique de Nancy		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population	Psychiatrie		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre

Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui	Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Rigologie	
Danse ?	Oui	Non
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.		
Je n'ai pas de compétence dans ce domaine, ni d'affinité particulière.		

QUESTIONNAIRE VII :

Structure	CATTP et centres de détention		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population	Toutes pathologies psychiatriques		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui	Non	
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Relaxation (anxio dépressif) - jeux psychocorporels (toute population) - danse assise (personnes âgées)		
Danse ?	Oui	Non	
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			
Médiation pouvant en fonction du cadre thérapeutique être intéressante pour travailler les notions de schéma corporel ou l'expression			

QUESTIONNAIRE VIII :

Structure	Unité d'hospitalisation		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population	Patient atteint de maladie mentale : schizophrénie, bipolaire, TS		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui		Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Gym douce – relaxation : pour tous les patients (sauf patient en phase hypomane ou encore trop délirant)		
Danse ?	Oui	Non	
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			
Je n'ai pas les connaissances et compétences pour mener une activité danse, dans la construction de la séance mais aussi dans le lâcher prise pour les patients. Ce n'est pas une activité avec laquelle je serais à l'aise et pour laquelle je pourrais mettre les patients à l'aise.			

QUESTIONNAIRE IX :

Structure	Centre Médico-psychologique pour Adultes		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population	Population avec troubles psychiques / psychologiques		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre

Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui	Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Aucun pour l'instant, marche et gym douce envisagée	
Danse ?	Oui	Non
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.		
<p>Les activités physiques sont des outils précieux dans le traitement des troubles psychiques / psychologiques : traitement de la dépression, gestion de l'anxiété, travail de l'estime de soi / confiance en soi, travail des habiletés sociales, ETP autour du maintien de la santé physique qui impacte la santé mentale (beaucoup de nos patients n'ont pas ou peu d'activité physique du fait de leur apragmatisme, d'où de nombreuses plaintes somatiques, des risques de prise de poids ou d'évacuation du stress par des biais autres que ceux positifs du sport (consommation de substances psycho-actives, clinophilie, etc.)</p>		

QUESTIONNAIRE X :

Structure	Psychiatrie		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre : secteur ouvert et fermé
Population	Adultes souffrant de troubles psychiatriques (psychoses, dépression, TCA, état-limites et addictions)		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre : sur le plan personnelle, psychodynamique, sur le plan institutionnel migration vers les TCC

Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui	Non
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Relaxation active et hypno-relaxation pour des patients, psychotiques, dépressifs, états-limites, TCA et addictions	
Danse ?	Oui	Non
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.		
<p>J'ai pratiqué de la danse contact, inemployable avec les patients à cause du travail du toucher et de la danse libre, qui nécessite d'être déjà très à l'aise dans le mouvement du corps. Je n'ai jamais trouvé comment proposer cela à des patients car ils ont trop peu conscience de leurs corps. Je travaille plus la notion de contenance et de schéma corporel (psychose) et pour les autres personnes, la conscience de soi. Cela se fait dans des pratiques d'automassages et de mouvements lents et doux, libres, mais en position allongée (partie de relaxation dite active). Le travail allongé, dans son propre espace, plutôt yeux fermés, permet un travail dans un sens introspectif, d'intériorisation. Cela exclut donc le rapport visuel à l'autre, souvent présent dans la danse, et cela exclut aussi l'espace extérieur dans lequel se mouvoir. Je cherche plus à développer la conscience de l'espace interne psychique. Et du côté de la danse classique ou des danses nécessitant des apprentissages techniques, cela s'éloigne encore plus de mes intentions thérapeutiques.</p>		

QUESTIONNAIRE XI :

Structure	CPN		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre : ambulatoire
Population	Patients présentant des troubles cognitifs ; avec une pathologie de schizophrénie et/ou autres		

Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui	Non	
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	/		
Danse ?	Oui	Non	
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			
Travaillant sur les fonctions cognitives dans une unité spécifique, j'ai peut-être d'autres missions complémentaires de l'intra ou du CMP par exemple. Cependant il pourrait être intéressant d'explorer cette activité dans le cadre d'une reprise de confiance en soi, sur son corps, dévoilement de soi aussi peut être ? Je me poserai la question dans ma pratique si cela pourrait être bénéfique au patient.			

