



MÉMOIRE D'INITIATION À LA RECHERCHE EN ERGOTHÉRAPIE

ERGOTHÉRAPIE ET SCHIZOPHRÉNIE :

L'improvisation théâtrale

ou

quand le « JE » rentre en JEU

SOUS LA DIRECTION DE : DELAIR Juliette

MANETTE Laurie – JUIN 2022

UPEC
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL

INSTITUT
DE FORMATION
EN ERGOTHÉRAPIE

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

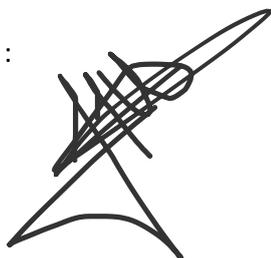
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* MANETTE Laurie, étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 30 MAI 2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

NOTE AUX LECTEURS

CE MÉMOIRE EST RÉALISÉ DANS LE CADRE D'UNE SCOLARITÉ. IL NE PEUT FAIRE L'OBJET D'UNE PUBLICATION QUE SOUS LA RESPONSABILITÉ DE SON AUTEUR ET DE L'INSTITUT DE FORMATION CONCERNÉ »

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement d'une formation passionnante, riche en savoir, en savoir-faire, en savoir-être et en rencontre et dans ce sens je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné et soutenu durant cette période.

À Juliette DELAIR, qui m'a dans un premier temps fait découvrir et accompagné mes premiers pas dans l'univers de la psychiatrie et qui par la suite est devenue ma maitre de mémoire. Merci pour ta bienveillance, tes encouragements, tes conseils et ta disponibilité. Tu m'as guidé, poussé dans mes et été présente sur ce long parcours. Ce mémoire est aussi une partie de toi, merci pour ton investissement.

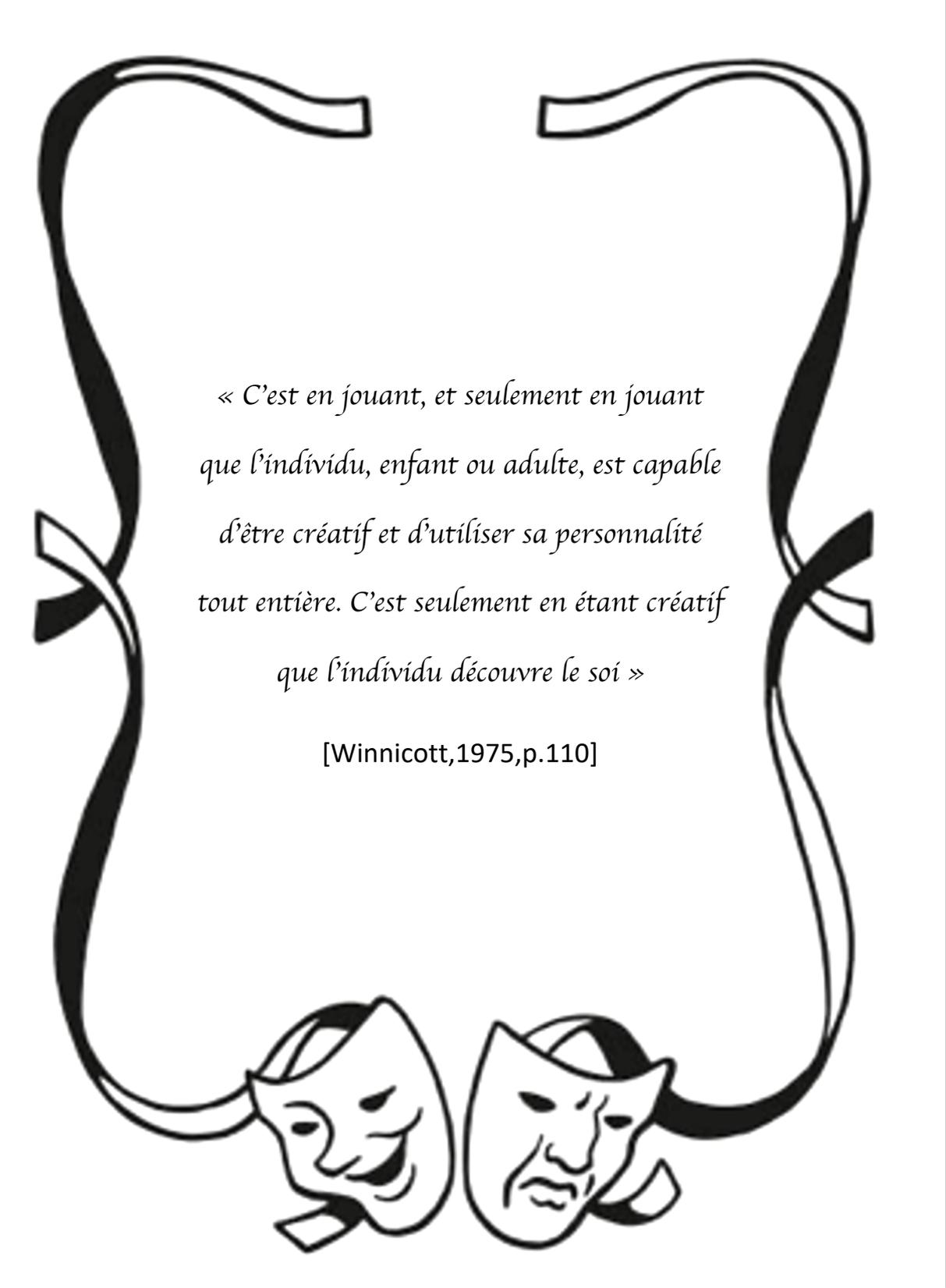
À l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil pour l'accompagnement sur ces trois années.

