

INSTITUT DE FORMATION
EN ERGOTHERAPIE
LORRAINE CHAMPAGNE-ARDENNE



**L'intérêt d'une formation d'Ergothérapeute couplée à
celle d'Enseignant en Activités Physiques Adaptées dans la
prise en charge psychiatrique**

Mémoire d'initiation à la recherche

Marine ELEDUT

Juin 2018

Remerciements

Sous la direction d'Amandine ZERR, ergothérapeute et enseignante en activité physique adaptée au CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) les Arcades à Lunéville, maître de mémoire.

Je tiens à remercier mon maître de mémoire pour la compréhension dont elle a fait part et l'intérêt qu'elle a montré envers mon sujet de recherche. Amandine a été présente tout au long de la réalisation de ce mémoire, et pour son soutien, pour le temps qu'elle m'a accordé et pour ses conseils avisés, je lui fais part de ma reconnaissance.

Je remercie tout particulièrement les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nancy pour leur disponibilité, leurs conseils et leur bienveillance au cours de ces trois années d'études. Je tiens précisément à remercier Madame Marie-Pierre VANEL, formatrice référente pour son suivi et son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce mémoire, et Madame Anne BARTHELEMY pour son implication dans la mise en œuvre de mes stages.

Il m'importe de transmettre mes pensées à Muriel LAUNOIS-MUTIS, grâce à laquelle, par nos discussions et nos réflexions, ce questionnement a pu naître, évoluer et enfin exister au travers de ce mémoire.

Mes remerciements vont également aux quatre ergothérapeutes et enseignants en APA pour leur disponibilité et leurs expériences afin d'enrichir mon écrit. Je remercie aussi les adhérents à l'atelier sport du CATTP de Lunéville, pour leur accueil et leur temps consacré à mes recherches.

Je terminerais ces remerciements avec mes pensées à l'encontre de tous mes proches, amis et famille, pour leur soutien permanent et leur énergie : À Cédric, celui qui partage ma vie au quotidien, pour sa présence constante dans les bons comme dans les mauvais moments. À mes grands-parents d'avoir toujours été présents, sans eux, tout cela n'aurait jamais pu aboutir. Et enfin une pensée émue pour ma maman, qui rêvait qu'un jour je devienne ergothérapeute ...

Introduction.....	1
I) Cadre théorique	3
a. Éléments contextuels	3
i. Ergothérapie.....	3
1. Représentation sociale	4
2. Représentation professionnelle	4
3. Champs d'action.....	5
ii. Activité Physique Adaptée.....	6
1. Représentation sociale	7
2. Représentation professionnelle	7
3. Champs d'action.....	8
iii. Psychiatrie	9
1. Spécificité du domaine	10
2. Evolution du soin psychiatrique	11
3. Classification des troubles mentaux.....	12
b. Éléments conceptuels	12
i. Identité	12
ii. Qualification	14
iii. Activité.....	15
iv. Renforcement personnel.....	17
v. Relation	18
c. La place des professionnels en psychiatrie	19
i. L'ergothérapeute.....	19
1. Le Principe Psycho-dynamique :.....	20
2. La Thérapie Cognitivo-Comportementale	21
3. L'activité / la médiation.....	21
ii. L'Enseignant en Activité Physique Adaptée	22
iii. EAPA et ERGO, deux professions complémentaires	23
d. Le patient au centre de sa prise en charge	25
II) Problématique et hypothèse.....	26
III) Méthodologie de recherche.....	28
a. Avec les professionnels	28
i. Sujets	28
ii. Outils	29

iii.	Procédures.....	30
b.	Avec les patients.....	32
i.	Sujets.....	32
ii.	Outils.....	33
iii.	Procédures.....	34
IV)	Résultats.....	35
c.	Analyse longitudinale.....	35
i.	Les entretiens.....	35
1.	Entretien de M. To. :.....	35
2.	Entretien de M. Th. :.....	36
3.	Entretien de Mme P. :.....	36
4.	Entretien de Mme B. :.....	37
5.	Entretien de Mme D. :.....	38
6.	Entretien de Mme A. :.....	39
ii.	Les questionnaires.....	40
b.	Analyse transversale.....	46
i.	Concepts d'identité et de qualification.....	46
ii.	Concept de relation.....	48
iii.	Concept de renforcement personnel.....	49
iv.	Concept d'activité.....	51
c.	Vérification des hypothèses.....	53
V)	Discussion.....	54
a.	Limites de l'étude et biais rencontrés.....	54
c.	Les effets de la prise en charge.....	56
d.	Ouverture et piste de réflexion.....	58
	Conclusion.....	59
	Bibliographie.....	61
	Sitographie.....	64
	Table des sigles et abréviations.....	67
	Sommaire des annexes.....	70

Introduction

« *C'est en agissant que les gens façonnent, construisent ce qu'ils sont* » (Mignet, 2013)¹.

Usuellement, nous dirons de l'Homme qu'il est "heureux" lorsqu'il arrive à réaliser ses objectifs personnels, lorsqu'il agit pour se construire dans sa vision qu'il a de lui, afin de se perfectionner et donc d'être dans un état, une situation plus "heureuse" qu'avant². Pour cela, la recherche de l'action et sa mise en application définissent cette quête permanente du mieux. L'activité humaine se définit comme étant une recherche du bonheur et elle fait partie intégrante de l'individu. Il existe en nous une tendance naturelle à l'activité, on ne peut rester spectateur de sa propre vie trop longtemps, on cherche en permanence à agir. L'Activité est le principe même du sens de l'homme, à savoir que l'homme existe en concrétisant des choses pour se réaliser soi-même.

Au travers de l'ergothérapie, ce fondement prend tout son sens, en effet celle-ci se fonde sur l'activité comme étant une réponse à un besoin. L'ergothérapie est centrée, de part sa pratique, sur le lien entre l'occupation humaine et la santé, elle cherche à reconstruire les patients à travers la mise en place de médiations thérapeutiques basées en partie sur la valorisation du patient. L'Activité en ergothérapie est un processus actif fondé sur l'expérience subjective de la personne, ses efforts continus pour surmonter la maladie, une redécouverte, une reconstruction du sens de soi³. Ainsi, l'activité est considérée comme une démarche thérapeutique, comme un soin.

Par sa définition, l'Activité Physique Adaptée (APA) existe au travers de l'Activité dans sa prise en charge du patient. Elle agit avec celui-ci sur son corps pour l'aider à le refaçonner, à faire face à son handicap et permet aussi d'agir pour l'esprit. L'activité physique permet une liberté d'action sur et pour soi : elle aide le patient à s'approprier/se réapproprier son corps, à faire avec, à agir pour tendre à un "corps plaisir" plus qu'à un "corps malade"⁴. L'activité physique permet d'apprendre à canaliser son énergie, à maîtriser ses sensations, ses

¹ Charlotte DUCOUSSO-LACAZE - Mars 2014 - *Ergothérapie et activité sportive pratiquée par des personnes schizophrènes*

² Ludwig VON MISES - 1985 - *L'action Humaine*

³ Marie KOENIG-FLAHAUT, Marie-Carmen CASTILLO, Alain BLANCHET - 2011 - *Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie*

⁴ Magali KUDELSKI - Octobre 2010 - *Le sport, le laissé-pour-compte de la psychiatrie ?*

émotions en les mobilisant à d'autres fins. L'APA est une démarche, une méthode, une discipline pour la valorisation individuelle et collective.

Les stages réalisés lors des cursus d'études supérieures ont permis la perception d'un bienfait des activités pour le processus thérapeutique du patient et ceci, par les différentes approches et professions. Dans le domaine psychiatrique, il est apparu que l'ergothérapeute s'attribue de nombreuses cordes professionnelles dont celle de l'activité physique pour laquelle il n'est pas le référent qualifié. Toutefois cette volonté d'agir dans ce domaine montre un intérêt thérapeutique pour la pratique de l'activité physique.

Au travers d'un double cursus, il a été naturel de toujours mettre en avant la réalisation de ces deux parcours professionnels et des compétences acquises qui en découlent. Pour beaucoup de personnes, professionnels inclus, la question du choix que l'on s'impose pour la vie professionnelle revient régulièrement. Mais pourquoi avoir à choisir ?

Cette réflexion m'a permis d'affiner mon sujet et de dégager ma question de départ, à savoir :

***Comment une double qualification professionnelle d'Ergothérapeute et d'Enseignant en
Activité Physique Adaptée peut-elle enrichir la vision de la thérapie en psychiatrie ?***

Pour répondre à ce sujet, nous évoquerons les différentes composantes propres à celui-ci dans un cadre théorique. Ceci, dans un premier temps nous permettra de dégager une problématique de recherche et une hypothèse de travail.

Ce contenu formel aboutira à la mise en place d'une démarche méthodologique incluant des entretiens envers des professionnels et des questionnaires s'adressant aux patients. Les contenus de ces explorations permettront de dégager des résultats en vue d'analyses transversales et longitudinales pour tenter de répondre à l'hypothèse exposée ultérieurement.

Enfin l'ensemble de ce travail incitera à élargir cette approche par le biais d'expériences et de réflexions personnelles en lien avec la démarche ergothérapeutique.

D) Cadre théorique

Il convient en tout premier lieu de préciser deux termes qui seront récurrents et occupants une place centrale dans ce mémoire.

Tout d'abord, définir la santé. Selon l'OMS, en 1946, la santé est : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité* »⁵. Ensuite, et parce que le terme peut vite être associé à d'autres, il est nécessaire de définir l'activité physique, elle « *correspond à tous les mouvements du corps produits par la contraction des muscles, qui augmente la dépense énergétique. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, ceux effectués lors du temps de travail, comme lors des loisirs.* »⁶.

a. Éléments contextuels

i. Ergothérapie

L'idéologie de l'ergothérapie apparaît en France dès 1786 et ceci en psychiatrie dans deux hôpitaux parisiens : La Salpêtrière et Bichat. Le psychiatre PINEL⁷ y observe que les patients pauvres, travaillant dans les asiles, améliorent davantage leur état de santé que les personnes aisées. Celles-ci, ne travaillent pas, restent passives dans les institutions⁸.

L'ergothérapie, au sens moderne du terme, débute au début du XX^e siècle en Amérique du Nord ; c'est de nouveau grâce à des médecins psychiatres que les contours de l'ergothérapie apparaissent au travers de la mise en place de thérapies basées sur l'activité comme élément majeur de la prise en charge. Cette vision de l'activité dans le soin et dans la santé s'étend petit à petit à la réadaptation au travail et c'est ainsi que l'activité devient un élément indispensable dans la restauration des capacités physiques.⁹

En France, elle prend place parmi les professions de la santé dans les années cinquante, avec les deux premiers instituts de formation à Paris et à Nancy en 1954. Dans les années soixante-dix, la notion du handicap, de son identification, de sa nomination, apparaît et, l'ergothérapie tient compte alors du contexte environnemental et social de la personne dans

⁵ <http://www.who.int/about/mission/fr/>

⁶ IREPS de Bourgogne – n°6 – Novembre 2015- *Activités physiques et sportives pour la santé : des recommandations à la pratique*

⁷ Philippe PINEL (1745-1826) Première classification des maladies mentales. Il a influencé la psychiatrie et le traitement des aliénés.

⁸ Pascale ADENOT - 2013 - *Et si l'ergothérapie se faisait savoir*

⁹ www.anfe.fr/historique

sa démarche de suivi et de prise en charge. L'ergothérapie associe donc la personne à des contextes et à une démarche de soin autour de l'activité.

L'objectif de l'ergothérapie est de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement* »¹⁰.

1. Représentation sociale

Actuellement, la profession d'ergothérapeute est en plein essor en France. En effet, la société subit plusieurs facteurs qui la transforment radicalement : découvertes scientifiques sur des nouvelles pathologies, développement de nouvelles technologies médicales, augmentation de l'espérance de vie, vieillissement de la population, génération papy-boom, ...

Le développement de ces phénomènes entraîne une réponse de la société pour s'adapter à ces changements. Ainsi, plusieurs actions de promotion de la santé permettent une nouvelle connaissance et valorisation de la profession et ceci d'autant plus que cette discipline, paramédicale, a pour objectif, comme le rapporte la fédération mondiale des ergothérapeutes, de « *permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne* »¹¹.

2. Représentation professionnelle

La formation en école d'Ergothérapie transmet les connaissances propres à sa discipline, à savoir qu'elle tient compte de ses spécificités, de techniques acquises, de savoirs, de mise en situation. Par l'obtention de son diplôme d'État après 3 années de formation, l'ergothérapeute diplômé, est dans le droit de pratiquer au sein de structures médicales, médico-sociales et sociales.

Selon le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986, les ergothérapeutes

peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social, [...], aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou

¹⁰ Severine DECLERCQ - Janvier 2011 - L'ergothérapie, un métier aux facettes multiples

¹¹ <http://www.wfot.org/>

*intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.*¹²

3. Champs d'action

L'Ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. En anglais cette profession se traduit par « *Occupational therapist* », à savoir un thérapeute utilisant l'activité occupationnelle comme source d'action.

Parce que l'ergothérapeute place l'humain au centre de sa prise en charge, il doit en tenir compte dans sa globalité. C'est la mise en place du modèle biopsychosocial ; celui-ci peut se définir ainsi : bio = prise en charge somatique ; psy = prise en charge psychologique et social = prise en compte de l'environnement et de la société.

L'intention globale de l'ergothérapeute peut se résumer en trois mots clés : Retrouver de l'**autonomie** et/ou de l'**indépendance** grâce à l'**activité**. L'ergothérapeute exerce majoritairement sur prescription et préconisation médicale. Les deux grandes lignes de la rééducation et de la réadaptation sont les piliers de ses interventions, les champs d'action sont en lien avec les domaines médicaux, sociaux et éducatifs. Les domaines d'intervention de l'ergothérapeute sont les soins personnels, les loisirs et la productivité (et par extension le déplacement, la communication, les études, ...). Pour cela, il/elle va réaliser un diagnostic d'ergothérapie pour mettre en lumière le profil occupationnel de la personne. Ensuite il va proposer des schémas et des activités thérapeutiques adaptées aux patients

Cette pluri-dimensionnalité conduit à une diversification des compétences. Cette diversité implique implicitement des limites professionnelles parfois floues et parfois rejointes par d'autres professions paramédicales qui peuvent s'y identifier et y intervenir. Cette caractéristique est renforcée également par une diversité des domaines d'intervention de l'ergothérapeute, que ce soit au niveau de l'âge de la population, des lieux d'intervention (lieux de vie, institutions, détention, domicile, centres hospitaliers, centres psychiatriques, ...), des handicaps (moteur, sensoriel, mentale, psychique, cognitif, sociale) ou déficits rencontrés.

¹² Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

ii. Activité Physique Adaptée

Pour saisir l'APA, il est nécessaire d'en faire la différenciation d'une part avec l'activité physique (citée au début de cette partie « Cadre théorique ») mais aussi avec ce que l'on entend de la notion de sport. On définit le sport par « *toutes formes d'activités physiques et sportives qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux* »¹³. Ainsi l'activité physique, adaptée ou non, peut donner lieu à un sport mais son inverse n'est pas systématique.

Les origines du lien entre corps et esprit par la pratique d'activités physiques remontent à près de 3000 ans avant J.C. Les anciens Chinois, croyant en l'importance d'un corps sain, ont développé très tôt des exercices destinés à améliorer la santé. Ils ont créé entre autres les bases structurelles du Kung fu et du Taïchi. En Europe, la gymnastique suédoise, avec Per Henrik Ling (1776–1839), apparaît comme précurseur de l'éducation physique adaptée ; il découvrit les effets bénéfiques de l'exercice quand ils l'aidèrent à guérir son bras fragile.¹⁴

L'Activité Physique Adaptée fait réellement son apparition dans les années 1977 au Québec lors d'un congrès mondial. En France, en 1980 elle fait ses débuts jusqu'à être officiellement reconnue en mai 1982 par la première licence à Montpellier. En 2007, en France l'APA évolue et passe à l'Activité Physique Adaptée et Santé (APA-S) afin d'élargir la perception de la formation, qui se limitait faussement au domaine du handicap.

L'IFAPA (International Federation of Adapted Physical Activity) a vu le jour en 1989, elle régit, structure et débat des avancées et réflexions en matière d'APA. A ce titre, elle définit l'APA :

Comme un corps de connaissance pluridisciplinaire dirigé vers l'identification des différences individuelles en activité physique. C'est un service délivré par un professionnel qui a suivi un cursus universitaire sur les déficiences et différences individuelles, l'accès à un style de vie actif, l'innovation et la coopération dans des programmes ou institutions spécialisées. L'APA inclut l'éducation physique, le sport, les loisirs, la danse, la nutrition, la médecine et la réhabilitation (IFAPA, 2004)

¹³ <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Donnees-scientifiques/>

¹⁴ PALACKÝ UNIVERSITY OLOMOUC – 2010 - *European Standards in Adapted Physical Activity*

1. Représentation sociale

L'activité physique est présente partout dans notre quotidien (dans les déplacements, à l'école, dans les médias, au travers d'événements nationaux et internationaux, ...), que l'on soit valide ou non valide elle nous est accessible. À la différence de certaines autres activités : musique (coût élevé, un minimum de capacités artistiques et de réflexion), écriture (savoir écrire correctement, syndrome de la feuille blanche), l'Activité Physique (AP) est au contraire, plus facilement accessible à tous. La marche ou le déplacement reste de l'AP et ainsi constitue la première activité réalisable pour n'importe qui. Le sport est un outil d'intégration privilégié parce qu'il porte naturellement les valeurs de respect, de tolérance, et d'efforts, ce qui facilite la vie sociale. Par sa pratique mondiale, il reste une activité reconnue dans le monde des valides où on y montre son potentiel plutôt que ses limites.

Le sport n'est pas seulement miroir, il est aussi produit : produit de la modernité, estampillé « *bon pour la santé* ». Cette maxime concourt à promouvoir l'expression de Juvénal : « *Mens sana in corpore sano* » (Un esprit sain dans un corps sain)¹⁵. Comme l'indique le rapport de l'INSERM¹⁶ de 2008, le sport aide tout autant à se maintenir en forme, à être bien dans son corps qu'à « *garder le moral* », à se sentir bien dans sa tête. Il contribue à l'équilibre de l'homme et sa santé, en conjuguant perspective préventive et curative.

DE POTTER définit en 2004 l'APA par : « *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* ». ¹⁷

L'APA est une adaptation d'activité physique qui contribue à la diminution des déficiences (niveau fonctionnel) ainsi qu'au handicap (niveau social) des personnes présentant un ou des problèmes de santé temporaires ou chroniques. L'activité sous cette forme est donc dédiée à des personnes qui ont des besoins spécifiques.

2. Représentation professionnelle

L'APA est une pratique non médicamenteuse mise en place par des Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA). Ces professionnels obtiennent ce statut après trois années d'études en STAPS et l'obtention d'une licence APA-S.

¹⁵ Magali KUDELSKI - Octobre 2010 - *Le sport, le laissé-pour-compte de la psychiatrie ?*

¹⁶ Collectif INSERM - Paris : INSERM, 2008 - *Activité physique. Contexte et effets sur la santé.*

¹⁷ C. FABRE - 2010 - *Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée.*

Selon le décret du 30 décembre 2016, le médecin traitant peut prescrire une APA qui sera dispensée entre autres par un intervenant titulaire d'un diplôme dans le domaine de l'APA, délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation.¹⁸

Selon le Code du sport, Les EAPA représentent l'« *encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique* ». ¹⁹

Les EAPA appartiennent aux nouveaux métiers de la santé et de l'insertion sociale, ils interviennent dans le domaine sanitaire, médico-social mais leur statut ne leur permet pas de prodiguer du soin, au sens légal du terme. L'EAPA n'est pas rééducateur, il n'est pas considéré comme paramédical, pour autant il peut agir dans les mêmes champs d'intervention qu'un ergothérapeute lors de la mise en place d'activité notamment. Par son approche et ses compétences spécifiques acquises lors de sa formation, il apporte une valeur ajoutée à la prise en charge des bénéficiaires.²⁰

3. Champs d'action

L'EAPA intervient auprès du patient selon quatre aspects :

➤ Le support spécifique : L'activité est physique, sportive ou artistique. L'objectif étant de mettre en mouvement le corps au travers d'une activité intentionnelle physique, sportive, ludique ou artistique en permettant aux personnes d'agir avec le sentiment d'appartenir à un groupe, à un collectif de personnes semblables. L'activité est adaptée aux besoins spécifiques des publics visés quel que soit la particularité (différence de handicap, d'âge, de maladie, ...)

➤ La visée éducative : La diversité des activités à mettre en place tant dans leur forme que dans leur contenu constitue le champ pédagogique de l'EAPA. En plus de l'objectif de soin pris en compte par le praticien en APA pour la personne (développement des fonctions cognitives, et sociales, physiques et psychologiques), il agit également pour le maintien et le développement des capacités existantes. Et ceci avec l'intérêt que la pratique de l'activité choisie permet un état de mieux-être chez le patient.

¹⁸ 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

¹⁹ Article A. 212-1 du Code du Sport de 2004

²⁰ Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée - 2016 - *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activité physique adaptée*

➤ Une démarche multidimensionnelle : La pratique d'une APA mobilise à la fois les dimensions biologiques, cognitives, psychologiques et sociales de la personne. À travers la mise en place d'une prise en charge thérapeutique mais aussi sociale, les personnes participent au développement de leur autonomie et de leur qualité de vie. L'EAPA est en capacité d'interagir sur l'ensemble de ces registres par la mise en œuvre d'activités physiques, sportives ou artistiques.

➤ La diversité des conditions d'exercice : Un professionnel mettant en place des APA peut se permettre d'apporter son savoir faire à la fois auprès d'un large panel d'institutions mais aussi auprès d'un très large panel de publics :

Enfants et adultes en situation de handicap / Personnes en affection de longues durées / Personnes hospitalisées ou suite à une hospitalisation / Personnes âgées / Sportifs professionnels / Personnes fragiles et en demande d'activités physiques, ...²¹

iii. Psychiatrie

La psychiatrie est une spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques²².

Elle commence à faire ses premiers pas avec une reconnaissance des troubles mentaux durant la Renaissance où des établissements pour "insensés" sont créés. Avec le Siècle des Lumières, apparaît les réflexions propres à la raison, à l'individu et à sa capacité de pensée, Descartes parle alors de la séparation de l'âme et du corps. La " folie" accède au rang de maladie. Au XVIIIème siècle, des traitements thérapeutiques commencent mais restent cloisonnés car ils s'opposent à la reconnaissance de la distinction entre maladie mentale et maladie physique.

En France, le contexte de la Révolution permet la progression des libertés et des droits humains et favorise des réflexions portées par les pères de la psychiatrie : Philippe Pinel (1745-1826) et Jean-Etienne Esquirol (1772-1840). Cependant il faudra attendre 1808 pour que le terme psychiatrie, du grec *Psyche*, Âme ou Esprit en Grec, soit retenu par un Allemand, Johann Christian Reil (1759-1813). La psychiatrie devient alors une spécialité médicale à part entière basée sur des modèles de soins, développant des thérapies pharmaceutiques et utilisant des tests psychologiques.

²¹ Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée - 2016 - *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activité physique adaptée*

²² Larousse - Définition du mot «psychiatrie »

En France, une séparation entre la neurochirurgie et la psychiatrie s'opère à la fin du XIX^{ème} siècle avec l'école de Charcot, à la Pitié Salpêtrière. Depuis le début du XX^{ème} siècle, une amélioration des connaissances cliniques et aussi des conditions de vie des malades s'effectue, se diversifie et s'enrichit, en lien également avec de nombreuses pratiques thérapeutiques qui innovent pour tenter d'aider les patients atteints de maladies mentales.

On définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. Selon l'OMS, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »²³

1. Spécificité du domaine

La psychiatrie est une discipline qui puise ses origines dans l'histoire de la médecine, la philosophie et la psychologie, à la science de l'âme ; elle s'appuie sur le développement des neurosciences. C'est une discipline à l'interface du médical et du social.

La psychiatrie n'est pas comme les autres spécialités médicales car elle constitue une "médecine morale" prenant en compte l'être humain dans son intégralité. L'homme est un être bio-psycho-social qui existe au carrefour de son être physique, de ses émotions, de son environnement social, affectif, culturel, ... La psychiatrie n'est donc pas une science exacte, car elle se base sur des informations, sur des données difficilement objectives, chiffrables, observables, ... elle fait surtout appel aux sciences humaines et sociales, à la philosophie, à l'anthropologie.²⁴

Les soins en psychiatrie peuvent être administrés à la demande de la personne. Cette prise en charge est nommée "soins libres". Cependant, si la personne présente un danger pour elle ou pour la société, elle peut être hospitalisée sans son consentement. Il existe 3 modalités de soins sous contraintes :

- ◆ Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers, en Urgence (SDTU) ou non, (SDT) qui dépendent des Soins sur Décision des Directeurs d'Etablissement de santé (SDDE),

²³ <http://www.who.int/fr/>

²⁴ Confédération des praticiens des hôpitaux - *La spécificité de la psychiatrie publique*

- ◆ Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent, sans tiers, (SPI) dépendant également du SDDE,
- ◆ Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE)²⁵

Cette prise en charge imposée aux patients pose la question de la notion d'enfermement de l'individu en psychiatrie et donc de son bien-être. Les soins sous contraintes obligent la personne à subir sa prise en charge, son enfermement dans un lieu et la privatisation de sa liberté. Les soins sans consentement interrogent donc la notion du bien-être qui est mis à mal et c'est dans ce contexte qu'intervient la pratique d'activités physiques devenues désormais indispensable en psychiatrie dans la logique du soin. En effet, ses bénéfices, tant au niveau des processus physiologiques, biologiques et psychologiques, apportent des résultats qui peuvent être considérés comme une aide thérapeutique.²⁶

2. Evolution du soin psychiatrique

Le soin psychiatrique a évolué au fil du temps et s'est enrichi de nombreuses pratiques et méthodes de prise en charge. Le soin en psychiatrie a évolué et tend vers une recherche de l'autonomie des patients de plus en plus importante et aussi d'une auto-détermination dans la prise en charge. Parmi ses évolutions et ses pratiques, l'Activité au sens général du terme, que ça soit au travers de la musicothérapie, de l'art-thérapie, de l'activité physique, de l'équithérapie, de la zoothérapie, de la méditation, de la sophrologie, ...a trouvé une place fondamentale dans la prise en charge des patients.

