

**INSTITUT DE FORMATION
EN
ERGOTHERAPIE
LORRAINE CHAMPAGNE-ARDENNE**



**ERGOTHERAPIE ET SCHIZOPHRENIE :
L'UTILISATION DE LA MEDIATION THEATRALE
DANS LA RECONSTRUCTION IDENTITAIRE**

Mémoire d'initiation à la recherche

Sophie ECKERT
Juin 2016

« Beaucoup d'entre nous pensent que tenir le coup nous rend plus fort ; mais parfois c'est le fait de lâcher prise... »

Hermann HESSE

Remerciements

Sous la direction de Muriel LAUNOIS, ergothérapeute en psychiatrie et addictologie au Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) à Laxou, maître de mémoire.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire ainsi que durant ces trois années de formation.

Plus particulièrement,

Les trois ergothérapeutes interviewés, pour le temps qu'ils m'ont accordé et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail,

Les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Nancy pour leur implication et leur disponibilité tout au long de ces trois années,

Les étudiants de la promotion 2013-2016 de l'IFE de Nancy, sans qui ces trois années n'auraient pas été pareilles,

Mon maître de mémoire pour sa disponibilité, ses précieux conseils et ses encouragements,

Mes amis, ma famille et David pour n'avoir jamais cessé de me soutenir,

Clémence et Romance, mes relectrices très prisées,

Aux professionnels de santé qui m'ont permis de lâcher prise ...

SOMMAIRE

Introduction	1
PARTIE I : phase théorique	4
1. La schizophrénie, une pathologie psychotique fréquente	4
1.1 Histoire de la maladie	4
1.2 Le handicap psychique selon la loi	5
1.3 La triade diagnostique	6
1.4 L'identité schizophrénique	7
1.4.1 Le concept d'identité	7
1.4.2 La faille identitaire chez le patient schizophrène	8
1.5 Le sentiment d'existence : réel symptôme schizophrénique	9
2. L'ergothérapie en psychiatrie	11
2.1 Le contexte des soins en psychiatrie	11
2.1.1 Les modalités de soins	11
2.1.2 Les types et lieux de soins	12
2.2 Les présupposés de base	12
2.3 Modèle de l'occupation humaine selon Gary KIELHOFNER	16
2.4 La thérapie par l'activité : le pilier de l'intervention en ergothérapie	19
2.4.1 Les médiations proposant une action sur un objet concret	20
2.4.2 Les médiations corporelles	23
2.4.3 L'impact de la médiation théâtrale	24

PARTIE II : phase exploratoire.....	28
1. La méthode	28
1.1 Les participants	28
1.2 La procédure	29
1.2.1 Les entretiens	29
1.2.2 Mon expérience de stage en santé mentale	29
1.3 Les limites méthodologiques	30
1.3.1 Les biais liés à l’outil utilisé	30
1.3.2 Les biais liés à l’échantillon utilisé	30
2. Les résultats	31
2.1 Présentation des enquêtés	31
2.1.1 Entretien n°1	31
2.1.2 Entretien n°2	33
2.1.3 Entretien n°3	35
2.2 L’analyse des résultats	36
2.2.1 La grille d’analyse	36
2.2.2 Sous l’angle psychodynamique	38
2.2.2.1 Le sentiment d’existence selon FREUD, ANZIEU et WINNICOTT	38
2.2.2.2 Introjection : identification à un personnage.	39
2.2.2.3 Intégration du principe de réalité permis grâce au respect d’un cadre	40

2.2.3 Sous l'angle de KIELHOFNER	42
2.2.3.1 La volition, l'habitation et la performance.....	42
2.2.3.2 Les émotions	43
2.2.3.3 Le théâtre : une activité signifiante	44
2.2.3.4 Un patient autonome.....	44
2.2.3.5 Etre considéré du point de vue des autres	44
2.2.3.6 L'environnement du patient schizophrène	45
3. Discussion.....	47
Conclusion	56
Bibliographie.....	58
Annexes.....	63

Introduction

Les psychoses représentent la principale origine d'hospitalisation de longue durée en psychiatrie. La schizophrénie est celle qui est la plus répandue chez l'adulte. Ce terme recouvre une pathologie grave et fréquente, touchant environ 1% de la population générale et essentiellement le jeune adulte entre 15 et 25 ans.¹ Elle est universelle et constitue un problème majeur de santé publique.

Cependant, la maladie reste très peu connue et certaines personnes se basent encore sur des idées préconçues et évoquent « le dédoublement de personnalité » pour décrire la schizophrénie.

Les troubles schizophréniques sont habituellement caractérisés par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits cognitifs puissent apparaître au cours de l'évolution. Le trouble entraîne une altération des fonctions fondamentales qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie.²

Le domaine de la santé mentale a toujours suscité mon intérêt. C'est un sujet qui est très peu abordé ou mal interprété dans la société avec des incompréhensions et de nombreuses stigmatisations, d'autant plus concernant la schizophrénie. En première année, lorsque j'ai compris que l'ergothérapie touchait également ce domaine, je savais d'ores et déjà que ma thématique de mémoire porterait sur la santé mentale. Je suis fascinée par les interactions corps-esprit, il est en effet très intéressant de constater ce qu'un état mental est capable d'influencer sur notre corps ainsi que les processus mis en place lors du développement.

Intéressons nous à la place de l'ergothérapeute en psychiatrie. Il établit avec le patient une relation thérapeutique en utilisant des activités qui lui sont signifiantes. L'ergothérapeute va également guider le patient dans la reprise de ses occupations et de ses rôles tels qu'il les accomplissait avant l'émergence de la maladie. Les activités utilisées (manuelles, artistiques,

¹INSERM. La Schizophrénie, <http://www.inserm.fr/> [en ligne]. Disponible sur « <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie> » consulté le 11/10/15

²BOURGEOIS, M-L. *Les schizophrénies*. p38

etc.) vont aider le patient à reprendre contact avec la réalité, retrouver une confiance en ses capacités mais également la possibilité d'exprimer ses sentiments et ses émotions.³

ATTIGUI a pu observer de réels processus de changements chez des patients réputés difficiles voire incurables.⁴ Progressivement, ils se mirent à retrouver une vitalité qu'ils croyaient perdue à jamais. Ces patients ont recommencé à rêver, à recréer des liens familiaux et professionnels et il fallait se servir de cette vitalité retrouvée pour développer des activités permettant d'aller plus en profondeur. Entre autres, une activité permettant de se souvenir, de faire parler en nous des zones restées trop longtemps muettes. En un mot, une expérience émotionnelle.

Tout au long de ce mémoire, ma recherche se construira autour des constats suivants :

Quelle activité permettrait d'entrer en relation avec ces patients enfermés dans les huit clos de leur psychose ? **Comment l'activité ergothérapique permettrait-elle la reconstruction identitaire du patient schizophrène ?**

Le patient psychotique souffre d'une « perte de la réalité » et il s'ensuit pour lui de reconstruire la réalité dont il est coupé. Il faut donc trouver le moyen de lui permettre de vivre des émotions, de s'intégrer à une chaîne **signifiante et identificatoire** et donc d'intégrer le champ symbolique lui permettant de transformer sa psychose en une expérience progressivement partageable.

L'axe de travail sur lequel nous allons nous baser durant ce mémoire est selon la problématique suivante : **à partir de quel type de médiation, l'ergothérapeute peut-il favoriser la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène ?**

Le stage que j'ai réalisé en service de psychiatrie au centre Legouest m'a permis de comprendre que tout le **processus identificatoire** nécessaire au patient schizophrène pouvait être un des objectifs de **l'activité théâtrale**. C'est de cette observation que j'émetts l'hypothèse suivante : **l'utilisation de la médiation théâtrale permet au patient schizophrène de reconstruire son sentiment d'existence et de ce fait, être considéré comme différencié d'autrui.**

³ Ordre des ergothérapeutes du Québec, L'ergothérapie en santé mentale, <http://www.oeq.org/>. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/SanteMentale_Jeunesse.pdf> consulté le 13/10/15

⁴ ATTIGUI, P *Jeu, transfert et psychose: de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique. p13*

En effet, le travail identificatoire lors de l'activité théâtrale aide le sujet qui s'y livre à découvrir les vertus d'une identification bénéfique, en particulier lors d'un jeu de théâtre classique avec un personnage préétabli par un script. De plus, selon ATTIGUI, les patients pour lesquels les interventions ont été productives, étaient atteints de psychoses schizophréniques stabilisées avec pour but de s'opposer à l'enfermement et à la chronicité psychotique. L'essentiel est de susciter chez l'autre la dimension ludique et les vertus créatives d'un imaginaire qui aurait retrouvé son véritable sens.⁵

Afin de répondre à ces questionnements, mon travail de recherche s'organisera en deux parties :

Dans une première partie, je développerai les notions théoriques, en lien avec la problématique, issues de la littérature afin de comprendre les concepts principaux de ce mémoire que sont la schizophrénie, le sentiment d'existence et la médiation théâtrale.

Dans une seconde partie, j'expliquerai la démarche d'enquête mise en place sur le terrain qui m'a permis de constater la réalité du travail de l'ergothérapeute en psychiatrie avec notamment l'utilisation de la médiation théâtrale.

⁵*ibid.* p12

Partie I : phase théorique

1. La schizophrénie, une pathologie psychotique fréquente

1.1 Histoire de la maladie⁶

L'histoire de la schizophrénie débute en 1911. Cette année là, Eugen BLEULER, psychiatre suisse, introduisit le terme « schizophrénie » qui a remplacé celui du psychiatre allemand Emil KRAEPELIN de « démence précoce » une dizaine d'années auparavant.

Jusqu'en 1952, il n'y avait pas de traitement pour soigner la schizophrénie. Ce n'est qu'ensuite, par la découverte des neuroleptiques par J. DELAY et P. DENIKER, qu'il a été démontré une efficacité pour cette pathologie. Les neuroleptiques ont évolué avec la complexité de la maladie. En effet, l'arrivée des antipsychotiques a marqué un tournant décisif dans la compréhension de la schizophrénie : les antipsychotiques classiques et ceux dits « atypiques ». Les antipsychotiques classiques ont permis de comprendre le fonctionnement des voies dopaminergiques, récepteurs de ces médicaments, et comprendre qu'ils avaient une action sur les symptômes positifs uniquement. C'est de là que s'est posée la question de l'action sur les symptômes négatifs et que sont apparus les antipsychotiques atypiques qui permettent une action combinée sur les symptômes positifs et négatifs.

De nouveaux protocoles se mettent en place en complément du traitement médicamenteux : ce sont les thérapeutiques psychologiques et sociologiques⁷ ; Les psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques étant les plus anciennes. Les études basées sur ces méthodes ne sont pas assez explicites pour démontrer leur efficacité, elles sont plus qualitatives que quantitatives et les résultats sont centrés sur le vécu de la personne mais sans données chiffrées. Toutefois, il semblerait que les adeptes de ces thérapies, savent qu'une analyse de ses symptômes à travers ce type de thérapie, permettrait la compréhension de la maladie et donc une meilleure adhésion dans les autres thérapies proposées. Les thérapies cognitivo-comportementales, quant à elles, reposant sur l'analyse des pensées, des croyances et des comportements, ont démontré leur efficacité sur la réduction du taux de rechute et des symptômes ainsi que sur la réadaptation sociale des patients ; même si la généralisation et le transfert des acquis restent à démontrer. Il existe également des psychoéducatifs, des

⁶SAOUD, M. *et al.* *La schizophrénie de l'adulte.*

⁷*ibid.* p198

réhabilitations et remédiations cognitives ou encore des thérapeutiques biologiques en plus des thérapeutiques psychologiques et sociologiques.

1.2 Le handicap psychique selon la loi

La notion de handicap psychique a été abordée dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 :

Au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.⁸

Cette loi accorde également une importance à l'environnement qui, selon qu'il soit facilitateur ou qu'il représente un obstacle, influera sur les occupations de la personne.

La précédente loi de 1975⁹ ne proposait pas véritablement une définition du terme handicap pour les maladies psychiques. Cela représente donc une avancée majeure de la loi de 2005 qui évoque, dans l'article 2, la reconnaissance du « handicap psychique ». Bien que la notion de « handicap psychique » ne soit pas évoquée textuellement, la maladie psychique a enfin été prise en compte pour la première fois. Cette loi permet à la personne handicapée psychique, d'être actrice de ce qui la concerne de façon personnelle et dans la collectivité dans laquelle elle vit.

Depuis Juin 2007, La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que la schizophrénie est une Affection de Longue Durée (ALD). L'HAS a développée « un guide maladie chronique et ALD » concernant la schizophrénie : guide ALD n°23-Schizophrénies. Il permet de décrire avec précision la prise en charge la plus optimale pour les patients atteints de cette

⁸ Loi Sur Handicap Psychique Du 11 Février 2005, <http://www.legifrance.gouv.fr/>. [en ligne]. Disponible sur « http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B9B15CF08AFEDF1B88DCFB4BE7C6F2EA.tpdila21v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006157554&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20151008 » consulté le 11/10/15

⁹ Loi du 30 Juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, <http://legifrance.gouv.fr/>. [en ligne] Disponible sur « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976> » consulté le 11/10/15

maladie chronique ; que ce soit pour les professionnels de santé, pour l'entourage ou encore pour le patient lui-même.¹⁰

La Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 2008, la CIM 10¹¹, classe la schizophrénie dans le chapitre V F00-F99 intitulé « troubles mentaux et du comportement » dans la catégorie F20-F29 « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ». Elle est précisée selon les critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM V.¹²

Le plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 représente aujourd'hui un pilier pour les experts dans le domaine de la santé mentale ainsi que pour le grand public. Il aborde la capacité de notre société à accompagner les personnes souffrant de ces troubles mentaux et à lutter contre la stigmatisation des maladies mentales. Il se trouve dans la continuité de la loi du 11 février 2005.¹³

1.3 La triade diagnostique

Le diagnostic de la pathologie repose sur trois dimensions spécifiques : un syndrome délirant, un syndrome de repli autistique et un syndrome de dissociation mentale :

- Un syndrome délirant : le délire paranoïde représente une tentative de reconstruction du monde extérieur. C'est un mécanisme de défense très éprouvant. Il peut être polythématique avec des mécanismes multiples et non systématisés.
- Un syndrome de repli autistique avec comme troubles principaux: tentative de reconstruction du monde intérieur, perte de contact avec la réalité, repli sur soi, indifférence, mutisme.
- Un **syndrome de dissociation mentale** : processus de dislocation mentale avec une rupture de l'unité psychique. Cela se manifeste à l'extérieur par la discordance (ambivalence, impénétrabilité, bizarrerie, détachement du réel). Ce syndrome dissociatif conduit à une aliénation du contenant psychique, en d'autres termes, le patient

¹⁰ Haute Autorité de Santé, ALD n°23-Schizophrénies <http://www.has-sante.fr/>. [en ligne]. Disponible sur : « http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies » consulté le 21/12/15

¹¹ CIM-10 <http://www.atih.sante.fr/>. [en ligne]. Disponible sur : « http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf » consulté le 10/10/15

¹² Le DSM V et l'évaluation des troubles mentaux <http://www.ordrepsy.qc.ca> [en ligne]. Disponible sur : « https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Nov2013_ChroniquePP_Le_DSM_5_et_levaluation_des_troubles_mentaux.pdf » consulté le 10/10/15

¹³ Plan Psychiatrique de Santé Mentale, <http://www.sante.gouv.fr/>. [en ligne]. Disponible sur : « <http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html> » consulté le 11/10/15

schizophrène n'a plus de **contenant psychique individuel** qui lui permette de penser et de **se sentir différent d'autrui**.¹⁴

En réalité, ce sont « les schizophrénies » et non « la schizophrénie ». En effet, il existe différentes formes cliniques de schizophrénie : simple, paranoïde, dysthymique, hébéphrénie, hébéphréno-catatonie, héboïdophrénie. La **forme hébéphrénique** étant celle dont le **processus dissociatif** est le plus important. Les formes cliniques correspondent à une description dimensionnelle avec les symptômes positifs comprenant les idées délirantes, les hallucinations, l'agressivité, l'agitation, les troubles de cours de la pensée ; et les symptômes négatifs : retrait, pauvreté affective, anhédonie, apathie, manque de contact et ralentissement moteur.

1.4 L'identité schizophrénique

1.4.1 Le concept d'identité

Chaque individu possède sa propre conscience identitaire qui le rend différent de tous les autres. Cela signifie que l'identité est un phénomène avant tout individuel. Selon DORAIS, nous pouvons définir l'identité comme étant « la façon dont l'être humain construit son rapport personnel avec l'environnement. »¹⁵ C'est donc un rapport où le sujet s'identifie dès lors qu'il se rend compte qu'il n'est pas seul au monde et qu'il vit avec d'autres personnes. Ce concept évoque également une dimension relationnelle où l'identité est construite tout au long de la vie avec les expériences que chacun a avec son environnement ; que ce soit l'environnement naturel mais surtout tout autre élément signifiant faisant partie de l'entourage d'une personne : les actions, les paroles, les personnes.

Jean-Paul CODOL évoque, en 1981, la notion d'identité¹⁶. En effet, il décrit les quatre composantes de l'identité :

- Le sentiment de sa permanence assuré par le maintien de repères fixes et la capacité d'être le même dans le temps.

¹⁴ LAUNOIS, M. Rappels pathologiques : Schizophrénie, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne] Disponible sur « <http://www.ergopsy.com/rappels-pathologiques-schizophrenie-a354.html> » consulté le 5/01/16

¹⁵ DORAIS, L-J. La construction de l'identité <http://erudit.org/>. [en ligne] .Disponible sur : « <https://www.erudit.org/livre/CEFAN/2004-1/000660co.pdf> » consulté le 21/01/16

¹⁶ CODOL, J-P. Une Approche Cognitive Du Sentiment D'identité. *Social Science Information* 20, no. 1, 1er Février 1981, pages 36-111. [en ligne]. Disponible sur : < http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.jumageldinov_a&part=165819> consulté le 11/10/15

- Le sentiment de sa cohérence où le sujet a le besoin de réduire les éléments cognitifs discordants dans sa conscience.
- La valorisation où le sujet existe avec des sens et des valeurs.
- Le **sentiment d'existence** en tant qu'être distinct, bien différent des autres objets et individus, qui est la dimension de l'identité que nous allons développer pour ce mémoire.

1.4.2 La faille identitaire chez le patient schizophrène

Dans une problématique psychotique, l'angoisse va porter sur l'identité ou une partie de celle-ci. En effet, l'un des symptômes de la schizophrénie est la **dissociation** où les troubles représentent un ensemble de troubles psychiatriques caractérisé par la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées et principalement l'identité.

Les sujets psychotiques ont un espace psychique soit clivé, c'est à dire comme dispersé en petits morceaux indépendants les uns des autres à l'intérieur du psychisme de la personne. [...] Soit l'espace intérieur, qui n'en est pas vraiment un, est **fusionnel**, c'est à dire comme si l'espace intérieur n'était **pas distingué de l'extérieur**. Il y a comme un "grand tout", où la toute puissance infantile imaginaire de la personne tente de régner. Soit cet espace intérieur devient clos au monde extérieur et totalement autistique. [...] ¹⁷

L'angoisse présente chez le patient schizophrène est l'angoisse de morcellement qui concerne l'identité et le **maintien d'un moi différencié**.

La psychose correspond à des frustrations précoces maternelles entraînant l'impossibilité à l'enfant de dégager son moi de celui de la mère. Dans l'angoisse de morcellement, l'enfant n'a pas accepté cette frustration excessive. Il a construit sa réalité où l'identité personnelle et le fait de se différencier d'autrui sont **comme « brouillés »**. ¹⁸

Pour lutter contre cette angoisse, plusieurs mécanismes de défenses se mettent en place (déli, clivage, projection...) qui ne sont pas suffisants. L'ultime défense est constituée par le délire où, face à la réalité, le sujet va construire une nouvelle réalité qui représente son délire. Selon FREUD ¹⁹, c'est une « Tentative de Guérison » même si ce délire apporte plus de souffrances que de guérison. Le sujet croit avec conviction son délire qu'il a créé.

¹⁷ LAUNOIS, M. Rappels pathologiques : Schizophrénie, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne] Disponible sur « <http://www.ergopsy.com/rappels-pathologiques-schizophrenie-a354.html> » *op cit* consulté le 5/01/16

¹⁸ LAUNOIS, M. Théorie de l'angoisse, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur: «<http://www.ergopsy.com/theorie-de-l-angoisse-a438.html>» consulté le 7/01/16

¹⁹ CODOL, J-P. Une Approche Cognitive Du Sentiment D'identité. *Social Science Information* 20, no. 1, 1er Février 1981, pages 36-111. *op cit* [en ligne]. Disponible sur : < http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.jumageldinov_a&part=165819> consulté le 11/10/15

Les facteurs favorisant sont une attitude fusionnelle avec la mère avec un déni de la fonction paternelle, que la mère ne reconnaît pas. En effet, la mère assure le rôle paternel et le rôle maternel. A cela s'ajoute un traumatisme par la perte d'un proche ou encore un accident traumatisant.