Aux ergothérapeutes et enseignants qui ont contribué à transmettre leur savoir durant toutes les périodes de stages et de formations. Merci pour toutes ces connaissances qui m'ont aidé à me construire et à faire de moi cette future professionnelle.

À Noémy, Sorane, Shirley, mes soutiens et amies de formation.

À toute la promotion 2019-2022.

Et un immense merci à vous ; ma famille sans qui rien n'aurait été possible. Maman, Mérika, Betty, Célia, Julien, Raïssa, Laurence, Ingrid, Steeve, merci pour le soutien inconditionnel, pour votre présence dans ma vie car sans vous il me manquerait une partie de moi, sans vous je ne l'aurais pas fait.



*« C'est en jouant, et seulement en jouant
que l'individu, enfant ou adulte, est capable
d'être créatif et d'utiliser sa personnalité
tout entière. C'est seulement en étant créatif
que l'individu découvre le soi »*

[Winnicott,1975,p.110]

SOMMAIRE

INTRODUCTION	- 1 -
CADRE CONCEPTUEL	- 5 -
CHAPITRE I – LA SCHIZOPHRÉNIE : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE	- 5 -
A. LA SCHIZOPHRÉNIE SELON LE DSM-5	- 6 -
B. LES MODES D’ENTRÉE EN SCHIZOPHRÉNIE SELON MARIE-ODILE KREBS	- 10 -
C. LES RETENTISSEMENTS DE LA SCHIZOPHRÉNIE SUR LE QUOTIDIEN.....	- 11 -
CHAPITRE II – L’ERGOThÉRAPIE EN PSYCHIATRIE	- 16 -
A. L’INTERVENTION DE L’ERGOThÉRAPEUTE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE	- 16 -
B. ERGOThÉRAPIE : ACTIVITÉS ET MÉDIATIONS ThÉRAPEUTIQUES	- 19 -
CHAPITRE III – ERGOThÉRAPIE ET SCHIZOPHRÉNIE : L’UTILISATION DE L’IMPROVISATION ThÉÂTRALE	- 20 -
A. IMPROVISATION ThÉÂTRALE : UNE MÉDIATION À VISÉE ThÉRAPEUTIQUE.....	- 20 -
B. IMPROVISATION ThÉÂTRALE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE	- 23 -
C. IMPROVISATION ThÉÂTRALE ET HABILITÉS SOCIALES.....	- 27 -
CADRE EXPÉRIMENTAL	- 30 -
CHAPITRE I – MÉTHODE DE RECHERCHE	- 30 -
A. OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE	- 30 -
B. POPULATIONS.....	- 31 -
C. OUTILS	- 32 -
CHAPITRE II : RÉSULTATS BRUTS ET ANALYSE DES RÉSULTATS	- 35 -
A. ENTRETIENS	- 35 -
B. OBSERVATIONS.....	- 46 -
CHAPITRE III : DISCUSSION	- 49 -
CHAPITRE IV : APPORTS ET LIMITES	- 54 -
A. APPORTS ET RÉFLEXIONS	- 54 -
B. LIMITES ET RÉFLEXIONS.....	- 55 -
CONCLUSION	- 56 -
BIBLIOGRAPHIE	- 57 -
ANNEXE	- 0 -
RÉSUMÉ	- 18 -

INTRODUCTION

Être en bonne santé mentale c'est : « *se sentir bien, s'accomplir, être en mesure de surmonter les tracas de la vie quotidienne, d'étudier ou de travailler, d'échanger avec les autres et de contribuer à la vie de sa communauté* ». (INSERM,2021)

Au quotidien notre santé mentale est fluctuante, bouleversée par des facteurs intrinsèques et extrinsèques qui peuvent déclencher des troubles donnant naissance à des maladies mentales. L'association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ, 2022) définit la maladie mentale comme « *un ensemble de dérèglements qui reflète un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales et entraîne une détresse et/ ou une difficulté pour l'individu* ».