Parmi les patients accueillis dans les différents types de structure de soins psychiatriques : hospitalisation complète : Unité de Soins Protégés (USP) et Unité de Soins Libres (USL), hospitalisation de jour, les Centres Médicaux Psychologiques (CMP), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), ... ; on peut retrouver chez ces personnes des symptômes ne nécessitant pas une hospitalisation : inactivité, insomnie, manque de motivation, fatigue chronique, ...L'activité et notamment l'activité physique viennent en renfort aux traitements classiques pour aider les patients à retrouver un sens dans leur quotidien, leur redonner le désir d'être acteur.²⁷ Au-delà, la pratique d'une activité permet aussi aux patients de mieux se réintégrer socialement, de se réhabiliter aux yeux de la société, de se réapproprier son corps, d'être amenés à prendre soin d'eux-mêmes.

²⁵ Psycom – décembre 2016 - *Modalités de soins psychiatriques*

²⁶ Margarida GASPARD DE MATOS, Luis CALMEIRO, David DA FONSECA – 2009 – *Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression*

²⁷ Manuel GALIANA –1995 - *Le rôle de l'activité physique et l'apport des professionnels de l'activité physique en psychiatrie*

3. Classification des troubles mentaux

La volonté de décrire les maladies mentales, de les classer, de les organiser permet aussi de mieux y répondre, de mieux poser un diagnostic et cela depuis tout temps. Depuis Hippocrate et sa tentative d'expliquer la personnalité via les fluides biologiques, d'autres scientifiques comme Pinel, Bleuler et Freud ont voulu, eux aussi essayer de comprendre les maladies mentales et de mettre en place des recoupements de symptômes afin de classer les maladies. Les différentes classifications répertoriées, permettent de saisir l'évolution des connaissances selon les périodes de l'histoire.

Depuis son apparition en 1952, le DSM est devenu la référence dans la classification des maladies et a beaucoup évolué :

DSM-I 1952 130 pages, 106 maladies / DSM-II 1968 134 pages, 182 maladies / DSM-III 1980 494 pages, 265 maladies / DSM-IV 1994 886 pages, 297 maladies / DSM-5 2013 947 pages, 300 maladies

Pour sa 5^{ème} et dernière version actuelle, le DSM V (Diagnostic en Statistical Manuel of mental disorder), reprend une nosographie internationale éditée par l'APA (Association Américaine de Psychiatrie) selon la classification suivante :

Troubles psychotiques / Troubles de l'humeur / Troubles anxieux / Troubles de la personnalité / Troubles de l'adaptation / Troubles somatoformes / Troubles dissociatifs / Troubles factices / Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle / Trouble de l'alimentation / Démences et troubles cognitifs / Troubles liés à une substance²⁸

Les troubles mentaux ont également d'autres classifications telles que celles du CIM-10 et CFTMEA-R (cf Annexe I)

b. Éléments conceptuels

i. Identité

Lorsqu'on parle d'Identité, il est facile à la fois d'être compris et incompris tant ce concept est ambivalent car non réellement défini, l'identité du mot Identité n'est pas

²⁸ Michel PERRIER – 2015 – *Approche à la santé mentale*

identifié ! Alors même que le mot est utilisé couramment dans la société et que le sens commun est de définir l'identité comme résultant de données propres à quelqu'un, quelque chose, un groupe, une société, un espace, ..., elle reste multiple : l'identité personnelle, l'identité culturelle, la similitude ou l'unité, la propension à l'identification, ... sont autant d'exemples de la pluralité de ce concept et du sens que l'on peut y donner.²⁹

Toutefois dans le cadre de notre étude nous allons nous baser sur le principe de l'identité d'une personne, d'un groupe. Pour répondre à cela, il convient de réaliser une liste de caractéristiques propre à ce que l'on cherche à identifier afin de pouvoir différencier par la suite une personne / un groupe d'individus, d'un autre. L'identité donne aux individus les principes d'appartenance et de spécificité³⁰, c'est-à-dire à la fois d'être perçu comme un semblable et appartenant à un groupe mais aussi d'être perçu comme un individu singulier.

L'Identité peut donc être quelque chose de muable, en évolution et subjectif, c'est le résultat de plusieurs identités distinctes vécues et perçues, elle est à la fois personnelle et sociale :

➤ L'identité vécue d'une personne est donc propre à celle-ci, c'est la sienne, celle qu'elle s'est construite en se basant sur son histoire personnelle, sur sa culture, ses antécédents, son passé. Cette identité, beaucoup plus subjective n'est pas figée, elle se forge au fil du temps en fonction du vécu de la personne.

➤ L'identité perçue est définie par les autres, elle résulte d'une interprétation des actes et paroles de la personne identifiée par rapport à un groupe, à des normes sociales, à une culture ; elle peut être également définie par la perception de l'institution, de l'administration. On pourrait penser qu'elle est plus objective (date de naissance, nationalité, sexe, ...) dans cette situation. Cependant même cette vision possède certaines limites. Dans la mesure où les critères d'identification résultent d'un choix de la personne, de la société, ils sont donc subjectifs (sexe masculin/féminin remis en cause par la notion de genre, de transgenre ; la nationalité remise en question par la notion de gentilé ; ...)

Par ces définitions, le processus identitaire, qu'il soit vécu ou perçu est donc en permanente évolution car l'environnement humain, social, géographique est en mouvement. L'identité d'une personne résulte à la fois de soi-même, mais aussi des autres. En fonction de ses appartenances, chacun en tire plus ou moins de satisfaction, de repères, d'attirances. Si

²⁹ Robinson BAUDRY et Jean-Philippe JUCHS – 2007 – *Définir l'identité*

³⁰ Joseph KASTERSZTEIN – 1990 - *Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamiques des finalités*

l'identité apparaît au premier regard comme une donnée substantielle (tout ce qui me constitue dans ma singularité, tous les attributs qui me définissent), elle se révèle, à l'analyse, davantage comme un processus psychique tendant à réguler la conscience de soi et son évolution temporelle.³¹ C'est avec ces notions particulières de l'identité que l'on construira notre réflexion sur le travail apporté aux patients et sur les apports issus des activités auxquels ils participent.

ii. Qualification

La qualification se définit comme une capacité à exercer un métier ou un poste déterminé. C'est une notion essentielle pour l'employabilité des personnes actives. Ses indicateurs sont l'utilisation de repères tels que : dernier diplôme obtenu, grilles de missions, indices et barèmes de postes, ancienneté du salarié, ... La qualification se mesure donc en fonction des diplômes que l'on a, en expérience cumulée (stages, durée et nature des postes, contenu des missions...). Pour autant, la qualification comporte plusieurs significations telles que :

- la qualification acquise, validée, reconnue par un diplôme,
- la qualification rémunérée : principe selon lequel la qualification évolue avec le temps (qualification par l'expérience) ; progression d'une qualification d'un poste à celle de la personne sur le même poste depuis un temps donné.
- la qualification requise : basée sur le contenu du poste recherché et des exigences demandées.
- la qualification exercée, celle qui permet d'identifier la réalité de l'activité d'un salarié et des savoirs-faires réellement mis en œuvre.³²

Dans le langage courant, la qualification est perçue principalement en fonction de données objectives pour structurer le modèle des postes de travail et leur hiérarchisation. Les qualités humaines ne sont jamais identifiées directement, mais uniquement par l'intermédiaire des requis d'un poste. Ce modèle reste prédominant : c'est autour de lui que s'articulent tous les processus de ressources humaines et organisationnels : recrutement, organisation du travail, rémunération, formation, ... Les individualités humaines n'y occupent aucune place.

³¹ Anne-Marie COSTALAT-FOUNEAU et Edmond Marc LIPIANSKY - 2008 – *Editorial - Connexions*

³² Christine BATIME - Juin 1999 - *Quelques définitions autour de la notion : qualification et compétence*

Les humains ne sont perçus, évalués et commandés qu'en fonction des caractéristiques des postes.³³

Cependant il est nécessaire de parvenir à une identification des tâches fournies / à fournir sur les postes afin de classer celles-ci et ainsi les répartir entre différents professionnels. Ce partage de tâches est indispensable, notamment dans le milieu paramédical pour mettre en avant un travail collaboratif et pluridisciplinaire entre les différents acteurs de prises en charge thérapeutique. Il est nécessaire de tenir compte des tâches produites dans le cadre de ces postes de travail afin de favoriser une complémentarité entre les postes plutôt qu'un dépassement des compétences de l'un sur l'autre.

C'est en effet autour de cette notion que notre intérêt à ce concept trouve sa place, la relation existante entre le diplôme avec la réalité du travail demandé et celui fourni. Ainsi, même si la qualification permet une organisation des compétences dans le travail, le modèle classique peut-être mis en doute et discutable dans la mesure où cette organisation du travail a tendance de plus en plus à être établie non plus par rapport aux diplômes, mais en fonction du travail effectué et donc des compétences mises en œuvre.

iii. Activité

L'action est le principe même du sens de l'homme. L'homme existe en concrétisant des choses pour se réaliser soi-même, cela correspond à un besoin d'engagement et d'accomplissement personnel. L'activité étant la résultante de l'action ; sa perception, son intérêt sont reconnus depuis l'Antiquité.

L'activité pourrait se définir par la faculté d'agir, de produire un effet. Concrètement, c'est la multitude et le déroulement de phénomènes psychiques et physiologiques qui établissent des actes produits par la personne. Ces actes peuvent être de sources différentes dans la mesure où ils sont le résultat soit d'une volonté, soit d'une habitude ou d'un instinct par exemple.³⁴ Pourtant le concept d'activité est à l'origine de divergences. Ainsi « *Pour François Tosquelles (1912-1994), l'activité n'est pas simplement ce qui est fait mais « ce qui abîme l'homme », c'est « tout ce qu'on ne peut pas faire ». [...] L'activité réalisée n'a pas le monopole de l'activité.* »³⁵ Cette réflexion laisse place à l'activité cérébrale comme étant une composante de cette définition de l'activité. L'activité pourrait ainsi se traduire par le résultat

³³ Philippe ZARIFIAN (Professeur de sociologie à l'Université de Marne la Vallée) - *De la notion de qualification à celle de compétence*

³⁴ Marine SOUCHET – 2016 - *Obésité, Réadaptation à l'activité physique et Ergothérapie*

³⁵ Yves Clot – février 2012 – Séminaire *Clinique de l'activité / Psychologie*

d'un acte qui produit quelque chose, qui est fait, ou simplement le résultat d'une pensée, d'une réflexion sans attendre d'acte physique de la part de la personne.

En ergothérapie, l'objectif est de favoriser l'engagement et la participation de personnes au sein d'activités ou d'occupations personnelles afin de leur permettre de récupérer, de compenser, de retrouver des pratiques, des actes. C'est principalement au travers de cette vision de l'activité par l'acte physique et produit que se placent l'intervention ergothérapique et l'intervention par l'activité physique. La mise en place d'activité en ergothérapie, mais également en APA, dans le cadre des activités physiques, tient compte de la nature de l'activité, celle-ci peut-être :

- Signifiante : Un intérêt et une importance pour la personne qui pratique l'activité, qui va lui donner du sens ; intérêt du point de vue de la personne
- Significative: Regard sur le potentiel thérapeutique de l'activité ; intérêt du point de vue du thérapeute

En ergothérapie, l'activité devient alors thérapeutique, elle est une médiation entre le sens que la personne trouve dans l'activité et le sens que trouve le thérapeute dans la prise en charge. L'activité thérapeutique, reliée directement à l'activité, est un objectif en soi. Cette vision donne les moyens d'aller chercher à aider la personne à redevenir autonome dans ses propres activités.³⁶ L'activité thérapeutique est structurable car elle est construite par le professionnel avec des objectifs, une méthode, des étapes et des résultats objectivables et descriptibles. Les activités proposées dans le cadre d'une démarche thérapeutique sont classées généralement en trois domaines :

- Les soins personnels : Ce sont des activités nécessaires à la survie et au bien-être de l'individu. Ce sont des activités routinières et généralement propres à chaque personne que l'on peut baser sur la pyramide de Maslow (cf Annexe II) aux besoins de l'individu sur les deux premiers piliers (1-Survie / 2-Sécurité).
- La productivité : Ce sont des activités permettant un sentiment de contribution et d'appartenance à un groupe, à la société que l'on peut baser sur la pyramide de Maslow (cf Annexe II) aux besoins de l'individu sur les deux piliers 3-Appartenance et 4-Reconnaissance/Estime.
- Les loisirs : Ce sont des activités choisies et réalisées par plaisir permettant aussi de répondre aux besoins de l'individu sur les trois derniers piliers 3-Appartenance, 4-Reconnaissance/Estime et 5-Réalisation de soi de la pyramide de Maslow (cf Annexe II).

³⁶ Muriel LAUNOIS – janvier 2018 – *Activités ou médiations*

C'est principalement dans ce domaine que les travaux des ergothérapeutes et des EAPA vont se croiser.

Au travers de l'approche signifiante de l'activité, il est nécessaire de bien construire la relation entre le thérapeute et le patient. Dans un premier temps, cela permet à la personne de se sentir au centre de sa prise en charge et donc de mieux accepter le projet d'activité proposé en gardant à l'esprit que l'aspect significatif de celui-ci a bien été établi. Le suivi du patient, via le potentiel thérapeutique de / des activités proposée(s), permettra à l'individu d'en sortir grandi et de renforcer sa motivation dans sa prise en charge et dans son projet thérapeutique.

iv. Renforcement personnel

Le renforcement personnel est un processus d'engagement de la personne pour faire face à sa dévalorisation personnelle, pour y remédier. Cette dévalorisation est une perte psychique globale de la personne dans le rapport qu'elle a à elle-même, cela se traduit par un manque de confiance en soi, une peur ou un refus de responsabilité, une difficulté de l'acceptation de soi, une perte d'estime, une baisse ou une absence des relations sociales, ... Les processus qui mettent à mal la santé mentale de l'individu sont nombreux.

La perception de soi-même est devenue, au fil du temps et dans nos sociétés, une résultante primordiale en conséquence de la place centrale que l'on a donné à l'individu. La conséquence de cette place est de savoir comment la personne se voit, et si ce qu'elle voit, elle l'accepte ou pas. Cette vision de notre personnalité est placée au carrefour de trois composantes essentielles du Soi :

- Les aspects comportementaux : notre personnalité est influencée par notre capacité d'action et se nourrit en retour de nos succès
- Des aspects cognitifs : nous dépendons du regard que nous portons sur nous-mêmes, mais notre personnalité fluctue ce regard à la hausse ou à la baisse
- Et enfin principalement d'aspects émotionnels, affectifs : notre personnalité est ce qu'elle est en fonction de notre humeur de base (qu'elle influence fortement en retour).

Ainsi pour résumer, « *une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, [et] est associée à une auto-évaluation plus fiable et plus précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande.* »³⁷

³⁷ Christophe ANDRE – 2005 – *L'estime de soi*

Le renforcement personnel c'est la capacité à prendre des décisions et faire face aux différentes situations qui se présentent dans un objectif d'améliorer son estime de soi et sa confiance en soi. Le renforcement personnel se construit sur des états et des actions de l'individu en tenant compte de réactions face à des expériences vécues, par le fait de se réjouir de ce que l'on réussit, par le bénéfice de la confiance, ... Cela passe par la valorisation de ce que l'on est, de nos sentiments, de nos besoins et désirs et par la capacité à les exprimer et à agir dessus. (cf Annexe III)

v. Relation

La relation c'est le rapport, le lien qui existe, mis en place au minimum entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes, deux êtres.

Dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, il y a au minimum deux acteurs, à savoir le patient et le thérapeute ; cette relation peut aussi être établie entre un patient et l'ensemble de professionnels intervenant dans sa prise en charge. Le terme de relation entre deux êtres est défini par un « *ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.* »³⁸ En prenant en compte la spécificité propre au contexte d'une relation thérapeutique, divers modes de relation existent afin de constituer une approche ou une technique thérapeutique avec le patient. Interprétation, écoute, parole, explication, ...³⁹ sont quelques-uns des nombreux modes d'expression et de communication mis en place dans une relation classique mais également thérapeutique.

Pour autant, lors d'une relation thérapeutique, le contenu des échanges, des partages, des ressentis exprimés s'expriment dans un cadre à la fois personnel et professionnel. Les acteurs de la relation ne sont pas en position symétrique dans la relation. Il y a toujours un émetteur et un récepteur d'une information, et celle-ci est construite selon les identités des personnes. Pour le thérapeute il s'agit de se poser les questions propres à la création de cette relation : Quels repères se donner ? Quelle attitude adopter ? Quand ? Pour quoi faire ? ... Il s'agit de se constituer des codes de pratique relationnelle pour être en capacité de gérer de façon optimale et opérationnelle la relation à établir avec le patient, cela implique d'agir sur :

➤ La distance thérapeutique : Afin de maintenir un niveau de compétence et de pertinence dans le cadre d'une relation thérapeutique, le thérapeute se doit d'agir avec une

³⁸ Larousse - Définition du mot «relations »

³⁹ Eric BONVIN – 2006 - Pour une initiation propédeutique à la relation thérapeutique

neutralité solide et propre à son cadre professionnel. Il doit mettre en place une discrétion, propre à son jugement et à sa sécurité, sur sa vie privée et s'interdire de toute intervention dans celle du patient qui ne résulterait pas explicitement d'un objectif thérapeutique mis en place.

➤ L'alliance thérapeutique : C'est la combinaison suffisante de proximité et d'empathie que le professionnel affiche avec le patient pour que celui-ci lui accorde la confiance nécessaire à la mise en place d'une relation de soin. Une bonne alliance thérapeutique permet une meilleure mise en œuvre des interventions thérapeutiques et diminue le risque de rejet dû à des émotions trop fortes et souvent négatives. Cela réduit aussi la possibilité d'un décrochage de la relation thérapeutique et/ou de l'arrêt de la thérapie elle-même.⁴⁰

Dans le cadre de notre étude, nous nous posons aussi la réflexion de la relation interprofessionnelle. La prise en charge d'un patient se réalise au travers d'un kaléidoscope de professionnels du milieu médical, paramédical et social. La mise en place d'un travail renforcé dans le suivi du patient s'articule notamment par la dimension relationnelle existante entre les différents professionnels et sur deux principes :

➤ La finalisation : C'est la mise en place d'objectifs communs et une appropriation de ceux-ci par tous. Cela comprend aussi la reconnaissance des différentes professions (méthodes, champs d'actions, compétences, ..) et des attentes de chacun dans le processus de collaboration, cela passe par des réunions de synthèse et d'équipe.

➤ L'intériorisation : C'est la prise de conscience de l'interdépendance professionnelle et de la complémentarité de chacun afin de mieux structurer la finalisation. Cela se met en place lorsqu'il existe un partage de valeurs communes, par des rapports de confiance et par une acceptation du partage de responsabilités.⁴¹

c. La place des professionnels en psychiatrie

i. L'ergothérapeute

L'ergothérapie, dans une démarche de santé mentale, semble moins (re)connue que dans le domaine de la santé physique. Pourtant les objectifs généraux de prise en charge

⁴⁰ Salomon NASIELSKI – 2012 - *Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance*

⁴¹ Michèle KOSREMELLI ASMAR, Frédéric WACHEUX – Septembre 2007 - *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle*

restent identiques ; en effet selon l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), l'ergothérapie « *prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.* »⁴². L'ergothérapeute met en place des démarches de soins en prenant en compte les occupations des personnes, il propose une prise en charge thérapeutique axée sur un diagnostic ergothérapeutique du patient.

Le professionnel a donc bel et bien sa place auprès du public souffrant de troubles psychiques qui font face à des difficultés d'indépendance et d'autonomie dans leur environnement quotidien et social. L'ergothérapeute en psychiatrie construit principalement sa prise en charge sur l'aspect relationnel pour objectif de permettre de retrouver une identité occupationnelle, de la positionner au monde et dans ses rapports avec les autres. Cela se traduit par la réalisation d'activités avec le patient permettant d'agir sur la confiance en soi afin de dégager des sentiments de renarcissisation (retrouver une image positive de soi, réapprendre à s'aimer) et de revalorisation.

En psychiatrie, l'ergothérapeute a de nombreux champs d'actions. Il peut mettre en place des activités thérapeutiques basées sur des ateliers créatifs, d'expression, également sur des programmes autour du jeu et amener ainsi des processus structurants, expressifs, projectifs, ... L'intérêt de l'ergothérapeute peut également être de valoriser la personne au travers d'une alliance thérapeutique, et de renforcer l'engagement du patient, nécessaire à sa prise en charge et au suivi thérapeutique.

L'ergothérapeute en psychiatrie se base sur différents modèles conceptuels interdisciplinaires :

1. Le Principe Psycho-dynamique :

C'est une approche basée sur l'état psychique d'une personne en tenant compte de son passé, de ses expériences, de son vécu. La thérapie dans cette vision consiste à comprendre et faire comprendre au patient que leur état est le résultat de cette histoire vécue et qu'elle a influencé de manière volontaire ou non la personne elle-même. Ainsi lors du diagnostic, les difficultés établies sont, de ce point de vue, en lien avec des conflits inconscients résultant du passé du patient. C'est donc par la mise en place d'activités thérapeutiques et de l'analyse de celles-ci que l'ergothérapeute cherchera à délier cette parole pour que le patient puisse redonner du sens à son histoire. Cette approche provient de plusieurs études et théories

⁴² <http://anfe.fr/>

amenées par Sigmund Freud et enrichies par d'autres théoriciens tels que Donald Winnicott, Maud Mannoni, Mélanie Klein.^{43 44}

2. La Thérapie Cognitivo-Comportementale

Cette thérapie tient compte de théories issues du comportementalisme (apprentissage des comportements) et du cognitivisme (traitement mental des informations). L'objectif étant de définir les comportements inadaptés et les idées négatives et de les remplacer par des principes ancrés et adaptés à la réalité dans laquelle le patient évolue. À travers la démarche thérapeutique, l'ergothérapeute va proposer des activités où le patient sera amené à analyser lui-même son environnement, son comportement, ses réactions et enfin à en tenir compte afin qu'il puisse modifier ses comportements. Cette thérapie, bien qu'utilisant les aspects cognitifs et comportementaux, devra, pour l'ergothérapeute s'appuyer plus sur l'un ou l'autre de ces aspects en tenant compte des problèmes rencontrés et des préférences des patients.⁴⁵

3. L'activité / la médiation

Ce sont des modèles tels que :

➤ MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) qui « *étudie les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement pour mettre en place des activités* »⁴⁶

➤ MCREO-P (Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation) qui « *prend en compte la subjectivité de la personne, [...] il cherche à favoriser l'engagement de la personne dans l'activité* »⁴⁷

Ces modèles ont aussi la particularité de pouvoir être perçus comme des outils plaçant l'activité au centre de la démarche thérapeutique. Partant d'un postulat que l'homme est et vit au travers d'actes et d'occupations, que ce soit dans la vie quotidienne, mais aussi dans les loisirs et dans la productivité, il convient de le replacer dans sa prise en charge dans cette même continuité d'actions et d'occupations au travers d'activités thérapeutiques et significatives pour lui. La différence principale entre l'activité et la médiation proviendra de l'orientation souhaitée. L'activité est un objectif en soi pour permettre au patient de retrouver

⁴³ Muriel LAUNOIS – 2015 – ergopsy.com

⁴⁴ <http://www.stepp.ca/Approche-psychodynamique/>

⁴⁵ <http://www.stepp.ca/Approche-cognitivo-comportementale/>

⁴⁶ Muriel LAUNOIS – 2015 – ergopsy.com

⁴⁷ *Ibid.*

des capacités d'utilisation et de favoriser des situations et des expériences concrètes et reproductibles ; tandis que la médiation s'inscrit comme étant un moyen d'expression pour permettre au patient de retrouver une parole personnelle et non celle d'autrui, elle permet à la personne de retrouver un sens dans la symbolique et l'expérience de vie passée et présente.⁴⁸

ii. L'Enseignant en Activité Physique Adaptée

Dans de nombreux milieux, l'activité physique peut-être perçue comme un moyen de libération du corps, de défoulement, d'emmagasinement d'énergie, le tout dans un objectif sain pour le corps et l'esprit. Cet état de fait existe tout autant en psychiatrie au bénéfice de patients atteints de troubles psychiques. L'approche d'une activité physique au quotidien engage souvent la personne sur une période relativement longue et ceci d'autant plus en psychiatrie en comparaison à d'autres milieux médicaux. Le traitement des patients y est plus complexe et long et c'est dans cette optique de soin que l'Enseignant en APA (EAPA) sera efficace afin d'apporter une démarche thérapeutique en lien avec les autres professionnels pour encourager chez la personne la motivation, la stimulation, certaines réhabilitations spécifiques, ... par exemple.⁴⁹ Au travers du corps et du regard que l'on porte dessus, l'Activité Physique Adaptée (APA) permet d'appréhender certaines composantes qui font défaut chez les patients en milieu psychiatrique : acceptation de soi, estime de soi, capacité d'agir, ... Les activités physiques et sportives permettent justement au patient de mettre en action leur corps, d'y projeter une/des images. Elles permettent beaucoup de choses dans la réhabilitation et la réadaptation sociale. Les personnes seront confrontées, au travers des APA proposées, à l'intégration dans un groupe, à travailler avec les autres, à faire évoluer son corps pour le rendre "capable de".⁵⁰

En réalité, de nombreuses études amènent les bienfaits de l'activité physique en psychiatrie pour contribuer à répondre à de nombreuses problématiques vécues par les patients. D.Tordeurs démontre dans ses études que l'exercice physique sur les patients permet une amélioration de leur santé mentale et annonce que certaines études considèrent la pratique

⁴⁸ Muriel LAUNOIS – 2018 – *Activités ou médiations ?*

⁴⁹ Manuel GALIANA –1995 - *Le rôle de l'activité physique et l'apport des professionnels de l'activité physique en psychiatrie*

⁵⁰ Marie-Christine LANFRANCHI – 1993 – *Sport adapté et psychiatrie*

d'activités physiques comme étant « *aussi ou plus efficace que le traitement médicamenteux et/ou la psychothérapie* ». ⁵¹

Il convient de préciser en effet que la profession d'Enseignant en APA n'est pas encore reconnue comme étant paramédical. En conséquence, son statut ne bénéficie pas de la même connaissance de son identité auprès des autres professionnels ni de la même reconnaissance de ses compétences. La prise en charge des patients en psychiatrie se confronte alors légalement au statut de thérapeute, l'EAPA, n'a donc pas la qualification acquise par le diplôme pour pouvoir réaliser une démarche thérapeutique, celle-ci est remise en question par la notion de qualification exercée.