A travers ces propos, nous comprenons que la problématique identitaire chez le patient schizophrène concerne le **moi**, qui permet l'existence d'un espace intérieur différencié du dehors et d'autrui, et donc l'impossibilité de différencier son moi de celui de la mère. Cette impossibilité est reprise dans les propos de WINNICOTT, FREUD et ANZIEU à travers le **sentiment d'existence**.

1.5 Le sentiment d'existence : réel symptôme schizophrénique

Intéressons-nous à ce qui permet de « se savoir exister » : le **narcissisme primaire**, selon FREUD. Il représente le moment où le corps se constitue comme objet unique, différencié d'autrui et du monde extérieur. C'est la période où le bébé investit sa personne (il se prend lui-même comme objet d'amour), personne qui reste encore mal différenciée des autres.²⁰ Le narcissisme primaire correspond alors à un stade normal de l'évolution de la libido qui passe de l'auto-érotisme à un amour vis-à-vis de l'objet. C'est à ce niveau-là que les personnes psychotiques présentent une faille. Il y a dissociation psychique, angoisse de morcellement, troubles du schéma corporel, clivage du moi, clivage dans les relations.²¹ La reconstruction narcissique primaire représente une base de travail avec les personnes psychotiques et plus précisément le patient schizophrène. Cette base de travail se retrouve à travers des expériences qui seront permises par une action de la personne sur la matière et notamment sur la médiation.

De plus, selon WINNICOTT, le stade de **distinction du moi et du non moi** reste inachevé. Les interactions avec les personnes psychotiques, qu'elles soient verbales ou gestuelles, peuvent donc menacer son sentiment d'identité personnelle. En effet, ce qui peut arriver à l'objet crée peut être perçu de façon interne c'est-à-dire que la personne schizophrène, si son objet en argile vient à exploser, peut réagir par une angoisse de morcellement : la réalité extérieure est confondue avec la réalité intérieure. Les personnes

²⁰ DEBAUCHE, S. Narcissisme primaire et secondaire, <http://www.sophie-debauche.be> [en ligne] disponible sur « <http://www.sophie-debauche.be/le-point-sur-quelques-themes-specifiques/narcissisme-primaire-et-secondaire> » consulté le 21/01/15

²¹ LAUNOIS, M. Narcissisme, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.ergopsy.com/narcissisme-a468.html>> consulté le 11/10/15

psychotiques ont donc un sentiment d'existence indifférencié du rapport à l'autre et à l'objet.²² Ce travail de reconstruction du moi, d'un sentiment d'existence, distingué d'autrui est un travail permanent lors des prises en charge pour le patient schizophrène.

Développons maintenant la notion d'enveloppe psychique qui définit en réalité une fonction : la **fonction contenante**.²³ Selon ANZIEU, pour pouvoir s'exprimer il faut posséder un espace psychique personnel et un contenant personnel. C'est cette fonction qui fait de nous un être unique. La peau physiologique, le corps, devient alors l'équivalent métaphorique d'un contenant psychique possible. En effet, une fonction contenante corporelle efficace, permet l'émergence de la conscience du sentiment d'existence et de différenciation d'autrui : c'est l'existence du narcissisme primaire chez FREUD et la distinction du moi et du non moi chez WINNICOTT. C'est donc la constitution progressive de cette enveloppe psychique qui va permettre de posséder un sentiment d'existence, qui n'est pas constitué chez le malade schizophrène.

J'ai décidé de développer le sentiment d'existence selon ces trois auteurs. Bien évidemment il existe plusieurs visions selon d'autres auteurs qui ont des approches plus spirituelles mais qui seraient inadaptées pour illustrer mes propos.

Selon les théories psychanalytiques que regroupe le modèle psychodynamique²⁴, c'est en étant distingués d'autrui que nous pouvons exister de façon séparée (WINNICOTT), c'est en ayant une fonction contenante efficace et une enveloppe psychique (ANZIEU) dans laquelle les différentes instances intra-psychiques peuvent jouer (FREUD) que nous avons une identité personnelle.²⁵ En ergothérapie, nous valorisons le concept de sentiment d'identité, surtout à travers la notion d'autonomie : être actif, socialement intégré, utile, valorisé, conscient de soi-même, capable d'agir sur la matière, de donner du sens à ce qui agit en nous.

²²LAUNOIS, M. Distinction du moi et du non moi, <http://ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ergopsy.com/distinction-moi-et-non-moi-a428.html>> consulté le 11/10/15

²³CICCONE, A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique* n° 17, no. 2, 1er Septembre 2001, pages 81–102. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CPC_017_0081> consulté le 20/01/16

²⁴ LAUNOIS, M. Intérêt En Ergothérapie d'un Modèle Psychodynamique, <http://ergopsy.com/>. [en ligne] Disponible sur <<http://www.ergopsy.com/interet-d-un-modele-psychodynamique-a383.html>> consulté le 18/03/16

²⁵ LAUNOIS, M. Individuation, <http://ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur : « <http://www.ergopsy.com/individuation-a568.html> » consulté le 11/10/15

2. L'ergothérapie en psychiatrie

2.1 Le contexte des soins en psychiatrie

2.1.1 Les modalités de soins

Les modalités de soins, définies dans le dispositif de Juillet 2011, s'organisent en deux catégories, avec et sans le consentement du patient²⁶ :

- Soins psychiatriques AVEC consentement du patient : les soins libres.
- Soins psychiatriques SANS consentement du patient (SSC) : Soins exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer cette mission, et selon plusieurs modes d'admission :
 - Soins psychiatriques à la **demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU)**,
 - Soins psychiatriques en **cas de péril imminent sans tiers (SPI)**,
 - Soins psychiatriques sur **décision du représentant de l'Etat (SDRE)**.

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SDT) doit respecter trois conditions :

- La présence de troubles mentaux.
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins.
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Le tiers est toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient :

- Un membre de sa famille ou de son entourage.
- Une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.

S'il remplit les conditions ci-dessus, le tuteur ou le curateur du majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

Dans le cadre de la psychose et de la schizophrénie, le contexte de soins est, très souvent, marqué pour ces personnes, par la contrainte et les soins sans consentement, en raison de l'anosognosie ou du déni de leurs troubles.

²⁶ PSYCOM, Droits en psychiatrie : les modalités de soins <http://www.psycom.org/>. [en ligne]. Disponible sur « <http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie> » consulté le 2/02/16

2.1.2 Les types et lieux de soins

Considérons la nature de la prise en charge :

- L'Hospitalisation à Temps Complet (HTC) où le patient est hébergé durant toute sa prise en charge: séjours thérapeutiques, placement familial thérapeutique, prise en charge en appartement thérapeutiques, prise en charge en centres de post-cure psychiatriques, prise en charge en centre de crise, unité pour malades difficiles (UMD), etc.
- L'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP) :
 - l'hospitalisation de jour : le patient n'est pas hébergé et les soins sont délivrés dans la structure durant la journée ou la semaine.
 - l'hospitalisation de nuit : le patient est accueilli et nécessite un suivi et une surveillance. Souvent, ce type d'hospitalisation est une étape de transition avant la sortie définitive de l'hôpital.
- Les soins ambulatoires : représentent une alternative à l'hospitalisation et permet au patient d'être suivi quotidiennement :
 - Centre Médico-Psychologique (CMP) : consultations, orientations.
 - Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

L'hospitalisation se déroule la plupart du temps au sein de Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) disposant d'une ou de plusieurs de ces types de prise en charge.

- Les soins à domicile qui permettent de surveiller le patient en réalisant des visites à domicile afin de maintenir le patient dans son environnement. Les professionnels peuvent ainsi délivrer les soins nécessaires.

2.2 Les présupposés de base²⁷

En ergothérapie, nous sommes donc amenés à intervenir dans les différents lieux de soins décrits. Mais qu'en est-il de notre rôle dans le champ spécifique de la psychiatrie ? Pour cela, nous allons reprendre quelques définitions de l'ergothérapie, ayant évolué au fil du temps.

Différentes définitions de l'ergothérapie sont parues à ce jour, pourtant aucune d'entre elles ne semblent illustrer parfaitement notre rôle ainsi que nos interventions. En

²⁷ HERNANDEZ, H. *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation.*

réalité, les personnes qui comprennent réellement ce que nous faisons sont celles qui ont bénéficié d'une prise en charge ergothérapique ou qui sont en relation avec des ergothérapeutes pour des raisons professionnelles ou personnelles.

L'ergothérapie est une thérapie par l'activité : l'*Ergon* en grec signifie « activité » où les pratiques diffèrent selon la symptomatologie, l'histoire de vie, le vécu, la culture, le contexte du patient mais également le cadre que nous instaurons.

La question vient alors : **que faisons-nous, en tant qu'ergothérapeute**, quand nous travaillons avec les patients ? Lorsqu'une personne passe devant une salle d'ergothérapie et voit ces patients modeler, dessiner, peindre, ... Elle pense qu'ils sont en train de jouer ; alors que faisons-nous lorsque nous « jouons avec eux » ? Nous disposons d'un éventail d'activités, de techniques, de matières, de matériaux, de jeux qui ne sont autres que des médiations à visée thérapeutique que nous utilisons selon leurs symboliques, leurs caractéristiques spécifiques et leurs règles particulières. Les activités proposées sont un moyen de faire du lien entre le thérapeute et le patient, le patient avec les autres, le patient avec son monde intérieur.

Depuis l'Antiquité, les activités de soins avaient déjà démontré leur nécessité : entre écoute musicale et promenades en bateau pour apaiser les malades. Mais comment ces activités ont-elles pu trouver progressivement une place dans l'attirail thérapeutique ? Comment sont-elles passées de simples occupations à des activités dites thérapeutiques ?

C'est dans les années 60, que se sont affirmées toutes sortes **d'activités à visée occupationnelle** pour donner un sentiment d'utilité aux personnes exclues de la société qui apparaissaient comme des inadaptés, des déments, des fous, et qui étaient enfermées dans des asiles ou des hospices. Nous ne parlerons d'ergothérapie qu'à la fin des années 1960, où une nouvelle forme de traitement apparaît par le biais d'apprentissage, de travaux manuels notamment. En 1970, apparaît la volonté d'humaniser les structures accueillant les personnes souffrant de maladie mentale. Le but étant d'occuper la personne au sens large ou encore de lutter contre l'isolement en établissant des contacts avec l'extérieur. La notion d'« occupation » devient celle d'« **animation** ».

Si l'on s'arrête un tout petit peu sur la définition du terme animation, on voit bien toute la pulsion de vie qui réside dans ce mot puisqu'il vient du latin *animare* qui signifie « donner la vie ». Et *animatus* signifie « être disposé à l'égard de quelqu'un ». Il y a dans cette définition l'aspect relationnel à instaurer, que ce soit dans un cadre individuel ou dans un groupe, support de la communication, aussi bien dans un cercle très restreint que dans l'institution toute entière.²⁸

A la fin des années 1970, le lien entre l'animation et le bien-être physique et mental de l'individu de façon holistique s'établit. Nous sommes donc passés d'une animation de type occupationnel sans objectifs précis à **une animation plus ciblée** avec des objectifs et des actions plus précises visant des finalités de réinsertion ou de resocialisation pour le patient.

Cette animation intentionnelle et objectivée nécessite, pour s'inscrire comme une thérapie, un cadre bien particulier. C'est cette capacité à établir un cadre cohérent, contenant et signifiant, qui est souvent la marque de la distinction entre des activités occupationnelles (au sens le plus restrictif du terme) et des activités thérapeutiques. **Le cadre** est une structure de travail qui permet d'éviter les débordements qui pourraient être source d'angoisse ou d'effondrement psychique pour le patient. Le cadre permet donc au patient, lorsqu'il a confiance, de déposer ses projections, son monde intime, son inconscient et permet la médiation. Et c'est principalement pour le patient psychotique que nous pouvons observer, à travers ce cadre, le vide interne qui l'habite. C'est lorsque nous lui proposons des activités comme la peinture, le modelage ou encore l'écriture que nous constatons qu'il lui faut un cadre fiable pour pouvoir entrer en activité et ainsi manipuler des objets externes pour, progressivement, ré-animer et ré-habiter, ce vide intérieur.

Comme le souligne Florence KLEIN²⁹, ergothérapeute, voici donc **les missions** que nous visons en général :

- Permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel et de rompre avec l'isolement,
- Lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe et d'y être un élément vivant,
- L'aider à maîtriser ou s'accommoder de son angoisse,
- L'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités,
- L'inciter à recouvrer une certaine estime de soi,
- Susciter un minimum de dynamisme vital, un désir de vie,

²⁸ *ibid.* p26

²⁹ *ibid.* p27

- Lutter contre le besoin inhérent à la psychose, qui est de détruire, de rompre les liens, et donc de gérer le conflit terrifiant que le psychotique a en lui et qui revêt parfois la forme d'une agressivité, d'une inertie,
- Et peut-être même l' « occuper » sur le plan psychique, ce qui voudrait dire qu'il est parvenu à trouver un espace psychique et un espace relationnel où le délire ne prend pas toute la place.

En conclusion, nous voyons que toutes ces missions visées par l'ergothérapie nécessitent des **compétences particulières** et c'est dans ce sens que notre profession a évolué et évoluera encore. Ainsi, la réingénierie de l'ergothérapie, concrétisée par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute et modifiant ainsi le contenu de la formation initiale et la reconnaissance du diplôme d'Etat au grade de licence³⁰, a permis de constituer un nouveau corpus de compétences nécessaires pour réaliser un acte d'ergothérapie. Certaines compétences témoignent ainsi de notre intervention en psychiatrie :

Compétence 3 : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation **psycho-sociale** en ergothérapie.

- Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour **l'accomplissement de l'activité**.
- Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique **en fonction de la situation et des réactions de la personne** ou du groupe de personnes [...]
- **Animer** et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
- **Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité**.

Compétence 5 : Élaborer et conduire une démarche **d'éducation et de conseil** en ergothérapie et en santé publique.

- [...] Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des **techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences** et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités significatives et significatives.
- Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, **la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines**. [...]

³⁰ Arrêté Du 5 Juillet 2010 Relatif Au Diplôme d'Etat D'ergothérapeute. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id> » consulté le 9/04/16

- Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur **engagement dans des activités signifiantes et significatives**.

Compétence 6 : Conduire une **relation** dans un contexte d'intervention en ergothérapie.

- Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes **en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte** de la situation.
- **Identifier** les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
- Instaurer et maintenir **une communication verbale et non verbale** avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
- Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes **en favorisant l'expression de chacun**.
- Rechercher et développer un climat de **confiance** avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.³¹

2.3 Modèle de l'occupation humaine selon Gary KIELHOFNER

Les modèles conceptuels globaux, tel que le modèle psychodynamique, sont nécessaires pour comprendre la construction psychique d'une personne, ce qui est essentiel en psychiatrie. Mais il est tout aussi important de pouvoir se référer à des modèles appliqués, plus proches de notre pratique d'ergothérapeute. J'ai donc choisi de développer le modèle conceptuel de KIELHOFNER qui explique la corrélation qui existe entre l'activité et le patient.

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique **sur le lien entre l'activité humaine et la santé**. »³² La définition que nous donne l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) de notre profession, nous place d'emblée dans le concept de l'activité humaine. Nous constatons donc qu'en ergothérapie, Il s'agit de trouver une définition de la personne dans son contexte d'activité au sens le plus large possible.

Le modèle de KIELHOFNER développe en ce sens, le moyen de permettre au patient de vivre des émotions et de s'intégrer à une chaîne signifiante et identificatoire, dans le cadre des activités humaines. Les modèles conceptuels permettent, d'autant plus, d'authentifier notre pratique et de ce fait les propos de ce mémoire. Voyons comment il peut être rattaché au domaine de la santé mentale.

³¹ Référentiel de compétences en Ergothérapie. [en ligne]. Disponible sur : « <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr82> » consulté le 9/04/16

³² Association Nationale Française Des Ergothérapeutes, ANFE. <http://www.anfe.fr/>. [en ligne]. Disponible sur : « <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> » consulté le 7/01/16

Il est centré sur les activités signifiantes et significatives. « Ce modèle permet de structurer le recueil des données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses faiblesses concernant son engagement dans l'activité et de mettre en place un traitement ergothérapeutique. »³³

Nous pourrions expliquer que c'est la **motivation** pour une activité qui va permettre à une personne de s'engager de façon efficace et effective dans celle-ci. Le terme « volition » apparaît dans ce modèle mais il reste moins employé que ceux de « motivation » et d' « engagement », ces notions restant étroitement liées.

La **motivation** est un « élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins ». La **volition** est « la capacité de choisir de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire ». L'**engagement** est le « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation. »³⁴

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle conceptuel ergothérapeutique développé aux Etats-Unis par Gary KIELHOFNER et correspond à l'un des modèles de référence les plus cités par les ergothérapeutes dans le monde. En effet, il interroge le rapport de la personne à l'occupation humaine, principale préoccupation des ergothérapeutes concernant leurs prises en charge. Selon KIELHOFNER, l'occupation humaine est définie comme « une large gamme d'activités (travail, loisir et activités de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel. »³⁵

Selon ce modèle, la personne est toujours dans un contexte environnemental donné. Cet environnement offre soit des ressources soit des contraintes ou au contraire n'influence pas particulièrement la personne. L'environnement comprend l'environnement physique (objets et les espaces physiques) et l'environnement social. Nous développons ces propos dans le but de préciser la problématique du schizophrène où le développement de la maladie est également défini dans un contexte environnemental particulier, qu'il soit physique ou social.

Ce modèle explique que l'être humain se comprend selon trois composantes : **la volition** qui, comme nous l'avons vu précédemment, correspond à la conscience de ses

³³MOREL-BRACQ, M-C. *Modèles conceptuels en ergothérapie*. p69

³⁴MOREL-BRACQ, M-C. *et al., L'activité humaine*. p97

³⁵*ibid.* p98

valeurs, de ses expériences, la motivation quant au choix de l'activité ; **l'habituat**ion qui permet d'organiser et de simplifier la vie quotidienne et les **capacités de rendement** ou capacités de performance (c'est-à-dire que nous faisons appel aux capacités de notre corps et de notre esprit pour réaliser une activité) qui sont liés aux systèmes organiques dans leurs aspects objectifs et liés au vécu et à la sensation dans leurs aspects subjectifs. Il est démontré que ces trois composantes, en interaction avec l'environnement affectent les actions, les pensées et les **émotions**. L'agir permet de développer son identité et ses compétences et donc l'adaptation à l'environnement. La modification des habitudes de vie et des rôles entraîneront donc un problème d'identité personnelle.

Ces 3 composantes, correspondant à des sous-systèmes (volition, habitude, capacité de performance) sont interdépendantes et inséparables de l'environnement (Fig. 1). Ainsi, face à une occupation, la personne se compose de sa volition donc de la motivation pour l'activité, de son habitude (habitudes et rôles) et de sa capacité de performance (correspondant à l'assemblage des actions requises pour réaliser une activité). L'environnement agit sur la performance occupationnelle : il créera des contraintes ou des opportunités pour l'individu.

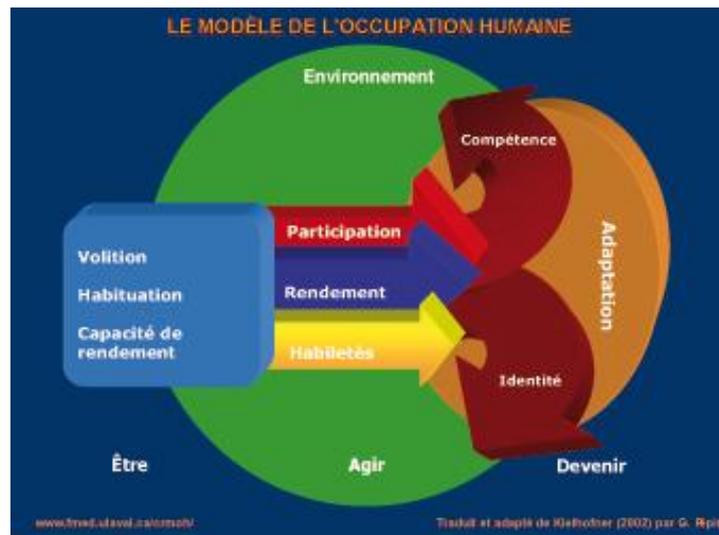


Figure 1 : Schéma récapitulatif du Modèle de l'Occupation Humaine.

Lorsque la personne fait une activité, est dans son occupation ou lorsqu'elle agit, nous pouvons observer trois niveaux d'action : **la participation occupationnelle, sa performance occupationnelle et ses habiletés**. Voici un exemple pour illustrer ces niveaux d'action : au niveau de la participation nous pouvons citer « s'occuper de soi », la performance correspondra au fait de « se maquiller » puis les habiletés au fait de « prendre, manipuler ».