A son tour, le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-5 définit le trouble mental comme « *un syndrome qui se caractérise par une perturbation cliniquement significative de la cognition de l'individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement et qui reflète le dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux qui sous-tendent le fonctionnement mental* ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la schizophrénie est l'une des maladies psychiques qui peut entraîner le plus d'invalidité (OMS, 2022),. Universelle, durable et évolutive, elle constitue un problème majeur de santé publique et affecte la conscience, la perception, la relation avec le monde, et les affects de la personne. Elle altère des fonctions fondamentales qui permettent à chaque individu d'avoir conscience de son existence, de son autonomie et de son unicité.

Les retentissement de la maladie sur la vie quotidienne de la personne, vont générer une situation d'isolement et une diminution de l'engagement dans l'accomplissement des rôles au sein de la société. À ceci, se rajoutent la discrimination et la stigmatisation dues à la méconnaissance de cette pathologie.

Dans le cadre d'une prise en charge en milieu psychiatrique, l'ergothérapeute doit permettre l'acquisition de compétences pour aider la personne à vivre au mieux avec sa maladie. Dans ce sens l'ergothérapeute, dans le parcours de soin, va pouvoir guider la personne qui vit avec une schizophrénie vers la reprise de ses rôles au sein de sa communauté et de ses occupations. Il va contribuer à la prise en soin en axant son approche sur la personne, ses occupations, son environnement.

Ces trois plans reflètent les dimensions coexistantes dans le schéma du modèle conceptuel du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO : annexe 1) qui peut être utilisé par l'ergothérapeute dans sa démarche de soin. Un modèle conceptuel s'articule autour de différents axes qui peuvent être exploités pour étudier la situation d'une personne en difficulté de santé ou en

situation de handicap.(Morel-B, 2017). Ce modèle s'articule sur une pratique centrée sur la personne, la considérant dans son intégrité et vise une collaboration pour engager la personne dans ses soins. Ainsi , en milieu psychiatrique, l'ergothérapeute s'inscrit dans le parcours de soin et a une place importante dans le champ de la réinsertion sociale. Mais quelles sont les problématiques rencontrées et les répercussions causées par la schizophrénie dans le quotidien? A quel moment l'ergothérapeute intervient-il et comment peut-il accompagner un patient vivant avec une schizophrénie ?