L'EAPA intervient auprès du public atteint de troubles psychiques en mettant en place une programmation d'AP adaptées aux patients. Cette programmation doit être un cadre facilitateur pour atteindre les objectifs d'un plan de réadaptation et non considéré comme une finalité. ⁵² La mise en place d'APA en psychiatrie apporte certains bienfaits :

➤ Physiques : Les patients en psychiatrie sont généralement sédentaires et donc plus souvent enclins à des risques de déconditionnement physique, de coupure sociale, de pathologies associées à l'inactivité. Les APA permettent donc une amorce et un maintien de certaines capacités motrices et jouent un rôle social.

➤ Psychiques : Les activités mises en place par des EAPA influencent différents aspects du bien-être et de la santé mentale telles que :

- ◆ Le plaisir corporel (sensations physiques et neurotransmetteurs)
- ◆ La baisse de l'anxiété (d'état et somatique)
- ◆ Meilleure image de soi et de son corps
- ◆ Evaluation positive des autres (pairs, éducateurs, famille) ⁵³

iii. EAPA et ERGO, deux professions complémentaires

« *C'est en agissant que les gens façonnent, construisent ce qu'ils sont* » (Mignet, 2013) ⁵⁴.

C'est ainsi par le rôle même des ergothérapeutes et des EAPA que le lien entre les deux professions existe. Ils sont tous deux dans l'activité et dans l'action du patient au cœur

⁵¹ D.TORDEURS, P.JANNE, A.APPART, N.ZDANOWICZ, C. REYNAERT – 2010 – *Efficacité de l'exercice physique en psychiatrie : une voie thérapeutique ?*

⁵² Robert LEGARA – 1993 – *Rôle de l'activité physique adaptée en psychiatrie de longue durée*

⁵³ <http://ergo-psycho.com/activite-physique-et-sante-mentale/>

⁵⁴ Charlotte DUCOUSSO-LACAZE - Mars 2014 - *Ergothérapie et activité sportive pratiquée par des personnes schizophrènes*

de sa prise en charge. Ainsi, c'est par ces mots de Mignet, que l'ergothérapie et les APA peuvent bâtir un programme de soin commun et novateur donnant ainsi une nouvelle perspective d'orientation non médicamenteuse.

L'ergothérapie et l'APA se rejoignent dans des objectifs communs : l'autonomie, l'indépendance et la qualité de vie. La complémentarité entre les deux professions existe dans le suivi et la mise en place de la démarche de soin. L'ergothérapeute permet l'adaptation et l'accès à l'APA et l'environnement : autonomie dans le déplacement, accessibilité des bâtiments, proposition d'un programme d'APA. En effet, l'ergothérapeute est habilité à proposer une démarche thérapeutique incluant des activités physiques et sportives, toutefois, il ne peut pas les encadrer. Ainsi le Code du sport précise que :

*Seuls peuvent, contre rémunération, enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive ou entraîner ses pratiquants, à titre d'occupation principale ou secondaire, de façon habituelle, saisonnière ou occasionnelle [...] les titulaires d'un diplôme, titre à finalité professionnelle ou certification de qualification : garantissant la compétence de son titulaire en matière de sécurité des pratiquants et des tiers dans l'activité considérée ; et enregistré au répertoire national des certifications professionnelles.*⁵⁵

Ce texte définit bien que c'est dans la pratique (encadrement, animation et enseignement) d'une discipline physique ou sportive que seul l'EAPA peut proposer son travail et ses compétences auprès des patients. L'EAPA va pouvoir, grâce à l'activité physique, apporter son concours à la réalisation des objectifs thérapeutiques pour le patient. Titulaire d'une licence STAPS mention APA-S, l'EAPA

*propose des situations motrices d'enseignement qui utilisent des activités physiques, sportives ou artistiques dans des conditions techniques, matérielles, réglementaires et motivationnelles adaptées à la situation et à la sécurité du pratiquant, dans un objectif de rééducation, de réadaptation, d'éducation, de prévention et/ou d'insertion sociale.*⁵⁶

C'est dans cette définition, relativement similaire avec celle de l'ergothérapie, que le risque d'un glissement de compétence apparaît. L'univers médico-social est marqué par la

⁵⁵ Code du sport - art. L-212-1, 2004

⁵⁶ Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée - 2016 - *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activité physique adaptée*

présence de nombreuses disciplines paramédicales et par leurs professionnels (Ergothérapeutes, Masseurs-Kinésithérapeutes, Psychomotriciens, ...) et non paramédical mais évoluant avec le même public (Enseignants en Activité Physique Adapté, Educateurs Sportifs, Educateurs Spécialisés, ...). Ces différentes professions utilisent des pratiques de rééducation complémentaires et parfois proches tant dans les méthodes que dans les objectifs. Le travail commun de deux professionnels ergothérapeute et EAPA serait donc intéressant pour permettre de développer des capacités de coopération de complémentarité. Il reste que les pratiques réelles font apparaître des glissements de tâches par des manques de postes et des récupérations de compétences lors de formations complémentaires. Pour autant l'ensemble de ces professions se doit de trouver un terrain d'entente dans la coopération et la complémentarité.

d. Le patient au centre de sa prise en charge

Au-delà de ces questionnements sur les compétences de chacun, il reste que l'objectif des professionnels, dans une démarche de soin, est de permettre aux patients de redevenir acteur de leur vie, de leur prise en charge. À travers l'activité thérapeutique de l'ergothérapeute ou de l'activité physique de l'EAPA, il est nécessaire que l'activité soit signifiante (a un sens pour le patient) et/ou significative (a un sens pour les autres, l'environnement) pour que l'envie, la motivation de prendre part à la prise en charge de la personne puisse exister.

Rendre acteur la personne, c'est faire notamment en sorte qu'elle s'engage ; c'est permettre au patient de trouver un sens à la réalisation d'une activité, lui donner le sentiment de choisir et de participer à sa prise en charge. Ainsi c'est par l'activité, signifiante et/ou significative, que peut naître de la motivation.⁵⁷ C'est cela qui permet à chacun d'agir, d'effectuer des choix et ceci pour répondre à un besoin, une envie. Lorsque la réponse à ce stimulus existe, on est en capacité de prendre plaisir à ce choix, à cette action, la personne est donc libre d'action et devient autonome ; elle est actrice de sa vie, de sa prise en charge dans le cadre d'un patient.

Cette volonté d'auto-détermination fait appel au concept d'empowerment. Arrivé en France dans les années 2000, le concept existe depuis plusieurs décennies aux Etats-Unis.

⁵⁷ Marie GUITTET – 2017 – *Résilience et activité physique et sportive*

Cette notion désigne aussi bien un état qu'un processus individuel ou collectif. L'empowerment c'est « *développer le pouvoir d'action qu'on a tous en soi. L'idée étant que la personne puisse faire ses propres choix et soit décisionnaire de son projet de vie* »⁵⁸, explique Emmanuelle Jouet, chercheuse en santé mentale au Laboratoire de recherche de l'hôpital Maison Blanche.⁵⁹ Ainsi pour favoriser cette prise en charge et cet engagement, les professionnels doivent permettre au patient, au travers des activités proposées, de se motiver :

➤ Intrinsèquement : L'intrinsèque définit « *ce qui est inhérent à quelqu'un, à quelque chose qui lui appartient en propre* »⁶⁰. La motivation intrinsèque est présente lorsqu'on réalise quelque chose simplement dans le but de faire cette chose, et non à cause d'un facteur externe ou d'une raison ultérieure.

➤ Extrinsèquement : L'extrinsèque définit « *ce qui est extérieur, n'appartient pas à l'essence de quelque chose* »⁶¹. La motivation extrinsèque est présente lorsque l'on fait quelque chose qui est reliée à un environnement externe à l'action produite, elle existe lorsque l'élément motivant l'action n'a pas de relation directe avec ce qui est fait.

II) Problématique et hypothèse

Selon l'OMS la santé peut être complétée dans sa définition par le fait qu'elle, « *est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. [...] Une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie* »⁶².

L'action, le "faire" est un des outils principaux de notre activité quotidienne, de nos engagements, et de fait, est au carrefour de certaines professions telles que l'ergothérapie et l'enseignement en activité physique adaptée. L'ergothérapie est une science fondée sur la rééducation et la réadaptation de la personne et notamment la mise en mouvement que l'on retrouve dans les activités du quotidien, mais également lors des loisirs et plus particulièrement lors d'activités physiques et sportives.

⁵⁸ Marie-Hélène BACQUE et Carole BIEWENER – 2013 - *L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation*

⁵⁹ Marc Olano – 2015 - *L'empowerment en santé mentale*

⁶⁰ Larousse - Définition du mot « intrinsèque »

⁶¹ Larousse - Définition du mot « extrinsèque »

⁶² IREPS de Bourgogne – n°6 – Novembre 2015- *Activités physiques et sportives pour la santé : des recommandations à la pratique*

L'ergothérapeute est souvent perçu comme un "Mc Gyver" professionnel, une sorte de touche à tout aux multiples compétences, une image qui symbolise bien sa polyvalence d'actions. Il a la possibilité d'accompagner les personnes au travers des médiations aussi variées que riches, en y mêlant l'artistique, le créatif, le cognitif et les activités physiques. Ceci d'autant plus que dans le domaine de la santé mentale, un milieu ne s'apparentant pas aux services fonctionnels ou médico-sociaux, l'ergothérapeute a depuis quelques années, une place qui lui est enfin reconnue.

L'approfondissement théorique, par lequel ce mémoire se dessine, fait suite à une première série de questions sur la pratique professionnelle. Cet éclairage littéraire met en exergue les contextes et concepts associés à la recherche que nous poursuivrons dès le questionnement explicité ci-dessous.

La réflexion qui fait suite à cette problématique est l'aboutissement du travail de recherche effectué en amont. Elle donnera lieu à une démarche analytique et clinique de ce questionnement professionnel.

La problématique est la suivante :

« En utilisant l'activité en psychiatrie, un professionnel diplômé Ergothérapeute – Enseignant en activité physique adaptée propose-t-il une prise en charge thérapeutique renforcée ? »

Ceci évoque une volonté, au travers des multiples compétences des professions citées, de rendre plus acteur le patient dans sa prise en charge thérapeutique. En effet, il convient de se questionner afin de trouver comment conjuguer le savoir scientifique, médical et de soins, avec le savoir profane du patient, issu de son expérience de vie ? La double qualification d'un professionnel, permet-elle donc de mieux saisir et répondre aux spécificités du patient, pour conduire une meilleure participation active de celui-ci ?

Suite à cela, ce questionnement laisse place à l'élaboration d'une hypothèse de recherche faisant état de la pratique ergothérapique, vue de manière plus large que son champ d'action habituel.

Cette hypothèse est la suivante :

« Les patients en psychiatrie, ayant bénéficié d'une prise en charge par un professionnel possédant la double qualification ergothérapeute – enseignant en activité physique adaptée, deviennent plus acteurs de leur thérapie. »

III) Méthodologie de recherche

Pour vérifier l'hypothèse établie, il est important de construire un dispositif d'investigation. Il permettra de conduire la recherche, d'organiser les différents éléments et de recueillir les données. Pour cela, la méthode d'investigation doit être en lien avec l'objectif attendu, l'intérêt de la démarche de recherche étant bien de répondre à l'hypothèse formulée. L'ensemble des concepts, contextes et autres réflexions apportés dans le cadre théorique permettra de mieux saisir les résultats de cette partie exploratoire.

Dans le cadre de ce mémoire, la recherche pose plusieurs aspects qui se croisent, et auxquels il convient de poser un regard qualitatif et quantitatif. Ces variables à déterminer sont établis sur deux publics, à savoir :

a. Avec les professionnels

Dans un premier temps celui des professionnels avec la double qualification ergothérapeute / enseignant en activités physiques adaptées :

L'intérêt étant de connaître les apports, les limites qu'ils peuvent émettre, constater, dans leur pratique professionnelle et auprès des patients par rapport à leur spécificité professionnelle. On cherche à vérifier si, par leurs interventions et leurs statuts, il se met en place des bénéfices thérapeutiques renforcés pour les patients. Pour cela, il est important de connaître également leurs parcours, de percevoir les avantages et/ou limites qu'ils ont en tiré, et leur application dans leur travail, des différences établies par rapport à d'autres professionnels. Ces différences de formation se ressentent-elles, dans le travail établi par rapport à d'autres professionnels mono-diplômés, au niveau du retour actif des patients ?

i. Sujets

Pour cette étude, et étant donné que l'objectif majeur était de connaître le regard des professionnels et leurs spécificités, il a été décidé de mettre en place une approche de recherche qualitative basée sur des entretiens.

Le public ciblé était défini par la qualification acquise du diplôme, à savoir des praticiens, en exercice professionnel, possédant un diplôme d'état d'ergothérapeute et une licence STAPS APA-S donnant le statut d'Enseignant en Activités Physiques Adaptées.

Il convient aussi en effet de préciser que la qualification requise et exercée était un des critères de recherche mais le nombre d'années d'expériences professionnelles n'est pas un critère retenu. La seule limite était que les interviewés soient ou aient été en exercice afin d'apporter un regard à leur pratique professionnelle. C'est pourquoi des étudiants en cours de réalisation de leurs diplômes, d'ergothérapie ou de STAPS APA-S n'ont pas été retenus. Un autre critère établi initialement, était que la pratique de ces professionnels, soit conduite à un moment donné dans leurs parcours, auprès de patients en psychiatrie.

L'échantillon du public retenu est de 6 personnes, sans prise en compte de spécificités liées à la géographie, à l'âge, au genre, au nombre d'années d'expériences.

ii. Outils

L'objectif de la recherche avec ce public n'est pas de quantifier un phénomène. L'étude souhaite mettre en évidence des caractéristiques positives ou négatives propres à la pratique conjointe de l'ergothérapie et de l'APA auprès des patients.

L'entretien permet un recueil d'informations bien plus conséquentes que dans le cadre d'un questionnaire. Ceci permet un échange fluide et une liberté dans la discussion, il donne aussi la possibilité à l'interviewé d'agrémenter parfois de lui-même le contenu de l'entretien. En s'appropriant le contenu évoqué, qui reste en l'occurrence de parler de soi, de son parcours, de ses expériences, l'interviewé, s'il est enclin à participer à cet entretien sera déjà réceptif à la démarche du dialogue. Le recueil d'information en sera plus riche et plus facile. Toutefois la limite est d'arriver à un égarement ou à une multitude d'informations qui risque de perdre le sens même de l'enquête et donc de fournir un travail de « tri » plus important au moment de l'analyse.

L'outil mis en place est un entretien, (cf Annexe IV) ayant une démarche de type expérimental, construit sur une vingtaine de questions permettant des réponses à la croisée d'un entretien libre et semi-directif. La durée prévue pour cet outil est d'environ une heure

d'échange. Il est construit avec des questions à relance afin d'éviter de perdre une donnée non formulée lors de la réponse et ainsi avoir les mêmes éléments pour l'analyse.

iii. Procédures

Pour la conduite des entretiens, un message de sollicitation a été posté sur un réseau social en ayant déjà ciblé des pages spécifiques à l'ergothérapie et à l'APA, dans lesquelles de nombreux professionnels ergothérapeutes ou EAPA inscrits ont accès aux publications. Dans ce message étaient abordés le thème de la recherche et les critères établis pour le choix du public visé. Les conditions de déroulement des entretiens (l'enregistrement de l'entretien, l'anonymat, la durée prévue, la date de l'entretien et ses modalités: appel téléphonique ou vidéoconférence) étaient proposées par message privé après sollicitation des personnes intéressées à cette enquête.

Suite aux premières sollicitations et au terme des différentes prises de contact, seuls deux professionnels correspondaient aux termes précis de ce mémoire, c'est-à-dire disposant d'une Licence en APA-S et d'un Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Face à cette difficulté, le public voulu étant extrêmement précis et de ce fait rare, il a été choisi dans un second temps d'étendre les entretiens aux personnes ayant des diplômes en lien avec l'activité physique, en prenant en compte également que ces activités physiques soient mises à profits durant leurs pratiques professionnelles actuelles dans le milieu du handicap. Un second critère fut également revu à la baisse, celui du secteur dans lequel travaillent les professionnels. Prévu au départ dans le domaine de la santé mentale, ce critère, combiné à celui du diplôme, sont de réels freins pour trouver des professionnels correspondant au public initial.

Avec cette nouvelle dénomination du public, moins restrictif, et basé non plus uniquement sur un diplôme précis mais plutôt sur des compétences acquises par différents parcours, une nouvelle relance a été effectuée. Celle-ci a été reproposée sur le même réseau social et par l'envoi d'un mail auprès des différents instituts et écoles de formation en ergothérapie de France et de Belgique. Le principe étant de solliciter ces structures pour que, dans leur base de données de suivi des étudiants, si certains ergothérapeutes possédaient cette double compétence, il soit possible de les solliciter directement.

Ainsi à la suite de ces nouvelles recherches, 4 nouveaux professionnels répondaient aux critères des diplômes mais aussi du public pris en charge (soit en santé mentale, soit ayant

des troubles psychiatriques associés) et ont donc été interviewés soit par vidéoconférence, soit par appel téléphonique ou en direct.

Au final, cinq entretiens téléphoniques et un entretien direct auront été établis puis retranscrits à l'écrit via l'écoute des enregistrements. Ceux-ci se structurent selon le tableau suivant :

Tableau I : Echantillon du public interviewé

Profils	DE d'Ergothérapie + Diplômes en lien avec l'APA	Années d'expériences après la fin des 2 cursus d'études	Milieus d'interventions professionnelles
1 ^{ère} interview : M. To.	<ul style="list-style-type: none"> • Master 1 IRHPM (Ingénierie de la Rééducation, du Handicap et de la Performance Motrice) 	3 années	<ul style="list-style-type: none"> • En SSR avec des sportifs de haut niveau
2 ^{nde} interview : M. Th.	<ul style="list-style-type: none"> • Licence STAPS Entrainement Sportif • Master 2 MPS (Métrologie, Performance, Santé) 	9 années	<ul style="list-style-type: none"> • Emploi en libéral • Structure Médico-Sociale (SAMSAH)
3 ^{ème} interview : Mme P.	<ul style="list-style-type: none"> • Licence STAPS EAPA 	10 années	<ul style="list-style-type: none"> • Centre Hospitalier
4 ^{ème} interview : Mme B.	<ul style="list-style-type: none"> • BPJEPS AGFF (Activités Gymniques de la Forme et de la Force), option Séniors • Master Sciences de la Motricité VHMA (Vieillesse et Handicap : Mouvement et Adaptation) • DU (Diplômes Universitaires) en préparation physique, mentale, et micronutrition du sportif 	7 années	<ul style="list-style-type: none"> • En gériatrie
5 ^{ème} interview : Mme D.	<ul style="list-style-type: none"> • BEES option APSA (Activités Physiques et Sportives Adaptées) 	8 années	<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale
6 ^{ème} interview : Mme A.	<ul style="list-style-type: none"> • Licence STAPS EAPA 	8 années	<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale

b. Avec les patients

Dans un second temps, celui des patients en psychiatrie et bénéficiant d'une prise en charge par un professionnel avec la double qualification ergothérapeute / enseignant en activités physiques adaptées :

L'intérêt de cette étude étant de constater la présence de bienfaits ou non dans la prise en charge thérapeutique des patients. L'objectif est d'évaluer l'impact d'une prise en charge, basé sur des soins et sur une approche d'ergothérapie et par les activités physiques adaptées, chez un public de patients atteints de troubles psychiques.

A travers cette étude, on cherche à promouvoir les techniques communes à l'APA et l'ergothérapie, à comprendre le rôle d'un professionnel avec la double qualification auprès de patients bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique. Par l'étude de l'état des patients, pendant un programme d'activités avec ce professionnel, différents items d'observation de leur état, de leur motivation et de leur participation à la fois à des ateliers programmés mais aussi dans les tâches de la vie quotidienne permettront de mieux comprendre les bienfaits de cette prise en charge particulière.

i. Sujets

Pour cette étude, l'intérêt premier est d'observer chez des patients une évolution de leur état de santé psychique à travers leur capacité d'action et leur volonté d'agir. Il a donc été décidé de mettre en place une approche de recherche plutôt qualitative basée sur des questionnaires.

Le public ciblé correspond à des patients pris en charge dans une structure de soins psychiatriques, à savoir dans un CATTP. Ce sont des personnes qui vont s'inscrire dans un programme d'activités thérapeutiques tournée vers l'activité physique adaptée. Ce programme est créé et organisé par une professionnelle ergothérapeute mais disposant également du diplôme STAPS permettant une reconnaissance en tant qu'enseignante en APA, cette professionnelle co-anime l'intégralité des séances avec une ergothérapeute. Ces patients participent à ce programme de "sport" (le programme est présenté sur cette appellation "sport", le terme étant beaucoup plus évocateur, et simple d'appropriation pour la société en général pour que la différenciation avec APA ne soit pas évoquée dans le cadre de ce programme de soin) adapté par trois biais différents, à savoir par : Une orientation du

milieu de soin / Une orientation par des partenaires sociaux / Le bouche à oreille et démarche volontaire

Les personnes se présentent à un entretien d'accueil, afin de faire connaissance, puis de créer un planning d'activités thérapeutiques, liant les attentes de la personne et les propositions du thérapeute. Une fois cette première prise en charge validée, la personne peut intégrer l'atelier "sport" (sous condition d'un certificat médical qui stipule l'aptitude à pratiquer des activités physiques adaptées).

Le public visé est constitué de 9 hommes et de 3 femmes âgés de 22 à 55 ans (la moyenne d'âge du groupe est de 38 ans) pris en charge pour des troubles psychiques divers tels que : dépression, psychoses (différentes formes de schizophrénie, bipolarité, ...), carences sociales et éducatives. Les personnes constituant ce groupe, adhèrent à l'atelier "sport" depuis quelques semaines et jusqu'à 7 ans pour d'autres (= depuis la naissance de l'atelier).

ii. Outils

L'objectif de la recherche avec ce public est de voir si, sur cette population de 12 personnes, plusieurs d'entre eux bénéficient d'une prise en charge qui puisse renforcer leur motivation et leur volonté de s'impliquer dans leur thérapie. Pour pouvoir observer ces phénomènes, la mise en place d'un questionnaire pendant l'atelier "sport" permettra d'analyser l'évolution dans le ressenti et l'état de santé de la personne et aussi dans sa volonté de poursuite.

Le questionnaire permet une méthode d'investigation plus normative, plus rapidement analysable, surtout si l'outil est principalement constitué de questions fermées. Pour autant la réflexion à mener quant à sa constitution est tout aussi longue car elle fait référence à des idées préconçues et donc subjectives. L'objectivité d'une enquête n'existant pas, que ce soit par des questions lors d'un entretien ou lors d'un questionnaire, il convient que ce dernier permet cependant de cibler plus rapidement et d'aller à l'essentiel de l'information souhaitée. Pourtant, dans la mise en place de questions fermées, il est nécessaire d'éviter de ne pas trop influencer le choix des réponses par peur de passer à côté de certaines idées, certaines données. La limite de cette méthode est donc de ne recueillir que des informations déjà normées par notre pensée, en souhaitant que celle des autres puisse s'y retrouver au maximum. Ainsi, pour arriver à un meilleur résultat, il est nécessaire de se placer au plus près du point de vue du public interrogé ; même si, dans le cadre de patients en milieu

psychiatrique cela ne s'avère pas toujours évident du point de vue des maladies mentales rencontrées.

L'outil mis en place est donc un questionnaire (cf Annexe V) proposé pendant une séance de l'atelier "sport". Il est composé onze questions, constituées en trois temps : l'un sur le rapport qu'a le patient avec le "sport", le second sur les motivations de participation à ces séances et le dernier sur les apports sur leur état de santé mentale. Il est composé majoritairement de questions fermées, toutefois il comporte aussi des questions semi-ouvertes ou des questions ouvertes. Le questionnaire comprend une présentation de la démarche et de l'intérêt de l'étude, les participants sont remerciés pour le temps accordé à cette enquête. Le questionnaire proposé a fait l'objet de plusieurs restructurations en lien avec le professionnel encadrant les séances d'APA avant d'arriver à sa phase finale. Ceci pour d'une part trouver les questions, et donc les réponses, permettant une meilleure correspondance avec le but de l'enquête et d'autre part pour être facilement perçu par tous chez le public choisi en essayant de limiter des propos susceptibles d'être mal ressentis ou mal interprétés.

iii. Procédures

Afin de lier une relation de confiance avec les personnes du groupe de l'atelier "sport", j'ai participé, deux séances durant, à celui-ci en me mêlant au groupe, au même titre que les patients. Je me suis présentée à eux et effectué les ateliers prévus du jour comme eux, non pas dans une démarche d'observation mais dans une démarche de participation, avec pour intérêt de m'approprier l'atelier, son organisation, son ambiance, et ainsi mes ressentis personnels. Cette démarche inclusive a permis de mieux constituer le questionnaire et de mieux comprendre les atouts potentiels de l'atelier "sport" pour les patients. Ceux-ci, dans le cadre du CATTP au quotidien, sont nommés des "usagers", c'est pourquoi dans l'analyse des résultats ce terme sera employé.