C'est l'accumulation de plusieurs occupations qui vont générer une **identité occupationnelle et des compétences occupationnelles**, qui vont permettre l'adaptation, par la suite, à de nouvelles occupations. De ce fait, un patient schizophrène, montrant des attitudes de replis et de difficultés relationnelles, ne pourra pas générer de nouvelles occupations, d'où l'importance de connaître ses occupations antérieures pour les amener à nouveau ou de pouvoir lui donner un intérêt pour des occupations proches de celles antérieures au développement de la maladie pour qu'il puisse en générer des nouvelles. C'est ainsi que le **vécu** dans l'activité thérapeutique permettra l'émergence d'expériences passées et de retrouver une **identité** jusque-là altérée.

Le patient, en réalisant des activités lui procurant des émotions, seront significatives pour lui. De ce fait, il aura la volition c'est-à-dire la capacité de choisir de s'engager dans ces activités. Cela renforcera un changement comportemental favorable au développement de son autonomie. Par définition, l'autonomie signifie « la capacité de quelqu'un à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose »³⁶, de ce fait nous pouvons **relier l'autonomie à la capacité de pouvoir être différencié d'autrui**, ce que nous cherchons à démontrer dans ce mémoire.

2.4 La thérapie par l'activité : le pilier de l'intervention en ergothérapie

D'après la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, **l'activité « désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne »**³⁷. En ergothérapie, elle a un rôle caractéristique et constitue la base du métier d'ergothérapeute. Elle sert de médiateur, autrement dit, d'intermédiaire au sens de l'héritier de l'espace transitionnel développé par WINNICOTT : l'atelier, ce cadre sécuritaire qui représente l'espace intermédiaire, est le lieu d'expérimentation où vont se dérouler les processus thérapeutiques. Le cadre thérapeutique, l'espace de l'atelier et la médiation apparaîtront comme des objets intermédiaires et permettront ainsi des expériences.³⁸ En l'occurrence, ici, l'activité sert **d'intermédiaire à la relation**, à la communication, à l'échange. Et en effet, c'est grâce à elle qu'un lien peut se créer, entre réalité et imaginaire, et que le patient peut se laisser aller

³⁶ LAROUSSE, Définition de l'autonomie, <http://www.larousse.fr/>. [en ligne]. Disponible sur « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779> » consulté le 9/04/16

³⁷ Classification Internationale du Fonctionnement, CIF. <http://www.mssh.ehesp.fr/>. [en ligne]. Disponible sur « http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2015/01/2015_Introduction_CIF_site_CCOMS_Janvier-2015.pdf » consulté le 3/02/16

³⁸ LAUNOIS, M. Espace intermédiaire. <http://ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur « <http://www.ergopsy.com/espace-intermediaire-a656.html> » consulté le 18/02/16

autrement que par la parole, laquelle peut s'avérer être angoissante. Il pourra s'exprimer et exprimer ses affects par la création et l'imaginaire : le non-verbal.³⁹

Nous distinguons **deux types de médiations** dans le champ thérapeutique :

- Celles qui sont déjà toutes faites, comme le conte, les images... qui confrontent le sujet à ce qui existe déjà, servant d'embrayage à ce qui est resté bloqué.
- Celles qui sont à construire et qui partent de matières premières proposées à l'utilisateur.

Dans les deux cas, la créativité est mise en jeu mais à des degrés différents : soit elle se manifeste dans la façon dont sont mis en jeu les objets (objet est le point de départ), soit elle se manifeste dans la façon de réaliser des objets (objet est le point d'arrivée).

Ce qui est thérapeutique, c'est la rencontre entre deux niveaux de sens : un dispositif pensé, construit et encadré par les thérapeutes, et une matière capable de susciter envie et désir qui serve de médiateur. Le point de contact entre les deux niveaux n'est rien d'autre que le relationnel. La matière, l'objet concret présentés médiatisent la relation entre le soignant et le patient, relation qui risquerait sinon d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale.⁴⁰

Un autre point important est le **choix de la médiation**. D'abord, la médiation demande à être investie par le thérapeute. Il doit croire en ce qu'il fait et y développer un intérêt. Nous retrouvons la même situation lorsque nous racontons une histoire : le contenu de l'histoire est tel qu'il est mais ce sont la conviction et le plaisir de raconter du conteur qui vont enclencher la dynamique. Nous ne pouvons pas comprendre comment le thérapeute pourrait faire passer quelque chose, si la médiation ne suscitait en lui aucune émotion. Le thérapeute va accompagner l'autre dans son évolution.

2.4.1 Les médiations proposant une action sur un objet concret

L'activité en elle-même est un médiateur. C'est elle qui justifie le soin en ergothérapie qu'il prend forme. Chaque atelier gagne donc à être formalisé de façon verbale et écrite dans

³⁹LE GALL, M *En quoi une activité est-elle ergothérapeutique ?* Mémoire du diplôme d'état d'ergothérapeute, IFE de Rennes, Juin 2008, 67 pages. p9. [en ligne] Disponible sur : < <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/Le-Gall.pdf>> consulté le 3/02/16.

⁴⁰CHOUVIER, B. Un Cadre Pour Les Médiations. *Santé Mentale* n°111, Octobre 2006, pages 1-4. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/un-cadre-pour-les-mediations.html>> consulté le 14/03/16

le but de donner toujours plus de repères : la médiation a donc lieu dans un cadre spatial et dans des rythmes temporels particuliers. Dans ce cadre, certaines personnes vont découvrir leurs capacités créatives au travers d'activités qu'elles connaissent ou qu'elles pratiquent déjà, d'autres vont les redécouvrir en passant par des techniques totalement novatrices. Le tout n'est pas de créer du « beau », du « juste » ou de savoir « bien dessiner », mais de créer tout simplement.

Chaque matériau possède ses caractéristiques et ses fonctions symboliques propres. Par exemple : la peinture sur soie diffuse sur le tissu ; la terre possède une fonction symbolique primitive, le bois quant à lui, possède une fonction symbolique plutôt constructive. Cependant, il existe d'autres fonctions symboliques pour ces matériaux qui sont subjectives à la personne qui va créer à partir de cette matière brute. En effet, la fonction symbolique est le fait de créer du lien et la couleur verte n'est pas forcément associée à la même chose pour tout le monde, oscillant entre espoir ou nature. Chacun a son propre dictionnaire symbolique, signifiant pour lui, à partir de son histoire personnelle, son inconscient, ses expériences, etc.

La médiation va donc proposer le vécu d'une expérience particulière, ce qui va entraîner un ressenti des affects spécifique qui peut, s'il émerge, être intéressant de travailler en ergothérapie avec certains patients. « Toute médiation par son apport de découvertes, sensorielles, relationnelles, gestuelles, psychiques, va enrichir l'espace intérieur du sujet. La médiation agit sur la personne qui agit sur le matériau, et ainsi de suite. »⁴¹

Le matériau, la technique et l'objet lui-même, viennent également imposer des règles de réalité qui vont contribuer au rétablissement du principe de réalité, l'une des atteintes présente dans la schizophrénie. L'une des difficultés des personnes psychotiques est qu'elles sont susceptibles de se confondre avec le matériau qui leur est présenté, avec une réalité extérieure complètement indifférenciée de l'intérieur.

Un processus projectif va se créer en direction de l'objet grâce à la médiation. L'objet devient médiateur capable d'accueillir et de mettre en forme la partie du psychisme qui s'y transfère. La caractéristique des thérapies à médiations est la proposition d'utilisation d'un ou plusieurs objets proposés pour « jouer » et mettre en forme ce qui ne peut l'être dans la

⁴¹LAUNOIS, M. Fonctions de la Médiation, <http://www.ergopsy.com/> [en ligne]. Disponible sur : «<http://www.ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html>» consulté le 5/01/16.

relation directe avec le thérapeute.⁴² Ils vont donc aborder une expérience subjective, créer un objet selon leur psyché. Cette expérience subjective avec un soignant ouvre la possibilité d'un traitement représentatif de la zone traumatique du sujet ou alors l'utilisation de zones saines et de ressources ainsi remises à dispositions du psychisme.

Plus particulièrement concernant les psychotiques, « la créativité inhérente au jeu, quand elle s'exprime en un lieu donné, chez le psychotique, atteint parfois des dimensions vertigineuses où l'inconscient – sans barrière aucune – est là, tout cru »⁴³ c'est-à-dire qu'ils ont des difficultés à transférer ainsi une partie de leur psychisme et le reconnaître ensuite aussi facilement. Souvent la projection est massive, brutale et difficile à conscientiser.

Cependant, nous ne transférons pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet. La perception actuelle du médium doit offrir l'illusion d'accueillir et de loger ce que le sujet est en mesure d'halluciner de son expérience antérieure et cela suppose une certaine coïncidence entre l'hallucination et la perception : nous ne pouvons pas fantasmer une violente déchirure dans la douceur de la soie. Le choix de la médiation est donc importante, c'est-à-dire le choix de la matière, de la technique et des matériaux, puisque cela détermine le type d'expérience et de ressentis qui peuvent être engagés.

Bien évidemment, quelle que soit la médiation choisie, l'interprétation que le sujet en fait reste subjective : la couleur noire peut évoquer du bonheur pour certains, même si pour d'autres elle signe la déchéance ou la tristesse. Chacun des thérapeutes est garant de l'utilisation symbolique du médium et chaque patient va avoir une expérience symbolique différente selon son ressenti.

Pour que la médiation fonctionne, le thérapeute ne doit pas faire d'interprétation selon sa propre subjectivité. En effet, il vise à optimiser l'utilisation du dispositif, maintenir l'activité de symbolisation et non emmener les utilisateurs selon sa propre expérience. Il est important de pouvoir connaître le ressenti de chaque patient sur leur objet avec leur propre symbolique.

⁴²BRUN, A. *Les médiations thérapeutiques*. p33

⁴³ATTIGUI, P. *Jeu, transfert et psychose : de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, op cit p37.

Le modèle général peut être donné par le « squiggle-play » de WINNICOTT, jeu dans lequel alternent ce que le sujet propose, ce que fait le thérapeute de ce que le sujet propose, ce que le sujet fait de ce que le clinicien coassocie sur ce qu'il en a fait, etc. c'est dans cette correspondance de cette « conversation » que se trame et s'approprie la symbolisation de l'expérience en souffrance qui a été transférée et engagée dans la rencontre clinique.⁴⁴

2.4.2 Les médiations corporelles

A ce titre, il y a différentes activités qui ne font pas travailler les mêmes objectifs selon leurs particularités. Citons les activités corporelles et celles portant sur l'image du corps qui semblent les plus pertinentes pour illustrer le sentiment d'existence :

Les activités corporelles : elles visent essentiellement à retrouver un vécu corporel plus riche et un sentiment d'existence plus concret. Exemples : la relaxation, l'expression corporelle. Les activités portant sur l'image du corps : ces activités permettent l'expression du corps imaginaire et permettent aux personnes de s'identifier ou de se différencier ; de jouer un rôle, de parler d'elles à travers un personnage. Exemples : le théâtre, les marionnettes, la photographie.⁴⁵

L'intérêt de ces médiations est de prendre en compte le langage du corps, essentiellement pour les patients psychotiques où ils ne connaissent plus la limite entre leur corps et l'objet. « Le moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface. »⁴⁶

La psychose représente une affection mentale résultant de frustrations et de failles précoces (avant la fin de la première année de la vie) et préformant le moi de manière psychotique. Au moment de la puberté, lorsque le sujet aura vécu des expériences diverses, nous pourrions parler de psychose établie ou non, suivant que ces expériences de vie auront été réparatrices ou non. C'est d'ailleurs pour cette raison que la schizophrénie ne se déclare que vers 16-20 ans.⁴⁷

⁴⁴BRUN, A. *Les médiations thérapeutiques*, op cit p35.

⁴⁵LE GALL, M. *En Quoi L'activité Est-Elle Ergothérapique ?* Institut de formation en ergothérapie de Rennes, Juin 2008, 65 pages. op cit p17.

⁴⁶ATTIGUI, P. *Jeu, transfert et psychose : de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, op cit p55

⁴⁷ Mécanismes de Défense de La Psychose, <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/> [en ligne]. Disponible sur « <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm> » consulté le 5/01/16

Le moi représente le pôle défensif de la personnalité construit avec les exigences du ça et les interdits du surmoi face au réel. Les intérêts du moi correspondent à la totalité de la personne. Pour préciser nos propos, le ça représente le pôle pulsionnel avec le besoin de satisfaire immédiatement les pulsions et le principe de plaisir où les intérêts sont inconscients et proviennent de la pulsion ; le surmoi est l'instance du « tu ne dois pas » qui représente donc les interdits et les limites où les intérêts viennent de l'extérieur avant d'être ensuite intériorisés.⁴⁸

Concernant le sujet psychotique, les pulsions sont agies directement sans un véritable sentiment d'existence. Le principe de plaisir, régit par le ça prédomine et le sujet n'a donc pas de limites. Les limites sont permises grâce au **principe de réalité** qui va contribuer à **la construction progressive du moi en lui permettant de se différencier du ça.**⁴⁹ Le moi tient compte du principe de plaisir (régit par le ça) et du principe de réalité (qui favorise la construction du surmoi). De ce fait, c'est vers la restauration du principe de réalité que va s'axer la thérapie du patient schizophrène.

Solliciter le moi et probablement aider à sa reconstruction dans le cas de la psychose peut passer par mettre en jeu le corps : « le moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface. »⁵⁰

Cependant, il faut rappeler que les thérapies corporelles ne sont pas une compétence initiale de la formation en ergothérapie. Elles nécessitent une formation complémentaire et, comme la plupart des techniques thérapeutiques que nous pouvons proposer, une pratique personnelle. Le théâtre entre également dans ce contexte.

2.4.3 L'impact de la médiation théâtrale

La souffrance identitaire, représentant l'un des troubles de la dissociation, peut notamment être retrouvée à travers l'expérience théâtrale, avec une mémoire du corps qui renvoie à des vécus très archaïques et sans conscience précise de ces vécus pour les sujets atteints de troubles psychotiques. L'idée est que le sujet en proie à des formes de souffrance

⁴⁸Ca, Moi, Surmoi.<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/> [en ligne]. Disponible sur : « <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/psychologie/ca-moi-surmoi.htm#CA> » consulté le 5/01/16

⁴⁹ LAUNOIS, M. Rappels pathologiques : Schizophrénie, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne] Disponible sur « <http://www.ergopsy.com/rappels-pathologiques-schizophrénie-a354.html> » *op cit* consulté le 5/01/16

⁵⁰ATTIGUI, P. *Jeu, transfert et psychose: de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, *op cit* p55.

narcissique-identitaire, comme le schizophrène, en lien avec des traumatismes précoces durant l'enfance, vont utiliser ces différents registres d'expressivité non verbale et corporels pour tenter de faire reconnaître ces expériences subjectives traumatiques. Les techniques du corps ont la potentialité d'offrir à ces sujets des « greffes identificatoires ».

En ce qui concerne le théâtre, qu'il soit ou non avec des objets (telles que des marionnettes), c'est le corps qui sera le médium où l'acteur devra mettre son corps à la disposition du personnage qu'il est en train de créer et d'inventer que ce soit en improvisation ou en jeu théâtral classique. En réalité, il dirige son corps paradoxalement dirigé par son personnage, qui en prend « possession », ce qui n'est pas sans risques confusionnels pour certains patients.

Le jeu théâtral peut être distingué selon deux aspects : le premier aspect étant sous forme de l'utilisation d'un vrai rôle de théâtre, d'un **jeu de rôle**, avec des éléments venus de l'extérieur et notamment d'un script sur lequel le patient pourra s'appuyer afin de jouer un personnage et éventuellement de s'y identifier, voir d'**introjecter** en lui, des éléments du personnage. L'introjection est un processus psychique qui permet d'intégrer inconsciemment des éléments issus de l'extérieur dans son propre psychisme. Ce processus va permettre un jeu d'identification progressif, pour permettre à l'enfant de construire son identité, mais aussi pour l'adulte, car ce processus se poursuit durant toute la vie.⁵¹ Le second aspect étant l'**improvisation** où le patient utilise des éléments de lui-même pour jouer un personnage, et dans ce cas, les éléments personnels projetés dans le personnage vont permettre peut-être encore plus une identification à ce rôle.

Cette activité permet d'avoir accès aux images internes du patient et ainsi de lui permettre de pouvoir les utiliser, grâce à la mise en œuvre de la fonction symbolique. Ainsi, l'improvisation permet au patient de laisser échapper des choses très personnelles et de pouvoir les mettre en œuvre dans le personnage interprété. De plus, jouer implique un rêve et donc la pratique d'un imaginaire, c'est donc cela qui est déterminant pour témoigner du caractère thérapeutique de l'activité ludique.⁵²

Le théâtre supposerait donc un rapport avec la réalité du sujet différent de la vie sociale dite normale : le joueur va créer un univers artificiel par des processus d'identifications conscients. Cela va naturellement avoir des répercussions au niveau des

⁵¹ LAROUSSE, Définition de l'introjection <http://www.larousse.fr/>. [en ligne]. Disponible sur : « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/introjection/44012> » consulté le 7/02/16

⁵² ATTIGUI, P. *Jeu, transfert et psychose: de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, op cit p37

identifications inconscientes : c'est le mouvement de l'élaboration psychique qui va de l'inconscient vers le conscient. La complexité est dans le maintien de ce travail conscient où il ne faut pas provoquer des défenses inconscientes, « car lorsque le personnage requiert de l'acteur des ressources profondément enfouies, lorsque la fiction provoque une sorte de vertige pour celui qui s'y abandonne, l'acteur peut se retrouver mis en danger. »⁵³

De ce fait, jouer un rôle différent de soi, va s'inscrire dans l'histoire même du sujet. L'identification consciente suscite les fondements de l'identification inconsciente et permet d'y établir les réparations vitales qui se présentent.⁵⁴ Pour un psychotique, le risque étant qu'il se perde dans la confusion entre soi et le rôle qu'il serait en train d'interpréter.

« Le patient sera donc amené par la médiation théâtrale à réactiver des expériences primitives, inscrites corporellement, qui pourront grâce au jeu théâtral se figurer, se composer en émotions partagées avec les autres patients et le(s) thérapeute(s), voire les spectateurs. »⁵⁵

Nous pouvons nommer le comédien et metteur en scène russe STANISLAVSKI (1863-1938), qui plaça le travail du corps au centre de l'expérience scénique. Sa méthode particulière consiste à entraîner le comédien à revivre une situation qu'il a déjà vécu avec des affects déjà ressentis et donc des états déjà emmagasinés par sa mémoire affective. Cette **mémoire affective** va donc nourrir le personnage à incarner. Ce comédien se mettait ainsi dans la peau du personnage où il découvrait sa nouvelle identité : il était devenu un autre et s'était incorporé le personnage.

Il ne s'agit donc pas de jouer un personnage mais de devenir le personnage, comme si c'était le corps du personnage qui agissait à l'intérieur de son corps. C'est donc à partir de sa propre matière humaine que l'acteur créera son rôle. Il ne sera plus question de jouer, de « faire semblant », mais de vivre ou de revivre sur la scène ses propres affects : médiation théâtrale.⁵⁶

Concernant les patients psychotiques à travers cette médiation théâtrale, l'hypothèse de cette médiation est de permettre de travailler à acquérir une **potentialité réflexive** par rapport à son personnage et soi-même, des allers-retours entre son psychisme et la réalité. La fonction essentielle de la médiation théâtrale consiste en effet à permettre que les émotions et les

⁵³ *ibid.* p68

⁵⁴ *ibid.* p69

⁵⁵ BRUN, A. *et al*, *Manuel des médiations thérapeutiques*, p356.

⁵⁶ *ibid.* p357

sensations du patient puissent se retrouver à travers le patient lui-même, qu'il puisse enfin se les approprier. Pour que la médiation aboutisse, le patient doit être capable de constituer les sensations, éprouvées lors des pièces, en messages symboliques, en signifiants, puis se voir lui-même : capable à la fois d'être là où il est et de **se considérer du point de vue de l'autre**, processus qui permettrait d'être différencié d'autrui. Cette médiation permet donc de transformer les projections des patients en messages signifiants et, comme dans les premiers liens de l'enfant avec son entourage, c'est l'environnement constitué par les autres patients et les soignants qui donneront une valeur de message aux ressentis du patient.

Le patient schizophrène, lorsqu'il n'est pas stabilisé, agirait comme une marionnette qui interagit avec l'environnement en articulant les mots, les actions et les gestes qui ne viendraient pas de lui mais d'un marionnettiste. Cependant, en expression scénique, le « personnage joué » médiatiserait le réel et nous ferait pénétrer dans une dimension qui n'est plus en lien avec une pensée délirante mais qui réveillerait une meilleure conscience des limites de leur moi.