SITUATION D'APPEL

C'est lors de mon stage de deuxième année d'ergothérapie que j'ai pu découvrir la situation qui allait être les prémices de la rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche. Lors de ce stage d'une durée de deux mois en milieu intra hospitalier au sein d'un hôpital psychiatrique universitaire, j'ai participé aux différentes médiations thérapeutiques qu'elles soient individuelles ou collectives. Ces médiations sont proposées par l'ergothérapeute et se déroulent dans la salle d'ergothérapie au sein de l'établissement de santé. La structure est composée de quatre unités de soin : l'unité protégée (hospitalisation sous contrainte de soin (ASPDRE¹/ ASPDT²/ASPPI³); l'unité de secteur, l'unité hospitalo-universitaire et l'unité de semaine. Au sein de cette structure, diverses pathologies sont prises en charge : schizophrénie, bipolarité, trouble du spectre autistique, trouble schizoaffectif, épisode dépressif majeur. Les médiations utilisées lors des prises en charge en ergothérapie sont hétérogènes. Elles permettent de cibler l'intérêt du patient et de répondre aux objectifs thérapeutiques en lien avec le projet de soin de ce dernier. Dès la première semaine de mon stage, j'ai pu me questionner sur l'une des médiations : l'improvisation théâtrale.

C'est avec un regard curieux et interrogatif que j'ai participé à la première séance. L'improvisation théâtrale proposée une fois par semaine (mardi après-midi de 15h à 16h) fait suite à une prescription médicale et est destinée aux patients en intra hospitalier. Elle est menée en coanimation avec une intervenante extérieure n'ayant pas de formation en lien avec la psychiatrie (coach en improvisation) et une ergothérapeute. L'ergothérapeute garantit alors le cadre thérapeutique tandis que la coach en improvisation représente le cadre artistique. Le groupe « semi-ouvert » est composé d'environ 8 à 10 patients vivant avec des pathologies psychiatriques diverses diagnostiquées ou en cours d'évaluation diagnostique. Lors de l'improvisation, l'ergothérapeute ne porte pas de blouse afin de mettre à distance le lien avec l'hospitalisation et le soin, l'activité se déroule à l'écart des services de soin, et se décompose selon les séquences suivantes :

¹ ASPDRE: Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État

² ASPDT : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

³ ASPPI : Admission en Soins Psychiatriques Pour Péril Imminent

- **Temps d'accueil et d'échanges en groupe** : les patients sont accueillis dans un cadre chaleureux. La coach et l'ergothérapeute se présentent et posent les règles de l'improvisation (respect de l'autre, non jugement, non performance, pas d'obligation à participer mais il s'agit d'être un observateur actif)
- **Échauffement** : réalisation d'exercices ludiques brefs qui mettent le corps en mouvement, travaillent les expressions / les émotions / la respiration, libèrent l'imagination et permet de comprendre les codes de l'improvisation.
 - o La rencontre de l'autre : passe en premier lieu par la communication des prénoms
 - o Les exercices : s'articulent autour de règles en lien avec la vie quotidienne, aux échanges au sein de la société, sur l'occupation de l'espace, la relation à l'autre, l'acquisition des habiletés sociales. Les différents exercices sont progressifs et adaptés, laissant chacun évoluer à son rythme
- **Improvisation** : est mise en jeu spontanément avec 2,3 ou 4 participants. Les thèmes sont prédéterminés par la coach d'improvisation en laissant chacun alimenter au fur et à mesure la scène
- **Feedback** : est le temps de verbalisation où chacun est invité à s'exprimer sur les bénéfices thérapeutiques de la médiation, sur leurs ressentis.