La distribution des questionnaires s'est effectuée à la fin de la seconde séance auprès de chacun des participants, après le tour de parole habituel prévu à la fin de l'atelier. Libres de le remplir sur le moment ou chez eux, afin de prendre du temps, une aide à la compréhension était proposée ; par la reformulation des questions ou par l'explication du type de réponse demandé, mais en gardant la neutralité la plus totale, chacun a pu remplir le questionnaire et le rendre soit sur le moment, soit à la séance d'après dans le cas où il a été ramené chez lui. Un dernier passage au CATTP a permis de récupérer l'ensemble des questionnaires afin de commencer leurs analyses.

IV) Résultats

c. Analyse longitudinale

i. Les entretiens

Cette partie va permettre de synthétiser et mettre en évidence les réponses formulées par les interviewés qui répondront le mieux à nos différentes réflexions. (Cf Annexe IV)

1. Entretien de M. To. :

M. To. (cf Tableau I), après ses études, a travaillé 3 années dans différents services de rééducation d'ergothérapies dans les DOM-TOM pour exercer ensuite, au moment de l'entretien, dans un centre européen de rééducation pour des sportifs de haut niveau. D'après lui, et suite à ses expériences et ses études, il a constaté qu'un « *EAPA était plus en lien avec l'activité motrice.* » C'est cette **vision de la rééducation** qu'il évoque en temps qu'ergothérapeute, il souhaite **amener sa pratique vers une gestuelle motrice spécifique** plus sportive au travers la mise en place d'APA. N'ayant pas de licence STAPS APA, il ne se considère pas sur le même plan, dans les compétences acquises, qu'un EAPA diplômé, pourtant il a une « *étiquette* » d'EAPA et c'est pourquoi dans son travail, malgré des postes initialement orientés en ergothérapie, M. To. **développe une pratique d'APA basée autour de la mise en place d'activités sur la gestuelle ultra-spécifique.** En effet, selon lui, cette approche de la rééducation permet des **apports bénéfiques aux patients : meilleure autonomie des aptitudes, prise de confiance en soi sur son corps, ...** Toutefois ces apports apparaissent, d'après M. To. à 50% des cas, car il faut que le patient ait « *compris que tu voulais le mettre en situation [pendant] un moment donné [où il] allait avoir son temps d'expression à lui dans l'activité* ». Pour M. To., **l'activité correspond à la notion de « faire, de participer »**, et parce que « *3/4 des gens pratiquent un sport : marche, vélo, course, ...* », **l'AP est une activité qui a du sens pour les gens** et donc le métier d'ergothérapeute est « *en lien avec le bien-être, [...] l'autonomie dans une activité qui a du sens pour le patient* ». Il souhaite voir son métier comme étant un « *ergothérapeute du sport* ».

2. Entretien de M. Th. :

M. Th. est un ergothérapeute employé et libéral dans différentes associations en lien avec un public atteint de lésions cérébrales, de problèmes neuro-dégénératifs, ... Il est également formateur en ergothérapie, auprès de BPJEPS et CQP et en lien avec l'ANFE sur les questions spécifiques à l'activité physique. M. Th. définit **l'activité physique comme étant un ensemble d'activités « avec une dépense énergétique et liées au quotidien, à un loisir, un sport, une utilité professionnelle, ... »** mais il ne parle pas d'activité au sens général du terme, car c'est trop global selon lui, mais plutôt d'**occupation**. C'est à travers son parcours qu'il a pu faire évoluer la pratique d'ergothérapeute en apportant l'AP dans son métier et ainsi faire évoluer son poste vers *« préventeur santé / promoteur de la santé par l'AP »*. Par le travail de formateur, M. Th. continue dans l'accompagnement personnel là où il y a un versant par l'AP, **où les personnes peuvent « reprendre des activités qui [ont] du sens pour elles »**. Il précise bien qu'**il n'est pas EAPA** et ne fait pas de l'APA car pour lui, cela provient d'une **nécessité de s' « identifier, de trouver une posture. [...] de la difficulté à faire la distinction entre AP et APA »** surtout pour un ergothérapeute qui a un intérêt personnel dans le sport. Toutefois il emploie la complémentarité de ses compétences acquises au profit des personnes **pour leur « donner la possibilité d'agir, d'être acteur de [leurs] choix »**. Selon M. Th. sa **double qualification** lui permet d'avoir **un regard plus avisé sur les questions relatives à l'AP**, à la fonction motrice que les autres professionnels. M. Th. effectue sa démarche d'accompagnement en lien avec les AP parce qu'il *« attend des bénéfiques psychologiques (estime de soi, confiance en soi, valorisation narcissique), cognitifs (performance, capacité de concentration) et sociaux (activités collectives donc de valorisation aussi par les autres) »*. Pour autant il ne remet pas en cause **les apports de ses collègues thérapeutes**, car par leurs parcours tous différents, **chacun est à même de développer certains aspects que d'autres** et tous se basent sur un **travail collectif** tenant compte du **concept d'empowerment dans leurs démarches**.

3. Entretien de Mme P. :

Après ses études, Mme P. a occupé différents postes en gériatrie où elle a pu mesurer de nouveau, au contact de ses collègues, l'importance de la mise en place d'AP dans la prise en charge des patients. Actuellement embauchée en tant qu'ergothérapeute dans un Hôpital de jour, elle travaille avec un public d'enfants et d'adultes polyhandicapés (pathologies neuro-

dégénératives, paralysies cérébrales, motrices, ...). Par sa pratique, Mme P., n'est plus en mesure de confirmer quelles compétences d'APA ou d'ergothérapie elle met en application lors de ses séances de travail de rééducation. Pour elle, « ***l'EAPA et l'ergothérapeute ont les mêmes objectifs dans la rééducation des patients*** ». Son objectif étant de **faire évoluer, faire enrichir ses missions, son poste d'ergothérapeute, elle y a contribué par la création d'un atelier basé sur l'activité physique**. Ce travail proposé aux patients s'accompagne surtout par « *un travail transversal avec les kinés, psychomot', orthophonistes, [...] et un travail de groupe pour une meilleure prise en charge* » Elle a pu mettre en place librement des ateliers de gymnastique douce, d'équilibre, de prévention des chutes et d'y développer de l'APA progressivement. Ces ateliers ont rencontré un intérêt grandissant tant de la part des **professionnels : apport des compétences de chacun, dépasser le cadre classique de la prise en charge ;** que des **patients : enjeux personnels de progression, perception d'ateliers hors cadre de soin**. « *Au travers de valeurs sportives et d'équipes* » dans ses ateliers, Mme P. **suscite un désir chez les patients pour les amener à être un peu plus acteurs**. Si les **patients sont engagés** dans l'activité, ils ne se focalisent plus sur le rôle rééducatif et social, **ils sont acteurs et motivés dans l'activité et donc dans leur prise en charge**. Cette **motivation est renforcée par Mme P. lors de manifestations sportives**. Les patients s'engagent et se motivent alors davantage dans l'atelier de Mme P. soit par envie de se dépasser dans l'AP proposée, soit pour pouvoir participer à d'autres manifestations sportives. Pour Mme P. la rééducation doit exister si « *le sens de l'acte [proposé] est personnel* ». De plus elle constate chez les patients une **plus forte tolérance entre eux, lorsqu'ils participent aux ateliers** et un **meilleur comportement social**, issu notamment des participations aux manifestations sportives.

4. Entretien de Mme B. :

Mme B. est une ergothérapeute aux multiples formations complémentaires dans le domaine du sport et est actuellement en formation de cadre de santé. Dès la fin de ses études d'ergothérapie, elle a travaillé dans différentes structures à temps plein tout en réalisant ses différentes formations et en étant auto-entrepreneuse dans le coaching sportif. Egalement formatrice dans un IFE, elle souhaite développer **une vision environnementale du sport** (entourages, développement mental, famille, ...) dans la **même logique qu'une prise en charge thérapeutique en ergothérapie**. Au contact de population avec toutes pathologies, ses postes, clairement identifiés comme ergothérapeute, lui ont parfois permis de mettre en

place une approche plus tournée vers l'APA. Mme B. se définit comme étant « **une ergothérapeute visant à des performances occupationnelles ou sportives** » pour les « **bénéficiaires** » de ses prises en charge. Dans sa démarche professionnelle, elle souhaite « **partir du mouvement, du geste de la personne dans l'activité** », elle est à la recherche du « **potentiel thérapeutique de l'activité physique** ». Cette réflexion d'ergothérapeute se transmet donc dans ses ateliers d'AP car pour elle « **le mouvement est thérapeutique** ». Elle **utilise les deux composantes de ses formations dans sa pratique professionnelle mais elle arrive à les différencier** à la fois par le contenu dans ses ateliers mais aussi par l'environnement qu'elle instaure pour ses « **bénéficiaires** » et ses collègues. « *La blouse blanche est le repère d'ergothérapeute, une fois que je la retire, je suis là [pour faire] du sport* ». Pour Mme B., il est important de **créer une relation de confiance avec ses bénéficiaires, ses collègues et supérieurs** pour bien expliquer son positionnement et son organisation dans son travail d'ergothérapeute et ainsi proposer le développement de l'APA. Elle précise qu'une des différences entre ergothérapeute et EAPA vient du point de vue sur l'activité, car en tant qu'ergothérapeute, il est nécessaire « **de penser potentiel thérapeutique de l'activité** ». Pour elle, celle-ci **correspond à des actions motrices et cognitives pour une personne qui va pouvoir se réaliser en les produisant**. Elles doivent « *faire sens pour la personne, [...] donner une notion de plaisir* ». Mme B. voit sa double formation comme un plus à la fois pour les équipes pluridisciplinaires (polyvalence, curiosité envers les compétences des autres de par sa double casquette, différentes visions) et pour les personnes prises en charge (plus d'outils à proposer, accompagnement renforcé par plus de conseils dans le suivi et l'approche des activités). Toutefois, **les bénéfices ressentis des patients ne proviennent pas forcément de sa prise en charge** : « *le patient ne peut pas comparer avec d'autres professionnels car un patient a un seul ergothérapeute et cela dépend aussi des personnalités de chacun et de la relation établie* ». Mme B. précise **que le fait de rendre plus acteur un patient provient déjà et surtout de ses motivations, de ses objectifs**. C'est par ce que peut amener un professionnel, avec un potentiel thérapeutique dans **des activités qui ont du sens pour la personne, qui va permettre de le rendre plus acteur de sa thérapie**.

5. Entretien de Mme D. :

Directement après son parcours en IFE, Mme D. a été embauchée en tant qu'ergothérapeute dans un établissement de santé mental où elle travaille avec des patients de

tous secteurs et de différentes pathologies. C'est au cours de sa pratique professionnelle que Mme D. a passé en alternance un BE APSA d'éducatrice sportive. Cette formation lui permettait de mieux encadrer les ateliers d'activités physiques déjà existant et d'en proposer de nouveaux. Elle se considère comme **une thérapeute par ses deux casquettes professionnelles** et elle ressent que son identité varie selon l'activité proposée. Dans sa pratique, ses **« compétences sont difficiles à différencier car les objectifs sont sensiblement pareils, seuls le moyen et les outils sont différents »**. Pour elle, le **côté éducatrice sportive s'exprime plus dans le contenu et le déroulement de ses séances et le côté ergothérapeute dans la philosophie de la prise en charge**. Selon elle, sa double formation permet à l'équipe d'engager un lien plus simple entre ergothérapeutes et éducateurs, et son diplôme reconnu de BE lui permet de faciliter les démarches administratives avec des associations ou collectivités. Mme D. met en place pour les patients **des rencontres et des séjours thérapeutiques sportifs** parce que selon elle, **« le sport est une médiation, un moyen d'apporter du soin »**. Sa prise en charge globale du patient en ergothérapie est renforcée par d'autres visions issues de sa seconde formation. Cela se traduit par une meilleure compréhension du patient et un soin plus complet grâce à des outils plus nombreux. Mme D. est ainsi en mesure de **« mieux rebondir sur les problèmes des patients »**. Elle constate indéniablement les bénéfices de l'AP : **« pouvoir [les] amener à un mouvement physique, à une dépense énergétique, à un respect des règles, à un rapport face à la frustration »** permet d' **« être dans la confiance en soi, dans l'acceptation de soi et dans le dépassement de [leurs] limites »** Les personnes se mettent en action dans l'AP, **« ils deviennent acteurs de leur soin »**, mais pas forcément au début. Ils ont majoritairement l'impression d'être dans le jeu, mais 50% des personnes qui veulent faire du sport ont cette perception que cela peut aussi leur apporter du bien-être. **« Toutefois ces bénéfices dépendent avant tout du patient, de ses centres d'intérêt et de ses objectifs »** et selon Mme D, il serait présomptueux de dire que cela provient uniquement de sa prise en charge.

6. Entretien de Mme A. :

Mme A. (cf Annexe VI) est une ergothérapeute employée dans un CATTP travaillant avec une population d'adultes en souffrance psychique, toute pathologie confondue. Sa prise en charge, individuelle ou collective, s'effectue par **la mise en place d'ateliers thérapeutiques servant de médiations dans la démarche de soin**. Mme A., met en place de l'APA et se considère comme étant **« une thérapeute avec un enrichissement en APA »** grâce

à ses études en ergothérapie après son cursus de licence STAPS APA. Elle considère que **sa double compétence doit**, au même titre que ses autres collègues ergothérapeutes ou autres, **permettre « d’apporter de l’enrichissement et de la diversité aux patients »**. Selon elle, les valeurs défendues par l’équipe de soins : respect, tolérance, non jugement des autres, ... sont renforcées dans le sport et donc dans l’APA. Elle cherche à « **redynamiser [les patients] pour que chez eux, ils puissent trouver du plaisir dans la mouvance** ». En effet Mme A. part du postulat que pour ces patients, **le corps est perçu comme un ennemi, un obstacle** et elle souhaite « *utiliser ce [qu’ils] déteste, ce [qu’ils] renie, [ce qui les a mis au ban de la société], pour obtenir du plaisir dans le faire* ». Elle définit alors l’activité par « *faire quelque chose, mettre en œuvre une action* » et dans ses ateliers elle met « **en mouvement les gens [afin que ce soit] la personne qui fait, qui [soit] actrice** ». Mme A. a une grande liberté dans la mise en place de ses ateliers, elle a pu créer ceux-ci hors des espaces de soins et au travers du groupe de patients « *apporter du bien, du vivre ensemble, une cohésion de groupe* » motivante pour tous. L’objectif étant « *d’aller chercher les limites de chacun tout en respectant leur rythme* », pour **développer les notions de respect (envers eux et envers les autres), d’ouverture aux autres et de relation sociale**. Selon elle, sa prise en charge permet, par le vécu des ateliers, de **redonner confiance en eux et de les mener à l’expérimentation personnelle, de favoriser la réappropriation de leurs corps et à une capacité d’action**. Par sa double qualification, Mme A. a une ouverture de plus par rapport à ses autres collègues, elle est perçue comme référente dans les activités en lien avec le corps et elle **allie les deux approches dans les ateliers, dans les discussions**. Par sa vision APA, elle cherche à développer **l’autonomie dans le sport** et par sa vision d’ergothérapeute elle cherche à favoriser **l’autonomie dans la vie quotidienne**.

ii. Les questionnaires

Au travers de cette analyse des questionnaires, l’intérêt de chacune des questions sera évoqué et les résultats obtenus permettront de faire ressortir une analyse tenant compte de nos réflexions (cf Annexe V).

Au sein du groupe interrogé, on constate qu’il y a 9 réponses provenant de la gence masculine et 3 réponses de la gence féminine, ce qui est représentatif, en terme de pourcentage, de la population accueillie au sein du CATTP. Pour cet atelier, la moyenne d’âge du groupe est de 38 ans et la tranche d’âge majoritaire est entre 40 et 50 ans.

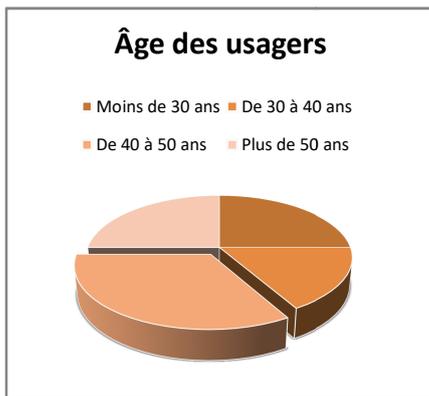


Figure 1 : Répartition du public par âge

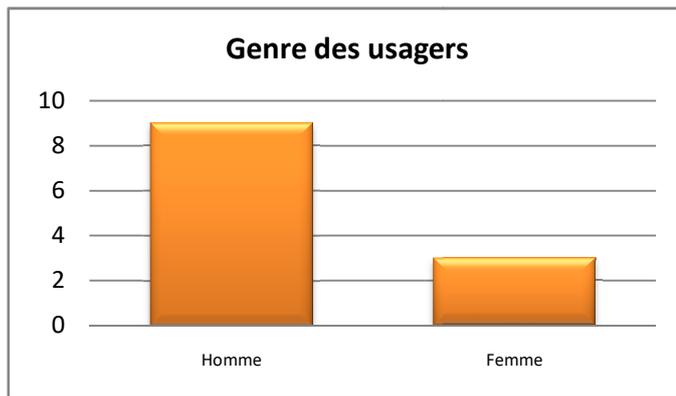


Figure 2 : Répartition du public par genre

La partie généralité du questionnaire (Questions A,B,C), a pour but de mettre en confiance la personne avant d'être vraiment porté sur le sujet traité dans cette recherche. L'intérêt est de cibler ce qu'évoque le "sport" pour les bénéficiaires de cet atelier (Question A), leur pratique ou non antérieure du sport à l'atelier et depuis leur participation à celui-ci.

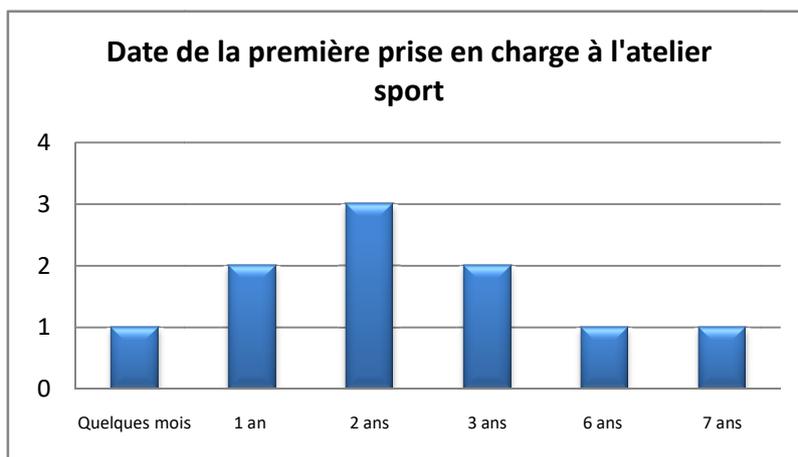


Figure 3 : Pratique du «sport» à l'atelier du CATTP

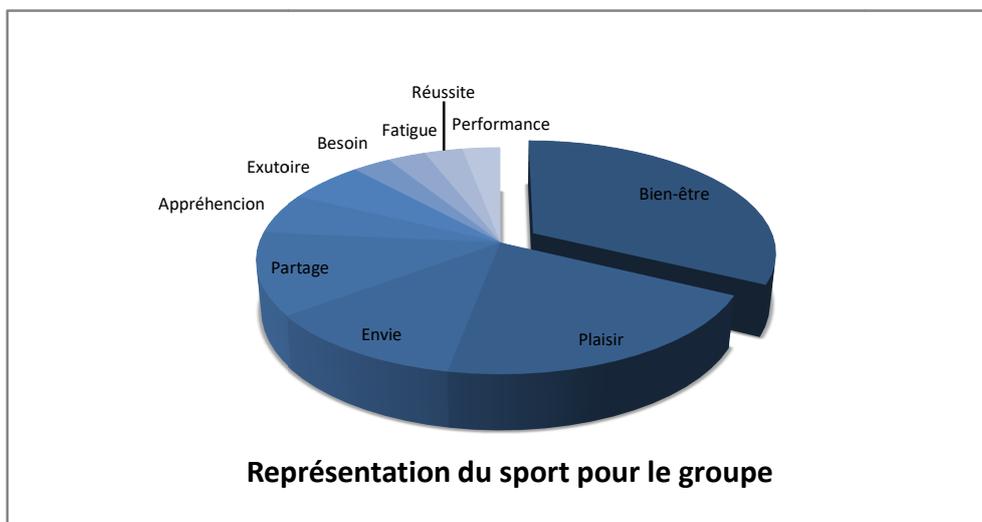


Figure 4 : Image du «sport» à l'atelier du CATTP

De nombreuses représentations du sport sont ressorties, montrant que l'intérêt du « sport » pour chacun est très hétéroclite. Confortant ceci, le sport reste largement perçu de manière positive avec quatre visions principalement mises en avant : bien-être, plaisir, envie et partage. Le "sport" reste donc ressenti bien au-delà d'une vision compétitive ou usante, ce type d'activité reste à la portée de tous car, pour les usagers, le "sport" apporte beaucoup, et ce sont ces apports qui font du "sport" une activité reconnue, praticable et acceptable par tous. Cela se confirme par la seconde question du questionnaire où seul 1 patient n'avait jamais effectué de "sport" avant la prise en charge au CATTP. Le "sport" est donc pratiqué par tous, que ce soit des personnes en situation de handicap ou bien des personnes valides et cette forte présence de l'activité physique se confirme dans la vie de chacun. L'atelier "sport" ayant ouvert il y a 7 ans, on retrouve des patients adhérant à cet atelier depuis le début. Le groupe n'étant pas fermé, les arrivées se font au compte-goutte. Ce groupe évolutif, renouvelé et agrandi à chaque arrivée, n'est pas un facteur de départ pour ceux déjà adhérents ; le groupe s'enrichi donc de chacun et ceci sur la durée. Ainsi pour les patients, la notion de jugement des autres n'existe pas, chacun a sa place au sein du groupe, ceci sans pratiquer de comparaison discriminante et donc avec pour attitude la bienveillance de tous.

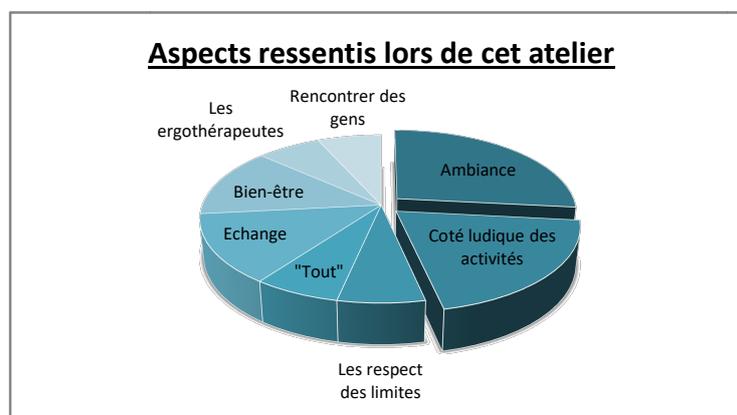


Figure 5 : Aspects ressentis pendant l'atelier « sport »

La question D a été posée pour obtenir des informations sur la nature de leur motivation pour venir à l'atelier "sport". Et ainsi, les réponses montrent que les usagers apprécient cet atelier pour deux raisons principales. En premier lieu l'ambiance : Par cet aspect, les patients en psychiatrie ont réussi à dépasser leurs blocages psychiques liés à l'acceptation de soi, à leur propre image de leur corps. Ce dépassement s'est fait naturellement dans un but d'aller à la recherche d'une image commune, non plus axée sur le corps, mais plutôt sur des interactions positives entre personnes. La deuxième raison est celle des activités mises en place qui animent le contenu de l'atelier : Ainsi les usagers se basent

plus sur l'aspect "jeu" que peut constituer l'atelier et ses activités ; ils se libèrent donc de l'état d'esprit que cet atelier constitue une prise en charge thérapeutique, au sens plus médical du terme, en comparaison à d'autres temps proposés dans leur prise en charge au CATTP.

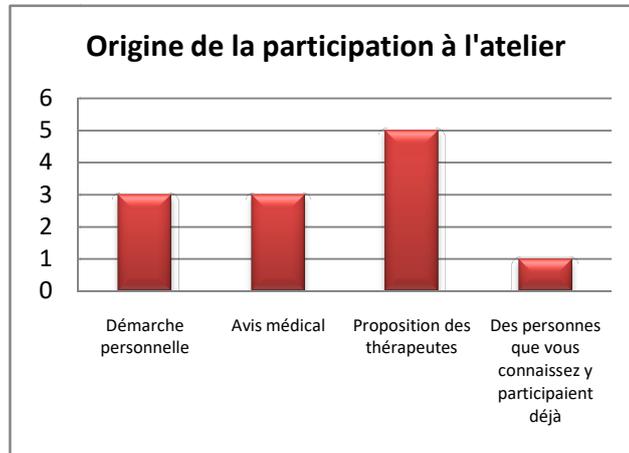


Figure 6 : Origines de la participation à l'atelier « sport »



Figure 7 : Motivation de la participation à l'atelier « sport »

Avec cette autre partie du questionnaire (Questions E, F et G), on cherche à savoir comment cette prise en charge est née. Les modes d'entrées à l'atelier sont assez différents : 5 personnes ont répondu positivement à la sollicitation des thérapeutes à intégrer l'atelier "sport"; on retrouve également 3 patients s'étant présentés à l'atelier sport suite à une démarche personnelle et 3 autres par avis médical, ceci faisant donc suite à un parcours de soin débuté par le passé. Au vu de ces résultats, la majeure partie des usagers est donc venue la première fois suite à une proposition et avis d'un professionnel de soin et non par envie ou demande personnelle. Cependant, au vu des résultats actuels sur l'ensemble du groupe interrogé, tous reviennent à cet atelier par plaisir et par choix personnel. Et cela se conforte par l'étude du graphique présentant les motivations des usagers à revenir de leur propre volonté à cet atelier. Les motivations sont nombreuses et hétérogènes, l'atelier permet donc à

chacun de s'y retrouver, l'adaptabilité de l'atelier est omniprésente. Cette « personnalisation » des séances, pour que chacun y trouve sa place, se retrouve par l'ambiance ainsi créée. Pourtant, la venue à l'atelier "sport" est aussi motivée par l'importance de se dépenser, cela vient d'une certaine manière contre balancer cette perception du "sport" évoquée en première partie du questionnaire. Ainsi l'activité physique, par la notion de l'énergie produite, y est redéfinie ici ; les usagers perçoivent donc d'une certaine manière leur corps avec un besoin de le maintenir en condition, de le faire exister, de lui faire ressentir des choses. Ils s'approprient alors leur corps comme étant quelque chose de positif à faire travailler et évoluer. Ils semblent, par conséquent, être en phase d'acceptation.