A partir du moment où, grâce à l'imaginaire de l'espace théâtral, les émotions sont vécues, celles du personnage et de ce fait, par un processus d'identification, celles du sujet, l'histoire de celui-ci peut reprendre son sens et s'intégrer dans une chaîne signifiante. La capacité à pouvoir parler du personnage interprété, c'est-à-dire en disant *il*, ce *il* pour une fois, du fait de son caractère fictif, n'engloutira pas le sujet, il le suscitera au contraire et lui permettra enfin de dire *je*. Le jeu amène le *je*. Il n'est plus alors exproprié de lui-même mais se réapproprie peu à peu ce qui constitue réellement sa pensée.⁵⁷

Quelles sont les modalités d'organisation que l'ergothérapeute sollicite pour une séance de médiation théâtrale ? Cette médiation a-t-elle un impact sur le patient schizophrène ? Cela entraîne-t-il réellement une reconstruction du sentiment d'existence ? C'est l'objet de la démarche de recherche qui sera abordé dans une seconde partie.

⁵⁷ATTIGUI, P. *Jeu, transfert et psychose : de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*. op cit p147

Partie II : phase exploratoire

L'enquête que j'ai menée sur le terrain avait pour but de savoir si l'utilisation du théâtre en ergothérapie pouvait avoir un impact sur le sentiment d'existence du patient schizophrène. J'ai ainsi cherché à comprendre sur quelles dimensions et quels critères se basaient les ergothérapeutes qui pratiquaient cette médiation.

Par le biais d'entretiens auprès d'ergothérapeutes, j'ai choisi de réaliser une étude comparant les approches différentes de ces professionnels en fonction de leur lieu d'exercice.

1. La méthode

1.1 Les participants

J'ai souhaité trouver des établissements accueillant des patients souffrant de schizophrénie dans des structures ayant une procédure différente. J'ai contacté plusieurs Centres Hospitaliers Spécialisés ou d'autres structures en santé mentale mais pour beaucoup d'entre eux le théâtre était pratiqué par un autre professionnel de santé qu'un ergothérapeute. Les délais de rédaction du mémoire sont très courts et malheureusement je n'ai pas pu aller à la rencontre de tous ces autres professionnels de santé qui se sont spécialisés dans le théâtre. J'ai privilégié ce choix afin de recueillir le point de vue de professionnels ayant non seulement la connaissance et l'expérience de la pratique du théâtre mais aussi un recul suffisant sur les compétences ergothérapeutiques pour ce type de médiations.

Cependant, trois personnes ont répondu à ma demande. Il s'agit de l'ergothérapeute travaillant dans le service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Legouest à Metz en Moselle, service dans lequel j'ai été en stage durant les mois de Novembre et Décembre 2015 et qui m'a permis de découvrir l'atelier théâtre. Par le biais des contacts dont l'école d'ergothérapie de Nancy disposait, j'ai pu contacter un ergothérapeute alliant sa profession avec celui de comédien, il a donc une pratique plus approfondie du théâtre et un vécu d'autant plus persuasif ; actuellement il pratique le théâtre dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Et enfin, il y a également l'ergothérapeute du CHS de Sarreguemines en Moselle travaillant dans l'Unité pour Malades Difficiles.

Au sein de toutes ces structures, il existe ou existait déjà un atelier théâtre. En effet, au CHS de Sarreguemines, l'atelier n'existe plus depuis quelques temps pour des soucis d'organisation du service et de patients qui ne sont pas assez stabilisés. Pour les deux autres enquêtés, l'atelier est toujours d'actualité.

1.2 La procédure

1.2.1 Les entretiens

Il était convenu que les entretiens durent environ une demi-heure, seraient anonymes et réalisés de façon individuelle. Le recueil d'informations a été réalisé grâce à un enregistrement vocal pour avoir une retranscription la plus fidèle possible. En amont, j'ai réalisé une grille d'entretien (Annexe I) me permettant d'avoir des questions ciblées et clairement exprimées : le principe des entretiens semi-directifs.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs (Annexes II, III, IV) qui permettent d'obtenir une trame de réponses commune pour chacun des enquêtés, facilitant l'analyse comparative, mais laissant aussi la possibilité de s'exprimer librement et ainsi de développer les sujets qui leur semblent les plus pertinents.

1.2.2 Mon expérience de stage en santé mentale

Mon expérience de stage durant les mois de Novembre et Décembre 2015, m'a permis d'être au clair dans la précision de ma problématique mais également de choisir une activité significative : **le théâtre**. En effet, ce stage était la première approche que je réalisais auprès d'une population psychiatrique et spécialement psychotique dans le cas de la schizophrénie. Dès la première semaine, j'ai pu rencontrer le cas de l'un des patients atteint d'une schizophrénie qui m'a fortement interpellé. Ce patient présentait une schizophrénie stabilisée suite à une bouffée délirante aiguë (BDA) et était militaire –cela nous intéressera pour la suite des explications—. La seule activité qui, selon moi, a été le plus révélatrice pour ce patient a été le théâtre.

Il participait pour la première fois à cette séance. Il était capable de jouer spontanément mais sa spontanéité pouvait être interrompue par la mise en œuvre de la

réflexion ou du langage. Lors d'une improvisation, il avait d'emblée reproduit un « repos militaire ». Il s'autorisait à **jouer avec son corps** mais tout ceci s'interrompait lorsqu'intervenait le langage, ce qu'il verbalisait à la fin de la séance lors du temps de parole. Il évoquait le fait qu'il prenait plaisir à jouer et qu'il s'était amusé au cours de la séance tout comme les autres participants.

Nous retrouvons ainsi ce que je souhaiterais démontrer dans ce mémoire : l'émotion que procure en lui son métier de militaire est retrouvée dans l'activité. Qu'elle soit positive ou négative, elle est signifiante pour lui. La volition et la capacité de décider de ses gestes auront une **action sur son comportement le rendant de plus en plus autonome.** Il existe au sein du groupe et est en mesure de s'affirmer face à celui-ci.

1.3 Les limites méthodologiques

1.3.1 Les biais liés à l'outil utilisé

L'outil que j'ai utilisé, c'est-à-dire un entretien semi-directif a été choisi dans le but de maintenir la neutralité. Cependant, nous rencontrons les ergothérapeutes et de ce fait il est très difficile de rester objective. Je pense que j'ai été trahi par des acquiescements que j'ai pu faire en signe de politesse et de ce fait l'objectivité des entretiens peut ne pas être garantie.

1.3.2 Les biais liés à l'échantillon utilisé

Les ergothérapeutes interviewés sont au nombre de trois, par conséquent, une fois de plus, l'objectivité ne peut pas être garantie du fait des extrapolations faites durant mon écrit à partir du recueil de trois points de vue uniquement. Cependant, j'ai décidé de choisir trois ergothérapeutes exerçant dans des structures ayant un fonctionnement différent pour essayer d'être la plus précise possible.

2. Les résultats

2.1 Présentation des enquêtés

2.1.1 Entretien n°1

L'entretien est réalisé auprès d'un ergothérapeute ayant suivi son cursus en Belgique à Bruxelles. Diplômé depuis 2007, il dispose à ce jour de 9 ans d'expérience dont 3 ans dans diverses structures : centre de rééducation comprenant un service de neurologie, cardiologie, traumatologie et prise en charge de personnes amputées ; dans un SSR, maison de retraite et service de long séjour et enfin dans un SSR neurologie, gériatrie comprenant des patients en état végétatif chronique. Depuis 6 ans, il exerce dans un service de psychiatrie, dont la spécialité est d'accueillir les militaires, comprenant deux sous-services :

- L'hospitalisation conventionnelle qui représente un service de 24 lits en hospitalisation libre, qui accueille principalement des personnes pour sevrage éthylique et dépression puis d'autres pathologies moins fréquentes telles que les psychoses dont la schizophrénie.
- L'hospitalisation de jour (HDJ) où les patients viennent à leur demande une ou deux journées par semaine en fonction des indications, des besoins, des objectifs pour réaliser des activités de groupe qui sont régulières et fixes selon un planning. Il est nécessaire de former des groupes pour que cela soit thérapeutique. Pour arriver en hospitalisation de jour, les patients sont soit passés par l'hospitalisation conventionnelle et basculent sur l'HDJ ou alors les patients sont adressés directement depuis une consultation d'un psychiatre externe ou du service. Ils arrivent selon une prescription de 3 mois renouvelables avec une prise en charge en moyenne de 3 ans.

La prise en charge des patients est selon une approche psychodynamique qui peut témoigner de la durée de prise en charge estimée à 3 ans.

Immédiatement après avoir commencé la médiation théâtrale au sein du service avec l'aide d'une infirmière, l'interviewé a souhaité faire une formation afin de pouvoir se spécialiser pleinement sur le théâtre. De plus, nous constatons que cette médiation est également pratiquée par les infirmières mais également les art-thérapeutes. Désormais, il pratique le théâtre à titre personnel : « *Je pratique également le théâtre depuis cette formation en tant que « semi-professionnel.* »

Les premières expériences concernaient des jeux de rôles et étaient axés principalement sur les thérapies cognitivo-comportementales donc avec un apprentissage du « bon comportement », mais cela lui semblait trop offensif : *« le côté théâtre est que nous sommes de façon détournée dans la problématique du patient et nous partons dans un imaginaire sans aborder la problématique de façon frontale comme dans les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). »* Nous remarquons que la principale raison pour laquelle ils ont mis en place la médiation théâtrale concernait des patients qui n'avaient pas confiance en eux : *« ils avaient cette problématique de ne jamais dire « non » et de ne jamais se positionner ni s'affirmer. »*

La médiation théâtrale pouvait ainsi fonctionner même pour les patients les plus abouliques et apathiques : *« Nous nous sommes aperçus que même un patient clinophile et aboulique était capable de se mettre en scène dans cette activité [...] ».*

Le médecin authentifie la prise en charge à l'aide d'une prescription médicale. Cependant, il arrive souvent que les thérapeutes sollicitent directement les patients même sans prescription, même si la prescription offre un caractère d'obligation pour les patients qui n'ont parfois pas envie de venir à l'atelier alors que cela leur serait bénéfique.

Les patients atteints de schizophrénie, participant à l'atelier, ne présentent pas de troubles trop envahissants et n'ont pas complètement décompensés.

L'utilisation d'un cadre est primordiale : *« Nous avons une salle spécifique pour la médiation théâtrale qui se déroule toutes les semaines dans la même salle avec une codification au niveau de l'espace où la scène est toujours au même endroit ainsi que le public, la porte étant fermée pour cadrer le groupe. »*

A travers les propos de l'interviewé, nous comprenons que le jeu théâtral se base sur le corps, les émotions et également l'imagination pour permettre une improvisation. Le vécu des participants est abordé lors d'un temps de parole en fin de séance afin de connaître leur point de vue et non celui du personnage incarné afin qu'il puisse être ancré dans la réalité.

Le but des séances est de s'autoriser à faire et même s'ils ne se prêtent pas au jeu, ils peuvent rester sur le côté, cela reste leur manière de participer. La triade schizophrénique rappelle que ces patients souffrent d'un trouble autistique qui les enferme sur eux-mêmes. Par conséquent, le simple fait d'être avec les autres leur permet de se sentir exister.

Le théâtre leur permet de se lâcher complètement : « [...] *cela donne une place au délire où la voix qu'ils entendent et qui les commande, est présente. Mais sur scène ils peuvent dire à haute voix qu'ils n'ont pas envie d'écouter cette voix [...]* ». Ils se réapproprient une identité perdue grâce au personnage qu'ils incarnent, qui lui a une identité. Ils sont dans une réalité : « [...] *j'organise ma séance sur le cognitif avec l'attention et l'instant présent, faire comme l'autre, donc quelque chose d'ancrer dans la réalité où cela marche très bien étant donné qu'après décompensation, la réalité est floue.* » Les patients expriment avec satisfaction le fait de participer à l'atelier : « *Systématiquement, lorsqu'ils ressortent de la séance ils disent que « ça leur a fait du bien, j'étais là et je pensais à rien d'autre.* » Ils sont à nouveau capables d'exprimer leurs émotions, ce qui leur permet de se sentir exister. Ils font des liens entre leur quotidien et les saynètes.

L'interviewé précise que le théâtre lui a permis de comprendre que l'observation dans les ateliers était importante. En effet, le non verbal est parfois plus explicite que le verbal.

Nous observons que le sentiment d'existence est bel et bien un objectif pour l'atelier mais pas seulement : les patients se rendent compte de leurs autres capacités qu'ils pensaient perdues telles que la mémorisation, la fierté de réussir, pouvoir sortir de sa chambre, ou encore se valoriser. Le travail de « mise à l'extérieur de soi » est possible grâce à cette mise en confiance de la part des patients.

Ce que nous retenons : au travers de ce discours, nous percevons une fierté et une valorisation personnelle de la part de l'ergothérapeute, à mettre en œuvre les ateliers théâtraux. D'autant plus qu'il pratique désormais le théâtre durant son temps libre. Son but primaire d'instaurer cet atelier est de permettre aux patients de s'affirmer et d'oser se positionner autrement dit des patients qui ont des émotions mais qui ne parviennent pas à les exprimer : utiliser le corps afin de pouvoir refléter ce que pense l'esprit.

2.1.2 Entretien n°2

Le deuxième entretien concerne un ergothérapeute diplômé de l'école de Nancy en 2013. Il a exercé en centre de réadaptation professionnelle, puis dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Ce professionnel m'a fortement interpellé étant donné qu'il associe son travail d'ergothérapeute à celui de comédien. Il pratique également le théâtre au sein de l'ESAT dans lequel il travaille. Il pratique des cours de théâtre et réalise des courts

métrages, ce qui fait qu'il a une approche d'autant plus approfondie. Son stage de 2 mois, effectué durant sa formation, lui a permis d'acquérir une solide expérience en psychiatrie.

Actuellement, l'atelier théâtre, qu'il a mis en place au sein de l'ESAT, peut être comparé à la pratique en psychiatrie. En effet, son atelier est réalisé de telle sorte que les patients « [...] *parlent de leur problématique concernant leur quotidien* [...] ». Il n'a pas pu répondre à la question « *Auprès de quel type de patients schizophréniques pratiquez-vous la médiation théâtrale ?* » parce qu'il ne prend pas en charge des patients schizophrènes dans son lieu de travail actuel.

Ses propos concernent donc l'utilisation du théâtre dans un atelier qu'il a mis en place dans le cadre de son mémoire mais également au sein de l'ESAT dans lequel il travaille. L'idée d'introduire l'activité théâtrale est dans un but d'intégrer les patients dans une réadaptation sociale. De plus, les patients doivent être stabilisés sinon les notions et environnements abstraits ne peuvent pas être joués.

Les séances se déroulent avec une phase d'échauffement au niveau du corps et de la voix, puis des improvisations et un jeu de rôle avec un script.

Dans la prise en charge du patient schizophrène, l'impact du théâtre est essentiellement dans un contexte de resocialisation : « *cela permet d'intégrer l'autre et de pouvoir écouter ce que la personne a à dire et de faire avec, adapter sa réponse en fonction de ce qu'elle dit, de composer un dialogue, se rendre compte qu'il y a une autre personne qui est présente, qu'elle peut nous toucher, nous parler et que nous pouvons entendre et interagir avec elle. De là se construit une relation.* »

Nous constatons également que cet atelier a un impact sur la posture de thérapeute : prendre le temps de discuter avec les patients, construire ses séances et laisser le temps aux patients et « [...] *ne pas se focaliser sur les objectifs rapides mais laisser le temps au gens de pouvoir y arriver, privilégier les temps de parole.* »

Il était important que lorsque les patients avaient la parole, ils commençaient par « moi, je ». Ils doivent être impliqués personnellement : « *Il peut y avoir une partie où ils vont parler d'eux en amont en parlant de leur personne.* »

Le théâtre semble bénéfique pour les patients qui n'ont pas trop décompensés.

Ce que nous retenons : au travers de ce discours, nous percevons la passion de l'interviewé concernant l'atelier théâtre. Tout comme l'interviewé n°1, il pratique durant son temps libre et même à titre professionnel. L'intérêt est pour les patients de pouvoir s'exprimer sur leur problématique, en d'autres termes de pouvoir s'affirmer. Il montre que le théâtre a un impact dans la réadaptation sociale, que ce soit avec des patients psychotiques ou non.

2.1.3 Entretien n°3

Le troisième entretien est réalisé auprès d'un ergothérapeute ayant obtenu son diplôme en 2009 en Belgique. Il exerce depuis 6 ans en psychiatrie au sein du CHS de Sarreguemines. Il a rencontré des populations telles que les toxicomanes, les enfants dyspraxiques et autistes puis s'est retrouvé au sein de l'Unité pour Malades Difficiles.

La formation qu'il a réalisé concernant la médiation théâtrale lui a permis d'approfondir sa pratique mais également de se connaître lui-même en tant que thérapeute : « *cela me fait comprendre qui je suis et qui je peux être et jusqu'où je peux aller et les patients nous le renvoient* ». Cette formation lui a permis de monter un atelier au sein de l'UMD.

Les patients du service de l'UMD se sont retrouvés en impasse thérapeutique et ont commis des actes très graves. Ils sont hospitalisés à la demande d'un tiers et doivent rester pour un minimum de 6 mois. Au bout de ces 6 mois, une commission décide s'ils retournent dans leur pavillon d'origine ou non. Le service comprend des pathologies dangereuses telles que les psychopathes, les schizophrènes, les troubles du comportement agressifs et des psychotiques de manière générale.

Avec une collègue infirmière, cet ergothérapeute prend en charge les interactions sociales, les émotions, la remédiation cognitive ainsi que le théâtre. Cependant, il évoque le fait que le théâtre actuellement n'est plus praticable du fait de troubles du comportement très présents.

Il estime que le théâtre « *pouvait les faire « sortir » de ce lieu le temps de la séance.* » La pratique du théâtre est devenue difficile pour des raisons sécuritaires, mais également à cause des locaux et à la prise en charge qui ne dure que parfois 6 mois (ce qui est court pour former un groupe qui dure).

Une prescription pour cet atelier est nécessaire et les ergothérapeutes allaient directement solliciter les patients pour s'investir dans le projet.

La pratique du théâtre se fait avec des patients ayant des capacités de compréhension et d'attention suffisantes. Il est nécessaire d'exclure les patients ayant trop d'hallucinations ou qui sont dissociés. Cela est problématique pour les improvisations où les limites ne sont pas présentes et de ce fait le cadre ne serait plus suivi. De plus, « *Les improvisations sont en fonction des émotions du patient.* »

Une séance type se déroule sans blouses « *nous disposions d'accessoires même imaginaires qui changeaient de poids, de couleurs. Nous avons ensuite une partie qui durait assez longtemps et concernait les émotions (cris, pleurs, rires...).* Il fallait que cela reste un amusement, et qu'il soit acteur de ce qu'il a envie de faire. » Tout se déroule selon leur vécu.

L'ergothérapeute pense également que cet atelier a un impact sur le sentiment d'existence du patient schizophrène « *surtout au niveau des interactions sociales et de la posture.* »

Cette médiation permet aux patients de pouvoir pleinement exprimer leur identité : « *il était apaisé et heureux d'avoir pu exprimer son homosexualité.* »

Ce que nous retenons : au travers de ce discours, nous percevons un malaise quant à l'impossibilité pour l'interviewé n° 3 de pratiquer cette médiation. Au moment où il la pratiquait, il y voyait un intérêt dans le travail des émotions, des interactions sociales mais également dans celui de la posture au sens de l'affirmation de soi.

2.2 L'analyse des résultats

2.2.1 La grille d'analyse

L'analyse détaillée de la partie théorique nous permet d'avoir une vision globale de ce mémoire à travers deux modèles conceptuels : selon un modèle global représenté par le modèle psychodynamique et un modèle appliqué représenté par le modèle de KIELHOFNER. Nous allons donc analyser les résultats des entretiens selon ces deux modèles. Le schéma suivant permet d'illustrer mes propos (Fig. 2).