QUESTIONNAIRE XII

Structure	CATTP		
Type d'accueil	Ouvert	Fermé	Autre
Population	Personnes majeures en souffrance psychique		
Quel modèle conceptuel guide votre pratique dans cette structure ?	Cognitivo-comportemental	Psychodynamique	Autre
Dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ?	Oui	Non	
Si oui, lesquelles et pour quel type de population ?	Danse, sport, chant		
Danse ?	Oui	Non	
Pourriez-vous en quelques lignes détailler les motivations de votre réponse précédente.			
<i>*Pas de réponse*</i>			

ANNEXE IV : ÉTUDE DES QUESTIONNAIRES DE PRÉ-ENQUÊTE

Tableau I : type d'activités corporelles utilisées par les ergothérapeutes ayant répondu « oui » à la question « dans vos prises en soin, avez-vous recours à des activités corporelles ? »

TYPE D'ACTIVITÉ CORPORELLE	NOMBRE DE FOIS NOMMÉ DANS LES QUESTIONNAIRES
Ateliers manuels Ateliers terre, écriture, espace créatif, couture, crochet, tricot, musique	1
Rigologie	4
Relaxation	4
Jeux psycho-corporels	1
Danse assise	1
Gym douce	1
Danse	1
Sport	1
Chant	1

Tableau II : Arguments cités en faveur ou en défaveur de l'utilisation de l'activité danse.

(Il est important de noter que la personne ayant répondu au douzième questionnaire, qui a recours à une activité danse et qui y trouve un intérêt thérapeutique, n'a donné aucune justification à la dernière question et que par conséquent, aucun de ses arguments ne figure dans ce tableau).

	Arguments	Nombre de fois où l'argument est employé
	Favoriser la confiance et l'estime de soi	2

Favorables	Moyen de communication et d'expression	2
	Appropriation corporelle (schéma corporel, conscience de son corps)	4
	Travailler la proprioception	1
	Se sentir incarné	1
	Permettrait de retrouver du plaisir	1
	Permettrait de retrouver des sensations, les décrire	1
	Permet de se centrer sur soi	1
	Travail de la confiance en soi	2
	Coordination des gestes	1
	Prendre conscience de l'image que renvoie son corps	1
	Pouvoir transposer la technique dans le quotidien	1
	Adaptable aux besoins des patients	2
	Cadre thérapeutique modulable	2
	« Les activités physiques sont des outils précieux »	1
	Pour le traitement de la dépression	1
	Gestion de l'anxiété	1
Dévoilement de soi	1	

	Travailler les habilités sociales	1
	Favoriser l'activité physique	1
Défavorables	Limitation dans la technique	1
	Pas de formation particulière	3
	Pas de compétence particulière	2
	Pas de connaissances	1
	Pas de centre d'intérêt ou d'affinité pour la danse	2
	Manque d'aise de la part du thérapeute et donc pour les patients aussi	1
	Inemployable à cause du toucher	1
	Inemployable à cause de la danse libre	1
	Nécessiterait que le patient soit à l'aise dans les mouvements de son corps	1
	Nécessiterait que le patient ait conscience de son corps	1
	Espace visuel problématique	1
	Espace extérieur problématique	1
	Nécessite des apprentissages techniques	1
	Autres missions	1

Tableau III : Nombre d'ergothérapeutes ayant recours au modèle conceptuel indiqué selon leur recours aux activités corporelles

	Recours aux activités corporelles	
	OUI	NON
Cognitivo-comportemental	2	3
Psychodynamique	4	0
Les deux	3	0

ANNEXE V : LES INDICATEURS

QUESTIONS	INDICATEURS
H1 : L'ergothérapeute se sent limité dans ses compétences pour mener à bien une activité danse.	- Ressenti / représentations de la danse - Compétences (connaissances / expérience / comportement / réflexivité)
H2 : L'ergothérapeute a besoin de collaborer avec d'autres professionnels pour mener à bien une activité danse.	- Interprofessionnalité (partage des compétences / ressenti) - Représentations de la danse