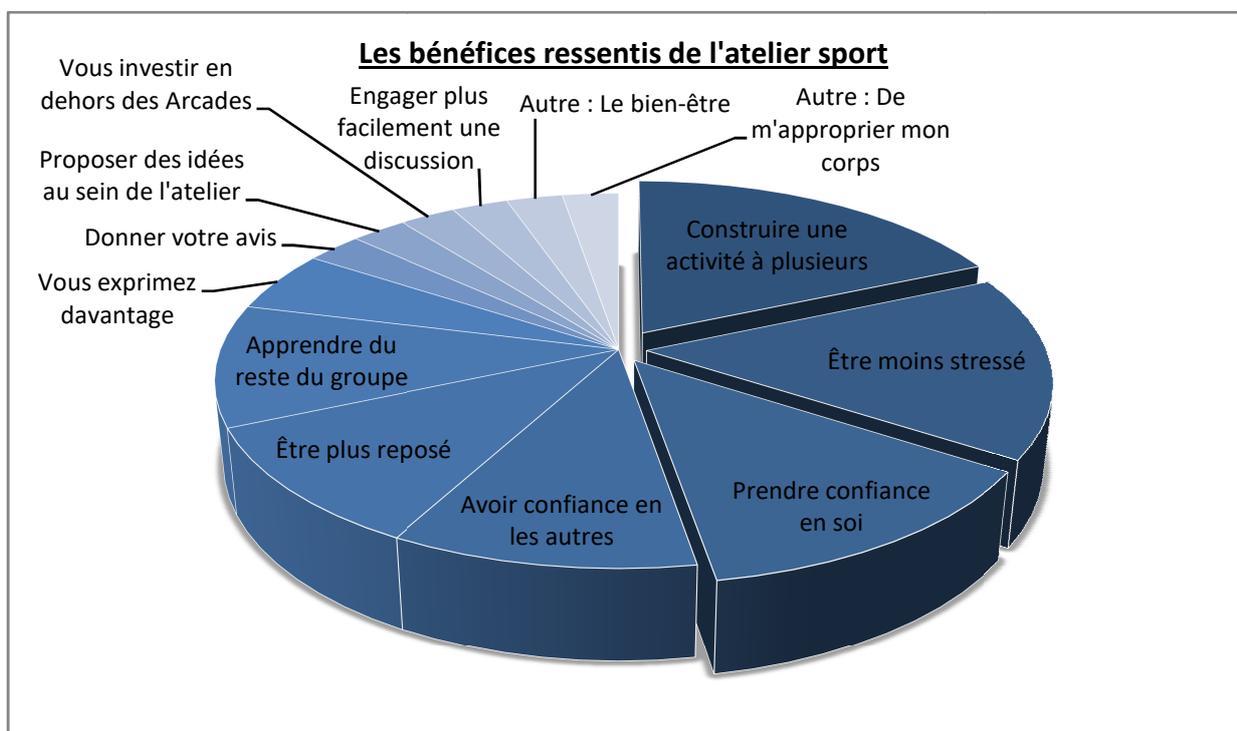


Figure 8 : Les apports ressentis par les usagers pendant l'atelier « sport »

Pour la suite, la question H a pour objectif de mettre en évidence les bienfaits personnels de l'atelier à travers l'activité physique. Au vu du graphique, l'activité physique, telle qu'elle est amenée par les exercices dans cet atelier, montrent des apports très variés dont 3 sont plus majoritaires que les autres. On retrouve ainsi l'intérêt pour ces séances par le fait qu'il s'agisse d'une activité groupale, cela fait concrètement le lien avec la notion d'ambiance déjà évoquée dans ce questionnaire. Les usagers sont dans un rapport d'échange et de coopération, leur individualité a été dépassée par leur pluralité et par le respect de chacun comme le confirme le bénéfice de la confiance en les autres. Le point de vue émotionnel concernant la diminution d'angoisse et la prise de confiance en soi apparaissent aussi

fortement. A ces niveaux, un réel travail positif est ressenti par les usagers, l'activité physique permet ainsi un cadre d'expression et de ressourcement du corps mais aussi des émotions, cela favorise donc la notion d'acteur de leur vie, de leur prise en charge. Ils agissent ensemble, en prenant confiance des autres et d'eux-mêmes !

Les derniers items du questionnaire (Questions I et J), se penchent sur la notion de prise en charge du patient par lui-même dans l'organisation de l'atelier dans son quotidien, on continue à s'intéresser à la notion de patient acteur. Sur l'envie de poursuite de l'activité physique, à la quasi unanimité (11 personnes) les patients ont répondu par l'affirmatif, toutefois une petite majorité de personnes ne sont pas encore prêts à faire de l'activité physique à l'extérieur du CATTP. Le côté institutionnel leur permet d'être entre eux, dans un milieu protégé et entouré par des professionnels de soin. Pourtant, plus d'un tiers des adhérents sont prêts et ont envie de participer à des ateliers sportifs à l'extérieur du CATTP. Par les bénéfices, les émotions et les ressentis vécus et apportés pendant l'atelier "sport", ils sont, pour certains, prêts à le revivre ailleurs, de leurs "propres ailes" ; cette transmission de l'activité est donc acceptable pour plusieurs usagers. En effet l'atelier "sport" n'a pas pour vocation de maintenir les usagers dans un carcan doré mais bien de les amener, par une reprise de confiance en eux et par une médiation telle que le "sport", à amener vers l'extérieur, en dehors du CATTP. Ainsi cet atelier redonne goût aux choses, et peut servir d'un tremplin de réengagement dans la société. De plus, la notion d'acteur c'est parvenir à se prendre en main et ainsi ici, entre autres, de se rendre par ses propres moyens sur le lieu de l'atelier qui ne se situe pas dans l'enceinte même du CATTP. Chaque adhérent doit être en capacité de s'y rendre s'il souhaite intégrer l'atelier "sport". Les moyens qu'il met en œuvre pour y arriver sont libres (VSL, à pied, voiture, bus ...) mais chacun est autonome et responsable. Cette organisation spécifique (atelier hors des murs du cadre de soin prédéfini) correspond à ces valeurs d'autonomisation. Cette démarche intégrée et développée par l'ergothérapie résulte ici d'une motivation et de la mise en place d'un atelier où l'activité physique adaptée est proposée aux patients. L'ergothérapie et l'APA sont communément liées dans cette démarche effectuée par les patients, ainsi sur les 12 personnes interrogées, 11 ne se plaignent pas de leur éloignement et cela n'est pas un frein à leur participation.

Pour terminer ce questionnaire, la dernière question s'oriente sur la symbolique que peut amener une prise en charge hors des murs du CATTP. L'atelier ayant lieu dans un gymnase hors de l'enceinte de la structure, la perception de l'atelier "sport" par rapport à

d'autres ateliers en interne des bâtiments du CATTP a nécessité des ré-explications. La question leur paraît dénuée de sens car, pour eux, il s'agit juste d'un atelier du CATTP et donc à ce titre ils se trouvent dans le CATTP. A cette question ouverte, la réflexion apportée par un des usagers est le fait que l'atelier, hors de la structure, joue sur l'orientation, le déplacement et l'autonomie. Cela montre une fois de plus l'impact de cet atelier, au-delà des limites mêmes de l'activité dans le temps et le contenu. La venue à celui-ci par ses propres moyens et donc de sa propre volonté, montre vraiment la place de cet atelier pour eux dans leur quotidien et les apports d'autonomisation indirects qu'il apporte sur les usagers. Pour quatre usagers, la vision est plus restrictive. L'atelier ayant lieu dans un gymnase, ce qu'ils voient, c'est l'espace qui leur est dédié, une salle plus grande où il est plus facile de s'exprimer, de se dépenser parce que les activités ne sont pas les mêmes. Cet espace, plus grand et plus libre est perçu par quelques usagers comme étant un meilleur cadre pour réaliser des activités différentes de celles, en petit groupe, réalisées au CATTP faute de place.

b. Analyse transversale

En reprenant les différents contextes établis dans la partie théorique, nous analyserons de façon transversale les questionnaires couplés aux entretiens en nous basant sur les concepts communs, définis dans la partie théorique. Toutes les questions ne pourront être utilisées dans un même axe, les questionnaires s'adressant aux usagers et les entretiens aux professionnels, et donc par continuité les contextes évoqués ne seront pas forcément abordés par l'ensemble des publics ou, tout du moins, avec le même objectif.

i. Concepts d'identité et de qualification

L'identité d'une personne se construit au cours de sa vie, d'après ses faits et gestes, et régissent la vie d'une personne. Elle est évolutive et non figée dans le temps et se construit sur son vécu personnel et par les autres selon des normes sociales d'interaction.

C'est en partant de ce postulat qu'on l'on a pu émettre l'analyse que, **les usagers** ayant participé au questionnaire, continuent à construire leur identité et notamment dans le cadre de l'atelier "sport", où elle se renforce. Chacun des usagers réalisent des actes : mise en action de son corps, émet des propositions et participe aux rencontres au sein de leur atelier, ..., toutes

ces actions jouent sur leur identité, sur ce qu'ils sont. La construction d'une séance n'est pas faite à la légère, elle est réfléchié ; l'objectif étant qu'en proposant la séance, l'utilisateur s'y retrouve et à travers cela qu'il se construise aussi avec le cadre thérapeutique de la séance. En effet la construction de l'atelier n'est pas unilatérale : en pensant et structurant une activité, en proposant des variantes, ou de nouvelles idées et en les mettant en œuvre à plusieurs, avec les autres, les usagers construisent ensemble mais se construisent aussi soi-même et cela donne du sens à ce que chacun est. Les échanges construisent les personnes, même si la notion de non jugement est la base de l'atelier, les personnes se construisent autour d'échanges verbaux et non verbaux. Ils s'identifient par rapport aux autres, par rapport au groupe et ce que celui-ci prévaut comme norme sociale dans ce contexte d'atelier "sport". L'image de l'autre, celle qu'il renvoie, comme un reflet de l'image de soi, est aussi un outil, un moyen de travailler sur sa personne.

Au travers de l'ensemble des réponses au questionnaire, on constate que l'ambiance est un des facteurs majeurs de leur motivation à venir, revenir et participer à l'atelier "sport". En plus de cet item, les échanges sont aussi un des éléments importants et cités par les usagers dans les bienfaits et intérêts de cet atelier. Ainsi leur identité perçue est majoritairement une identité qui s'est construite au sein de cet atelier et qui favorise les échanges et leur prise de confiance en eux. Ces identités perçues résultent aussi d'identités vécues communes au travers des activités proposées dans l'atelier. Tous ensemble participent aux mêmes tâches, partagent ces moments, les échecs et les réussites individuelles et collectives. L'atelier "sport", parce qu'il permet dans son contenu thérapeutique une approche collective et en lien avec le corps, est donc un bel outil de soin paramédical intéressant et favorisant le renforcement identitaire de la personne.

L'approche des professionnels par rapport au concept d'identité est beaucoup plus introspective. Cette dimension les concerne d'autant plus qu'elle est en lien avec la notion de qualification. En effet, dans les entretiens réalisés, peu de professionnels évoquent la dimension identitaire pour les patients mais bien plus pour eux-mêmes par rapport à leur double formation. Les questions étant en effet plus tournées dans ce sens, elles n'ont pas ou peu laissé la place à cette dimension chez les patients qu'ils prenaient en charge. Ainsi pour les professionnels, le sens du concept d'identité est souvent perçu comme une interrogation de leur identité vécue. Celle-ci s'est construite sur leur double qualification, tous évoquent les bienfaits de ce double regard dans la mise en œuvre de leur pratique professionnelle mais la difficulté vient de la définition de leur identité. La norme sociale incite à nommer la personne

en fonction de son travail, mais aussi en l'occurrence pour les ergothérapeutes et les autres métiers paramédicaux, en fonction de leur qualification (DE d'ergothérapie : Ergothérapeute). Pourtant ces professionnels, parce qu'ils ont une double formation non pas exclusivement paramédicale (EAPA, diplômes en sport, ...) n'arrivent pas tous à s'identifier ni aux yeux de la société (supérieurs hiérarchiques, collègues, patients pris en charge, ...) ni aux yeux d'eux-mêmes. Etant donné que dans leur prise en charge, ils utilisent les apports issus des différentes qualifications, ils ne sont pour beaucoup plus en mesure de « faire le tri » dans leurs actes et leurs réflexions lorsqu'ils sont amenés à travailler à la frontière des deux professions étudiées dans ce mémoire. L'ensemble des interviewés se définissent et s'identifient comme des ergothérapeutes, principalement par leur qualification acquise (DE d'Ergothérapie) et aussi certainement par la qualification requise (contenu des missions de leurs postes), mais des ergothérapeutes avec une sensibilité du sport, de l'activité motrice, de l'activité physique, ... Une seule professionnelle arrive à trouver une distinction claire dans son identité vécue et ainsi dans ses actes professionnels qu'elle met en œuvre avec son public de prise en charge. Pourtant même cela semble être flou dans la mesure où son identité perçue est modifiée (EAPA ou Ergothérapeute) en fonction de ses échanges et de ses interlocuteurs, elle ne se présente pas forcément de la même manière selon le message qu'elle cherche à faire passer.

ii. Concept de relation

Comme évoqué dans la première partie, dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, il y a au moins deux types d'acteurs : les patients et les thérapeutes. La relation pour autant existe selon trois possibilités : Relation entre deux thérapeutes, relation entre deux patients et relation entre un patient et un thérapeute.

La spécificité **des professionnels thérapeutes** travaillant avec un public ayant des troubles psychiques, mais cela reste aussi existant chez les autres patients, est de pouvoir établir une relation de confiance. C'est au travers de celle-ci que les ergothérapeutes interviewés évoquent les possibilités d'une prise en charge renforcée en amenant les patients vers la pratique d'activités physiques adaptées. Pour la majorité de ces thérapeutes, il est nécessaire que l'activité proposée ait un sens pour la personne, il convient donc de proposer des prises en charge motivantes et ainsi établir un dialogue avec les patients pour agir au mieux dans les objectifs établis. Cette relation de confiance pour pouvoir proposer de l'APA, les ergothérapeutes avec une double formation doivent aussi la créer dans la relation

interprofessionnelle. Ils évoquent tous la possibilité qu'ils ont eu d'amener leur double compétence de manière douce, construite et explicative dans la mesure où ils n'ont jamais imposé d'emblée leur volonté spécifique dès la prise en charge de leur poste. Ils partent tous du constat que chacun, par son identité vécue a des compétences, des sensibilités qui sont propres à chacun et qui doivent permettre d'apporter du plus aux patients. Ainsi leur place est justifiée dans les équipes pluridisciplinaires et la relation interprofessionnelle de confiance s'établit sur un travail complémentaire entre eux et ayant pour objectif une meilleure prise en charge des patients. De plus, nombreux sont ceux qui évoquent les valeurs de l'APA et du sport en général comme étant des facteurs de travail d'équipe et de vivre ensemble, et ce sont ces valeurs là que l'on peut retrouver dans la relation entre patients telle qu'observée dans les résultats des questionnaires.

Côté patient, le concept de relation s'articule autour de la dimension du partage qui est une des valeurs primordiales véhiculée par l'activité physique. Cette notion de partage est liée à l'ambiance qui s'est établie lors de l'atelier. Les usagers ont mis en avant dans leurs motivations personnelles l'importance d'être avec du monde ; le fait de pouvoir communiquer, partager leurs émotions, leurs problèmes est donc une de leurs attentes, et ceci de manière générale avec des personnes extérieures aux soins. Un accent est mis sur ce concept afin d'encourager les usagers à s'ouvrir aux autres, car la psychiatrie et les troubles qui y sont propres, mènent à l'isolement social. Cette relation c'est aussi construire une activité à plusieurs, former des équipes, réussir des défis collectifs où chacun est mis en action : tout le monde réussit ensemble et cela donne une importance et une symbolique forte à la relation. L'objectif étant ici de donner aux autres mais également d'apprendre d'eux, la relation fait appel à la notion d'identité. En installant cet atelier hors des murs du CATTP, les usagers ont pu s'exprimer plus librement, et comme ils l'ont exposé dans leurs réponses, ils ont pu engager plus de discussions et mettre en place plus d'échanges. Du fait de la grandeur de la pièce, ils communiquent sans déranger les autres et sans restriction de prise de parole entre eux par peur d'avoir du monde autour ; parce que l'espace est grand, chacun peut parler à qui il le souhaite sans que la confidentialité soit quelque chose d'impossible.

iii. Concept de renforcement personnel

Nous évoquons ici la notion de renforcement personnel par la possibilité qu'ont les patients à se rendre plus acteur de leur prise en charge. Que celle-ci se fasse de façon

consciente, identifiée ou non, l'objectif des ergothérapeutes est de mettre en place des activités favorisant les processus d'engagement.

Côté patient, le renforcement est l'un des concepts le plus mis en avant dans les résultats du questionnaire et principalement à travers la notion de bien-être. Que ce bien-être soit physique ou moral il est, pour l'ensemble du groupe, un élément majeur de l'atelier et donc de la prise en charge. Ce bien-être décrit par les usagers s'articule autour de l'espace de liberté dont ils disposent mais également sur des notions fondamentales que tous mettent en avant et en pratique constamment. Les usagers sont moins stressés, angoissés et plus reposés après les ateliers "sport", ils relâchent les pulsions, extériorisent leurs problèmes, leur mal-être, à travers une mise en action de leurs corps. Leur corps devient à ce moment l'interface de leur état psychique. Les usagers viennent quasi unanimement à l'atelier par plaisir, seul une personne met en avant l'éloignement géographique de l'atelier comme étant un frein. En s'investissant par ce biais, les usagers canalisent leur état pulsionnel en extériorisant leur corps dans des exercices et à travers des objets externes. Les usagers, en venant à tous les ateliers, font un travail sur l'investissement personnel qui fait souvent défaut. À travers cette notion de groupe, les usagers partagent et échangent entre eux, ils se construisent sans aide de personnels soignant, toutefois ils existent et cette présence permet d'apporter un cadre sécuritaire. Tout ceci donne lieu à une prise de confiance, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque. La confiance qui s'établit avec les autres est primordiale ; c'est par cette confiance que va s'établir la prise en charge groupale et qui va influencer sur la confiance en soi et se construire par leurs actes, faits et dire. Les usagers se rendent acteur de leur prise en charge d'une part par la venue personnelle à l'atelier mais aussi dans son contenu, par ce qu'il apporte : baisse du stress, prise de confiance en soi et en les autres, donner son avis, ...

Pour les professionnels, cette démarche de rendre acteur les patients et l'un des objectifs majeurs de leur prise en charge. Les ergothérapeutes questionnés évoquent la volonté d'amener plus loin les patients dans les démarches de soins classiques. Par leurs doubles compétences, ils cherchent à valoriser le côté actif des patients au travers des ateliers d'APA ou d'activités physiques proposés. Ces activités, plus dynamiques et plus physiques, engagent la personne à se dépasser par le biais du corps et ainsi faire émerger du plaisir là où existait de la douleur et du rejet. Leur corps doit redevenir un atout dans ces ateliers et ces professionnels sont convaincus des bienfaits que cela apporte dans la prise en charge et dans le développement de l'estime de soi des patients. De plus, ils sont aussi parfois surpris eux-

mêmes, et au même titre que les patients, des capacités que peuvent mobiliser ceux-ci malgré leurs difficultés de départ. Les travaux d'activités physiques proposés sont, selon les ergothérapeutes ayant la double qualification, un excellent outil de renforcement personnel. Ces activités permettent de mettre en exergue des bénéfices cognitifs à la fois sur l'envie de se dépasser, de participer à des manifestations sportives, d'être dans des interactions sociales plus riches. Celles-ci poussent les patients à prendre des décisions et à faire face aux différentes situations qu'ils vivent. Pour les professionnels, l'objectif est d'améliorer leur vie quotidienne en leur permettant aussi de reproduire des schémas simples et à la portée de tous. L'activité physique, parce qu'elle est commune à tous, comme de nombreux ergothérapeutes questionnés l'indiquent, permet d'établir une meilleure relation avec son corps et certaines de ses capacités. Le corps est alors utilisé dans un cadre ludique, et c'est dans cet espace personnel que l'estime de soi et la confiance en soi peuvent s'en trouver renforcées.

iv. Concept d'activité

L'action, la réalisation de quelque chose au travers du concept d'activité fait appel ici à deux notions, celle de l'activité comme un moyen et l'activité comme un contenu, comme une composante d'un programme dans un atelier thérapeutique.

Pour les usagers, l'activité correspond au contenu, à ce qui est proposé, à un résultat de quelque chose qu'ils vont produire pendant l'atelier "sport". Dans le cadre de celui-ci est proposé des activités, et les usagers participent à celles-ci, pour la quasi-unanimité, pour le plaisir. C'est le retour global qui est fait de la part des réponses au questionnaire : le plaisir, le bien-être tient lieu de base à cet atelier. Sans ce plaisir, les usagers ne continueraient pas à venir à l'atelier, et ceci sachant qu'il n'y a aucune obligation de suivi. Ce bien-être est à la fois physique et mental et pour cela la moitié des usagers mettent en avant des effets positifs physiques de ces activités telles que : la notion de se dépenser, la mise en mouvement du corps, le fait de mettre son métabolisme en action. Tout cela demande des efforts : la fréquence cardiaque augmente, la fréquence respiratoire aussi, la sudation apparaît, ... les facteurs de cet effort se produisent par le contenu de l'activité, ainsi les usagers ne cherchent pas en premier lieu à imaginer celui-ci comme dans une démarche thérapeutique, ils viennent aussi pour se dépenser. Ceci peut se traiter de deux manières, une première du côté physique en allant chercher ses limites comme évoqué un peu avant, et d'une autre sur le mental car se dépenser ne met pas seulement en jeu les capacités corporelles tel que la vitesse, la force, etc.

Les activités sont aussi des sources émotionnelles notamment par leur cadre et leur déroulement ; ici par le fait de sortir de chez soi, de participer à une activité collective, de la réaliser dans un environnement différent et spécifique, ... cette activité est ainsi faite dans un contexte propre et unique par rapport à d'autres activités. Le contexte social et environnemental dans lequel évolue l'utilisateur est donc une base importante de la prise en charge. L'activité telle qu'elle est proposée ici se fait dans un milieu sécurisé, ces personnes sont toutes considérées par la société comme étant malades, la vie dans la société pour une personne ayant des troubles psychiques n'est pas simple. Par cet atelier, qui ne regroupe que des personnes vivant chacune avec des problèmes psychiques, le regard n'est pas le même, il est bienveillant. Cette activité se révèle uniquement positive car leur environnement leur est dédié, spécifique et organisé selon eux, pour eux. Cela, les usagers, le mettent en avant dans l'importance qu'ils portent à l'atelier, et ceci à travers leur présence et leur investissement mais aussi et surtout par leur envie de participer, pour la quasi totalité du groupe, à d'autres ateliers sportifs. Ces personnes s'engagent pour elles-mêmes à être présentes pour ne pas déconstruire le groupe et cette action est globale et se travaille aussi bien physiquement que mentalement dans la démarche qu'elle demande. Ils réapprennent à accepter et à partager des moments, des sociétés existantes avec un cadre prédéfini autour de l'activité physique. Parce qu'ils ont pu s'approprier, avec l'atelier "sport", un environnement, ils sont à même de mieux le reproduire et l'accepter en dehors du CATTP.

Lors des entretiens des professionnels, la notion d'activité comme outil est propre à la réflexion ergothérapique et conduit donc à l'aspect d'activité thérapeutique. Cette perception est très régulièrement évoquée par les professionnels qui mettent en avant l'activité comme moyen de réaliser leurs objectifs thérapeutiques. Pour autant, lorsque l'on pose la question du sens de l'activité, cela laisse place à une difficulté de réponse tant le concept n'a pas une identification propre. Pour autant, la majorité des professionnels évoquent l'activité comme étant le résultat d'une action, aussi minime ou intellectuelle soit-elle, l'activité se traduit pour eux par la réalisation de quelque chose, que ce soit physique ou cérébral, que ce soit dans le cadre d'un atelier ou que ce soit un acte de la vie courante. Certains des ergothérapeutes contournent alors la définition d'activité pour évoquer la notion d'occupation ou de médiation afin de faire le distinguo entre la démarche (l'intention) et l'outil. Les ergothérapeutes interviewés maintiennent, à une exception près, que dans leur prise en charge professionnelle l'activité (ou médiations, ou occupations) doit exister que si celle-ci à un objectif thérapeutique. Et c'est à ce titre là, malgré la non-dénomination de thérapie de l'APA,

que ces professionnels mettent en place des activités physiques. Pour eux, faisant suite à leurs doubles formations et aux apports observés auprès des patients, l'activité physique est en lien avec les intérêts thérapeutiques dans la prise en charge des patients.

c. Vérification des hypothèses

Suite aux observations et à l'analyse des résultats, nous avons pu constater que l'APA et l'ergothérapie mettaient en jeu un regard différent, plus holistique sur la prise en charge d'un ergothérapeute. Cela a également permis, pour les professionnels ayant de multiples qualifications liées à l'activité physique et en l'associant avec leur pratique professionnelle d'ergothérapeute, de se questionner bien plus qu'ils n'en avaient eu l'occasion. Cette formulation de cette vision et son approche ainsi détaillée aux professionnels a permis une prise de conscience concernant leur pratique thérapeutique où se mêle ergothérapie et APA.