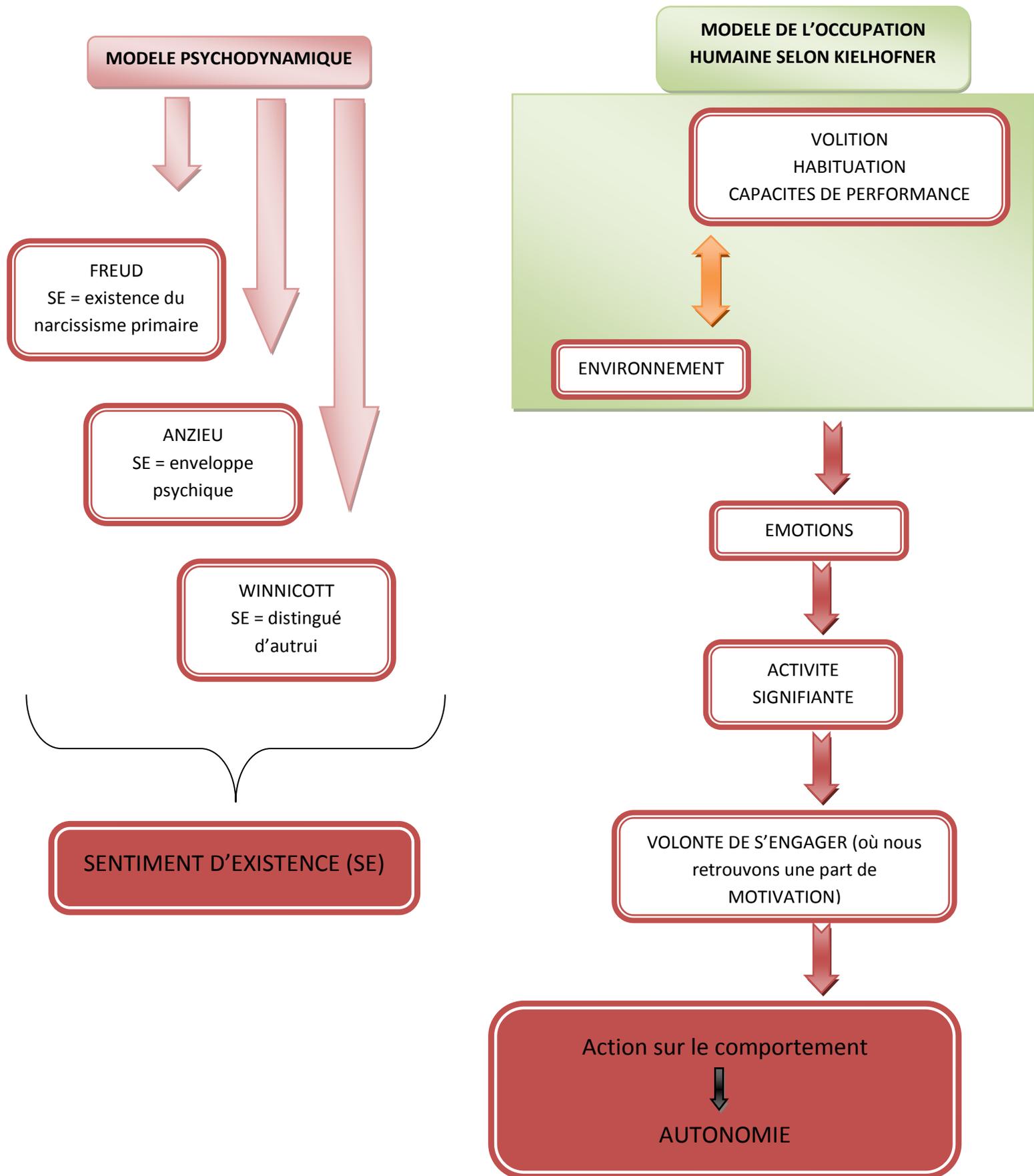


Figure 2 : Schéma récapitulatif de la phase théorique.

2.2.2 Sous l'angle psychodynamique

Le versant intrapsychique du sentiment d'existence est essentiellement développé, dans ce mémoire, par les propos de FREUD, ANZIEU et WINNICOTT. Pour synthétiser, FREUD parle du narcissisme primaire et du fait de pouvoir exister de façon séparée, ANZIEU développe le fait de pouvoir penser et s'exprimer grâce à notre enveloppe psychique, appuyée sur la conscience de notre corps et enfin WINNICOTT développe la distinction du moi et du non moi.

2.2.2.1 Le sentiment d'existence selon FREUD, ANZIEU et WINNICOTT

Les auteurs, garants des théories psychanalytiques⁵⁸ qui prônent l'expression de soi pour permettre le travail intra-psychique, illustrent ce que bon nombre d'ergothérapeutes utilise durant leur pratique : *« le côté théâtre est que nous sommes de façon détournée dans la problématique du patient et nous partons dans un imaginaire sans aborder la problématique de façon frontale comme dans les thérapies cognitives et comportementales (TCC). »* (Entretien n°1). Nous percevons à travers leur discours, qu'ils ne veulent pas « brusquer » le patient, au risque de perdre leur confiance, mais simplement les amener à une discussion *« [...] dans le but qu'ils parlent de leur problématique concernant leur quotidien. »* (Entretien n°2).

Les objectifs des ateliers mis en place, s'organisent **autour du patient**, de leur imaginaire, mais aussi de leurs expériences personnelles dont ils vont pouvoir nourrir leur jeu. Nous pouvons le remarquer notamment dans les propos de l'interviewé n°1 : *« nous disons que nous allons faire du théâtre durant une heure trente pour s'extérioriser et oser faire des choses que nous avons envie de faire en partant dans son imaginaire »* mais également dans ceux de l'interviewé n°3 : *« il peut y avoir une partie où ils vont parler d'eux en amont en parlant de leur personne et qui les implique personnellement. »*

La construction du sentiment d'identité passe aussi par la relation à l'autre, ceci étant bien mis en évidence par WINNICOTT, dans son travail sur la distinction entre le moi et le non moi. Une vision holistique du patient est nécessaire pour lui permettre de **se sentir distingué des autres** et de pouvoir échanger avec les autres selon ses propres convictions :

⁵⁸ LAUNOIS, M. Théories Psychanalytiques, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur : « <http://www.ergopsy.com/theories-psychanalytiques-a362.html> » consulté le 20/04/16

« le schizophrène sera dans cette problématique de « donner-recevoir » qui est rompue. Ici la problématique est recréée grâce au ballon où nous serons dans l'échange. » (Entretien n°1). Ici, l'interviewé n°1 explique qu'en imaginant un ballon qui n'existe pas, il pourra donner mais également recevoir, cela lui permet de connaître sa place et celle de l'autre et selon ANZIEU, d'utiliser son enveloppe psychique. La fonction contenante corporelle permet l'émergence de la conscience du sentiment d'existence : il y a constitution progressive de cette enveloppe psychique qui va permettre de posséder un sentiment d'existence, dans ce jeu d'interaction entre soi et l'autre.

Ils ont une action sur la médiation et sur la matière, même imaginaire, qui leur permet de réaliser des expériences et de peu à peu, reconstruire **leur sentiment d'existence**, leur narcissisme primaire, selon FREUD.

L'identité personnelle, apparaissant comme « brouillée », chez le patient schizophrène, peut être travaillée sur le versant cognitif également, comme le rappelle l'interviewé n°1 : « *De plus, pour les jeunes schizophrènes, en général cela fonctionne bien vu que j'organise ma séance sur le cognitif avec l'attention et l'instant présent, faire comme l'autre, donc quelque chose d'ancré dans la réalité où cela marche très bien étant donné qu'après décompensation, la réalité est floue.* »

Nous pouvons également remarquer que la réalité extérieure est souvent confondue avec la réalité intérieure pour le patient schizophrène, que ce soit au niveau verbal mais également au niveau gestuel. De ce fait, lorsque les acquis de la médiation théâtrale peuvent être transposés à la réalité, il est possible de dire que la médiation est bénéfique pour les patients. Ceci étant notamment repris dans les propos de l'interviewé n°1 : « *Cette capacité permise grâce à la médiation théâtrale transpose de plus en plus ce qu'elle a acquis dans le théâtre dans les autres activités où elle ose l'imaginaire et ose s'adapter au changement.* » Nous remarquons également que les patients s'autorisent au changement.

2.2.2.2 Introjection : identification à un personnage

L'identification à un personnage, que ce soit eux des années auparavant ou des personnages complètement différents, s'est avérée bénéfique pour les patients. Cela est bien démontré dans les propos de l'interviewé n°1 : « *Des patients qui se rendent compte de ce qu'ils ont perdu depuis qu'ils sont malades, grâce au prétexte du personnage, jouent le*

personnage de « lui-même » avant d'être malade et il y a une sorte de réappropriation de son identité qui au final est exactement la démarche de la médiation théâtrale pour les psychotiques et spécialement le schizophrène : de pouvoir s'approprier des bribes des personnages qu'ils jouent pour se renforcer eux-mêmes. » C'est comme s'ils recréaient à partir de pièces de puzzle, leur puzzle identitaire : « [...] d'arriver à s'approprier des traits du personnage et de s'autoriser à exprimer des choses venant de soi [...] sans être dans le passage à l'acte. » (Entretien n°1).

Cependant, l'interviewé n°2 pense que de s'approprier des bribes d'autres personnages peut le confronter dans son délire et s'avérer dangereux « Je pense que s'il est dans la phase où il se cherche, le fait de jouer un personnage différent de lui risquerait de le perturber et que cela envenime son délire. Il faut le faire jouer lui-même dans une thématique. La notion de rôle et de personnage différent semble dangereuse si elle n'est pas identifiée en temps que personne. Il faut aussi qu'elle fasse la part des choses entre elle et le groupe. »

Lorsque les patients possèdent un espace psychique personnel suffisant ainsi qu'un contenant personnel pour pouvoir exprimer ce qui se passe pour eux, **l'identification à un personnage** peut permettre ensuite de s'approprier des éléments dans la vie quotidienne. C'est l'introjection d'éléments venus de l'extérieur dans le psychisme. Dans un second temps, le patient s'identifiera à un personnage en utilisant des éléments de soi-même dans une improvisation. Ainsi en témoigne l'expérience d'une patiente pour laquelle les bienfaits de l'utilisation du corporel, donc d'un véritable vécu identificatoire, est démontré : « elle s'est rendu compte que de « faire avec le corps » était plus facile à jouer. La séance suivante, elle a réussi à nous faire une improvisation. Elle s'est épanouie de plus en plus, et s'est éloignée peu à peu de l'autodépréciation en osant jouer un rôle principal d'une pièce de théâtre et en manageant les autres acteurs. » (Entretien n°1). Cette notion d'utilisation du corporel dans un point de vue comportemental sera développé plus en détail dans la partie suivante.

2.2.2.3 Intégration du principe de réalité permis grâce au respect d'un cadre

Le respect du cadre permet notamment aux patients qui sont concernés, de pouvoir se construire, le cadre constitue notamment la réalité à laquelle nous sommes tous confrontés, ce qui permettra aux patients d'intérioriser et de pouvoir retranscrire les acquis du théâtre dans leur **vie quotidienne**.

Pour certains, les patients s'autorisent à ces choses étranges qui les habitent « *Pour des patients que nous avons suivi depuis plus longtemps qui sont psychotiques, cela donne une place au délire où la voix qu'ils entendent et qui les commande, est présente. Mais sur scène ils peuvent dire à haute voix qu'ils n'ont pas envie d'écouter cette voix et cela peut cadrer la place du délire.* » (Entretien n°1). Le cadre est respecté dans le sens où comme le thérapeute est présent et qu'il est garant du cadre, il les autorise à extérioriser en toute sécurité, ce qui est habituellement décrit comme pathologique et qui, ainsi, peut trouver une place pour se dire d'une autre façon.

Ils peuvent enfin faire le lien entre espace scénique et réalité : il se passe des choses sur scène qui leurs sont bénéfiques où ils comprennent que ce qui se joue sur scène peut être en lien avec des situations du quotidien, voire les aider à transformer cela. Cette notion est fortement retrouvée dans les propos de l'interviewé n°1 : « *les patients ont commencé à verbaliser les liens entre leur vie et ce qu'il se passait en théâtre.* »

Il est important de pouvoir leur garantir un **espace sécuritaire** où ils peuvent s'exprimer en toute confiance, sans cela, la thérapie ne fonctionnerait pas. Surtout pour des patients en UMD, où ils sont dans un secteur fermé, leur garantir un lieu sous la confiance est primordial : « *j'ai pensé que ça pouvait les faire « sortir » de ce lieu le temps de la séance.* » (Entretien n°3). Sans un cadre, ils ne peuvent pas se construire, cela est d'autant plus compliqué lorsque les patients ne peuvent pas respecter ce cadre : « *mais actuellement le théâtre est difficilement praticable du fait des troubles comportementaux très présents.* » (Entretien n°3).

Nous remarquons, dans l'entretien n°3, qu'il n'est désormais plus possible de pouvoir pratiquer la médiation théâtrale étant donné que les patients sont trop dissociés : « *nous allons éviter le patient trop délirant avec trop d'hallucinations et qui est très vite dissocié surtout au niveau des improvisations où il n'y a pas de limites et donc le cadre ne sera plus suivi.* » L'interviewé n°2 reprend cette idée : « *Si elle est en pleine phase de délire, les notions et environnements abstraits ne peuvent pas être joués. Si la personne se prend pour quelqu'un d'autre, cela peut la conforter dans son délire.* ». Par conséquent, la médiation fonctionne lorsque le patient n'est pas trop dissocié.

L'utilisation d'un cadre bien défini est primordial, repris dans les propos des trois interviewés : « *nous avons une salle spécifique pour la médiation théâtrale qui se déroule toutes les semaines dans la même salle avec une codification au niveau de l'espace où la*

scène est toujours au même endroit ainsi que le public, la porte étant fermée pour cadrer le groupe. » (Entretien n°1). Le cadre permet d'éviter les débordements qui pourraient susciter l'angoisse chez le patient schizophrène. Il permet également de mettre en confiance le patient où il peut y déposer son inconscient en toute sécurité. « *Il faut pouvoir recentrer les patients sur les thématiques abordées lors de l'atelier.* » (Entretien n°2). « *Actuellement nous ne pratiquons plus le théâtre pour des raisons de sécurité, d'effectifs, de salle et de cadre. Cela s'est transformé en « foire ». Former des groupes était également compliqué étant donné que les patients restent 6 mois et d'avoir un groupe homogène et gérable devenait trop compliqué.* » (Entretien n°3).

Nous constatons donc comment le cadre inscrit les notions de cadre de référence et de sécurité. Et enfin, comme un héritier de l'espace transitionnel de WINNICOTT, il vient aussi permettre à la fois une distinction entre réalité et imaginaire, mais aussi de créer du lien entre les deux.

2.2.3 Sous l'angle de KIELHOFNER

Le modèle de KIELHOFNER se base sur les trois composantes de l'être humain que sont la motivation, l'habituatation et les capacités de performances. Ces trois composantes, en interaction avec l'environnement, agiront sur les émotions du patient lors d'une activité qui deviendra signifiante pour lui. Cela lui permettra d'avoir la volonté de s'engager afin de pouvoir acquérir une autonomie dans ses activités et donc, retrouver un sentiment d'être acteur de sa vie et de ses choix.

2.2.3.1 La volition, l'habituatation et la performance

A travers les discours des enquêtés, nous pouvons remarquer que le côté **motivant** (que nous pouvons rattacher à la volition) du théâtre ressort notamment dans l'entretien n°1 : « *Nous nous sommes aperçus que même un patient clinophile et aboulique était capable de se mettre en scène dans cette activité.* » L'activité suscite un certain intérêt, peut-être parce qu'elle n'est pas exploitée dans toutes les structures et paraît inconnue ou alors parce que les patients ont un souvenir positif d'un contexte familial pouvant être rattaché au théâtre (ce que nous pouvons lier à l'habituatation développée dans le modèle de KIELHOFNER).

Ces notions sont moins présentes dans les deux autres entretiens. Mais nous retrouvons dans les discours des enquêtés, que les séances sont organisées avec des buts précis, ce qui peut, s'ils sont expliqués au préalable, motiver le patient pour y adhérer « [...] *dans le but qu'ils parlent de leur problématique concernant leur quotidien* » (entretien n°2) et pouvoir réaliser une activité (ce que nous pouvons rattacher à la notion de performance du MOH).

2.2.3.2 Les émotions

La motivation de départ concerne surtout une curiosité, le théâtre semble être une activité peu exploitée. Mais qu'est ce qui fait que le patient continue d'assister aux séances sur le long terme ? Certainement une **part émotive** : « *afin d'engager au niveau du corps et de l'espace, au niveau des émotions et ensuite des exercices demandant plus d'imagination.* » (Entretien n°1).

L'envie de participer se développe d'un point de vue individuel, « *les improvisations sont en fonction des émotions du patient, [...] tout était par rapport à leur vécu* » (entretien n°3) mais également grâce aux autres « [...] *où ils sont obligés d'être avec les autres même sans le verbal, la simple présence du patient fait qu'il existe et souvent lorsqu'il commence à être assis, les autres lui donnent envie de participer en les voyant faire.* » (Entretien n°1).

Les interviewés semblent convaincus de l'efficacité de l'activité sur le plan émotionnel : « [...] *l'impression d'être nous-mêmes durant les séances, cela me fait comprendre qui je suis et qui je peux être et jusqu'où je peux aller et les patients nous le renvoient.* » (Entretien n°3). Également dans l'entretien n°1 : « [...] *ils arrivent à réguler des émotions qu'ils peuvent avoir au fur et à mesure des séances, ce n'est pas forcément du vide, ils trouvent le chemin qu'il y a à l'intérieur d'eux-mêmes et cela prend du temps. Je suis convaincu que cela marche pour eux.* »

Ils y intègrent parfois une partie centrée sur les émotions, c'est notamment le cas pour l'interviewé n°3 « *Nous avons ensuite une partie qui durait assez longtemps et concernait les émotions (cris, pleurs, rires...). Il fallait que cela reste un amusement, et qu'il soit acteur de ce qu'il ait envie de faire.* »

2.2.3.3 Le théâtre : une activité signifiante

La motivation entraîne des émotions qui elles-mêmes font que le patient réalise cette activité de façon **signifiante**. En d'autres termes, l'activité aura un intérêt qui lui sera propre et lui donnera l'envie de revenir. Comme dans l'entretien n°1 : « [...] *cela permet aux patients de se rendre compte qu'ils ont encore des capacités de mémorisation (retenir des prénoms), de pouvoir sortir de sa chambre et de participer et cela peut être déjà une fierté de réussir à faire une activité. Le côté également cognitif où le patient arrive à être présent et est capable de créer quelque chose et de se valoriser.* »

Le côté valorisant du théâtre est présent également « [...] *cela joue sur l'estime de soi, sur la relation de confiance qui, quand elle est présente, nous nous sentons être quelqu'un.* » (Entretien n°3).

2.2.3.4 Un patient autonome

Le « signifiant » de l'activité entraîne l'**autonomie**. En effet, lorsque nous prenons conscience que ce que nous faisons est important pour nous, nous allons continuer de le faire et cela même sans l'aide d'autrui. Par extrapolation, nous pouvons déduire que le théâtre permet l'autonomisation du patient qui y adhère. De ce fait, nous pouvons voir que l'interviewé n°2 utilise le théâtre « [...] *dans une réadaptation sociale* ». Ce même interviewé explique, concernant un patient, que « *le théâtre a permis de le recadrer et de le resocialiser et de composer les improvisations avec les autres et de ne pas être seul à le faire.* » Or une personne qui vise à changer ses attitudes en termes de comportement pour les adapter en milieu écologique, **affine ainsi la conscience de lui-même et peut s'autonomiser**.

2.2.3.5 Être considéré du point de vue des autres

Concernant ce mémoire et l'atelier théâtre selon le point de vue des interviewés, le but ultime étant de pouvoir exister et trouver sa place parmi les autres en pouvant s'**affirmer**. L'enquête n°1 explique que les patients pris en charge « *avaient cette problématique de ne jamais dire « non » et de ne jamais se positionner ni s'affirmer.* ». Il explique, concernant une patiente qu'« *elle est passé de « je ne dis rien, je ne m'affirme pas, je suis folle » à la possibilité de dire « non » aux autres et de se positionner.* »

L'interviewé n°2 attache beaucoup d'importance au « je » et notamment à travers ces dires « [...] *je me souviens qu'en leur donnant la parole je voulais qu'ils commencent par « moi, je... » vraiment pour que ce soit eux personnellement qui s'impliquent dans leur propre ressenti et pas ce que le groupe évoque.* »

Les patients prennent en considération que l'autre existe : « [...] *de composer un dialogue, se rendre compte qu'il y a une autre personne qui est présente, qu'elle peut nous toucher, nous parler et que nous pouvons entendre et interagir avec elle, de là se construit une relation.* » (Entretien n°2).

Souvent, les thérapeutes sont accompagnés par d'autres soignants et notamment l'interviewé n°1 : « *un temps de reprise est réalisé par l'infirmière d'HDJ qui, pendant toute la séance, a observé en tant que spectatrice.* » Sur le même principe, l'interviewé n°3 utilise une autre méthode « *a un moment donné, nous filmions et ils étaient fiers.* » Ces méthodes permettent d'avoir un feed-back sur la séance et sur ce que les patients peuvent dégager lorsqu'ils jouent.

D'autant plus que les patients ont cette capacité de pouvoir transposer les acquis théâtraux à leur vie quotidienne et de ce fait, modifier leur comportement, afin de permettre petit à petit d'acquérir plus d'**autonomie** : « *Cette capacité permise grâce à la médiation théâtrale transpose de plus en plus ce qu'elle a acquis dans le théâtre dans les autres activités où elle ose l'imaginaire et ose s'adapter aux changements.* » (Entretien n°1).