Lors de cette découverte, l'improvisation correspondait pour moi à une activité réclamant des compétences spécifiques et multiples : technique, imagination, gestuelle, jeu d'acteur. En dehors de ce côté technique, la sollicitation des capacités attentionnelles et organisationnelles, le regard de l'autre, ont été les premiers éléments qui ont généré mes interrogations. Ces aspects m'ont poussé à m'interroger sur la mise en place de cette médiation dans ce type de structure et sur le degré de capacités des patients atteints de troubles psychiques à pouvoir y participer. Au premier abord, j'ai pensé que la diversité des pathologies et des symptômes liés à celles-ci ne pouvait être que les facteurs d'une mise en échec du patient dans l'activité. Ainsi, en prenant en compte l'un des points de vigilance ou l'un des objectifs de l'ergothérapeute qui est d'éviter la mise en échec, il était pour moi difficilement concevable que cet atelier puisse avoir un bénéfice thérapeutique en santé mentale et sur cette population. Par la suite des interrogations sur les pathologies, le potentiel thérapeutique, l'instauration du cadre et la posture de l'ergothérapeute ont émergées.

Il a été difficile d'orienter mon sujet sur une pathologie précise car l'improvisation avait la particularité de pouvoir se réaliser avec des patients de pathologies psychiatriques différentes. J'ai finalement choisi la schizophrénie d'une part parce qu'elle est la maladie psychique la plus fréquente tout en restant très peu connue . D'autre part, parce que cette maladie est marquée au sein de la société, par de nombreuses incompréhensions et une forte stigmatisation.

Toutes ces observations et interrogations ont conduit à la problématique suivante :

Dans quelle mesure l'improvisation théâtrale représente-t-elle un outil thérapeutique en ergothérapie en vue d'améliorer la participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie ?

Pour tenter d'y répondre, j'émetts l'hypothèse suivante :

L'ergothérapeute utilise l'improvisation théâtrale pour promouvoir l'apprentissage des habiletés sociales chez les personnes vivant avec une schizophrénie en travaillant simultanément sur les habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices.

Pour mener à bien cette rédaction, la première partie de mon mémoire de recherche va définir les concepts clés en lien avec le trouble schizophrénique, la démarche de soin de l'ergothérapeute en milieu psychiatrique et l'improvisation théâtrale.

En second lieu, le cadre expérimental va présenter et étayer les différentes investigations menées pour tenter de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de départ.

Pour finir , la conclusion va dégager les éléments essentiels de ce mémoire d'initiation et tenter d'apporter une ouverture sur le sujet.

CADRE CONCEPTUEL

CHAPITRE I – LA SCHIZOPHRÉNIE : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

En 1911, le psychiatre Eugen Bleuler, crée le terme « schizophrénie » pour remplacer la dénomination « démence précoce » précédemment attribuée par le psychiatre allemand Emil Kraepelin (Llorca, 2004). Bleuler en choisissant cet intitulé constitué de deux mots d'origine grecque « *skhizein* – scinder, fendre et *phrên* – esprit », met en évidence le clivage qu'il observe entre les représentations et la réalité de l'individu ainsi que la division qui s'opère entre la pensée et les affects de ce dernier (Peralta, 2011).

En 2011, l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) stipule que la schizophrénie touche majoritairement la population masculine avec plus de 66% prise en soin au sein d'un établissement de santé. Il révèle, de plus, la diversité des structures pouvant prendre en charge les personnes atteintes du trouble schizophrénique. Parmi ces établissements, on retrouve des CMP⁴, l'hôpital (intra hospitalier à temps plein, extra hospitalier en HDJ⁵, les urgences psychiatriques), des CATTP⁶, les accueils familiaux thérapeutiques, les appartements thérapeutiques, les centres ou foyers de postcure. En 2020, l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) dénombre plus de 600 000 milles personnes (soit 1 individu sur 100) affectées par cette maladie en France. Chaque année, il est possible de comptabiliser plus de 10 000 nouvelles personnes diagnostiquées schizophrènes en France. La schizophrénie démarre très lentement à l'adolescence, avec des signes peu spécifiques. 85% des personnes atteintes de schizophrénie sont âgées entre 15 et 25 ans (Llorca, 2004). En 2022, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dénonce une espérance de vie faible avec un risque de décès prématuré lié à des maladies de types somatiques, métaboliques ou encore cardiovasculaires.