ANNEXE VI : LE GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN	
INTRODUCTION	<p>Bonjour,</p> <p>Je suis étudiante en 3^{ème} année en ergothérapie à l'IFE Lorraine Champagne-Ardenne à Nancy. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études, j'aimerais vous poser quelques questions qui seront précieuses pour la rédaction de ce dernier.</p> <p>Mes recherches portent sur les activités psycho-corporelles en psychiatrie.</p> <p>J'aimerais ainsi vous poser quelques questions qui seront précieuses pour la rédaction de ce dernier.</p> <p>C'est pour vos compétences d'ergothérapeute exerçant en psychiatrie et suite à vos réponses à mes questionnaires de pré-enquête que j'aimerais vous poser ces questions.</p>

	<p>Si vous me le permettez et n’y voyez aucune objection, je me permets d’enregistrer cette conversation à l’aide d’un dictaphone afin de pouvoir retranscrire vos propos et les traiter sans les déformer.</p> <p>Ces propos, resterons anonymes et votre nom ne figurera sur aucun document.</p> <p>Si vous le souhaitez je pourrais vous faire parvenir tant l’enregistrement que le traitement de vos dires.</p> <p>Au cours de cet entretien, je serais amenée à vous poser des questions sur lesquelles vous pouvez vous sentir libre de me dire tout ce qui vous passe par la tête. Plus vous en dites, mieux c’est. Si jamais je ne comprends pas quelque chose je n’hésiterais pas à vous en faire part, vous faire répéter ou bien vous poser d’autres questions afin d’approfondir certains points. Sentez-vous libre de faire de même et de m’interrompre si vous ne comprenez pas une de mes questions.</p> <p>Je vous informe à l’avance que je ne serais en mesure de ne donner mon avis à aucun moment, au même titre que je ne porterai aucun jugement sur quoique ce soit qui pourra être dit.</p> <p>N’hésitez pas à me faire revenir sur certains points si nécessaire.</p>
Thème 1 (l’activité thérapeutique)	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, qu’est-ce qui rend une activité thérapeutique ? - Que pensez-vous de la relation thérapeutique au cours d’une activité ? - Qu’est-ce qui peut nuire à cette relation thérapeutique ? - Quels éléments jugez-vous nécessaire au bon déroulement d’une activité ?

<p>Thème 2 (la danse : les compétences et le ressenti)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, quel impact le choix d'un modèle conceptuel plutôt qu'un autre peut-il avoir dans la possibilité d'avoir recours à des activités psycho-corporelles ? - Quelles compétences sont mobilisées par l'ergothérapeute dans la mise en œuvre et la réalisation d'une activité thérapeutique ? - Si l'occasion de mettre en œuvre, d'animer ou de co-animer une activité danse s'est déjà présentée à vous, dans quelles circonstances cela s'est-il passé ?
<p>J'aimerais intervenir afin d'apporter une définition à ce que représente le mot danse dans une activité danse, afin que nous puissions parler de la même chose.</p> <p><u>La danse est définie, sans rentrer dans des détails de style, de rigueur, de travail ; comme le « mouvement rythmique du corps de l'homme » (TLFi, 2012a). C'est une activité qui utilise le corps comme médium, entrant donc dans le cadre des activités psycho-corporelles.</u></p> <p>Dans une activité danse, nous ne retrouverions aucun aspect technique qui puisse être alloué à la danse lors d'un loisir ou d'une activité professionnelle.</p>	
<p>Thème 2 (la danse : les compétences et le ressenti)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous qu'une activité danse puisse répondre à des objectifs ergothérapeutiques ? - Si votre cadre de santé imposait qu'une activité danse soit mise en œuvre et réalisée par vous ou l'un de vos collègues ergothérapeute, quelle serait votre réaction ? - Quels éléments représenteraient pour vous, des freins ou des leviers si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse dans votre service ?
<p>Thème 3 (interprofessionnalité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si vous travaillez avec d'autres professionnels dans votre service, quel impact cela a-t-il sur votre exercice professionnel ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Travaillez-vous avec d'autres professionnels dans la mise en œuvre ou la réalisation d'une activité ? - Quels bénéfices ou inconvénients trouvez-vous au travail en collaboration avec un autre professionnel d'une discipline différente de la vôtre, dans la mise en œuvre et la réalisation d'une activité ? - Si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse pour vos patients, quels seraient les bénéfices ou inconvénients de travailler en collaboration avec un autre professionnel d'une discipline différente ? - Si vous deviez mettre en œuvre et réaliser une activité danse à deux thérapeutes, avec quel professionnel aimeriez-vous collaborer et pourquoi ?
Données sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Actuellement, prenez-vous en charge des adultes ? - Dans quel domaine travaillez-vous ? - Avez-vous recours à une activité danse dans votre pratique actuellement ? - Quel modèle conceptuel guide votre pratique actuellement ?
CONCLUSION	<p>Je pense que nous pouvons nous arrêter là. Avez-vous une quelconque question ou quelque chose qui vous reviens à l'esprit ?</p> <p>De mon côté j'ai toutes les informations qu'il me faut.</p> <p>Je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé et pour la qualité de vos réponses qui seront précieuses pour mon étude.</p>