« [...] *Dans les exercices, tout seul nous ne sommes rien, nous sommes quelqu'un avec un groupe et ils l'ont bien compris* » (Entretien n°3). Ce qui nous amène à développer l'environnement du patient.

2.2.3.6 L'environnement du patient schizophrène

Pour que le théâtre puisse être thérapeutique, rappelons-le, les patients doivent être stabilisés, comme le rappelle les trois discours des interviewés. Par exemple, l'interviewé n°2 explique que « *si elle est en pleine phase de délire, les notions et environnements abstraits ne peuvent pas être joués.* »

Concernant l'environnement, l'interviewé n°3 explique que le théâtre a un impact sur le patient schizophrène « *surtout au niveau des interactions sociales et de la posture.* »

L'environnement va également **conditionner le sentiment d'existence**. Nous pouvons l'illustrer grâce aux propos de l'interviewé n°3, concernant un patient homosexuel refoulé « *il n'avait pas d'identité sexuelle et le théâtre lui a permis d'accepter qu'il pouvait être homosexuel [...] il était apaisé et heureux d'avoir pu exprimer son homosexualité.* »

Grâce au théâtre, les patients peuvent s'exprimer comme ils sont, sans se demander s'ils vont plaire à autrui ou si leurs dires seront acceptés par leur interlocuteur, « *à la fin, il parlait de lui tel qu'il est et, par le théâtre, il le jouait et a essayé par rapport aux autres patients pour voir les réactions que les gens pouvaient avoir en apprenant cette homosexualité.* » (Entretien n°3). Il a ainsi pu passer d'un environnement sécurisé, où il a pu expérimenter une parole libre, à son environnement personnel.

Pour conclure, nous retiendrons les propos de l'interviewé n°3 : « *Un psychotique est très renfermé et au théâtre il faut aller vers l'autre, travailler avec le regard et nous observions des améliorations en termes de comportement.* »

3. Discussion

Dans cette partie, je vais tenter de répondre à la problématique autour de laquelle s'est organisée ma recherche : **à partir de quel type de médiation, l'ergothérapeute peut-il favoriser la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène ?**

Avant d'amorcer ma recherche, je formulais l'hypothèse suivante : **l'utilisation de la médiation théâtrale permet au patient schizophrène de reconstruire son sentiment d'existence et de ce fait, être considéré comme différencié d'autrui.** Au fur et à mesure de mon travail de recherche, les éléments de cette hypothèse se sont trouvés modifiés.

Lors de ce travail, plusieurs éléments me sont apparus, concernant différents aspects :

- La place de l'**ergothérapie** en santé mentale.
- Les différents **modèles conceptuels** utilisés dans ce mémoire, le modèle psychodynamique et celui de KIELHOFNER, en constatant que le modèle cognitivo-comportemental peut être également utilisé pour la médiation théâtrale.
- Il me semble également important de redéfinir la notion de **jeu de rôle**, et celle d'**improvisation**. En effet, durant mes lectures, j'ai été confrontée à quelques difficultés pour distinguer ces deux notions. Ceci va être important notamment pour mieux comprendre la dissociation psychique et pour se rendre compte que l'une serait plus intéressante, pour les patients psychotiques, que l'autre.
- Je réaliserai un bref retour sur le cas de Monsieur S, que j'ai rencontré durant mon stage en santé mentale, afin de témoigner de mes propos.
- Je répondrai à l'hypothèse émise à la suite de ma problématique.
- Enfin, je soumettrai quelques préconisations concernant l'utilisation du théâtre.

En tant qu'étudiante ergothérapeute, j'ai été très sensible aux questionnements que j'ai perçus autour de la définition de l'ergothérapie et de la place des ergothérapeutes dans un **travail pluri-disciplinaire**. J'ai pu constater, tout d'abord, que l'ergothérapie est une profession qui progressivement commence à prendre son essor et à avoir une visibilité. Les ergothérapeutes utilisent un vaste panel d'outils et de techniques dans des secteurs d'activités différents, où notamment le théâtre est pratiqué. Mais du fait de son large champ d'action et du travail interdisciplinaire important, les missions de l'ergothérapeute se superposent fréquemment avec celles des autres professionnels de santé. De ce fait, le théâtre est notamment pratiqué par des art-thérapeutes, des psychologues, des infirmiers, des orthophonistes, etc. et c'est en équipe pluridisciplinaire que chacun apporte sa vision selon le

métier qu'il exerce. L'orthophoniste se basera sur des techniques de langage par exemple et peut être que le psychologue sera plus attentif aux processus psychodynamiques émergeant lors des pièces de théâtre. L'ergothérapeute prône l'autonomie, souvent c'est cette notion qui revient dans les définitions de cette profession encore très jeune. L'autonomie est développée notamment à travers des activités thérapeutiques, de la rééducation à la réadaptation, en passant par la psychiatrie.

L'exploration sur le terrain, mon expérience de stage ainsi que mes lectures m'ont permis de prendre conscience que la psychiatrie ne s'orchestre pas toujours comme nous le décidons et que notre intervention doit être articulée avec celle des autres. C'est en effet l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire qui permet au patient d'acquérir un bien-être, d'où les bienfaits de la thérapie, quel que soit le modèle utilisé. Revenons alors sur les modèles conceptuels.

Ma thématique de recherche s'est articulée autour du **modèle global psychodynamique** montrant ainsi la constitution de l'homme et le lien avec son psychisme. Cette lecture m'a aidé à comprendre les éléments constitutifs de l'identité. Puis pour rattacher la notion d'activité, je devais passer par un modèle plus pratique (appliqué à l'ergothérapie) permettant de montrer la relation entre l'homme et l'activité au sens large, voilà pourquoi j'ai choisi le **modèle conceptuel de KIELHOFNER**.

Avec le recul, et les propos des interviewés qui ont évoqués les **Thérapies Cognitivo-Comportementales**, je me suis donc aussi penchée sur ce modèle global, qui semble actuellement se développer face au modèle psychodynamique.

Les ergothérapeutes interviewés semblent s'être arrêtés à l'aspect clinique psychiatrique sans pour autant décrire la compréhension des symptômes : cela permet de savoir observer le patient en situation. Le théâtre nécessite de l'observation et c'est ce que notamment l'interviewé n°1 explique lorsque nous lui demandons si le théâtre lui a permis de faire évoluer sa pratique professionnelle : « [...] *cela m'a permis de comprendre que l'observation était importante* [...] ». Ces observations durant les activités contribueront, avec celles des autres professionnels, à établir un diagnostic médical et plus précisément un diagnostic ergothérapeutique. Or l'observation des symptômes psychiatriques, bien qu'elle soit importante et nécessaire, **ne permet pas de comprendre les processus intrapsychiques** qui ont conduit à ces symptômes.

Tout au long de ce mémoire, la thérapie psychodynamique constituait donc la trame pour tenter de comprendre la construction identitaire de la personne. Je me suis appuyée sur ce modèle, qui nous a été donné durant l'enseignement. Ce modèle, d'où émergent ces processus intrapsychiques qu'il est nécessaire de comprendre, est utile lorsque nous prenons en charge un patient atteint de troubles psychiatriques, en particulier pour analyser l'impact de nos activités.⁵⁹ Mais j'ai pu constater que cela a pu m'aider à réfléchir sur la notion d'identité, presque comme une compréhension philosophique, mais que cela ne pouvait pas m'aider à travailler sur ce qui était observé chez les patients, dans la partie visible du comportement.

En effet, spontanément, lorsque j'ai posé la question aux ergothérapeutes que j'ai interviewés, ils m'ont tous répondu que le théâtre avait un **impact au niveau du comportement** du patient. Il est vrai que l'action ou le comportement du système humain est une force déterminante pour la santé et ceci est bien perçu par les ergothérapeutes dans leur vision holistique du patient.

En revenant alors sur mes questionnements de départ, il m'est progressivement apparu que la **thérapie cognitivo-comportementale** (TCC), appuyée sur le modèle cognitivo-comportemental, était peut-être une voie de compréhension plus aisée pour moi, en tant que future ergothérapeute.

Revenons tout d'abord sur quelques généralités concernant cette thérapie. Comme le souligne l'interviewé n°1, c'est une thérapie qui aborde « [...] *la problématique de façon frontale* [...] » et vise à modifier les comportements inadaptés par des réactions en adéquation avec la réalité. Elle est efficacement utilisée dans l'état de stress post-traumatique, dans les troubles obsessionnels compulsifs, diverses phobies ainsi que dans **certains aspects des troubles psychotiques**.⁶⁰

Le but de la TCC étant d'aider la personne à retrouver son autonomie et des relations interpersonnelles plus faciles –ce que, rappelons le, est le but de l'ergothérapeute- avec les objectifs suivants⁶¹ :

- 1) S'affirmer, en se confrontant aux situations stressantes par une habitude progressive,

⁵⁹ LAUNOIS, M. Intérêt En Ergothérapie d'un Modèle Psychodynamique, <http://ergoopsy.com/>. [en ligne] Disponible sur «<http://www.ergoopsy.com/interet-d-un-modele-psychodynamique-a383.html>» *op cit* consulté le 5/05/16

⁶⁰ PSYCOM. Thérapie comportementale et cognitive (TCC), <http://www.psycom.org/>. [en ligne]. Disponible sur «<http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC>» consulté le 5/05/16

⁶¹ *ibid.*

- 2) Endiguer de façon pragmatique le symptôme sous ses multiples formes, en modifiant les a priori et les idées obsédantes véhiculées par l'anxiété,
- 3) Travailler à la restauration revalorisante de sa propre image, en reconsidérant ses réelles qualités et potentialités,
- 4) Lutter contre les conflits internes et les croyances anxiogènes (sources d'anxiété),
- 5) Chercher des moyens alternatifs, qui permettent d'identifier et de corriger les pensées automatiques.

Sous ces objectifs, nous pouvons notamment relier les paroles des interviewés au objectifs cités plus haut : « *Elle s'est épanouie de plus en plus, et s'est éloignée peu à peu de l'autodépréciation [...]* » (entretien n°1) que nous pouvons rattacher à l'objectif n°1 ; « [...] *le théâtre a permis de le recadrer et de le resocialiser et de composer les improvisations avec les autres et de ne pas être seul à le faire.* » (Entretien n°2) que nous pouvons rattacher à l'objectif n°2 ; et enfin « *Il était apaisé et heureux d'avoir pu exprimer son homosexualité.* » (Entretien n°3) que nous pouvons rattacher à l'objectif n°3.

Nous constatons que chacune des approches thérapeutiques des interviewés peut être reliée, au modèle psychodynamique certes, mais également aux thérapies cognitives et comportementales. Je pense qu'il serait utile de pouvoir aborder la prise en charge en psychiatrie selon ces deux approches : le modèle psychodynamique permettrait de mieux comprendre la partie immergée de l'iceberg, c'est-à-dire la construction intra-psychique et les processus qui s'y déroulent, tandis que le modèle cognitivo-comportemental, la partie émergée et comportementale plus consciente. En d'autres termes, de pouvoir comprendre les **conflits intrapsychiques grâce au modèle psychodynamique**, et de comprendre les **comportements grâce au modèle cognitivo-comportemental**.

Un autre questionnement est apparu pour moi, au fil de ce travail, c'est celui de la distinction entre **jeu de rôle et improvisation**. Que se passe-t-il réellement lorsque le patient est en activité et en particulier en activité théâtre ? Que se passe-t-il lorsque le patient joue son rôle sur scène ? Les émotions jouées et ressenties par la personne sont-elles vraiment celles qui apparaissent sur scène aux yeux des autres ? Toutes ces questions restent encore, pour moi, assez mystérieuses mais les bénéfices du théâtre sont bels et bien présents et les intérêts pour les patients également. Mais que se passe-t-il réellement au niveau du cerveau ? Au niveau du psychisme, conscient et inconscient ? Au niveau de ce qui fonde le sentiment

d'identité de soi ? Pour mieux comprendre, distinguons les notions de **jeu de rôle** et d'**improvisation**.

L'**improvisation** consiste à projeter des éléments de soi-même dans le personnage qui sera ainsi joué, enrichi de qualités ou de défauts de soi-même. Or le patient schizophrène du fait de sa dissociation psychique, ne possède pas de matrice de pensée cohérente et individuelle, il est comme « dépersonnalisé » et peut difficilement amener des idées qu'il saurait être personnelles. Ceci explique pourquoi, il semble difficile voir non pertinent, de proposer un tel travail en précoce ou lorsque les patients sont trop dissociés sur le plan psychique. J'en reparlerais plus loin.

Le **jeu de rôle** se définissant comme le fait où l'acteur entre dans la peau d'un personnage, il ne joue pas lui-même mais bel et bien un autre (souvent avec un script). Quand à la création du lien, dans un jeu de rôle, entre l'acteur et son personnage qui est complexe et surtout primordiale, qu'en est-il pour un patient schizophrène déjà bien en mal de se sentir un individu ?

Qu'il s'agisse de théâtre traditionnel avec un script ou d'improvisation, le jeu d'un personnage viendra mettre en mouvement le psychisme du patient-acteur au niveau conscient mais également inconscient, apportant l'aspect thérapeutique. En réalité, qu'il y ait un script ou non, l'acteur doit **s'autoriser à jouer à être un autre** et à **utiliser** certains éléments de sa personnalité : il va projeter sur le personnage ce qu'il imagine sur les réactions qui pourraient rendre son personnage crédible.

De ce fait, le **patient-acteur** doit pouvoir introjecter des éléments venus de l'extérieur c'est-à-dire les traits d'un ou plusieurs personnages (« des moi ») par exemple, mais également pouvoir créer son personnage en projetant dedans des éléments de soi-même. Ainsi, il pourra se servir d'éléments introjectés au préalable et ensuite y intégrer des éléments de soi-même pour jouer son rôle improvisé, ce qui reviendra à relier tous ces éléments, issus de soi et issus du rôle, pour pouvoir jouer sur une scène symbolique. Mais est-ce possible pour un psychotique qui ne possède pas de contenant psychique ?

Le jeu théâtral qui se présentera sera un jeu de construction entre les scènes à jouer et les scènes inconscientes dont la liaison entre les deux semble être bloquée. Comme le souligne ATTIGUI, « un des enjeux de l'expérience théâtrale serait de laisser advenir au

patient tous les **moi** des personnages qu'il a à incarner. »⁶² Mais, justement pour les patients psychotiques, ce jeu entre différents personnages, pouvant incarner différentes facettes de notre personnalité, risque d'être très complexe voire impossible.

Je pense qu'il existe un vrai risque que le patient schizophrène se prenne pour quelqu'un d'autre et qu'en jouant de tous ces « moi » il se perde complètement dans un jeu de rôle et qu'il ne soit plus dans la réalité. L'approche paraissant la plus réalisable pour le patient schizophrène serait **l'improvisation**, sous réserve d'un **contenant psychique déjà présent**, où il pourrait **déposer des éléments de soi-même**, créer et imaginer à partir de **lui-même**, tant que le rôle s'appuie sur **son histoire de vie**.

Même si les trois interviewés ont répondu positivement à la question « Pensez-vous que ce type d'atelier a un impact sur la reconstruction du sentiment d'existence ? », je garde des questionnements quant à l'utilisation du théâtre pour des patients psychotiques. Revoyons notamment le cas de Monsieur S.

Concernant **Monsieur S**, il s'est approprié les bribes de son personnage de militaire parce qu'il se sentait sécurisé et parce que cela était en lien avec sa propre vie et ses souvenirs. Il n'avait donc pas à imaginer les ressentis et émotions d'un autre que lui. Mais ce n'était pas adapté à la situation actuelle et il s'en est rendu compte, d'où les silences qu'il pouvait avoir lorsqu'il était en pleine réflexion. C'est pour cela qu'il était ensuite incapable de pouvoir jouer d'autres rôles et surtout d'imaginer ce qui n'était pas de sa personnalité. Même si durant le temps de parole il a évoqué le fait qu'il a apprécié la séance, je pense qu'il a simplement répété les dires des autres participants qui ont parlé avant lui. Les difficultés qu'il a rencontrées sur scène, ont témoigné une demande d'aide où sa fiction personnelle, basée sur des souvenirs (son personnage de militaire) n'était pas adaptée à la consigne qui lui était demandée (il fallait qu'il réalise un autre geste que le premier réalisé, sachant qu'il avait fait un salut militaire comme premier choix ; il s'est retrouvé complètement égaré).

Nous constatons donc un autre aspect du jeu théâtral, sans doute important pour les personnes psychotiques et dont il faut tenir compte. Si la fiction est en lien avec la réalité de la personne, cela donnera un sentiment d'exister plus réel au sujet et lui permettre de jouer sur une palette d'émotion peut-être plus adaptée. C'est à partir de **ses propres expériences que le patient-acteur** pourra alors, jouer avec plus de sécurité, tandis qu'un **acteur**, lui, pourra plus

⁶² ATTIGUI, P. De l'espace scénique à l'espace psychique : une confrontation à l'énigme. <http:// Cairn.info/>. [en ligne]. Disponible sur : « http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DBU_12_0166 » consulté le 3/05/16

facilement jouer des **rôles très différents de lui** sans s'y perdre. Notre rôle de thérapeute utilisant la médiation théâtrale prend alors tout son sens. « L'expression même d'une singularité est décisive, tant pour le patient que pour son thérapeute, et doit pouvoir se construire au fil d'une élaboration transférentielle qui, en certaines occasions, peut s'avérer déconcertante, voire énigmatique. »⁶³ Dans cette phrase nous entendons donc combien il est important pour les thérapeutes, d'aider le patient, à travers notre relation et les mots que nous lui donnons, à sentir le lien entre son être et le rôle joué.

Un autre élément m'est apparu aussi au fil de ce travail, c'est la question du moment où nous pouvons utiliser l'activité théâtrale. Il est à noter que la plupart des cas évoqués par les interviewés concernaient **des patients déjà stabilisés**. Dans le premier entretien, les patients schizophrènes ont déjà un traitement approprié, sinon ils sont redirigés vers d'autres structures pour la prise en charge. Le deuxième interviewé, durant la phase exploratoire de son mémoire, prenait également en charge des patients schizophrènes qui n'étaient pas en phase de décompensation. Le troisième interviewé explique bien que si les patients ont décompensés le théâtre n'est pas possible. Nous constatons donc déjà que ce travail thérapeutique n'est pas utilisable en soins précoces, ni pour des patients trop dissociés.

Si le patient est trop dissocié sur le plan intra-psychique, il peut confondre réalité et imaginaire. Certes, il pourra jouer des rôles ou des personnages totalement différents de sa propre personnalité, mais qui nous dit qu'il ne se prend pas en réalité pour ce personnage qu'il incarne ?

En laissant advenir tous ces moi susceptibles d'habiter le patient, en suscitant la tolérance psychique à cette pluralité, le patient commence à tirer profit de ce travail, ne serait-ce qu'en acceptant de se risquer aux identifications ludiques, effectuées celles-ci dans le champ de la conscience et initialisant un mouvement d'aller-retour entre conscient et inconscient.⁶⁴

Nous comprenons dans cette citation, que « la tolérance psychique » peut être interprétée au sens d'un sentiment d'existence stabilisé et c'est sous cette condition, que le patient psychotique pourra tirer profit de l'expérience théâtrale.

⁶³ *ibid*

⁶⁴ ATTIGUI, P. De l'espace scénique à l'espace psychique : une confrontation à l'énigme. <http://cairn.info/>. [en ligne]. Disponible sur : « http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DBU_12_0166 » *op cit* consulté le 3/05/16

De ce fait, la dissociation psychique profonde, en d'autres termes le moi et donc l'intégration du processus de réalité, ne peut pas être réparable par le théâtre étant donné qu'elle constitue un obstacle inhérent à la participation à l'atelier si la dissociation est trop présente au premier plan. Il semble donc que seul le comportement adaptatif et normatif peut être travaillé grâce à cette médiation.

D'un point de vue comportemental, le théâtre semble donc permettre d'aider à s'affirmer, à acquérir une posture face à autrui, que ce soit dans une conversation ou face à un public. Il a donc un impact sur le patient schizophrène **du côté du comportement mais uniquement s'il a déjà acquis un sentiment d'existence stabilisé**. Autrement dit, lorsqu'il sait que le personnage qu'il incarne, ce n'est pas lui mais bel et bien la retranscription de son imaginaire s'il improvise ou de l'imaginaire d'un autre s'il travaille sur un script.

Par conséquent, concernant l'hypothèse, **nous ne pouvons donc pas la valider en disant que le théâtre permet la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène et de ce fait, être distingué d'autrui, c'est au niveau comportemental que nous observons un changement**. De ce fait, l'hypothèse n'étant pas validée et concernant la problématique, **nous ne pouvons pas répondre que la médiation théâtrale favorise cette reconstruction**. En effet, le théâtre ne participe pas à la reconstruction identitaire sur une faille narcissique profonde, au sens d'une modification intra-psychique. Cette forme de thérapie peut fonctionner sur des personnes stabilisées en contribuant à enrichir le sentiment d'existence afin qu'il soit de meilleure qualité avec des comportements sociaux plus adaptés, ce qui témoigne de bienfaits plus proches de ceux d'une thérapie cognitive et comportementale.