La schizophrénie par ses formes et ses conséquences multiples, bouleverse le fonctionnement global de la personne. Les sources littéraires traitant de la schizophrénie et de sa diversité sont multiples. Afin de mettre en évidence cette multiplicité, j'ai choisi de m'appuyer sur la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) publié en 2013 par l'Américan Psychiatric Association (APA) et traduit en français en 2015. Sa révision s'éloignant du DSM-IV (publié en 1994) et des anciennes éditions, opère de nombreuses modifications notamment dans la section destinée à la schizophrénie.

⁴ CMP: Centre Médico-Psychologique

⁵ HDJ : Hospitalisation De Jour

⁶ CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

A. LA SCHIZOPHRÉNIE SELON LE DSM-5

Le DSM-5 catégorise l'ensemble des diagnostics psychiatriques. Dans cette nouvelle édition, les formes cliniques telles que la schizophrénie paranoïde⁷, hétéroforme⁸ disparaissent au profit d'une clarification de formes, symptômes et signes afin de faciliter l'évaluation clinique de la schizophrénie (Fekih-Romdhane, 2016). Ainsi le DSM-5, dans le chapitre « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » définit la schizophrénie par des symptômes qui impactent les dimensions cognitives, comportementales et émotionnelles (DSM-5, 2013).

a) Les critères diagnostiques de la schizophrénie

Le diagnostic de la schizophrénie nécessite la reconnaissance d'une multiplicité de signes et de symptômes qui entraînent de nombreux dysfonctionnements chez la personne. Afin de poser un diagnostic, il est nécessaire que deux (ou plus) des symptômes suivants soient évidents : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisés, comportements désorganisés ou catatoniques, symptômes négatifs. Leur présence doit être avérée sur une période significative avec l'observance d'une altération au niveau du fonctionnement personnel, professionnel, social, fonctionnel, mais aussi des relations interpersonnelles ou encore de l'hygiène corporelle. Certains signes doivent persister de manière continue sur une période pouvant s'étaler sur 6 mois minimum. Durant cette période, il est possible d'observer la manifestation de symptômes positifs / négatifs / dissociatifs ; des troubles cognitifs, et de repérer le passage de phases prodromiques⁹ à résiduelles, l'ensemble parfois présent de manière atténuée. Le trouble ne peut pas être imputé à l'utilisation d'une substance (drogues, médicaments, etc.) ou à une autre pathologie. Son évolution est marquée par des épisodes aigus¹⁰, des rémissions partielles¹¹ ou complètes¹², de formes, phases et symptômes multiples.

b) Les formes cliniques

La variabilité dans le temps et la forme, au cours de l'évolution de la maladie chez un même individu, montre l'hétérogénéité et la sévérité des symptômes de celle-ci et implique des formes multiples ayant chacune leurs caractéristiques cliniques et biologiques.

⁷ Schizophrénie paranoïde : caractérisée par des idées délirantes et des hallucinations (Richard, 2019).

⁸ Hétéroforme : personnalité prémorbide fragile, avec installation précoce et insidieuse (DSM-IV, 1994)

⁹ Phase prodromique : est marquée par l'apparition des premiers signes de la maladie avec des changements spécifiques variables et repérables par la personne ou son entourage : impulsivité, agressivité, dépression, idées suicidaires (Llorca, 2004)

¹⁰ Épisode aigu : période durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis (DSM-5, 2013)

¹¹ Rémission partielle : période durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent (DSM-5, 2013)

¹² Rémission complète : période durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent (DSM-5, 2013)