Notre hypothèse : « *Les patients en psychiatrie, ayant bénéficié d'une prise en charge par un professionnel possédant la double qualification ergothérapeute – enseignant en activité physique adaptée, deviennent plus acteurs de leur thérapie.* » est validée. Cependant on constate que, malgré les bénéfices observés chez les patients, tous les ergothérapeutes évoquent dans les entretiens que ceux-ci ne sont, certainement pas, le résultat de leur unique prise en charge, et qu'ils résultent surtout de la globalité des apports et compétences fournies par l'ensemble du personnel soignant. En effet, tous ne sont pas dans la glorification ou l'attribution de mérites égocentrés car ils connaissent aussi les bénéfices apportés par leurs collègues. Ainsi, si les patients deviennent plus acteurs de leur thérapie, c'est surtout et avant tout par un travail de groupe des différents professionnels.

À notre question de départ : « *En utilisant l'activité en psychiatrie, un professionnel diplômé Ergothérapeute – Enseignant en activité physique adaptée propose-t-il une prise en charge thérapeutique renforcée ?* » nous pouvons, suite à la réflexion issue de nos résultats, confirmer la réponse positivement. Le suivi de quelques ateliers « sport » en faisant partie intégrante du groupe a permis d'apporter beaucoup. Ainsi le cumul du théorique apporté dans cette recherche associée à la pratique, au même titre que les usagers interrogés, a permis de mettre en évidence les réponses apportées par le questionnaire.

V) Discussion

a. Limites de l'étude et biais rencontrés

Tout au long de l'étude, plusieurs facteurs sont venus confronter la méthodologie qui était appliquée que ce soit vis-à-vis des entretiens comme des questionnaires et ceci à la fois sur les outils mis en place et avec les populations rencontrées.

Concernant les entretiens, la population souhaitée au départ était de six professionnels ayant une double qualification d'ergothérapeute et d'enseignant en activité physique adaptée et travaillant dans le milieu de la psychiatrie. Cet échantillon professionnel correspondait au sujet de notre problématique et était établi de façon assez restrictive compte tenu à la fois des intérêts personnels mis en jeu pour ce mémoire et d'une volonté de questionner un secteur médical spécifique où les enjeux d'une double qualification devaient fortement se faire ressentir sur la population accueillie. Telle était l'idée de départ. Cet échantillon a dû être très rapidement modifié car seule une professionnelle correspondait à l'ensemble des critères énoncés. L'ouverture des entretiens à d'autres professionnels a donc été réalisée sur la base non pas d'un second diplôme d'EAPA mais sur des diplômes en lien avec les activités sportives et permettant de les encadrer. Cette ouverture a permis de prendre contact avec d'autres ergothérapeutes en sollicitant des réseaux nationaux et en prenant des contacts auprès des premiers professionnels interviewés. Le constat que l'on peut faire est que cette double qualification professionnelle n'est pas encore développée en France mais qu'elle semble sur le point de prendre un élan. En effet, suite aux sollicitations sur des réseaux sociaux, il se trouvait que plusieurs étudiants en IFE ou en STAPS étaient dans la réalisation de ce double diplôme. Par l'absence encore de regard professionnel sur leur pratique, ces entretiens n'ont pas eu lieu.

Une des autres limites rencontrées dans les entretiens sont les milieux dans lesquels évoluent les ergothérapeutes. Sur les six interviewés, seuls deux travaillent exclusivement avec une population en santé mentale, un élargissement fut nécessaire pour avoir des professionnels réalisant des activités physiques et ayant une double qualification. Toutefois sur les quatre autres ergothérapeutes questionnés, trois mettent aussi en avant le fait de travailler avec des patients atteints de troubles psychiatriques associés dans leur structure. Même si les personnes prises en charge n'évoluent pas dans le milieu spécifique de la santé

mentale (gériatrie, centre hospitalier, SAMSAH), certains d'entre eux présentent des troubles psychiatriques associés et sont encadrés par ces professionnels questionnés.

Dans le déroulé des entretiens, les questions formulées au début n'ont pu être exactement les mêmes pour l'ensemble des entretiens compte tenu de l'évolution et de l'élargissement de la population des professionnels. Ainsi les entretiens ont dû être réadaptés pour les professionnels non EAPA interviewés. Les entretiens restent utiles aussi par leur ouverture et donc le rebondissement dans l'échange. Les questions ainsi évoquées avec les professionnels, même si elles restent sensiblement identiques, sont très souvent toutes aménagées en fonction de l'interlocuteur et suivent plutôt une trame globale adaptable plutôt qu'un plan fixe et non évolutif. De plus il est apparu qu'au fur et à mesure des entretiens, le déroulement de ceux-ci fut de mieux en mieux construit et complet, permettant d'accentuer certains points manquants, ou méritant un approfondissement plus important. Cette évolution a peut-être permis de mieux analyser les derniers entretiens réalisés en comparaison aux premiers.

Au sujet des questionnaires, les limites rencontrées concernent la régularité de la population et donc le suivi qu'il s'en suit. Les usagers se rendant à l'atelier "sport" ne sont pas tous présents à chacune des séances, ainsi le nombre d'usagers a varié sur les deux séances réalisées en amont avec eux. Cette évolution du groupe n'a pas permis alors de recueillir l'ensemble des questionnaires donnés.

Dans le contenu du questionnaire le biais rencontré fut la compréhension d'une question. En effet la majeure partie des usagers étant psychotiques, ils n'ont pas accès à la symbolique, la compréhension de la question ouverte a été compliquée et a nécessité une reformulation et une recontextualisation : cette dernière question s'est avérée trop difficile à comprendre pour les usagers. Pour les personnes psychotiques, l'atelier « sport », qu'il ait lieu hors des murs ou dans l'enceinte du CATTP est exactement la même chose pour eux. Pour que les réponses soient au plus près en lien avec la réflexion menée, il a donc été nécessaire de les accompagner dans la compréhension de cette question. Et malgré cela, rien ne permet d'indiquer que celle-ci fut totalement assimilée. De plus, compte tenu de l'échantillon de la population (12 personnes), l'analyse effectuée n'a pas été construite sur un pourcentage afin de ne pas fausser des résultats, par peur d'en faire une généralité. Pour cette petite enquête, il est préférable de baser les résultats sur le nombre de patients, cela est plus évocateur.

b. Réflexions et organisation du professionnel

Tous les professionnels interviewés se définissent déjà en tant qu'ergothérapeute alors que le niveau de diplôme entre un ergothérapeute et un EAPA est le même. Il est important de relativiser cette donnée compte tenu aussi du public, seules deux personnes ont une licence EAPA. Toutefois même pour eux, l'ergothérapie prime ; l'EAPA, malgré ses études universitaires, est peu connue et de ce fait peu investi par les services de rééducation de réadaptation alors que l'ergothérapeute est maintenant un élément reconnu et indispensable dans les milieux médicaux-sociaux. Pour les autres professionnels, même en l'absence d'un diplôme d'EAPA, le statut d'ergothérapeute est la première identité décrite et celle-ci peut s'expliquer pour les mêmes raisons. De plus, pour la majorité des ergothérapeutes questionnés, la formation en IFE fut souvent la première commencée, définissant peut-être une première identité "prédominante". Celle-ci est certainement aussi mise en avant par rapport à la qualification souhaitée dans les postes qu'ils occupent. En effet, ils ont tous été ou toujours été sur des postes définis par un statut et des missions d'ergothérapeute.

Toutefois, lors des entretiens, la question de l'identité revient chez tous les professionnels interviewés. Cette identité est pour beaucoup trouvée aujourd'hui, mais elle a fait longtemps place à une recherche, à des questionnements et à une ambivalence qui parfois évoluent encore pour les plus jeunes. Ainsi l'identité vécue par les professionnels s'est construite au fil du temps et ne résulte peu ou pas d'une identité perçue. Les ergothérapeutes ont construit leur identité professionnelle sur leur pratique et leurs réflexions compte tenu de leur double spécificité. Tous évoquent que c'est par la structuration de leurs postes et l'organisation de leur travail qu'ils ont pu mettre en place des ateliers d'AP. Ces professionnels ayant déjà une sensibilité sportive, leur pratique a donc évolué dans cette direction permettant ainsi une réflexion quant aux outils, intérêts et bénéfices que l'AP pourrait apporter pour compléter, enrichir et renforcer la pratique thérapeutique déjà existante par leur travail en ergothérapie.

c. Les effets de la prise en charge

Une prise en charge thérapeutique pour des patients en psychiatrie se retrouve renforcée dès le moment où le patient s'investit dans sa prise en charge. Les professionnels cherchent donc à rendre acteurs leurs patients en créant des activités où potentiel

thérapeutique s'allie aux motivations et objectifs des individus. C'est en cela que l'AP, proposée dans un cadre ergothérapique a une place à jouer. Aussi bien pour les professionnels questionnés qu'au travers d'études déjà établies, il est évoqué que l'AP constitue « *un type de traitement non spécifique avec un réel potentiel psychothérapeutique [...] jusqu'ici négligé* »⁶³.

Les ergothérapeutes questionnés mettent en avant les bienfaits apportés par leur double compétence qui permet aux patients de favoriser un état de bien-être, un plaisir dans l'activité surtout lorsqu'elle est partagée. Ici, les usagers questionnés trouvent, dans leur cohésion de groupe, la possibilité de réaliser l'activité à leur rythme, sans esprit de compétition et de comparaison aux autres, tout en maintenant une entraide pour le groupe. Ils retrouvent confiance en soi par leur corps et confiance en les autres. Les valeurs sportives, liées à des activités de groupes (rencontres, séjours, échanges, ...) permettent aux patients de mieux accepter le cadre posé, les règles et une tolérance aux autres. L'évacuation du stress, des angoisses, de la peur, de la frustration, s'effectue à travers un outil ou leur corps, mais dans un objectif de réaliser un mouvement qui a du sens. C'est ce sens qui doit être à la base de la motivation du patient lorsqu'est mis en place le potentiel thérapeutique de l'activité. Ces activités nécessitent une certaine autonomie de base mais permettent aussi de la développer, via la favorisation de sentiment de bien-être, de la participation sociale, des habiletés physiques.⁶⁴ L'activité physique doit être signifiante, elle est vue comme un leitmotiv par certains patients et comme une récompense pour d'autres, et elle reste, pour l'ensemble des professionnels, un outil avec un potentiel thérapeutique.

Pour que l'activité ai un sens et s'intègre à la théorie du Flow (réalisation de l'expérience optimale pour le plaisir de faire, sans recherche de contrepartie sociale, monétaire), il faut que le choix et la réalisation de l'activité se basent sur certains critères tels qu'évoqués par Doris PIERCE. En effet, le potentiel thérapeutique d'une activité se construit autour de trois éléments, à savoir les dimensions subjectives, contextuelles et le processus de mise en place de l'activité. Avec sa double formation, l'ergothérapeute menant l'atelier (ou la séance) a plus d'outils et de connaissances pour mener à bien cet objectif de recherche d'autonomie des patients dans leurs prises en charge. Il possède plus de capacités et aussi plus d'audace pour mettre en place des ateliers basés sur l'AP, et cela conduit parfois à des résultats renforcés par rapport à d'autres prises en charges.

⁶³ Margarida GASPAR DE MATOS, Luis CALMEIRO, David DA FONSECA – 2009 – *Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression*

⁶⁴ Charlotte DUCOUSSO-LACAZE - Mars 2014 - *Ergothérapie et activité sportive pratiquée par des personnes schizoéphrènes*

En complément, tous les professionnels parlent de la nécessité de la relation à établir avec le patient et de bien porter le diagnostic thérapeutique afin de proposer une prise en charge qui sera motivante, percutante pour le patient. De plus, c'est autour de cette relation patient-soignant que se réalisent le soin et les analyses quant au suivi thérapeutique. Ainsi, chaque professionnel possédant une particularité, une spécificité, une connaissance renforcée, pourra amener le patient à être plus acteur de sa prise en charge. Il convient donc de bien orienter les patients vers les professionnels les plus à même de correspondre aux objectifs fixés par la personne. C'est donc essentiellement dans l'accompagnement et le travail de groupe pluridisciplinaire que les sentiments de motivations intrinsèque et extrinsèque d'un patient peuvent plus facilement s'exprimer s'il est au bon endroit, avec la bonne personne et la bonne activité, qu'elle soit physique ou non.

d. Ouverture et piste de réflexion

À travers cette étude, par la mise en place d'entretiens et de questionnaires, le constat majeur que l'on peut amener suite aux analyses, est qu'il est possible de définir l'activité physique comme étant une activité thérapeutique. Que ce soit par un ergothérapeute ou par un EAPA, ces deux professions ont une visée commune qui est le développement de l'autonomie chez les patients. Les outils diffèrent mais se complètent et enrichissent les visions de ces deux professions. Les apports évoqués et constatés chez les patients bénéficiant d'une prise en charge d'un professionnel avec la double formation tendent à démontrer et confirmer le rôle thérapeutique de l'activité physique. Cette perception est appuyée notamment par les études de Paul SIVADON et François GANTHERET qui, suite à des expériences, constatent que les activités physiques « *ont leur place dans le soin psychiatrique [...] avec des objectifs précis tels que l'acquisition d'une autonomie, l'amélioration du comportement relationnel, la prise de conscience et l'affirmation de soi* ». Ils affirment que le « *sport a des vertus thérapeutiques, qu'il soigne* »⁶⁵. Par la mise en place d'activités physiques thérapeutiques, l'ergothérapeute peut donc amener une prise en charge renforcée au bénéfice des patients, leur redonner plus d'autonomie et les rendre plus acteurs.

Cette prise en charge des AP doit s'effectuer avec des connaissances relatives à celles-ci afin d'amener des méthodologies de travail, des outils, des connaissances propres au domaine du sport et des APA. Il est donc intéressant et motivant de proposer, à un

⁶⁵ Magali KUDELSKI - Octobre 2010 - *Le sport, le laissé-pour-compte de la psychiatrie ?*

ergothérapeute sensible aux domaines des activités physiques, une formation permettant d'acquiescer ces réflexions et aussi garantir la légalité et reconnaissance propre à cette prise en charge spécifique et complémentaire. Un ergothérapeute possédant un diplôme d'EAPA ou un autre diplôme en lien avec la pratique des AP pourra alors, à la fois pour les patients mais aussi pour les structures médico-sociales, développer une nouvelle prise en charge où le potentiel thérapeutique de l'activité existera au travers de ces contenus "sportifs".

Conclusion

Nous recherchions à travers cette étude l'influence du fait de coupler une prise en charge en ergothérapie avec de l'activité physique par un même professionnel. À travers les échanges avec les patients et les professionnels, nos recherches ont mené le constat que, plus les professionnels possèdent d'outils, plus ils auront confiance à proposer et à tenter de nouveaux projets et ainsi permettre aux patients de le ressentir et de s'approprier ces possibilités.

Au travers de cette partie exploratoire, deux concepts clés sont ressortis. Celui, propre aux professionnels, qui est l'identité, celle à laquelle ils s'identifient afin de donner le maximum de possibilités à la population de patients pris en charge par leurs soins. Et ensuite le concept de relation, résumant la première motivation de la prise en charge. Cela s'avère encore plus présent avec des patients ayant des troubles psychiatriques chez qui la notion de cadre et d'investissement dans une relation est un des éléments clés de la prise en charge. C'est sur ces concepts que s'est basée cette recherche dans le but de mettre en lumière les impacts que pouvaient amener l'apport d'une médiation supplémentaire qu'est l'activité physique dans une prise en charge ergothérapeutique.

La recherche effectuée dans ce travail de fin d'étude, a mis en avant la méconnaissance de l'aspect thérapeutique de l'activité physique mais également l'envie de transmettre et de mettre en avant les possibilités pour tous, patients comme thérapeutes, de s'intégrer dans cette médiation. Tout thérapeute peut, grâce à l'obtention d'un diplôme dans l'AP ou par l'association avec un professionnel en activité physique, voir une augmentation de ses outils et ainsi un impact décuplé de sa prise en charge sur des patients en attente de nouvelles médiations. La pratique d'activités physiques lors de séances d'ergothérapie va mettre en avant les ressources et les capacités des patients, parfois insoupçonnées, qui à travers cette médiation va donner un nouvel élan à la prise en charge. On ne parle plus de

limitations, au contraire on met en avant le potentiel sans en rechercher les limites, juste viser le dépassement de soi.

Pour aller plus loin dans la recherche, des manifestations mettant en action l'équipe pluridisciplinaire au complet et mettant en avant des activités sportives, sont organisées par des ergothérapeutes. La notion, très présente en ergothérapie, qu'est la prise d'autonomie est ici mise en avant par la mise place d'activités physiques communes à de nombreux patients et où l'acceptation de soi, malgré sa pathologie, s'en retrouve améliorée. C'est particulièrement le cas en psychiatrie, les patients pris en charge dans ce domaine montrent pour certains, un ancrage dans la réalité très pauvre. Ainsi la mise en place très concrète d'activités, détournées par le ludisme, amène ces patients très récalcitrants à investir l'activité. Un reportage tourné il y a quelques mois à l'UMD de Sarreguemines en Moselle, montre des ergothérapeutes agissant au travers de médiations telles que le bricolage, la création artistique et l'activité physique. Ces ergothérapeutes sont à l'initiative et à la création, chaque année, d'« olympiades sportives ». Ils entraînent avec eux l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en proposant aux patients une prise en charge nouvelle, collective, ludique et établie hors du cadre classique et routinier de leurs thérapies.

Le choix de la population n'est pas anodin, la psychiatrie est un domaine d'exercice encore méconnu et laissant trop souvent place à de nombreuses spéculations, peurs et fantasmes, qui sont bien loin de la réalité des prises en charges pratiquées au cœur des unités psychiatriques. Cela s'exprime par des spécificités propres à ce milieu : l'intérêt de devoir déchiffrer en permanence l'autre parce que le retour n'existe pas forcément ; savoir que malgré l'absence de constat direct, le rôle fourni par l'ergothérapeute est indispensable dans l'apport de bien-être à la personne ; être dans la non-conformité d'actes "routinier" où le qui-vive et l'analyse de la personne passe plutôt par les émotions, les paroles, le regard et non par le côté fonctionnel, trop structuré que peuvent parfois constituer d'autres secteurs d'ergothérapie.

La prise en charge en psychiatrie diffère des autres domaines dans lesquels il est possible d'exercer en qualité d'ergothérapeute ; la place du soin mental est omniprésente et c'est par l'ensemble de ces particularités qu'il m'est possible de trouver ma voie professionnelle. Avec cet écrit, et l'aide de plusieurs personnes, j'ai pu concrétiser et conforter ma volonté de poursuivre vers un projet professionnel alliant handicap mental et psychique et de plus est, si possible en psychiatrie.

Bibliographie

Textes officiels

Code du sport - Article L212-1. Vol. L212-1.

Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. 21 novembre 1986

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 | Legifrance

Articles

ANDRÉ, Christophe. L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*. 2005, n° 82, p. 26-30. DOI 10.3917/rsi.082.0026

BACQUE, Marie-Hélène et BIEWENER, Carole, L'empowerment, une pratique émancipatrice. *Revue Projet*. Décembre 2013, n° 336-337, p. 186a - 187. DOI 10.3917/pro.336.0186a

BAUDRY, Robinson et JUCHS, Jean-Philippe. Définir l'identité. *Hypothèses*. 2007, Vol. 10, n° 1, p. 155-167. DOI 10.3917/hyp.061.0155

BERNARD, Henri. De l'intérêt du sport en psychiatrie. *Santé mentale*. Septembre 2007, n° 120, p. 79

BERNARD, P. et NINOT, G. Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie : Revue systématique de la littérature. = Benefits of exercise for people with schizophrenia: A systematic review. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. Septembre 2012, Vol. 38, n° 4, p. 280-287. DOI 10.1016/j.encep.2011.07.001. 2012-25558-003

BERNARD, P., ROMAIN, A. J., ESSEUL, E., ARTIGUSSE, M., POY, Y., BAGHDADLI, A. et NINOT, G. Barrières et motivation à l'activité physique chez l'adulte atteint de schizophrénie : revue de littérature systématique. *Science et sports*. 2013, n° 5, p. 247

BONVIN, Éric. Pour une initiation propédeutique à la relation thérapeutique, Summary. *Psychothérapies*. Décembre 2006, Vol. 26, n° 4, p. 187-196. DOI 10.3917/psys.064.0187

BOUTILLIER, Henri, LABRIDY, F., PETITQUEUX, Pascal, LE BRETON, David, LANFRANCHI, Marie-Christine, NINOT, Grégory et SEGAL, Jean. Sport adapté et psychiatrie. *Sport Adapté Magazine*. décembre 1993, Vol. 3, n° 4, p. 25

CABELGUEN, M. Article original: Évaluation des dimensions psychopathiques sur le mode d'adaptation carcérale. *Assessing psychopathic dimensions in regards to prison adjustment (English)*. Juillet 2016, Vol. 66, p. 163-170. DOI 10.1016/j.erap.2016.05.005

CHEUNG, Joyce Siu-Chong, CHAN, Jackie Ngai-Man, LAU, Benson Wui-Man et NGAI, Shirley Pui-Ching. Purposeful Activity in Psychiatric Rehabilitation: Is Neurogenesis a Key Player? *Hong kong journal of occupational therapy*. Juin 2016, Vol. 27, p. 42-47

CHOBÉAUX, François. Activités physiques et sportives et développement communautaire. *Pratiques Sociales*. 1995. VST

COSTALAT-FOUNEAU, Anne-Marie et LIPIANSKY, Edmond-Marc. Éditorial. *Connexions*. Août 2008, n° 89, p. 7-12. DOI 10.3917/cnx.089.0007

DANIS, Anabelle. Les médiations thérapeutiques, un tiers dans la relation. *Santé mentale*. Avril 2015, n° 197, p. 15

DE MATOS, Margarida Gaspar, CALMEIRO, Luis et DA FONSECA, David. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *La Presse Médicale*. Mai 2009, Vol. 38, n° 5, p. 734-739. DOI 10.1016/j.lpm.2008.08.015

DECLERCQ, Séverine. L'ergothérapie, un métier aux facettes multiples. *Santé conjugulée*. Janvier 2011, n° n°55, p. 76-79

DI ROCCO, Vincent. Le Moi-peau : du corps à la pensée. *Santé mentale*. Avril 2008, n° 127, p. 10

DUCOUSSO-LACAZE, Charlotte. Ergothérapie et activité sportive pratiquée par des personnes schizophrènes. *Ergothérapies*. Mars 2014, n° 53, p. 33/37

ECKERT, Nathalie. Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie. *Rapport du comité d'éthique*, Centre Psychothérapique de Nancy, mai 2017, p. 1-13

GUEZENNEC, C. Y. Effets de l'exercice physique et de l'entraînement sur la neurochimie cérébrale. Conséquence comportementale. *Annales medicopsychologiques*. 2008, n° 10, p. 813

GUIRAUD, T., DAROLLES, Y., SANGUIGNOL, F., LABRUNÉE, M., PATHAK, A., GREMEAUX, V. et BOSQUET, L. Quid des enseignants en activité physique adaptée dans les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2013 ? / What about teachers in adapted physical activity in rehabilitation centre in 2013? *Science & Sports*. Septembre 2013, Vol. 28, n° 4, p. 211-219

KOENIG-FLAHAUT, Marie, CASTILLO, Marie-Carmen et BLANCHET, Alain. Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*. 2011, Vol. Numéro 514, n° 4, p. 339-346. DOI 10.3917/bupsy.514.0339

KUDELSKI, Magali. Le sport, le laissé-pour-compte de la psychiatrie ? *L'information psychiatrique*. 2010, n° 10, p. 877. Actualités en pédopsychiatrie. DOI 10.3917/inpsy.8610.0877

LAUNOI, Muriel. Activités ou médiations ? *Ergotherapies*. 2018, Vol. 68, p. 31-38

LECONTE, P. et VARRAY, A. La recherche en APA-Santé : perspectives pluridisciplinaires actuelles. *Movement and sport sciences*. 2014, n° 84, p. 1

LE ROY-HATALA, Claire et LEGUAY, Denis. « Handicap psychique » : le chemin qui reste à parcourir. *L'information psychiatrique*. 2013, n° 3, p. 221. Réhabilitation (1re partie). DOI 10.3917/inpsy.8903.0221

NASIELSKI, Salomon. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*. 2012, n° 144, p. 12-40. DOI 10.3917/aatc.144.0012

TERRISSE, André. Le sport, symptôme social. *Le groupe familial*. Octobre 1993, n° 141

TESU-ROLLIER, D.-D. Communications: Sport et alliance thérapeutique en milieu carcéral. *Sport and therapeutic alliance in prison (English)*. Janvier 2008, Vol. 166, p. 865-869. DOI 10.1016/j.amp.2008.10.012

TORDEURS, David, JANNE, Pascal, APPART, Annick, ZDANOWICZ, Nicolas et REYNAERT, Christine. Efficacité de l'exercice physique en psychiatrie : une voie thérapeutique ? = [Effectiveness of physical exercise in psychiatry: a therapeutic approach?]. *L'Encephale : revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. 2011, Vol. 37, p. 345

VANCAMPFORT, D., SWEERS, K., PROBST, M., MAURISSEN, K., KNAPEN, J., MINGUET, P. et DE HERT, M. Association of the metabolic syndrome with physical activity performance in patients with schizophrenia. *Diabetes & metabolism*. Septembre 2011, Vol. 37, n° 4, p. 318-323

Ouvrages

ADENOT, Pascale. *Et si l'ergothérapie se faisait savoir. Promotion de l'ergothérapie contemporaine en France*. [s. d.], p. 103

BARBIN, Jean-Marc, CAMY, Jean, COMMUNAL, David, PERRIN, Claire, FODIMIBI, Michel et VERGNAULT, Mathieu. *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en Activité Physique Adaptée*. 2015, p. 131