En termes de préconisations, l'utilisation du théâtre ne pourra donc être réalisée sous la seule condition de **l'intégration d'au moins une partie d'un sentiment d'identité** de la part du patient. De ce fait, au préalable, peut-être conviendrait-il de réaliser des activités lui permettant de contenir son délire, de l'inciter à des réflexions sur lui-même, pourquoi pas par des jeux de société, en respectant les règles de conduites en société afin de lui permettre d'être en adéquation avec la réalité. Peut-être l'utilisation de jeux de rôles, de type simulation d'activités de la vie quotidienne, au plus proche de leur quotidien réel pourrait-il être une voie d'approche du jeu théâtral, présentant moins de risque de confusion ?

En effet, il serait important de bien distinguer les temps d'improvisation (des moments de travail qui peuvent être plus centrés sur les éléments de vie personnelle de la personne), les temps de jeu de simulation de la vie quotidienne et les temps de jeu plus proche du théâtre tel qu'il peut être pratiqué hors des temps de thérapie.

Bien évidemment, cela ne se fait pas en quelques séances d'activités thérapeutiques. C'est un travail très long que celui de proposer à une personne l'objectif d'être plus ancré dans la réalité. Ce type de thérapie se fait en équipe pluridisciplinaire, en concertation avec les autres thérapeutes et notamment avec un traitement médicamenteux adapté. C'est sur plusieurs séances que nous pourrions constater ou non l'évolution du patient et, par le biais d'essais-erreurs dans les activités, que nous pourrions faire évoluer le patient mais également faire évoluer notre pratique et notre prise en charge.

Conclusion

L'objet de ce travail d'initiation à la recherche était de comprendre **à partir de quel type de médiation, l'ergothérapeute peut-il favoriser la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène ?** Tout en émettant l'hypothèse que **l'utilisation de la médiation théâtrale permet au patient schizophrène de reconstruire son sentiment d'existence et de ce fait, être considéré comme différencié d'autrui.**

Par le biais d'une enquête sur le terrain visant à réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes pratiquant la médiation théâtrale, j'ai pu mener à bien ma démarche de recherche. Les résultats ainsi obtenus n'ont pas permis de confirmer que le théâtre permettait au patient schizophrène de **reconstruire un sentiment d'existence**, au sens du narcissisme primaire de FREUD. En effet, la schizophrénie, pathologie invalidante, entraîne une dissociation psychique responsable d'un moi mal constitué et, de ce fait, d'une faille identitaire que la médiation théâtrale ne peut probablement pas réparer. Cependant, les résultats m'ont permis de déduire que le théâtre avait tout de même **un impact au niveau comportemental** auprès de cette population.

Nous constatons d'autant plus que l'ergothérapeute a bel et bien sa place concernant les prises en charge en santé mentale à travers diverses compétences. En se centrant sur le patient et à partir d'activités thérapeutiques, il permet d'acquérir une meilleure autonomie. C'est par le biais de diverses thérapies que seront dirigés les axes de travail concernant le patient schizophrène.

J'ai pu découvrir aussi l'intérêt, mais aussi les difficultés, d'une analyse de notre métier à travers des **modèles conceptuels**, passant du modèle psychodynamique (car c'est à travers des va-et-vient entre l'inconscient et le conscient du sujet que les médiations projectives permettent un travail thérapeutique) à celui des thérapies cognitivo-comportementales (qui permettent de mieux comprendre la dimension comportementale et consciente permettant une intégration et une réhabilitation sociale). J'ai pu approfondir le modèle de KIELHOFNER, sur lequel nous pouvons nous baser pour analyser la pratique d'une activité.

La médiation, et donc l'activité thérapeutique, permet divers axes de travail répartis à travers différents objectifs. Nous comprenons que, quelle que soit le type de médiation, il faut que le thérapeute ait déjà un recul concernant l'activité médiatisée et qu'elle soit

préalablement connue et pratiquée, correctement analysée et mise en place par le thérapeute avant d'avoir un impact sur le patient.

Ce mémoire a permis de mettre en avant **les bienfaits de l'activité théâtre**, de comprendre que cette activité offre une multitude d'opportunités de travail et de mises en situations diverses pour la prise en charge des patients en santé mentale.

La médiation théâtrale permet de prendre en compte le langage du corps. A travers cette métaphore qu'impliquent deux termes totalement différents que sont « langage » et « corps », nous comprenons qu'à travers le corps, toutes nos émotions sont retranscrites. Le corps, et pas seulement la parole, constitue notre moyen de laisser notre esprit s'exprimer. Cela apparaît comme une fluidité entre le corps et l'esprit, inhérente à la condition de se sentir exister à condition que ce sentiment soit déjà présent et non totalement inexistant, au sens de la dissociation psychique.

Au vue des constats réalisés, il serait judicieux d'expérimenter sur le terrain des ateliers adaptés à diverses formes de schizophrénies qui sont plus ou moins dissociées afin de confirmer l'importance d'un contenant psychique pour la pratique du théâtre. Il pourrait aussi être intéressant de varier les groupes et le nombre de patients, mais aussi de monter des ateliers avec des personnes présentant des pathologies différentes.

La richesse qu'offre le théâtre mais également la profession d'ergothérapeute en plein essor à travers les métiers de la santé, me permet de considérer que de nombreuses pistes autour des thématiques abordées, et notamment les jeux de rôles, demeurent à développer autour de ce qui pourra permettre la réhabilitation psycho-sociale, une orientation largement en voie de développement.

Bibliographie

Monographie :

- ATTIGUI, P. *Jeu, transfert et psychose: de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*. Paris, DUNOD, 2012, 247pages. (Psychismes). ISBN : 978-2-10-057262-5
- BOURGEOIS, M-L. *Les schizophrénies*. 6e édition, Paris: PUF Presses Univ. de France, 2011, 127 pages. (Que sais-je?). ISBN : 978-2-13-059108-5
- BRUN, A. *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse, ÉRES, 2011, 160 pages. (Le Carnet Psy) ISBN : 978-2-7492-1454-2.
- BRUN, A. *et al, Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris, DUNOD, 2013, 416 pages, (Psychothérapies). ISBN : 978-2-10-057022-5.
- HERNANDEZ, H. *Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation*, Marseille, SOLAL, 2007, 236 pages, (Ergothérapies), ISBN : 978-2-35327-027-9
- MOREL-BRACQ, M-C. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*, Marseille, SOLAL, 2009, 174 pages, (Ergothérapies), ISBN : 978-2-35327-074-3
- MOREL-BRACQ, M-C. *et al. L'activité humaine: un potentiel pour la santé ?* Paris, SOLAL, 2015, 342 pages, (Ergothérapies), ISBN : 978-2-35327-312-6
- SAOUD, M *et al. La schizophrénie de l'adulte: des causes aux traitements*, Paris, MASSON, 2006, 248 pages, (Les âges de la vie), ISBN : 978-2-294-01310-2

Sitographie

Sites internet :

- ATTIGUI, P. De l'espace scénique à l'espace psychique : une confrontation à l'énigme. <http:// Cairn.info/>. [en ligne]. Disponible sur : « http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DBU_12_0166 » consulté le 3/05/16
- Association Nationale Française Des Ergothérapeutes, ANFE. <http://www.anfe.fr/>. [en ligne]. Disponible sur: «<http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>» consulté le 7/01/16

- Arrêté Du 5 Juillet 2010 Relatif Au Diplôme d'Etat D'ergothérapeute, <http://anfe.fr/>. [en ligne]. Disponible sur :
«[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668
&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id)» consulté le 9/04/16
- Ca, Moi, Surmoi, <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/>. [en ligne]. Disponible sur :
«<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/psychologie/ca-moi-surmoi.htm#CA>» consulté le 5/01/16
- CIM-10. <http://www.atih.sante.fr/>. [en ligne]. Disponible sur :
« http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf » consulté le 10/10/15
- Classification Internationale du Fonctionnement, CIF. <http://www.mssh.ehesp.fr/>. [en ligne].
Disponible sur « http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2015/01/2015_Introduction_CIF_site_CCOMS_Janvier-2015.pdf » consulté le 3/02/16
- DEBAUCHE, S. Narcissisme primaire et secondaire, <http://www.sophie-debauche.be> [en ligne] disponible sur « <http://www.sophie-debauche.be/le-point-sur-quelques-themes-specifiques/narcissisme-primaire-et-secondaire> » consulté le 21/01/15
- DORAIS, L-J. La construction de l'identité <http://erudit.org/>. [en ligne] .Disponible sur :
« <https://www.erudit.org/livre/CEFAN/2004-1/000660co.pdf> » consulté le 21/01/16
- En Quoi L'activité Est-Elle Ergothérapique ? <http://www.jp.guihard.net/>. [en ligne].
Disponible sur : « <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/Le-Gall.pdf> » consulté le 5/01/16
- Haute Autorité de Santé, ALD n°23-Schizophrénies <http://www.has-sante.fr/>. [en ligne].
Disponible sur : « http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies» consulté le 21/12/15
- INSERM. La Schizophrénie, <http://www.inserm.fr/>. [en ligne]. Disponible sur :
« <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie> » consulté le 11/10/15
- LAUNOIS, M. Distinction Du Moi et Du Non Moi, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne].
Disponible sur : «<http://www.ergopsy.com/distinction-moi-et-non-moi-a428.html>» consulté le 11/10/15
- . Espace Intermédiaire, <http://ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur
« <http://www.ergopsy.com/espace-intermediaire-a656.html> » consulté le 18/02/16

- . Fonctions de La Médiation, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur :
«<http://www.ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html>» consulté le 5/01/16
- . Individuation, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur :
«<http://www.ergopsy.com/individuation-a568.html>» consulté le 11/10/15
- . Intérêt En Ergothérapie d'un Modèle Psychodynamique, <http://www.ergopsy.com/>.
[en ligne]. Disponible sur : «<http://www.ergopsy.com/interet-d-un-modele-psychodynamique-a383.html>» consulté le 18/03/16
- . Narcissisme, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur :
«<http://www.ergopsy.com/narcissisme-a468.html>» consulté le 11/10/15
- . Rappels pathologiques : Schizophrénie, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne].
Disponible sur : «<http://www.ergopsy.com/rappels-pathologiques-schizophrenie-a354.html>» consulté le 12/10/15
- . Théorie de l'angoisse, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur :
«<http://www.ergopsy.com/theorie-de-l-angoisse-a438.html>» consulté le 7/01/16
- . Théories Psychanalytiques, <http://www.ergopsy.com/>. [en ligne]. Disponible sur :
«<http://www.ergopsy.com/theories-psychanalytiques-a362.html>» consulté le 20/04/16
- LAROUSSE, Définition de l'autonomie, <http://www.larousse.fr/>. [en ligne]. Disponible sur :
«<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779>» consulté le 9/04/16
- . Définition de l'introjection. <http://www.larousse.fr/>. [en ligne]. Disponible sur :
« <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/introjection/44012> » consulté le
7/02/16
- Le DSM V et l'évaluation des troubles mentaux, <http://www.ordrepsy.qc.ca> [en ligne].
Disponible sur :
« https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Nov2013_ChroniquePP_Le_DSM_5_et_le_valuation_des_troubles_mentaux.pdf » consulté le 10/10/15
- Loi du 30 Juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées,
<http://legifrance.gouv.fr/>. [en ligne] Disponible sur
« <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>
» consulté le 11/10/15
- Loi Sur le Handicap Psychique Du 11 Février 2005, <http://www.legifrance.gouv.fr/>. [en
ligne]. Disponible sur :
«http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B9B15CF08AFEDF1B88DCFB4BE7C6F2EA.tpdila21v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006157554&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20151008» consulté le 11/10/15

Mécanismes de Défense de La Psychose, <http://www.psychiatriinfirmiere.free.fr/>. [en ligne].

Disponible sur:

«<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm>» consulté le 5/01/16

Ordre des ergothérapeutes du Québec, L'ergothérapie en santé mentale, <http://www.oeq.org/>.

[en ligne]. Disponible sur :

«https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/SanteMentale_Jeunesse.pdf» consulté le 13/10/15

Plan Psychiatrique de Santé Mentale, <http://www.sante.gouv.fr/>. [en ligne]. Disponible sur:

«<http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html>» consulté le 11/10/15

PSYCOM. Droits en psychiatrie : les modalités de soins, <http://www.psycom.org/>. [en ligne].

Disponible sur « <http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie> » consulté le 2/02/16

PSYCOM. Thérapie comportementale et cognitive (TCC), <http://www.psycom.org/>. [en

ligne]. Disponible sur « <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC> » consulté le 5/05/16

Référentiel de compétences en Ergothérapie. [en ligne]. Disponible sur : « <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr82> » consulté le 9/04/16

Articles de périodique :

CHOUVIER, B. Un Cadre Pour Les Médiations. *Santé Mentale* n°111, Octobre 2006, pages

1-4 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/un-cadre-pour-les-mediations.html>> consulté le 14/03/16

CICCONE, A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique* n° 17, no. 2, 1er Septembre 2001, pages 81–102. [en ligne].

Disponible sur : <http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CPC_017_0081> consulté le 20/01/16

CODOL, J-P. Une Approche Cognitive Du Sentiment D'identité. *Social Science Information* 20, no. 1, 1er Février 1981, pages 36-111. [en ligne]. Disponible sur : <

http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.jumageldinov_a&part=165819> consulté le 11/10/15

Thèse :

LE GALL, M *En quoi une activité est-elle ergothérapique ?* Mémoire du diplôme d'état d'ergothérapeute, IFE de Rennes, Juin 2008, 67 pages. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/Le-Gall.pdf>> consulté le 3/02/16

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien

Annexe II : Entretien n°1

Annexe III : Entretien n°2

Annexe IV : Entretien n°3

Annexe I : Grille d'entretien

Formation :

- Année d'obtention du diplôme
- Nombre d'années d'exercice depuis le diplôme
- Nombre d'années d'exercice en psychiatrie
- Avez-vous reçu une formation particulière concernant la médiation théâtrale ?

Lieu d'exercice

- Lieu d'exercice actuel/description du service

Historique

- Qu'est ce qui vous a amené à pratiquer la médiation théâtrale ?

L'atelier

- Qui adresse les patients en médiation théâtrale ?
- Auprès de quel type de patients schizophréniques pratiquez-vous la médiation théâtrale ?
- Sur quels critères les patients sont-ils adressés pour ce type de médiation ? Existe-t-il des contre-indications ?
- Comment se déroule une séance de médiation théâtrale ?
- Pensez-vous que cela pourrait avoir un impact avec le patient schizophrène ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi ?
- En quoi cette médiation vous a-t-elle permis de faire évoluer votre pratique ?

Exemple concret

- Plus particulièrement, pensez-vous que ce type d'atelier a un impact sur la reconstruction du sentiment d'existence (au sens de se sentir différencié d'autrui, d'exister en tant qu'être distinct) ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi ?
- Pouvez-vous me citer les grandes lignes d'un cas concret qui vous semble le plus emblématique pour illustrer la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène ?
- Avez-vous des éléments relatifs à la médiation théâtrale/schizophrénie/sentiment d'existence à rajouter ?

Annexe II : Entretien n°1

Formation :

Année d'obtention du diplôme : 2007 à Bruxelles (Belgique).

Nombre d'années d'exercice depuis le diplôme : 9 ans. Expériences passées : Remplacement dans un centre de rééducation (neurologie, cardiologie, traumatologie, amputés) ; SSR, maison de retraite, service de long séjour ; SSR neurologie, gériatrie, patients en état végétatif chronique.

Nombre d'années d'exercice en psychiatrie : 6 ans.

Avez-vous reçu une formation particulière concernant la médiation théâtrale ? J'ai commencé à faire la médiation théâtrale avec l'infirmière d'hospitalisation de jour dans ce service et j'ai demandé une formation théâtre qui était en 2 sessions, dont la première que j'ai commencé trois mois après avoir commencé à faire cet atelier (je suis arrivé en mars et nous avons commencé la médiation théâtrale en septembre).

J'ai réalisé une analyse d'activité pour me rendre compte de ce qu'il fallait faire en séance avec les patients et ce qui est sorti de mon analyse correspondait à la formation que j'ai réalisée ensuite. J'ai pu bénéficier de références littéraires pour m'aider dans ma pratique lors de cette formation. Elle s'est déroulée à l'INFIPP (organisme de formation pour les personnels de santé mentale) à Lyon sous le thème « thérapie à médiations » avec des art-thérapeutes et une comédienne qui s'est formée pour faire le lien entre le théâtre et la thérapeutique. L'autre formatrice était danseuse qui s'est spécialisée en tant qu'art-thérapeute.

Je pratique également le théâtre depuis cette formation en tant que « semi-professionnel ».

Lieu d'exercice

Lieu d'exercice actuel/description du service : Nous avons deux sous-services : L'hospitalisation conventionnelle qui est un service de 24 lits en hospitalisation libre, qui accueille principalement des personnes pour sevrage éthylique et dépression puis des autres pathologies moins fréquentes (psychoses dont la schizophrénie).

Et un service d'hôpital de jour où les gens viennent à leur demande une ou deux journées par semaine en fonction des indications, des besoins, des objectifs car nous avons des activités de

groupe qui sont régulières et fixes sur le planning et on essaye de coordonner les horaires des patients avec les activités prévues pour que ce soit le plus thérapeutique possible. Pour arriver en hôpital de jour, soit les patients sont passés par l'hospitalisation conventionnelle et basculent sur l'Hospitalisation de jour (HDJ) ou alors ça arrive que les patients soient adressés directement depuis une consultation d'un psychiatre externe ou du service (prescription de 3 mois renouvelable avec une prise en charge en moyenne de 3 ans le plus souvent). Les prises en charges sont parfois longues étant donné que nous sommes sur une approche psychodynamique et le temps que les changements puissent se faire en activité et être conscientisés et transposés dans le quotidien, cela peut prendre du temps.

Historique

Qu'est ce qui vous a amené à pratiquer la médiation théâtrale ? Avant que ce soit de la médiation théâtrale, nous parlions de « Jeu de rôles » donc sous forme de mise en situation et c'est au fur et à mesure que nous avons réajusté. A ce jour nous ne sommes pas complètement dans le jeu de rôle ni dans une pièce de théâtre.

Parfois, j'aimerais pouvoir monter une pièce que les patients n'ont pas écrit eux-mêmes en jouant leur vie, mais c'est compliqué à mettre en place du fait des patients qui ne restent pas forcément durant tout le temps de la réalisation de la pièce.

Au départ, nous avons trois patients pour qui il était évident que le théâtre pouvait les aider : ils étaient là pour sevrage éthylique et dans la vie, ils avaient cette problématique de ne jamais dire « non » et de ne jamais se positionner ni s'affirmer. Et c'est là que nous avons commencé à pratiquer cette médiation puis que nous avons eu le désir de réaliser cette formation. Nous avons pris conscience que le jeu de rôles que nous réalisions au départ était plus axé sur les thérapies cognitivo-comportemental à savoir comment réagir lorsque nous rencontrons une situation particulière, et le côté théâtre est que nous sommes de façon détournée dans la problématique du patient et nous partons dans un imaginaire sans aborder la problématique de façon frontale comme dans les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). Nous nous sommes aperçus que même un patient clinophile et aboulique était capable de se mettre en scène dans cette activité donc il fallait en faire quelque chose.

L'atelier

Qui adresse les patients en médiation théâtrale ? Le médecin ou alors ce sont nous qui les sollicitons.

Auprès de quel type de patients schizophréniques pratiquez-vous la médiation théâtrale ?

Les patients schizophrènes arrivant dans notre service sont en phase aigüe mais n'ont pas complètement décompensé. Le plus souvent ce sont auprès de militaires âgés d'une vingtaine d'années ou alors auprès de patients plus âgés qui ont arrêté leur traitement mais qui ne présentent pas des troubles trop envahissants.

Sur quels critères les patients sont-ils adressés pour ce type de médiation ? Existe-t-il des contre-indications ?

Nous évitons les patients qui ont des traits histrioniques du fait du côté « publique » du théâtre, les schizophrènes qui ont complètement décompensés (qui eux ne sont pas hospitalisés chez nous). Nous évitons les groupes d'amis sinon nous sortons du cadre du soin et ils restent dans l'amusement.

Comment se déroule une séance de médiation théâtrale ?

En plusieurs étapes : nous avons une salle spécifique pour la médiation théâtrale qui se déroule toutes les semaines dans la même salle avec une codification au niveau de l'espace où la scène est toujours au même endroit ainsi que le public, la porte étant fermée pour cadrer le groupe. Suivant s'il y a des nouveaux participants, nous présentons l'atelier pour les rassurer. Nous commençons par des présentations sous forme de jeu (travail de la mémorisation et du cognitif) et peu à peu nous basculons afin d'engager au niveau du corps et de l'espace, au niveau des émotions et ensuite des exercices demandant plus d'imagination où nous sommes déjà dans l'improvisation mais sans que les patients s'en rendent compte. Puis à la fin une improvisation qui se fait en groupe.