ANNEXE VII : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DE L'INTRODUCTION

<p>Bonjour,</p> <p>Je suis étudiante en 3^{ème} année en ergothérapie à l'IFE Lorraine Champagne-Ardenne à Nancy. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études, j'aimerais vous poser quelques questions qui seront précieuses pour la rédaction de ce dernier.</p>
<p>Nous nous présentons rapidement et nous donnons la raison pour laquelle est réalisé l'entretien (mémoire de fin d'étude).</p>
<p>Mes recherches portent sur les activités psycho-corporelles en psychiatrie.</p>
<p>Nous donnons le contexte de l'étude en veillant à ne révéler aucun indice sur ce que nous pourrions attendre de la part de l'interlocuteur.</p>
<p>C'est pour vos compétences d'ergothérapeute exerçant en psychiatrie et suite à vos réponses à mes questionnaires de pré-enquête que j'aimerais vous poser ces questions.</p>
<p>Ici, nous expliquons à notre interlocuteur pourquoi nous avons fait appel à lui en particulier.</p>
<p>Si vous me le permettez et n'y voyez aucune objection, je me permets d'enregistrer cette conversation à l'aide d'un dictaphone afin de pouvoir retranscrire vos propos et les traiter sans les déformer.</p> <p>Ces propos, resteront anonymes et votre nom ne figurera sur aucun document.</p> <p>Si vous le souhaitez je pourrai vous faire parvenir tant l'enregistrement que le traitement de vos dires.</p>
<p>Afin de pouvoir étudier les réponses aux différents entretiens de la manière la plus optimale possible, nous enregistrons les entretiens. Il est primordial de le spécifier à la personne interviewée et d'avoir son accord. Assurer la confidentialité de ses réponses est aussi important.</p>
<p>Au cours de cet entretien, je serais amenée à vous poser des questions sur lesquelles vous pouvez vous sentir libre de me dire tout ce qui vous passe par la tête. Plus vous en dites, mieux c'est.</p>
<p>Préciser à la personne qu'elle peut se sentir libre dans ses réponses et qu'elle ne doit pas essayer de résumer ou de limiter ses réponses nous permettra d'obtenir des entretiens les plus complets possibles.</p>

Si jamais je ne comprends pas quelque chose, je n'hésiterai pas à vous en faire part, vous faire répéter ou bien vous poser d'autres questions afin d'approfondir certains points.	
	Nous lui expliquons que si nous souhaitons qu'elle développe un point particulier, nous n'hésiterons pas à lui demander. Ainsi, elle n'aura pas à se demander tout au long de l'entretien si ce qu'elle nous dit nous convient et pourra être plus à l'aise. De cette manière, nous pourrions obtenir de nombreux éléments de réponse.
Sentez-vous libre de faire de même et de m'interrompre si vous ne comprenez pas une de mes questions.	
	De même, préciser que la personne interviewée ne doit pas hésiter à nous arrêter pour préciser des questions permettra d'éviter des biais cognitifs (interprétation).
Je vous informe à l'avance que je ne serais en mesure de ne donner mon avis à aucun moment, au même titre que je ne porterai aucun jugement sur quoique ce soit qui pourra être dit.	
	Même si la personne peut nous faire répéter une question, il est primordial de préciser que nous ne donnerons jamais notre avis au cours de l'entretien. Ne pas donner son avis permet de n'engendrer aucun biais cognitif ou de biais affectif. Cela permet de ne pas fausser toute l'enquête. Le préciser permet de ne pas être mis à mal au cours de l'entretien et de ne pas freiner la dynamique de celui-ci.
N'hésitez pas à me faire revenir sur certains points si nécessaires.	
	Pour terminer cette introduction, nous insistons sur le fait que la personne doit se sentir libre durant cet entretien, toujours pour les mêmes raisons.