BINET, Mario « Intervention éducative en activité physique : maladie mentale », in Brunet François et Caouette Michel. *Corps et psychiatrie : psychopédagogie des activités physiques et sportives*. Rennes : ENSP - Ecole nationale de la santé publique, 1995. ISBN 978-2-85952-662-7

BUI-XUAN, Gilles et MARCELLINI, Anne. « Redynamisation du sujet. Modélisation générale et usage des activités physiques et sportives avec des publics présentant de graves

difficultés d'adaptation », in Brunet François et Caouette Michel. *Corps et psychiatrie : psychopédagogie des activités physiques et sportives*. Rennes : ENSP - Ecole nationale de la santé publique, 1995. ISBN 978-2-85952-662-7

GALIANA, Manuel « Le rôle de l'activité physique et l'apport des professionnels de l'activité physique en psychiatrie », in Brunet François et Caouette Michel. *Corps et psychiatrie : psychopédagogie des activités physiques et sportives*. Rennes : ENSP - Ecole nationale de la santé publique, 1995. ISBN 978-2-85952-662-7

KASTERSZTEIN, Joseph. « Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités », in Carmel Camilleri, Joseph Kastersztein, Edmond Marc Lipiansky, Hanna Malewska-Peyre, Isabelle Taboada-Leonetti, Ana Vasquez, *Stratégies identitaires*, Paris, Puf, « Psychologie d'aujourd'hui », 1990, p. 27-41

KUDLACEK, Martin, MORGULEC-ADAMOWICZ, Natalia et VERELLEN, Joeri. *European Standards in Adapted Physical Activity*. Palacký University Olomouc. 2010, Vol. 1, 109 pages, ISBN 978-80-244-2584-9

LANFRANCHI, Marie-Christine « Les activités physiques et sportives dans le projet de soin infirmier : moteur de l'équipe soignante », in Brunet François et Caouette Michel. *Corps et psychiatrie : psychopédagogie des activités physiques et sportives*. Rennes : ENSP - Ecole nationale de la santé publique, 1995. ISBN 978-2-85952-662-7

LEGARE, Robert. « Rôle de l'activité physique adaptée en psychiatrie de longue durée », in Brunet François et Caouette Michel. *Corps et psychiatrie : psychopédagogie des activités physiques et sportives*. Rennes : ENSP - Ecole nationale de la santé publique, 1995. ISBN 978-2-85952-662-7

THERME, Pierre. « Activités physiques et sportives et pathologies psychologiques : la question du sens », in Brunet François et Caouette Michel. *Corps et psychiatrie : psychopédagogie des activités physiques et sportives*. Rennes : ENSP - Ecole nationale de la santé publique, 1995. ISBN 978-2-85952-662-7

VON MISES, Ludwig. *L'Action humaine*. Presses Universitaires de France, 1985

Sitographie

ASMAR, Michèle Kosremelli et WACHEUX, Frédéric. *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire* [en ligne]. 3 février 2007, p. 57-75. [Consulté le 17 février 2018]. Disponible à l'adresse : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>

BATIME, CHRISTINE. *Quelques définitions autour de la notion : qualification et compétence* [en ligne]. 17 juin 1999. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.travail-social.com/Quelques-definitons-autour-de-la>

CLOT, YVES. Clinique de l'activité / Psychologie (février 2012). Dans : *Séminaire RPS du*

LEST [en ligne]. février 2012. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible à l'adresse : <https://rps.hypotheses.org/seminaires-2/clinique-de-lactivite/fevrier-2012>

IBARRART, Frédérique. L'empowerment ... *Un chemin vers le rétablissement en Santé Mentale*. Master 2 RIM - Option éducation thérapeutique. [S. 1.] : Sorbonne Universités, février 2015

MICHEL PERRIER. *Cours 1 Approche à la santé mentale* [en ligne]. 16:14:29 UTC. [Consulté le 25 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <https://fr.slideshare.net/michellperrier/cours-1-approche-la-sant-mentale>

OLANO, Marc. L'empowerment en santé mentale. Dans : *Le Cercle Psy, le magazine de toutes les psychologies* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 25 avril 2018]. Disponible à l'adresse : https://le-cercle-psy.scienceshumaines.com/l-empowerment-en-sante-mentale_sh_35236

ZARIFIAN, Philippe. (Professeur de sociologie à l'Université de Marne la Vallée) De la notion de qualification à celle de compétence. *les Cahiers Français, Documentation Française*. [s. d.]

ANFE [Consulté le 15 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://anfe.fr/>

Approche cognitivo-comportementale [Consulté le 02 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.stepp.ca/Approche-cognitivo-comportementale/>

Approche psychodynamique [Consulté le 02 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.stepp.ca/Approche-psychodynamique/>

IFAPA [Consulté le 15 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://ifapa.net>

IREPS Bourgogne, Bres Bérénice et Vassieux Laetitia. *Activités physiques et sportives pour la santé : des recommandations à la pratique*, novembre 2015, n°6

IFE-LCA - [Consulté le 15 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergo-nancy.com/historique-metier.php>

ERGOPSY, *processus thérapeutiques en ergothérapie, en psychiatrie et addictologie*, LAUNOIS, Muriel [Consulté le 02 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://ergopsy.com/index.html>

EUFAPA [Consulté le 15 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.eufapa.eu/>

FONDS HANDICAP & SOCIETE, *Origines et histoire du handicap : du Moyen-âge à nos jours* - [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 02 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.fondshs.fr/vie-quotidienne/accessibilite/origines-et-histoire-du-handicap-partie-1>

LAROUSSE, Éditions. *Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne*. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/>

MÉDICALE (INSERM), Institut national de la santé et de la recherche. *Activité physique : Contextes et effets sur la santé* [en ligne]. 2011. [Consulté le 18 décembre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6809>

OMS | Constitution de l'OMS: ses principes. Dans : *WHO*. [Consulté le 15 février 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/about/mission/fr/>

PSYCOM, Caria, Aude. *Modalités de soins psychiatriques*. décembre 2016

SFP-APA, DÉLICIEUX, 25 rue Bernard et TOULOUSE, 31200. *Le référentiel métier de l'enseignant en Activité Physique Adaptée* (version mai 2016) [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 02 février 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/referentiel-metier-enseignant-apa.html>

sports.gouv.fr [Consulté le 15 février 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.sports.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=0

Table des sigles et abréviations

- **AGFF** : Activités Gymniques de la Forme et de la Force
- **ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- **AP** : Activité physique
- **APA** : Activité Physique Adaptée
- **APA-S** : Activité Physique Adaptée pour la Santé
- **APSA** : Activité Physique, Sportive et Artistique
- **BPJEPS** : Brevet Professionnel Jeunesse Education Populaire et Sport
- **CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- **CFTMEA-R** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
- **CIM 10** : Classification Internationale des Maladie 10^{ème} révision
- **CMP** : Centre Médico-Psychologique
- **CQP** : Certificat de Qualification Professionnelle
- **DE** : Diplôme d'Etat
- **DSM V** : Diagnostic en Statistical Manuel of mental disorder 5^{ème} révision
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **EAPA** : Enseignant en Activité Physique Adaptée
- **IFAPA** : International Federation of Adapted Physical Activity
- **INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- **IRHPM** : Ingénierie de la Rééducation, du Handicap et de la Performance Motrice
- **MCREO-P** = Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation
- **MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine
- **MPS** : Mouvement Performance Santé
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
- **SDDE** : Soins sur Décision des Directeurs d'Etablissement de santé
- **SDRE** : Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
- **SDT** : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers
- **SDTU** : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
- **SPI** : Soins psychiatrique en cas de Péril Imminent
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

- **STAPS** : Science et Technique des Activité physique et Sportive
- **TED** : Trouble Envahissant du Développement
- **TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale
- **UMD** : Unité pour Malades Difficiles
- **USL** : Unité de Soins Libres
- **USP** : Unité de Soins Protégés
- **VHMA** : Vieillessement et Handicap : Mouvement et adaptation

Table des illustrations

Tableau I : Echantillon du public interviewé.....	31
Figure 1 : Répartition du public par âge.....	41
Figure 2 : Répartition du public par genre	41
Figure 3 : Pratique du «sport » à l'atelier du CATTP.....	41
Figure 4 : Image du « sport » à l'atelier du CATTP	41
Figure 5 : Aspects ressentis pendant l'atelier « sport ».....	42
Figure 6 : Origines de la participation à l'atelier « sport »	43
Figure 7 : Motivation de la participation à l'atelier « sport »	43
Figure 8 : Les apports ressentis par les usagers pendant l'atelier « sport ».....	44

Sommaire des annexes

Annexe I : Tableau de classification des troubles mentaux CIM-10 et CFTMEA-R.....	71
Annexe II : Pyramide de Maslow.....	72
Annexe III : Schémas de dévalorisation et de valorisation.....	73
Annexe IV : Questionnaire des entretiens professionnels.....	74
Annexe V : Questionnaire pour les patients du CATTP.....	76
Annexe VI : Entretien avec une professionnelle diplômée EAPA – Ergothérapeute.....	78

Annexe I :

Tableau de classification des troubles mentaux CIM-10 et CFTMEA-R

CFTMEA-R	CIM-10	DSM-5
Psychose précoce déficitaire	F0F0 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	Axe I : Les troubles majeurs cliniques
Dysharmonie psychotique	F1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	Axe II : Les troubles de la personnalité et le retard mental
Trouble désintégratif de l'enfance	F2 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	Axe III : Aspects médicaux ponctuels et troubles physiques
Autres psychoses précoces ou autres TED	F3 : Troubles de l'humeur (affectifs)	Axe IV : Facteurs psychosociaux et environnementaux
Psychoses précoces ou TED non spécifié	F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	Axe V : Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement
	F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	
	F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	
	F7 : Retard mental	
	F8 : Troubles du développement psychologique	
	F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	
	Plus un groupe sans autre indication	

Annexe II :

Pyramide de Maslow

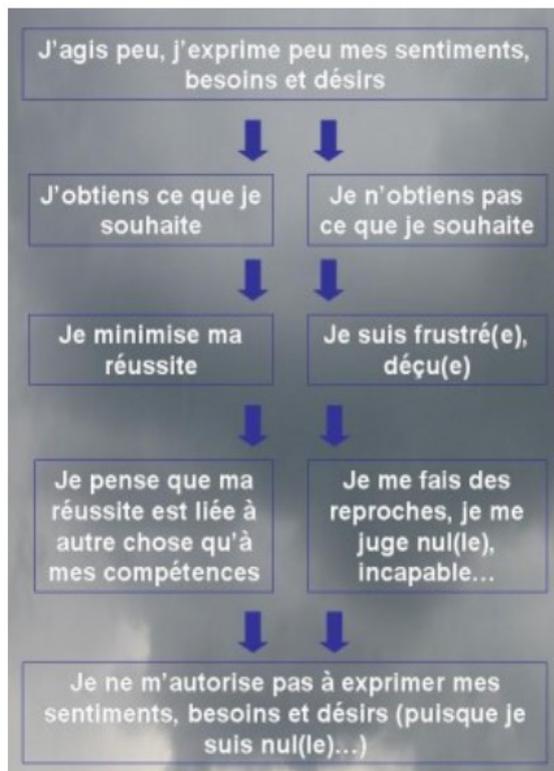


Source : <https://mcvconsultant.wordpress.com/2014/10/19/la-hierarchie-des-besoins/>

Annexe III :

Schémas de dévalorisation et de valorisation

Dévalorisation



Valorisation



Source : <http://www.ithaquecoaching.com/articles/mecanismes-de-valorisation-et-devalorisation-de-soi-406.html>

Annexe IV :

Questionnaire des entretiens professionnels

Bonjour, je suis actuellement en 3^{ème} année d'ergothérapie à Nancy.

Je réalise mon mémoire sur l'impact, atouts, limites qu'un professionnel possédant une double qualification ergothérapeute – EAPA peut faire valoir au sein d'un domaine de soin comme celui de la psychiatrie, prise pour exemple et contexte de mon mémoire.

Au travers de cet entretien je vais vous questionner sur les espaces professionnels de l'ergothérapie et celui des activités physiques adaptés.

L'entretien va durer environ 1 heure.

Q°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Précisez où vous exercez, dans quelle structure et dans quelle région ? Depuis combien de temps ? Est-ce une création de poste ou le remplacement d'un collègue ?

Q°2 : Exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ou/et en tant qu'EAPA dans votre structure ? (Sur la fiche de poste)

Q°3: Quelles sont vos missions en tant que professionnel ?

Q°4 : Vous considérez-vous comme étant un thérapeute ?

Q°5: Dans quel ordre avez-vous effectué vos formations ?

Q°6 : Avez-vous, lors de votre recherche d'emploi, eu l'impression que votre double qualification était plus un frein ou un atout lors d'entretien ?
Et pour quelles raisons ?

Q° 7: Dans votre emploi actuel utilisez-vous les compétences acquises dans vos deux formations ?

Q°8 : Si vous n'intervenez que sur une seule des deux professions, comment percez-vous l'utilité de l'autre formation ?

S'agit-il juste d'une formation passé pour le plaisir / ou bien par nécessité ?

Q°9 : Ces deux formations vous ont-elles permises de mieux travailler ?
Apportent-elles des compétences dans vos missions qui n'auraient pu être acquises sans cette double qualification ?

Q°10 : Quelle image l'APA et l'EAPA a-t-elle renvoyée auprès des équipes avec lesquelles vous avez travaillé ?
Ces professionnels ont-ils une connaissance du métier d'EAPA ?

Q°11 : Durant votre parcours professionnel, comment votre double formation a-t-elle été perçue par les autres thérapeutes ?

Q°12 : Selon-vous, qu'est-ce qu'un professionnel ayant la double qualification peut apporter à l'équipe ?

Q°13 : Selon-vous, qu'est-ce qu'un professionnel ayant la double qualification peut apporter aux patients ?

Q°14 : Quels outils mettez-vous en place dans vos séances ?

Q°15 : Qu'est-ce que pour vous l'Activité ?

Q°16 : Comment considérez-vous la place de l'Activité dans votre pratique thérapeutique ?

Q°17 : Les patients ont-ils connaissance de votre double formation ? Vous ont-ils déjà sollicité pour leur apporter un complément dans leur prise en charge ?

Q°18 : Percevez-vous une différence dans le retour des patients par votre prise en charge en comparaison à des collègues ne possédant qu'une seule formation ?

Q°19 : Chez ces patients constatez-vous des bénéfices secondaires à votre prise en charge ? Au niveau de : Communication, autonomie, confiance intrinsèque / extrinsèque, narcissisation, ...

Q°20 : Ces patients bénéficiant de votre prise en charge, deviennent-ils plus acteur de leur thérapie ? Comment ?

Annexe V :

Questionnaire pour les patients du CATTP Lunéville

Bonjour, je m'appelle Marine et je suis actuellement en 3^{ème} année d'ergothérapie à Nancy

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'intérêt d'avoir deux diplômes, un premier en activité physique et l'autre en ergothérapie. Je cherche à mettre en avant les avantages qu'un professionnel ayant ce double diplôme peut amener au sein de la psychiatrie.

Au travers de ces questions j'aimerais que vous m'aidiez en participant par vos réponses à mon mémoire.

Je vous remercie pour votre temps et vos réponses.

A) Quelle représentation le sport évoque-t-il pour vous ? (3 réponses possibles)

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Appréhension | <input type="checkbox"/> Jugement | <input type="checkbox"/> Bien être |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Performance |
| <input type="checkbox"/> Réussite | <input type="checkbox"/> Plaisir | <input type="checkbox"/> Partage |
| <input type="checkbox"/> Une envie | <input type="checkbox"/> Un exutoire | <input type="checkbox"/> Des valeurs |
| <input type="checkbox"/> Un besoin | <input type="checkbox"/> Autre | |

B) Avez-vous déjà pratiqué du sport avant d'entrer [...] ?

- Oui Non

C) Depuis combien de temps allez-vous à l'atelier sport ?

.....

D) Qu'appréciez-vous lors de cet atelier ?

.....

E) Avez-vous fait la démarche de participer à cet atelier ?

- Oui Non

F) Et maintenant prenez-vous plaisir à revenir ?

- Oui Non

G) Pourquoi venez-vous à l'atelier sport ? (3 réponses possibles)

- Pour l'ambiance
- Pour être avec du monde
- Pour sortir de chez moi
- Pour les activités
- Pour me dépenser
- Parce que j'aime ça
- Pour apprendre de nouvelles choses
- Autre

H) Que vous a apporté l'atelier sport ? (plusieurs réponses possibles)

- De vous exprimez d'avantage
- De prendre confiance en vous
- D'avoir confiance en les autres
- D'engager plus facilement une discussion
- D'être moins stressé
- D'être plus reposé
- De donner votre avis
- De proposer des idées au sein de l'atelier
- De vous investir en dehors [...]
- D'apprendre du reste du groupe
- De construire une activité à plusieurs
- Rien
- Autre

I) L'atelier sport vous a-t-il donné envie de participer à d'autres ateliers sportifs ?

- Oui
- Non

Si oui ? Au CATTTP Hors CATTTP

J) L'atelier sport a lieu en dehors [...], est-ce compliqué pour vous de vous y rendre ? Oui

- Non

Si oui, quelle en est la raison ?

.....

K) Comment percez-vous l'atelier sport, espace hors des locaux du CATTTP par rapport aux autres ateliers ayant lieu dans le CATTTP ? Un espace de / pour :

.....

.....

Annexe VI :

Entretien avec une professionnelle diplômée EAPA – Ergothérapeute

M: Peux-tu te présenter, où exerces tu, dans quelle structure, la région depuis comment de temps et avec quel type de patients.

A: J'exerce depuis septembre 2010 au CATTP [...] en tant qu'ergothérapeute. Je travaille dans un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, pour une population adulte de 18 ans à pas de limite d'âge, et population en souffrance psychique. Donc toutes pathologies confondues.

M: Est-ce que c'était une création de poste ou ton poste fait suite à un remplacement ?

A: C'est un remplacement d'une collègue ergo qui s'est fait muter ailleurs. J'étais venue en stage en 2009 et j'ai appris par cette collègue qu'elle partirait et du coup j'ai fait la demande spontanément.

M: Ici tu exerces en tant qu'ergothérapeute ou en tant qu'EAPA sur ta fiche de poste ?

A: Sur ma fiche de poste c'est en tant qu'ergothérapeute mais ils m'ont employée au CATTP [...] parce que j'avais la double casquette, parce qu'à l'époque il y avait [une unité de soin proposant de l'activité physique à visée thérapeutique] qui intervenait ici et lorsqu'ils m'ont embauché ils ont arrêté l'intervention [de cette unité de soin proposant de l'activité physique à visée thérapeutique] pour que je puisse reprendre.

M: Peux-tu détailler ce qu'est [de cette unité de soin proposant de l'activité physique à visée thérapeutique] ?

A: C'est le service des sports au [...] qui se situe à [...] et donc il y avait une intervenante qui est EAPA aussi, qui fait partie de ma promo de STAPS qui intervenait ici une à deux fois par mois sur un atelier précis, c'était la gym douce avec des collègues infirmiers du CMP.

M : Peux-tu me détailler tes missions dans ton emploi actuel ?

A : Alors, mes missions s'articulent autour des différentes médiations dans le cadre d'ateliers thérapeutiques, j'assure des prises en charge individuelles ou groupales en lien avec ces médiations. Je travaille avec une équipe pluridisciplinaire, et avec des partenaires externes à la structure en organisant des fois des actions de prévention ou de promotion de la santé mentale.

M: Très bien, te considères-tu comme une thérapeute ?

A: Oui

M: Peux-tu développer pourquoi :

A: Parce que toutes les démarches tout ce que je mets en œuvre a toujours une pensée thérapeutique pour la personne c'est à dire que c'est réfléchi, c'est en prenant en compte le besoin, le désir de la personne, sa situation actuelle et je suis absolument pas dans l'occupationnel donc je pense que, effectivement c'est du thérapeutique même dans les discussions, qui paraissent informelles, ben qui sont informelles d'ailleurs, y'a toujours un regard thérapeutique dessus.

M: Est-ce que tu considères qu'un professionnel EAPA comme tu es, est aussi thérapeute ? Te sens tu plus thérapeute par ton versant ergo ou ton versant EAPA ?

A: C'est difficile de faire le clivage entre les deux, puisque je pense que je suis les deux, je pense que je suis une thérapeute avec un enrichissement au niveau activité physique adaptée qui me permet d'obtenir une relation un peu privilégiée aussi avec les gens.

M: Pour formuler la question différemment, quand tu es sortie avec ta licence APA, est-ce que tu te considérais déjà thérapeute ou c'est le fait d'être ergo qui t'a mis cette casquette de thérapeute ?

A: Je pense que quand j'étais sortie d'APA j'étais bien plus jeune aussi et je n'avais pas toute cette réflexion que j'ai pu avoir. Je ne dis pas que c'est parce que je suis ergothérapeute je pense que c'est toute mon expérience qui fait que maintenant je pense que je me considère comme thérapeute.

M: Dans quel ordre as tu effectué tes formations ?

A: J'ai fait STAPS, licence APA à [...] je suis partie faire un master en Anthropologie des Pratiques Corporelles à [...], qui ne correspondait pas vraiment à mon profil et lors de mes stages en APA j'avais effectué un stage au centre de [...] où j'avais pu rencontrer des ergothérapeutes et j'avais trouvé que la profession était relativement intéressante. Du coup, j'ai téléphoné à toutes les écoles d'ergo et y'en a une qui m'a dit que les équivalences existaient ce qui n'était pas le cas en réalité. Mais vu que j'avais eu cette information, je me suis dit que j'allais monter tout un dossier, j'ai téléphoné au Ministère de la Santé et après des mois d'attente j'ai obtenu l'équivalence et l'école de [...] à bien voulu me prendre.

M: En quelle année tu as validé ta Licence APA ?

A: En 2006

M: Et après tu as enchainé sur la formation d'ergothérapie?

A: J'ai fait mon Master et après j'ai fait de 2007 à 2010 ergo

M: Et en sortant tu as directement pris ce poste au CATTP ?

A: Direct

M: Et du coup lors de cette recherche d'emploi, est ce que tu as eu l'impression que ta double qualification a été plus un frein ou un atout ?

A: Un atout, complètement un atout.

M: Comme tu disais tout à l'heure tu t'es fait engager sur ce poste grâce à cette double qualification ?

A: Je pense que je me suis facilement fait embaucher sur ce poste, c'est-à-dire que j'ai fait une lettre de motivation, j'avais postulé nulle part ailleurs, j'ai postulé juste ici et effectivement le fait d'avoir une double qualification par rapport à ce milieu...aussi parce qu'il faut savoir qu'[...] on travaille aussi avec ce qu'on est, nos compétences personnelles et si on peut essayer d'apporter de l'enrichissement et de la diversité c'est tout bénéf pour eux.

M: Ca c'est quelque chose que tu peux généraliser à la psychiatrie en général ?

A: Je pense que c'est quand même intéressant, oui en psy, d'avoir plusieurs compétences ouais.

M: Dans ton emploi actuel, est-ce que tu utilises tes compétences acquises pendant tes deux formations ?

A: Ben oui complètement.

M: Peux-tu détailler ?

A: Lors des ateliers... La double compétence, elle me permet de pouvoir monter des ateliers d'APA extrêmement ludiques aussi parce que je pense que c'est très important aussi de déstigmatiser la notion de sport où on pense beaucoup être dans l'effort, dans la souffrance, et là on apporte vraiment une autre dimension avec, bien sûr, les valeurs qui sont hyper importantes comme le respect, la tolérance, et le non jugement présent dans tous les ateliers mais extrêmement important au niveau du sport, des activités physiques donc voilà. J'ai l'occasion aussi de pouvoir faire du sport en individuel pour les personnes où l'on va élaborer ensemble un projet. Les personnes, elles me font aussi confiance sur tout ce qui est équilibre, régime alimentaire, parce que, en psychiatrie le gros souci c'est la prise de poids suite à la prise médicamenteuse donc là, les personnes, elles sont quand même en souffrance et un peu démunies. Il y a des personnes qui vont me demander et je leur explique bien que ce n'est pas une séance toutes les semaines ou toutes les deux semaines qui vont tout changer mais que ça va leur apporter des outils qu'ils pourront transférer chez eux. L'objectif n'est pas de les chroniciser ici, qu'ils participent aux ateliers et que chez eux ils ne fassent plus rien, l'objectif c'est justement de les redynamiser pour que chez eux ils puissent retrouver du plaisir dans la mouvance. Voilà, après au niveau des usagers, il y a aussi un autre rapport. J'ai un crédit à leur yeux, où tout ce qui est notion de dynamisme, de bouger, je sais qu'ils vont me faire confiance là-dessus et ils viendront me voir, donc c'est une autre relation, et puis par rapport aux collègues c'est pareil, dès que ça touche au niveau du sport, au niveau du corps, ils viennent me voir je suis la référente.

M: Ces deux formations t'ont elles permises de mieux travailler, d'enrichir tes missions qui sans le cumul de ces deux formations n'aurait pas lieu ?

A: Ouais je pense que, de toute façon, j'ai la chance aussi d'être dans un lieu où j'ai beaucoup de liberté et je peux vraiment mettre en place divers ateliers sans barrière, avec une grande confiance aussi de la part de mes supérieurs et de mes collègues et du coup des usagers. Grâce à cette confiance, je mets en place des ateliers différents, on peut tester, les gens nous font confiance et ils viennent essayer et on peut les emmener loin. Y'a des gens qui viennent ici

limite grabataires, personne n'imagine qu'ils sont capables de bouger alors qu'en atelier on les voit complètement différemment, à l'atelier sport c'est incroyable de voir des personnes en surpoids ou des personnes qui fument 150 clopes par jour et qui sont capables de bouger, de s'amuser et de se dépenser tout en prenant soin d'elles. Donc complètement, complètement je pense que ma double qualification, ici [...], elle est d'une richesse incroyable, après j'ai aussi d'autres collègues qui ont fait des formations sur d'autres choses et ça amène une diversité incroyable où les personnes peuvent vraiment réussir à se retrouver et à trouver quelque chose qui leur permet de pouvoir s'épanouir. Et du coup, ça a donné lieu à tout ça, mon atelier il est ergo et APA, vraiment les deux parce que l'on va aller travailler l'APA qui est quelque chose que je porte, qui est quelque chose d'hyper important dans ma vie et qui a des valeurs que j'ai envie de transmettre aussi, mais le regard d'ergo il est hyper important aussi. Je pense que mes études de STAPS... On ne peut pas prendre juste une partie de moi en disant tu es un peu APA tu es un peu ergo, non, je pense que cette formation a fait qui je suis, je pense que je suis devenue une ergo comme je suis devenue grâce à l'APA, ça en découle aussi et après je suis devenue une ergo-APA, mais pour moi c'est vraiment d'avoir fait APA avant ergo qui fait qu'aujourd'hui je me décris ainsi, dans le sens inverse j'aurai pas du tout le même regard. Donc je pense qu'en plus c'est vraiment bien de faire APA et ergo dans cet ordre là.