Nous gardons un moment pour le temps de retour pour connaître leur vécu que ce soit sur ce qu'ils ont vu des autres mais aussi d'eux-mêmes. Un temps de reprise est réalisé par l'infirmière d'HDJ qui, pendant toute la séance, a observé en tant que spectatrice et non avec une vision psychiatrique. Puis il est important de voir ce qu'ils ont vécu durant toute la séance mais eux personnellement et non du point de vue des personnages qu'ils ont interprétés.

La séance est articulée autour d'un thème (par exemple la famille) qui représente un support de réflexion pour nous qui créons la séance. Le thème est choisi en fonction des séances précédentes en lien avec leur problématique. Souvent, c'est organisé autour de la problématique d'un patient et souvent cela peut avoir un impact sur un autre patient, nous alternons d'une semaine à l'autre.

Au niveau des patients, nous disons que nous allons faire du théâtre durant 1h30 pour s'extérioriser et oser faire des choses que nous avons envie de faire en partant dans son imaginaire et que nous sommes tous « dans le même bateau » donc en cas de difficultés, ils peuvent se mettre sur le côté mais être présents. Ce qu'il se passe dans le groupe reste dans le groupe et souvent ce sont les patients habitués qui rassurent les nouveaux.

Pensez-vous que cela pourrait avoir un impact avec le patient schizophrène ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi ? Oui, du point de vue du renfermement qu'induit la pathologie où ils sont obligés d'être avec les autres même sans le verbal, la simple présence du patient fait qu'il existe et souvent lorsqu'il commence à être assis, les autres lui donnent envie de participer en les voyant faire.

Cependant nous travaillons avec des névrosés et il y a un schizophrène à l'intérieur, jamais plus, donc le groupe est facilement porteur. Il y a ce côté d'attention aux autres où par exemple dans des jeux de ballon, il devra récupérer la balle qu'elle soit réelle ou pas donc nous restons dans le « donner-recevoir » et le schizophrène sera dans cette problématique de « donner-recevoir » qui est rompue. Ici la problématique est recréée grâce au ballon où nous serons dans l'échange.

Pour des patients que nous avons suivi depuis plus longtemps qui sont psychotiques, cela donne une place au délire où la voix qu'ils entendent et qui les commande, est présente. Mais sur scène ils peuvent dire à haute voix qu'ils n'ont pas envie d'écouter cette voix et cela peut cadrer la place du délire.

Des patients qui se rendent compte de ce qu'ils ont perdu depuis qu'ils sont malades, grâce au prétexte du personnage, jouent le personnage de lui-même avant d'être malade et il y a une sorte de réappropriation de son identité qui au final est exactement la démarche de la médiation théâtrale pour les psychotiques et spécialement les schizophrènes : pouvoir s'approprier des bribes des personnages qu'ils jouent pour se renforcer eux-mêmes.

De plus, pour les jeunes schizophrènes, en général cela fonctionne bien vu que j'organise ma séance sur le cognitif avec l'attention et l'instant présent, faire comme l'autre, donc quelque chose d'ancrer dans la réalité où cela marche très bien étant donné qu'après décompensation, la réalité est floue. D'autant plus, grâce à l'évocation des prénoms de chacun des participants, saisir une balle, saisir une balle invisible où souvent la balle invisible peut être recréé en étant rassurer de voir que les autres peuvent créer. Systématiquement, lorsqu'ils ressortent de la

séance ils disent que « ça leur a fait du bien, j'étais là et je pensais à rien d'autre. Là les « trucs bizarres » reviennent mais pendant la séance je n'avais plus rien, j'étais juste en train de faire « le truc », malgré les réticences du départ.

En quoi cette médiation vous a-t-elle permis de faire évoluer votre pratique ? Lorsque j'ai commencé la médiation théâtrale, je venais de commencer à travailler en psychiatrie du coup j'étais novice ce qui fait que je me suis développée en même temps. Cela m'a semblé évident de continuer lorsque j'ai fait une première tentative. Mais il est vrai que grâce au fait de pratiquer le théâtre à l'extérieur, j'ai développée l'activité dans le service et grâce aux lectures, cela m'a permis de comprendre que l'observation était importante et souvent en vivant la séance nous oublions que nous sommes observés et le retour final permet d'apporter beaucoup pour se rendre compte de nos actions et nous permet de faire des liens avec notre quotidien : les patients ont commencé à verbaliser les liens entre leur vie et ce qu'il se passait en théâtre. Du coup, j'ai commencé à faire des observations dans d'autres activités d'expression médiatisée sans forcément participer à l'activité mais me mettre dans un coin et prendre des notes. J'ai aussi pris conscience que de réaliser cette activité et de poursuivre par une activité de relaxation leur permettait d'éviter de s'endormir mais bel et bien de se relaxer ! Bien évidemment, cela m'a apporté des bénéfices dans ma pratique personnelle et je m'autorise plus d'exigences avec les patients et quand je sais qu'ils sont capable de, je les sollicite à nouveau, ce que je n'arrivais pas à faire avant.

Exemple concret

Plus particulièrement, pensez-vous que ce type d'atelier a un impact sur la reconstruction du sentiment d'existence (au sens de se sentir différencié d'autrui, d'exister en tant qu'être distinct) ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi ? Oui, en effet, cela permet aux patients de se rendre compte qu'ils ont encore des capacités de mémorisation (retenir des prénoms), de pouvoir sortir de sa chambre et de participer et cela peut être déjà une fierté de réussir à faire une activité. Le côté également cognitif où le patient arrive à être présent et est capable de créer quelque chose et de se valoriser. Egalement le travail avec le personnage, d'arriver à s'approprier des traits du personnage et de s'autoriser à exprimer des choses venant de soi que ce soit des pulsions, des envies positives ou négatives, mais d'arriver à les faire sortir sans être dans le passage à l'acte. C'est tout de même un travail de « mise à l'extérieur de soi » que les autres voient. Ils arrivent à réguler des émotions qu'ils peuvent avoir au fur et à mesure des séances, ce n'est pas forcément du vide, ils trouvent le chemin

qu'il y a à l'intérieur d'eux-mêmes et cela prend du temps. Je suis convaincu que cela marche pour eux.

Pouvez-vous me citer les grandes lignes d'un cas concret qui vous semble le plus emblématique pour illustrer la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène ? Mme C est psychotique avec des troubles dysthymiques. Elle est très renfermée sur elle-même avec un passé psychotique très lourd avec une famille également psychotique. Son discours était très pauvre et nous avons mis au moins un an avant qu'elle vienne en expression scénique. Elle a de grosses dysarthries et n'osaient rien faire durant les premières séances. Puis, elle a commencé à se développer notamment lorsque nous avons construit un spectacle de marionnettes où nous ne voyons pas que c'était elle. Cela est compliqué étant donné que tout passe par la voix et avec sa dysarthrie c'était d'autant plus dur pour elle. Ce que nous avons fait c'est une répétition de la pièce mais sans les marionnettes, elle s'est rendu compte que de « faire avec le corps » était plus facile à jouer. La séance suivante, elle a réussi à nous faire une improvisation. Elle s'est épanouie de plus en plus, et s'est éloignée peu à peu de l'autodépréciation en osant jouer un rôle principal d'une pièce de théâtre et en manageant les autres acteurs. Cette capacité, permise grâce à la médiation théâtrale, transpose de plus en plus ce qu'elle a acquis dans le théâtre dans les autres activités où elle ose l'imaginaire et ose s'adapter au changement. Elle est passé de « je ne dis rien, je ne m'affirme pas, je suis folle » à la possibilité de dire « non » aux autres et de positionner.

Avez-vous des éléments relatifs à la médiation théâtrale/schizophrénie/sentiment d'existence à rajouter ? Non.

Annexe III : Entretien n°2

Formation :

Année d'obtention du diplôme : 2013 à Nancy.

Nombre d'années d'exercice depuis le diplôme : 2 ans et demi. En centre de réadaptation professionnelle à mi temps, ESAT mi-temps, ESAT plein temps.

Nombre d'années d'exercice en psychiatrie : 2 mois durant un stage à Fains Veel lors de ma formation.

Avez-vous reçu une formation particulière concernant la médiation théâtrale ? Je suis comédien sur Paris et je pratique le théâtre au sein de l'ESAT dans lequel je travaille. J'alterne ma vie sur Paris et sur Metz. J'ai pratiqué des cours de théâtre et je fais des courts métrages depuis longtemps. J'ai repris les cours de théâtre en septembre.

Lieu d'exercice

Lieu d'exercice actuel/description du service : Je travaille actuellement dans un ESAT, donc rien à voir avec la psychiatrie, mais j'ai mis en place un atelier théâtre dans le but qu'ils parlent de leur problématique concernant leur quotidien. Ils doivent réaliser différentes tâches et je fais le point sur les différentes activités, sur le port de charge, j'établis le profil de la personne et je vois si l'activité peut être aménagée. Le but étant qu'il s'en aille de cette structure pour travailler dans une entreprise.

Historique

Qu'est ce qui vous a amené à pratiquer la médiation théâtrale ? Je sentais que c'était un outil de médiation pas tellement exploité. Et comme je pratiquais le théâtre, je me suis dit pourquoi ne pas amener cet atelier dans ma pratique professionnelle. J'ai réfléchi comment on pouvait l'intégrer dans une réadaptation sociale suite aussi à la lecture d'un article qui parlait de cette réadaptation.

L'atelier

Qui adresse les patients en médiation théâtrale ? Sur prescription du médecin et sur sollicitation de ma part.

Auprès de quel type de patients schizophrénique pratiquez-vous la médiation théâtrale ?

-

Sur quels critères les patients sont-ils adressés pour ce type de médiation ? concernant la psychiatrie, à partir du moment où les patients étaient stabilisés, il n'y avait pas de contre-indications. Si elle est en pleine phase de délire, les notions et environnements abstraits ne peuvent pas être joués. Si la personne se prend pour quelqu'un d'autre, cela peut la conforter dans son délire. Le but étant de réadapter la personne à des problématiques qui la concernent et si le patient n'est pas capable d'évoquer ses problématiques, l'atelier n'a pas lieu d'être. Il faut pouvoir recentrer les patients sur les thématiques abordées lors de l'atelier.

Comment se déroule une séance de médiation théâtrale ? Lors de la mise en place de mon atelier pour mon mémoire, je faisais des échauffements au niveau du corps et de la voix, des improvisations et un jeu de rôle avec un script. Les autres séances nous sommes surtout partis sur des improvisations avec des thèmes. Puis les thèmes étaient amorcés par eux pour les séances suivantes que nous avons abordés précédemment lors des temps de parole en fin de séance.

Pensez-vous que cela pourrait avoir un impact avec le patient schizophrène ? Oui, dans un cadre de resocialisation et cela permet d'intégrer l'autre et de pouvoir écouter ce que la personne a à dire et de faire avec, adapter sa réponse en fonction de ce qu'elle dit, de composer un dialogue, se rendre compte qu'il y a une autre personne qui est présente, qu'elle peut nous toucher, nous parler et que nous pouvons entendre et interagir avec elle. De là, se construit une relation.

En quoi cette médiation vous a-t-elle permis de faire évoluer votre pratique ? Même si je ne travaille pas en psychiatrie, cela a eu un impact sur le fait de bien construire les séances et de ne pas se lancer dedans en improvisant. Ne pas hésiter à discuter avec les gens avant pour ne pas aborder des sujets sensibles, éviter des sujets qui peuvent poser des débats houleux (religion, culture...). De bien se renseigner sur les gens en amont. De ne pas être focaliser sur ce qu'on a envie de faire dans l'atelier, ne pas se focaliser sur les objectifs rapides mais laisser le temps au gens de pouvoir y arriver, privilégier les temps de parole.

Exemple concret

Plus particulièrement, pensez-vous que ce type d'atelier a un impact sur la reconstruction du sentiment d'existence (au sens de se sentir différencié d'autrui, d'exister en tant qu'être distinct) ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi ? Oui, je me souviens qu'en leur donnant la parole je voulais qu'ils commencent par « moi, je... » vraiment pour que ce soit eux personnellement qui s'impliquent dans leur propre ressenti et pas ce que le groupe évoque. Pour s'affirmer en temps que personne, il peut y avoir une partie où ils vont parler d'eux en amont en parlant de leur personne et qui les implique personnellement et ce pourquoi ils existent et ils sont différents des autres. Je pense que s'il est dans la phase où il se cherche, le fait de jouer un personnage différent de lui risquerait de le perturber et que cela envenime son délire. Il faut le faire jouer lui-même dans une thématique. La notion de rôle et de personnage différent semble dangereuse si elle n'est pas identifiée en temps que personne. Il faut aussi qu'elle fasse la part des choses entre elle et le groupe.

Pouvez-vous me citer les grandes lignes d'un cas concret qui vous semble le plus emblématique pour illustrer la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène ? Je me souviens d'un patient schizophrène qui partait dans tous les sens et inventait plein de choses, le théâtre a permis de le recadrer et de le resocialiser et de composer les improvisations avec les autres et de ne pas être seul à le faire. Un patient souffrait d'une phobie sociale, le fait de faire des mises en situations cela lui a permis de se reconstruire et de s'affirmer en temps que personne.

Avez-vous des éléments relatifs à la médiation théâtrale/schizophrénie/sentiment d'existence à rajouter ? Ils ont la possibilité d'intégrer des personnes qu'ils ne seront potentiellement jamais et cela leur fait du bien.

Formation :

Année d'obtention du diplôme : 2009 en Belgique.

Nombre d'années d'exercice depuis le diplôme : Depuis 6 ans au CHS de Sarreguemines (toxicomanes, enfants (dyspraxiques, autistes) puis en UMD)

Nombre d'années d'exercice en psychiatrie : 6 ans.

Avez-vous reçu une formation particulière concernant la médiation théâtrale ? J'ai réalisé une formation sur Lyon qui concernait la médiation théâtrale d'une manière générale et pas forcément en psychiatrie ou en ergothérapie où en apprenant cette pratique nous avons également appris à nous connaître nous-mêmes. Nous avons pu monter un atelier dans l'UMD grâce à cette formation.

Lieu d'exercice

Lieu d'exercice actuel/description du service : Nous recevons des patients qui sont en impasse thérapeutique dans leurs hôpitaux d'origine et qui ont commis des actes très graves. Ils sont dans notre service sur décision d'un tiers et doivent rester pour un minimum de 6 mois. Une fois les 6 mois passés, ils doivent repasser devant une commission pour savoir s'ils retournent dans leur pavillon d'origine ou non. Les pathologies sont importantes étant donné la dangerosité : psychopathes, schizophrènes, troubles du comportement agressifs, psychotiques en général. Dans l'enceinte de l'UMD, nous avons trois unités (environ 18 patients par unité) et nous les appelons pour venir en ergothérapie. Mes collègues infirmiers font office de moniteurs d'ateliers manufacturiers : ils font du conditionnement d'objets, création d'objets en bois... et à côté de cela, avec une autre collègue, nous faisons une prise en charge dans le domaine des interactions sociales, des émotions, de remédiation cognitive (ce qui est difficile étant donné que nos patients ont fortement décompensés), et du théâtre. Mais actuellement le théâtre est difficilement praticable du fait des troubles comportementaux très présents.

Historique

Qu'est ce qui vous a amené à pratiquer la médiation théâtrale ? Nous voulions renouveler nos activités pour donner de la nouveauté à notre prise en charge. Etant donné que le secteur

est fermé et que les patients ne voient pas grand monde, j'ai pensé que ça pouvait les faire « sortir » de ce lieu le temps de la séance. Actuellement, nous ne pratiquons plus le théâtre pour des raisons de sécurité, d'effectifs, de salle et de cadre. Cela s'est transformé en « foire ». Former des groupes était également compliqué étant donné que les patients restent 6 mois et d'avoir un groupe homogène et gérable devenait trop compliqué.

L'atelier

Qui adresse les patients en médiation théâtrale ? Sur prescription du médecin. Nous devons évaluer les besoins du patient et nous allions démarcher les patients pour voir s'ils étaient prêts à s'investir dans cet atelier.

Auprès de quel type de patients schizophrénique pratiquez-vous la médiation théâtrale ?

Tous, tant qu'ils ont des capacités de compréhension et d'attention.

Sur quels critères les patients sont-ils adressés pour ce type de médiation ? Existe-t-il des contre-indications ?

Nous allons éviter le patient trop délirant avec trop d'hallucinations et qui est très vite dissocié surtout au niveau des improvisations où il n'y a pas de limites et donc le cadre ne sera plus suivi. Les improvisations sont en fonction des émotions du patient, et cela pouvait créer une situation de stress. Il pouvait observer et s'il voulait participer il pouvait. Nous devons également élaborer une relation de confiance.

Comment se déroule une séance de médiation théâtrale ?

Nous n'avions pas de blouse durant cet atelier. Nous faisons des étirements, travail sur la respiration, nous disposions d'accessoires même imaginaires qui changeaient de poids, de couleurs. Nous avons ensuite une partie qui durait assez longtemps et concernait les émotions (cris, pleurs, rires...). Il fallait que cela reste un amusement, et qu'il soit acteur de ce qu'il ait envie de faire. La deuxième partie concernait les improvisations et si ça n'allait pas il pouvait se mettre sur le côté en temps que spectateur. Les dernières minutes étaient consacrées à la relaxation. Nous leur donnions des pistes d'improvisations : vous jouez une voyante, un docteur ... Tout était par rapport à leur vécu. A un moment donné, nous filmions et ils étaient fiers. Ils restent dans la demande de refaire du théâtre.

Pensez-vous que cela pourrait avoir un impact avec le patient schizophrène ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi ?

Oui, surtout au niveau des interactions sociales et de la posture. Un psychotique est très renfermé et au théâtre il faut aller vers l'autre, travailler avec le regard et nous observions des améliorations en termes de comportement.

En quoi cette médiation vous a-t-elle permis de faire évoluer votre pratique ? Nous avons l'impression d'être nous-mêmes durant les séances, cela me fait comprendre qui je suis et qui je peux être et jusqu'où je peux aller et les patients nous le renvoient. Nous acceptons le « non » durant les saynètes par exemple, c'est comme si nous étions tous dans la même bulle. Cela nous renseigne sur nous-mêmes.

Exemple concret

Plus particulièrement, pensez-vous que ce type d'atelier a un impact sur la reconstruction du sentiment d'existence (au sens de se sentir différencié d'autrui, d'exister en tant qu'être distinct) ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi ? Oui, cela joue sur l'estime de soi, sur la relation de confiance qui, quand elle est présente, nous nous sentons être quelqu'un. Dans les exercices, tout seul nous ne sommes rien, nous sommes quelqu'un avec un groupe et ils l'ont bien compris.

Pouvez-vous me citer les grandes lignes d'un cas concret qui vous semble le plus emblématique pour illustrer la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène ? C'est un patient qui jouait beaucoup les rôles de femme, il n'avait pas d'identité sexuelle et le théâtre lui a permis d'accepter qu'il pouvait être homosexuel malgré son physique très masculin. Il était apaisé et heureux d'avoir pu exprimer son homosexualité. A la fin, il parlait de lui tel qu'il est et, par le théâtre, il le jouait et a essayé par rapport aux autres patients pour voir les réactions que les gens pouvaient avoir en apprenant cette homosexualité.

Avez-vous des éléments relatifs à la médiation théâtrale/schizophrénie/sentiment d'existence à rajouter ? Non

PROMOTION : 2013-2016

NOM : ECKERT

PRENOM : Sophie

TITRE : Ergothérapie et schizophrénie : l'utilisation de la médiation théâtrale dans la reconstruction identitaire

RESUME :

La schizophrénie est une maladie psychique grave et invalidante entraînant des symptômes polymorphes et une pathogénie difficile à prendre en charge. Elle se définit selon une triade diagnostique : le syndrome délirant, le syndrome de repli autistique et le syndrome de dissociation mentale, ce dernier entraînant une faille identitaire concernant plus précisément le sentiment d'existence.

La médiation théâtrale est une activité thérapeutique utilisée en santé mentale par les professionnels de santé et notamment par les ergothérapeutes. Elle répond aux objectifs de prise en charge de la schizophrénie.

Ce travail de recherche vise à illustrer l'utilisation de la médiation théâtrale dans la reconstruction du sentiment d'existence chez le patient schizophrène. Pour cela, la démarche d'investigation s'est articulée autour d'entretiens auprès d'ergothérapeutes pratiquant cette médiation.

Même si l'ergothérapeute n'intervient pas systématiquement dans la médiation théâtrale, les compétences qu'il possède lui permettent d'apporter une intervention bénéfique et de constater des résultats grâce à sa pratique.

MOTS CLES : Ergothérapie, Schizophrénie, Médiation théâtrale, Sentiment d'existence, Modèles conceptuels.