ANNEXE VIII : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DE LA CONCLUSION

Je pense que nous pouvons nous arrêter là. Avez-vous une quelconque question ou quelque chose qui vous revient à l'esprit ?	
	Nous concluons l'entretien une fois que nous avons posé toutes nos questions et obtenu toutes nos réponses. Mais avant de remercier la personne interrogée nous nous assurons qu'elle ne pense à rien de nouveau qu'elle souhaiterait ajouter.
De mon côté j'ai toutes les informations qu'il me faut.	

Je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé et pour la qualité de vos réponses qui seront précieuses pour mon étude.

Une fois avoir précisé que nous avons obtenu toutes les réponses que nous désirions et donc que la personne a su répondre à nos attentes et qu'elle va permettre l'avancée de notre étude, nous n'oublions pas de la remercier.

ANNEXE X : CODE COULEUR

Danse	Représentation de l'activité danse		
Interprofessionnalité	Ressenti face à l'interprofessionnalité		
	Partage des compétences		
Compétences	Connaissance		
	Expérience		
	Comportement		
	Réflexivité		

ANNEXE IX: LA GRILLE D'ANALYSE

THÈME 1 : L'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE				
Ce qui rend une activité thérapeutique ?	Dimensions subjectives	Productivité		DSprod
		Plaisir		DSplais
		Ressourcement		DSress
	Dimensions contextuelles	Dimensions spatiales		DCspat
		Dimensions temporelles		DCtemp
		Dimensions socio-culturelles		DCsc
	Activité signifiante et significative	Compétences de l'ergothérapeute		SScomp
		Objectifs thérapeutiques		SSobj
		Adaptation de l'intervention		SSad
Éléments jugés nécessaires au bon déroulement d'une activité ?	Relation thérapeutique			RT
	Éléments intrinsèques au thérapeute	Connaissance		Tco
		Expérience		Texp
		Comportement		Tcomp
		Refléxivité		Tref
		Autres		T
	Éléments intrinsèques au patients	Pathologie		Ppatho
		Intérêt		Pint
		Engagement		Peng
		Implication		Pimp
		Participation		Ppart
		Autres		P

	Éléments intrinsèques à l'activité		A
Que pensez-vous de la relation thérapeutique au cours d'une activité ?	Indispensable	Oui	I
		Non	NI
	Fragile	Oui	F
		Non	NF
Éléments nuisibles à la relation thérapeutique ?	Éléments intrinsèques au thérapeute		TN
	Éléments intrinsèques au patient		PN
	Éléments intrinsèques à l'activité		AN

THÈME 2 : LA DANSE (LES COMPÉTENCES ET LE RESSENTI)			
Impact du choix du modèle conceptuel	Activités psychocorporelles	Impact	ACI
		Pas d'impact	ACNI
Compétences mobilisées par l'ergothérapeute	Compétence 1 : Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique		C1
	Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement		C2
	Compétence 3 : Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie		C3
	Compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie		C6

	Compétence 7 : Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle		C7
	Compétence 8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques		C8
	Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs		C9
	Autre		
Activité danse	Expérience		Exp
	Pas d'expérience		Inexp
Objectifs thérapeutiques ?	Oui		OO
	Non		NO
Activité danse imposée par le cadre	Réaction positive		R+
	Réaction négative		R-
	Réaction neutre		Rn
Freins ou des leviers à la mise en place d'une activité danse	Freins	Compétences	Fcomp
		Organisation	Forg
		Temps	Ftps
		Aise	Faise
		Autres	F
	Leviers	Interprofessionnalité	Lip
		Implication	Limpl
		Intérêt	Lint
		Aise	Laise
		Compétences	Lcomp
		Autres	L