1) La personnalité schizotypique

La personnalité schizotypique évolue de manière stable. Le pourcentage se transformant en une schizophrénie est faible. Elle apparaît en début de l'âge adulte et se caractérise par un déficit social et interpersonnel. Les relations avec les proches sont réduites. De plus, il est possible de remarquer chez l'individu, des distorsions cognitives et perceptuelles ainsi que des conduites excentriques. Cette forme se concrétise chez l'individu par des idées de référence¹³, des préoccupations en lien avec des phénomènes paranormaux, l'altération des perceptions, une idéation persécutoire, de l'anxiété sociale, l'impossibilité de contrôler les affects et les signaux sociaux indispensables dans la relation à l'autre.

2) Le trouble délirant

Le trouble délirant a une évolution relativement stable mais est marqué par l'apparition d'une schizophrénie chez certains individus. Il se retrouve plus fréquemment chez l'homme et les sujets âgés et s'extériorise par une ou des idées délirantes sur un mois, une altération du fonctionnement psychosocial, des convictions délirantes, des comportements qui peuvent être violents, procéduriers ou d'altercations.

3) La catatonie

La catatonie s'observe au cours de l'hospitalisation chez 35% des personnes qui vivent avec une schizophrénie. Elle touche l'activité motrice et la participation du patient à l'entretien ou à l'examen clinique. Sur le plan psychomoteur, il est possible de percevoir une immobilité diminuée ou excessive sous forme de stupeurs¹⁴, catalepsies¹⁵, stéréotypies¹⁶, d'agitations et la présence d'écholalie¹⁷ ou échopraxie¹⁸. L'altération de la participation est marquée par une forme de mutisme¹⁹, ou négativisme²⁰. Une forme grave de catatonie implique une surveillance afin de limiter les risques de malnutrition ou d'automutilation qui peuvent nuire à la personne et autrui.

4) Le trouble psychotique bref

Le trouble psychotique bref apparaît brusquement, dès l'adolescence, à tout moment de la vie et est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Il est marqué par la survenue de

¹³ Idée de référence : croyance erronée (DSM-5, 2013)

¹⁴ Stupeur : absence d'activité motrice ; pas de relation active avec l'environnement (DSM-5, 2013)

¹⁵ Catalepsie : posture maintenue passivement et contre la gravité (DSM-5, 2013)

¹⁶ Stéréotypie : mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents (DSM-5, 2013)

¹⁷ Écholalie : répétition des paroles de l'autre (DSM-5, 2013)

¹⁸ Échopraxie : reproduction des mouvements des autres (DSM-5 2013)

¹⁹ Mutisme : absence ou quasi-absence de réponses verbales (DSM-5, 2013)

²⁰ Négativisme : opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs (DSM-5, 2013)

symptômes positifs tels que les idées délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé survenant sans phases prodromiques, par un passage d'un état non psychotique à un état psychotique²¹ sur deux semaines consécutives. L'individu est affecté par un bouleversement émotionnel et affectif. Bien qu'il soit bref, il représente un handicap et requiert une surveillance des comportements suicidaires, des besoins en termes nutritionnels et hygiéniques afin de protéger le sujet. Le taux de rechutes est élevé mais le pronostic au niveau du fonctionnement social et de l'évolution des symptômes demeure rassurant.

5) Le trouble schizophréniforme

Les symptômes du trouble schizophréniforme s'apparentent à ceux de la schizophrénie dans son évolution et sa fréquence. Ceci laisse transparaître un risque accru de schizophrénie. Le trouble schizophréniforme se différencie de la schizophrénie sur sa durée d'un mois avec des phases prodromiques, actives et résiduelles²². Les retentissements du trouble se situent au niveau du fonctionnement social, professionnel ou dans les activités de la vie quotidienne.