M: Et au niveau de tes ateliers tu co-animes, c'est un choix ou une demande de l'établissement ?

A: C'est un choix, c'est toujours un choix, on a encore l'opportunité de pouvoir co-animer on part sur le principe qu'il y a un garant de l'atelier, du groupe et s'il se passe une complication ou une difficulté individuellement c'est le co-animateur qui va pouvoir intervenir sans mettre à mal le groupe.

M: Donc toi tu co-animes avec une ergothérapeute, qui est-ce qui gère l'atelier ? Qui est-ce qui l'a créé ?

A: C'est moi, c'est moi.

M: Parce que pour toi l'autre ergothérapeute n'en a pas les compétences ou pas l'envie ? Quelle légitimité tu as face à ça ?

A: Elle m'accompagne on discute ensemble elle me propose des idées, après au niveau structure c'est moi qui fait vraiment, mais on prépare ensemble les séances. Après, de par ma formation, de par mes expériences aussi personnelles, comme je pratique aussi beaucoup de sport à l'extérieur, j'ai aussi, je pense, un esprit qui est en cohérence avec l'activité physique et qui est beaucoup plus vif là-dessus. Et puis, je pense aussi que j'ai un regard qui m'est propre, c'est aussi ma façon de créer la séance, je sais que je vais l'animer donc il faut qu'il y ait une cohérence si je mets des jeux, des exercices en place, que je les porte sinon mon animation ne sera pas bonne derrière.

M: Tu parlais de la structuration de la séance j'ai pu voir au cours de mes différents stages qu'il y avait des ergothérapeutes qui faisaient de la gym douce ou des choses qui se rapprochent très fortement de l'APA. Cette structuration des séances tu la mets en place, elle est plus naturelle pour toi que pour une ergo qui n'a pas les qualifications d'EAPA, n'a pas les capacités de structurer une séance ?

A: Je ne me permets pas de juger je pense que ...

M: Au niveau purement théorique.

A: Je pense que, quand on a fait une formation en APA on a quand même une connaissance et de l'expérience là-dedans après on a aussi des apports théoriques qui sont devenus un automatisme aussi à travers nos études, à travers les stages que l'on a pu faire, à travers les rencontres aussi que l'on a pu faire dans le milieu du sport après je dis pas, il y a certaines personnes qui animent mais elles le font avec ce qu'elles sont, ce qu'elles pensent et je pense pas que ça soit mauvais mais je pense que j'ai un regard très structuré, un regard et une façon de faire. Oui, je sais pas, c'est un peu difficile de décortiquer ce qui se passe dans mon esprit mais ça reste de l'automatisme, je le vois tout de suite, sur de l'APA c'est bien adapté puisque lorsqu'on propose par exemple un exercice, un jeu qui ne fonctionne pas ou alors si on avait prévu un nombre de personnes présentes à l'atelier, mais forcément au niveau du nombre on est jamais certain... Il y a une adaptation qui doit se faire hyper rapidement pour ne pas faire baisser la dynamique de groupe donc oui ça reste quand même quelque chose où l'on est dans l'inconnu à chaque fois quand on arrive, à la séance, on ne sait pas, on ne sait pas qui il y aura, ni comment ils seront non plus.

M: Et du coup durant ton parcours professionnel comment a été perçue cette double formation par les autres thérapeutes, ton équipe ?

A: C'est une qualité c'est un avantage, ça a toujours été perçu positivement, c'est un appui c'est un appui parce que je suis arrivée dans une structure où le créatif manuel était vraiment mis en avant. Il y avait un peu tout ce qui touche aux Arts aussi, l'écriture, la musique mais tout ce qui était au niveau sportif et physique ça n'existait pas vraiment ici, donc ça a apporté une complémentarité par rapport à tout ce qui était proposé et les personnes qui, par exemple, faisaient des ateliers, par exemple, posés juste enfin voilà qui travaillaient sur la gymnastique cérébrale ou simplement sur la création d'un objet, on envisageait absolument pas qu'elles aient les capacités de pouvoir participer à des ateliers beaucoup plus physiques et beaucoup plus dynamiques. Et là, on découvre aussi un autre trait de la personnalité, de la personne des capacités qui étaient insoupçonnées.

M: Du coup c'est avec ton regard à toi amené par ta formation en APA, tu as pu voir que ces personnes-là, elles avaient quand même des capacités et que les autres ergos ne voyaient pas forcément ?

A: C'est pas qu'elle ne voyaient pas forcément, c'est qu'il n'y avait pas d'opportunité de pouvoir les amener dans ces ateliers puisque ça n'existait pas donc c'était quelque chose qui n'était même tenté, vu que c'était impossible de proposer. Après, je pense aussi effectivement que mon regard apporte une positivité par rapport à certaines personnes pour qui mes collègues ne pensent pas, n'envisagent même pas et je vais aller chercher des personnes parce que je pense que ça va être bénéfique pour eux et des fois ça fonctionne et des fois ça ne fonctionnera pas, mais je vais aller chercher des gens un peu chronicisés dans leur atelier dans leurs habitudes et on va aller bousculer un peu ça.

M: Et du coup qu'est ce que tu en penses toi sur la professionnelle que tu es actuellement ou sur un professionnel qui a les deux qualifications qu'est ce qu'il peut apporter à l'équipe ?

A: Bah un autre regard bien sûr, cet autre regard au niveau théorique, toutes ses connaissances, son expérience donc ça, c'est que positif par rapport à une équipe et puis un

regard neuf aussi sur des ateliers sur lesquels, mes collègues ne voient pas les usagers. Ils ne les voient pas dans ces ateliers donc, forcément, lors des réunions de synthèse, il y a des moments où ils vont parler d'une certaine personne qui va être difficile, qui n'est pas canalisable et moi je vais apporter un regard parce que je ... moi dans mon atelier sport ça se passe pas du tout de la même façon et, du coup, c'est hyper intéressant d'avoir différents points de vue pour ne pas cantonner la personne dans une stigmatisation de "elle est difficile" et « ça n'évolue pas », puisque sur un autre angle de vue on voit qu'il y a une évolution. Là, ça apporte des nouvelles informations concernant la personne, du coup, la prise en charge va prendre un autre tournant alors que si on était resté bloqué exclusivement sur ce que l'on peut voir je ne suis pas sûre qu'on serait allé aussi loin dans ce cheminement avec la personne. C'est pas tout le monde mais, il y a des gens qui se révèle, après il faut savoir aussi que l'atelier sport est dans un gymnase au centre de la ville donc les personnes sont autonomes, viennent toute seule, on va aller travailler énormément de choses, ce n'est pas seulement « je veux faire du sport je consomme et je m'en vais ». Les gens, ils sont autonomes, ils font deux km pour pouvoir venir des fois à pieds, des fois en bus, il repartent donc on s'ouvre aussi au monde, on fait des ateliers, les gens vont penser à s'étirer chez eux, pas toujours mais avec une pensée, les gens vont essayer, J'ai un usager qui ne voulait pas faire de sport mais qui avait envie de perdre du poids. On a fait quelques séances en individuelle sans transfert chez lui, il a voulu reprendre quelques mois après, je lui ai dit que s'il n'y a pas de transfert il n'y a pas d'intérêt et ben maintenant il fait du renforcement musculaire tous les deux jours chez lui, incroyable, incroyable c'était impensable qu'il puisse faire ça et du coup, on travaille aussi sur l'alimentation parce que tout est lié, il vient me faire confiance il perd du poids donc en plus ça fonctionne. Donc là, on est sur une dimension ergo, sur de l'autonomie, mais c'est l'activité physique adaptée qui m'a permis de pouvoir obtenir ça et ces relations de confiance. Je pense vraiment, qu'avec les usagers qui viennent aux ateliers, elle est différente, elle est beaucoup plus forte cette relation de confiance car le corps est relativement intime, on touche à l'intimité de la personne et elle accepte de se dévoiler, elle est suffisamment en sécurité pour explorer, expérimenter... Je peux donc me permettre d'intervenir sur quelque chose qui n'a rien à voir avec l'atelier sport mais parce que les usagers me font confiance, parce qu'ils savent qu'il y a quelque chose, une forme de confiance, de crédit, j'ai l'opportunité de pouvoir intervenir auprès d'eux sur complètement autre chose.

M: En inversant la question, qu'est ce qu'un professionnel ayant la double qualification peut apporter aux patients ?

A: Au niveau des usagers déjà on travaille en psychiatrie, en psychiatrie déjà le fait de bouger c'est la chose la plus difficile pour les gens, et ça je pense que c'est vraiment un point important du domaine de la psychiatrie. Les personnes qui sont psychotiques ou en dépression, il y a cette inhibition d'envie, tu n'as pas envie, et il y a aussi beaucoup de personnes qui sont seules chez eux donc c'est très dur aussi de palier à la solitude, alors les personnes elles font rien chez elles. Elles vont être dynamisées par certaines choses mais si elles n'ont pas envie elles ne le feront pas. L'atelier sport, c'est un des ateliers les plus compliqués pour s'engager parce que, déjà il faut se bouger pour atteindre le lieu, il faut se bouger alors qu'on n'en a pas forcément envie. Quand on n'est pas bien on n'a pas envie de bouger donc je pense que ça apporte une dimension complètement différente de leur quotidien et même si c'est compliqué pour les gens de bouger, ils le font parce que ça leur apporte du bien, parce qu'ils vont aussi vivre quelque chose. C'est une étape difficile de venir à l'atelier sport, mais on est ensemble, on est ensemble et y'a une bonne ambiance, y'a une cohésion de groupe, réussir à se motiver ensemble, à bouger ensemble... Donc je pense que ça apporte vraiment une autre dimension au niveau de la prise en charge avec des transferts possibles,

avec une réappropriation de son corps aussi. Mais voilà, il faut savoir que le corps n'est pas un allier en psychiatrie, le corps est un ennemi. Il y a beaucoup de personnes qui lui font du mal il y a beaucoup de personnes qui maltraitent leur corps. Là, on leur propose un atelier complètement différent. Ton corps va être un outil et grâce à ton corps, que tu considères comme un ennemi et comme un obstacle dans ta vie, tu va pouvoir te faire plaisir, donc c'est quelque chose de complètement nouveau. C'est utiliser ce que tu détestes, ce que tu renies pour obtenir du plaisir dans le faire. L'APA ça m'a donné quelque chose qui est en moi, j'ai un regard, une façon de proposer, d'animer etc., je pense vraiment que si je n'avais pas fait APA je n'aurais pas ce regard, je ne serais pas comme celle que je suis, je n'aurais pas cette confiance, tu peux rendre les gens confiants quand déjà toi tu montres une certaine forme de confiance. Donc moi, quand je propose quelque chose, c'est quelque chose de sûr, c'est quelque chose de pensé et de réfléchi et ils le savent, donc ils savent très bien que je ne vais pas aller chercher au delà de leurs limites mais que, en même temps, je crois en eux et que du coup ils peuvent aller chercher un peu plus loin que la base qu'ils se sont fixés.

M: Quels outils tu mets en place durant tes séances ? Des outils que tu as peut-être pu rencontrer en APA et en ergo ?

A: Ce n'est pas des outils que j'ai retrouvé en APA et en ergo, je pense que c'est la mixité qui font que c'est un outil APA / ergo. Je pense que ma formation APA m'apporte une forme de rigueur, une forme de cadre et de structure au niveau de la séance, quelque chose qui doit être adaptée pour les gens tout en n'étant pas trop facile non plus et ou il peuvent aller chercher leurs limites mais en respectant quand même leur rythme. Après au niveau du contenu, ça va être mon expérience, ça va être mes recherches, ça va être mes imaginations qui vont être sur le terrain. L'ergo ça m'apporte aussi beaucoup de regard sur l'autonomie de la personne, je pense qu'au niveau de l'APA il y a ce niveau de l'autonomie mais qui n'était pas aussi présent dans mon esprit que depuis ma formation ergo, parce qu'il y avait de l'autonomie dans le sport certes mais grâce à l'ergo, c'est une autonomie qui est transférable dans la vie quotidienne donc c'est ce qui est différent. Et je pense que c'est une mixité voilà. Les outils que j'utilise, ça va être beaucoup le ludisme par rapport à la notion d'effort. Je vais utiliser beaucoup de jeux sportifs dans mes ateliers et je pense que l'outil principal ça va être moi, ma façon d'animer, ça va être ma façon de poser un cadre thérapeutique tout en laissant une souplesse pour que les gens puissent se faire plaisir, avoir du bien-être mais en évitant toute transgression. Ça c'est les deux, c'est vraiment les deux. Je pense que l'ergo m'a énormément appris par rapport au cadre thérapeutique, ça c'est clair et l'APA ça m'apporte vraiment cette souplesse, cette facilité d'animation et d'adaptation constante je dirais ça oui. Si je pouvais faire un clivage mais c'est difficile. Là, par exemple, on a mis en place, on est allé acheter un sac de frappe pour les personnes qui arrivent et qui sont très en colère et qui ont besoin d'évacuer. Et du coup, parce que je suis APA, je me suis organisée avec un collègue qui lui est instituteur de Kick-Boxing il vient de me former en me montrant les bases et comme ça, si une personne arrive et qu'elle est dans une situation un peu de crise c'est avec moi que ça se passera. Et j'ai été choisie parce que je suis APA. Après, il faut se sentir aussi prête à le faire, et mes collègues, après proposition, ils me l'ont dit que eux ne se sentaient pas d'arrêter la personne, et moi c'est quelque chose de naturel chez moi. Je pense que c'est vraiment important. En premier lieu, l'APA ça t'apporte des notions sur l'activité physique et ensuite l'ergo, vu que c'est une formation et une profession où tu travailles vraiment sur le quotidien sur le transfert des acquis etc... tu te retrouves avec vachement d'outils. Alors que si tu commences par ergo, et ben tu es ergo avec ta formation un petit peu de base et il n'y a pas un peu de folie, t'apportes pas un peu de folie. Vraiment je pense que ... c'est vrai qu'il y a tout ce qui est au

niveau sportif, bouger son corps tout passe par moi, comme tout ce qui est au niveau musical passe par [...].

M: Qu'est ce que pour toi l'activité ?

A: L'activité en soi pour moi l'activité c'est faire quelque chose c'est mettre en œuvre une action donc en soi ici l'activité c'est un de nos outils principaux, c'est-à-dire, on appelle ça des ateliers parce que l'activité c'est une terminologie un peu fonctionnelle donc c'est pour ça que l'on appelle ça des ateliers, mais l'activité en soi c'est ce que l'on utilise tous les jours. Mettre en mouvement les gens. Pas forcément en mouvement sportif, mettre en mouvement, mettre en œuvre quelque chose, avoir un projet c'est ce que j'appelle l'activité. Après, tu peux le définir sur tous les domaines mais l'activité avec un grand A c'est avoir un projet et mettre en œuvre pour pouvoir atteindre un projet, aussi minime soit-il. Cérébral, moteur, ça peut être aussi dans le quotidien, ça peut être un exemple très simple, une personne ici, lors des temps d'accueil, souhaite boire un café. On va mettre en œuvre pour que ça soit elle qui le fasse donc pour travailler sur l'autonomie, on met quelque chose, en fait l'activité c'est un de nos outils principaux. Parce qu'ici on est sur un principe d'autodétermination, c'est à dire qu'on ne va pas faire à la place de la personne et on ne va pas non plus lui dire ce qu'elle a à faire, donc l'activité, c'est la personne qui fait, c'est la personne qui est actrice donc ça régit toute notre prise en charge ici. Cette activité elle est au centre de tout. Alors on s'appelle un CATTP, et on s'appelle bien un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et pas un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel. Pourquoi, parce que l'accueil ici c'est la médiation principale, c'est la médiation principale au sens que, au départ on accueille déjà une personne, on va l'accueillir on va l'écouter on va lui laisser le temps de pouvoir ensuite mettre en place sa propre activité au sein de notre structure. Mais, le fait d'être venue, d'avoir poussé la porte [...], c'est déjà une activité en soi pour la personne autant psychologique, car c'est la première démarche, celle de venir, la plus difficile, que motrice.

M: Du coup les patients que tu as ici est-ce qu'ils ont connaissance de ta double qualification ?

A: Oui, la plupart des gens oui.

M: T'ont t-ils déjà sollicité concrètement sur le versant APA durant une prise en charge ?

A: Oui, dès qu'il y a des questions personnelles ou une discussion qui est en rapport avec le milieu sportif ou une envie d'avoir des conseils ou alors de profiter de mes compétences ils viendront me voir. Tout ce qui touche au corps, les personnes viennent me voir je suis vraiment la référente. Après ils ne retiennent pas forcément EAPA, mais ils savent tous que j'ai fait STAPS ou en tout cas que je suis une sportive, je suis entre guillemets madame muscle, sur tout ce qui est sportif, si tu vas avoir une manifestation sportive, c'est moi, ils viendront me voir ils viendront m'en parler voilà.

M: Est-ce que tu perçois une différence dans le retour des patients après ta prise en charge comparée à la prise en charge que tes collègues pourraient faire et qui n'ont pas cette qualification en lien avec l'APA ?

A: Je ne peux pas te dire par rapport à mes collègues, parce que mes collègues ils ont aussi des compétences propre à eux. Donc leur relation de confiance elle se fait aussi par rapport à

leur formation, pas dans le sport mais d'autre formations. Je vois en tout cas que d'avoir une double qualification ça t'apporte. C'est toujours un plus, jamais je verrais ça de façon négative. Je me suis toujours dit en arrivant en ergo que coûte que coûte j'utiliserai ma double compétence, toujours, toujours je me suis toujours dit ça. J'ai un caractère où je suis à 200% tout le temps, c'est ça aussi qui fait que l'atelier sport fonctionne, le sport c'est quelque chose de vital pour moi. Je trouve aussi que le fait d'avoir la double qualification ça me convient. Je pense que si j'avais eu que APA ou que ergo ça n'aurait pas été la même, et peut être pas assez pour moi. Donc pour moi, même par rapport à mon regard lors de mes études ou quoi que ce soit, j'ai toujours eu un regard différent parce que j'ai fait une autre formation, une autre formation sur le handicap avec le milieu sportif qui a une dimension avec des possibilités énormes. Mais, je pense que c'est cette formation qui m'a permis de devenir une ergo qui a une ouverture, je pense que j'ai une ouverture. Je n'ai jamais renié quoi que ce soit, jamais jamais ça m'apporte et ça apporte aux autres et ça j'en suis persuadée.

M: As-tu constaté chez tes patients des bénéfices secondaires suite à ta prise en charge.

A: Ouais, ouais ouais ouais ...

M: À quel niveau ?

A: Ben je pense que déjà les personnes elles ... Alors au niveau collectif c'est le fait de faire des ateliers ensemble, de créer du lien mais quand tu fais du sport ensemble quand tu partages des moments. Je pense que les moments sportifs ça te donne, ça apporte quelque chose que tu ne peux pas trouver partout et le fait déjà de partager ces moments-là, il y a une cohésion de groupe qui accueillent, qui est accueillante. C'est incroyable je pense que ça a vraiment développé chez ces personnes-là des notions de valeurs et de respect, de respect envers les uns et les autres mais envers eux aussi. Elles se sont réappropriées leur corps pour certaines ce qui est assez incroyable par rapport à leur pathologie, donc ça ouais au niveau bénéfice...après il y a encore d'autres bénéfices, par exemple faire du sport à l'extérieur. Des personnes qui faisaient du sport chez eux et qui n'étaient pas dans la capacité de pouvoir faire du sport en groupe sont venues à mes ateliers et maintenant vont s'inscrire à une salle de sport. Donc on est sur des bénéfices et puis cet atelier qui travaille aussi sur l'autonomie. Il y a des personnes qui sortaient pas de chez eux ou qui faisaient juste le trajet de chez eux [...], maintenant ils se débrouillent pour pouvoir aller jusqu'au gymnase donc ça débloque des choses. En fait, cet atelier-là me permet de pouvoir aussi proposer aux gens des choses sur lesquelles ils n'auraient absolument pas pensé être capable. Mais puisqu'ils ont déjà vécu l'expérience d'être capable dans l'atelier sport, alors qu'ils se pensaient diminués et incapables, cette expérience va leur redonner confiance en eux et leur donner la force de se lancer et d'expérimenter de nouvelles choses.

M: Et suite à ça, est ce que tu penses que ces patients deviennent plus acteurs de leur prise en charge ?

A: Complètement oui, je pense complètement.

M: Comment, de quelle(s) façon(s) ?

A: Alors on est en psychiatrie donc il y a des hauts et des bas ce n'est pas toujours non plus une évolution constante mais il y a certaines personnes qui deviennent plus actrices qui vont faire la démarche de venir, faire la démarche de s'écouter aussi en prenant soin d'elles. Pour une

personne qui est blessée, faire attention à soi n'est pas la priorité, pas forcément présent dans leur esprit. Mais avec tout ça, elles en prennent compte, complètement. Elles deviennent plus actrices aussi parce qu'elles vont demander à participer à des ateliers, à participer à des sorties aussi. Ces personnes, elles deviennent plus actrices parce qu'elles décident de venir, de ne pas venir. Voilà c'était des choses qui ... Les gens sont très seuls et même si ils viennent ils sont très seuls, là il y a une cohésion qui existe, donc ils découvrent aussi une relation sociale. Donc chaque personne évolue à son propre niveau, tu as des personnes qui vont prendre soin d'elles, pas faire un régime mais faire attention à leur façon de s'alimenter, il y a des personnes qui vont faire attention à leur corps, il y a des personnes qui deviennent plus actrices dans leur vie. Par exemple, certaines des personnes qui venaient et qui faisaient des esclandres énormes ici à faire peur aux usagers voire aux professionnels et qui maintenant grâce à l'atelier, ont trouvé des solutions pour pouvoir réussir à se canaliser et pour pouvoir réussir à s'écouter et voir lorsqu'ils montent en pression. Donc, il y a différents exemples mais je pense vraiment que chaque personne devient beaucoup plus actrice aussi, une personne très inhibée qui faisait toujours le même atelier depuis des années est venue à l'atelier sport et depuis cet atelier sport viens à d'autre nouveaux ateliers, viens à la rencontre de gens voilà. C'est une ouverture qui était même complètement éteinte à une période, c'était quelque chose de très ritualisé, je viens en atelier, je pars je ne vais pas voir les autres personnes, etc. Donc voilà c'était une personne toujours très inhibée mais qui du coup s'ouvre. C'est vrai que ça ouvre plein de truc, là on va organiser une sortie découverte de la boxe, pour aussi un peu destigmatiser le côté que « la boxe c'est se faire mal, », ça a des valeurs beaucoup plus importantes que sur un terrain de foot par exemple. J'essaye aussi de mettre en place des choses comme ça à partir du moment où le corps est mis en jeu, et pas juste de l'accompagnement j'oublie jamais le « faire » et donc encore l'activité et le côté thérapeutique.

M: Très bien, merci beaucoup. Les questions sont terminées pour cet entretien.

PROMOTION : Nancy, 2015-2018

NOM : ELEDUT

PRENOM : Marine

TITRE : L'intérêt d'une formation d'Ergothérapeute couplée à celle d'Enseignant en Activités Physiques Adaptées dans la prise en charge psychiatrique

RESUME :

L'ergothérapie et l'activité physique adaptée sont deux domaines complémentaires, l'un est thérapeutique et l'autre possède un fort potentiel. Coupler les deux augmente les possibilités de l'ergothérapeute en psychiatrie et se répercute naturellement sur les patients lors des prises en charge. Afin de mettre en lumière cette réflexion, cette étude s'est intéressée aux patients qui ont été soumis à des questionnaires et à des professionnels avec lesquels se sont tenu des entretiens.

Les patients deviennent davantage acteur de leur thérapie lors d'une prise en charge associant l'ergothérapie et l'activité physique par un meilleur état de bien-être physique et mental. Grâce aux valeurs que l'on retrouve dans le sport, le patient se montre notamment plus attentif et plus respectueux lors de ses prises en charge. Le professionnel ergothérapeute et disposant de diplôme(s) lié(s) à l'activité physique dispose d'une palette d'outil plus large, ce qui influe sur les possibilités lors d'ateliers thérapeutiques.

MOTS-CLES : Ergothérapeute, Enseignant en activité physique adaptée, Psychiatrie, Médiation, Potentiel thérapeutique.

ABSTRACT :

Occupational therapy and adapted physical activity complement each other, one being therapeutic and the other having much additional potential. Bringing the two together enhances the psychiatric impact of the occupational therapist and automatically has a beneficial impact on the patient involved. In order to look further into this idea, this study concentrated on patients who had responded to questionnaires, and professionals with whom interviews were held.

Patients become better involved in their therapy when occupational therapy and physical activity are combined, resulting in improved physical and mental well-being. Thanks to the values found in sport, the patient is more attentive and respectful during interventions. An occupational therapy with qualification in physical activity benefits from a larger tool palette, hence increasing the potential success of their therapeutic interventions.

KEYWORDS : Occupational therapy, Adapted physical activity teacher, Psychiatry, Mediation, Therapeutic potential.

MAITRE DE MEMOIRE : Amandine ZERR