THÈME 3 : INTERPROFESSIONNALITÉ					
Impact du travail en interprofessionnalité	Impact positif				I+
	Impact négatif				I-
	Impact neutre				In
Interprofessionnalité dans la mise en place ou la réalisation d'une activité ?	Interprofessionnalité	Oui			IPro
		Non			NIPro
Bénéfices ou inconvénients de l'interprofessionnalité	Bénéfices	Partage des compétences			Bcomp
		Organisation			Borg
		Temps			Btps
		Autres			B
	Inconvénients	Organisation			NBorg
		Temps			NBtps
		Autres			NB
Bénéfices ou inconvénients à l'interprofessionnalité pour une activité danse	Bénéfices	Partage des compétences			Bcomp
		Organisation			Borg
		Temps			Btps
		Autres			B
	Inconvénients	Organisation			NBorg
		Temps			NBtps
		Autres			NB
Quels professionnels ?	APA				APA
	Psychomotricien				PCM
	Psychologue				PL

	Autre		
--	-------	--	--

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES			
Actuellement, prenez-vous en charge des adultes ?	Oui		Ad
	Non		NAd
Dans quel domaine travaillez-vous ?	Psychiatrie		Psy
Avez-vous recours à une activité danse dans votre pratique actuellement ?	Oui		D
	Non		ND
Modèle conceptuel	Cognitivo-comportemental		CC
	Psychodynamique		PD
	Les deux		PC
	Autre		Autre

PROMOTION 2017-2020

GRANCHER CHLOÉ

LA DANSE EN TANT QU'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE POUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

Depuis longtemps, les activités sont reconnues comme bénéfiques, particulièrement dans le secteur de la santé mentale.

À travers cette étude, nous souhaitons nous intéresser à l'utilisation d'une activité danse par l'ergothérapeute, en tant qu'activité thérapeutique.

Après avoir mené une première enquête grâce à des questionnaires remplis par des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie en Meurthe-et-Moselle, dans le but de découvrir ce potentiel thérapeutique, nous nous sommes rendus compte que malgré l'intérêt suscité, un petit nombre d'entre eux seulement y avait recours.

Nous cherchons alors à savoir **pourquoi l'ergothérapeute qui semble trouver un intérêt thérapeutique à l'activité danse, ne l'utilise pas dans sa pratique professionnelle pour accompagner des personnes adultes en psychiatrie ?** Nous avons envisagé d'avoir recours à des entretiens avec des ergothérapeutes extraits de notre population d'origine. Au vu du contexte épidémiologique du Covid-19, cela n'a pas été possible. Nous avons tout de même envisagé que l'ergothérapeute qui exprimait se sentir limité dans ses compétences faisait en réalité preuve d'un manque d'assurance face à la danse, impactant de manière négative le potentiel thérapeutique de l'activité. Cet impact pourrait être contré par le travail en collaboration avec un autre professionnel.

MOTS-CLÉS : Activité thérapeutique – Activité danse – Potentiel thérapeutique – Compétences – Collaboration – Santé mentale

DANSE AS A THERAPEUTIC ACTIVITY FOR THE OCCUPATIONAL THERAPIST

Occupations have been known to be beneficial for a long time, especially in the mental health context.

Throughout this study, we aim to demonstrate the use of a dance activity by the occupational therapist, as a therapeutic activity.

After a first investigation thanks to questionnaires answered by occupational therapists who work in psychiatry, in Meurthe-et-Moselle, in order to discover the therapeutic potential, we found out that despite their interest in the activity, only a few declared that they use it in their practice.

Therefore, a focused question arises: **Why does the occupational therapist who shows an interest in the dance activity-not use it for his professional practice through the support of adult in mental health ?** We pictured doing asses with some occupational therapist from our initial population. However, due to the epidemiological context, we have not be able to achieve it. We pictured anyway, that the occupational therapist who expressed his feeling of a lack of competences, showed in fact a lack of assurance facing the dance which would impact in a negative way the therapeutic effect of the activity. This repercussion could be counteracted by collaborative work with another professional.

KEY WORDS : Therapeutic activity – Dance activity – Therapeutic potential– Competences – Collaboration – Mental health

FAYS CASSANDRE, MAÎTRE DE MÉMOIRE