6) Le trouble schizoaffectif

Le diagnostic du trouble schizoaffectif repose sur l'observance d'épisodes dépressifs qui se produisent simultanément avec des symptômes psychotiques et affectifs. Les hallucinations, idées délirantes, épisodes thymiques sont aussi observés durant l'évolution du trouble. L'altération du fonctionnement sur le plan professionnel, la diminution des interactions sociales, l'incurie²³, l'anosognosie²⁴, le risque de développer un épisode dépressif (humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, perte ou gain de poids etc.) ultérieur sont associés au trouble schizoaffectif.

c) Les symptômes de la schizophrénie

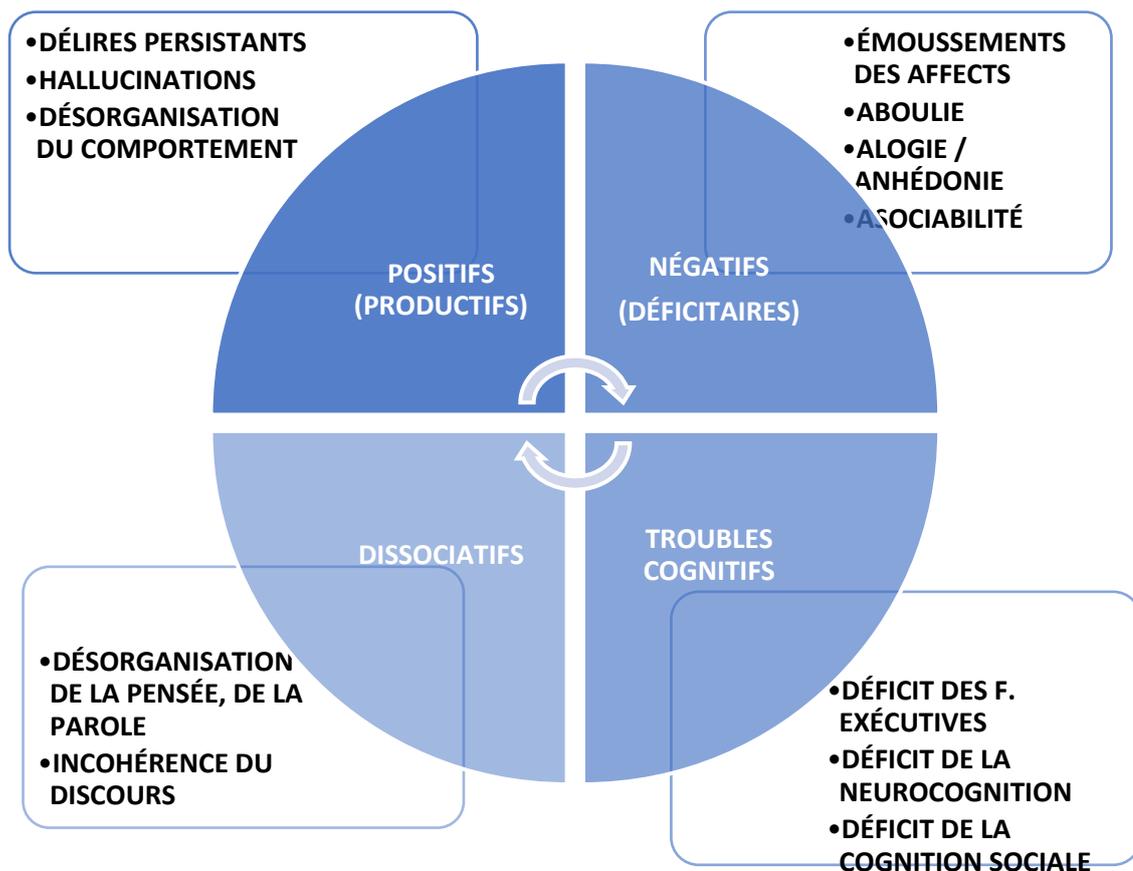
Les recherches et les travaux effectués et répertoriés dans le DSM-5 consentent à distinguer les symptômes positifs, négatifs, dissociatifs et les troubles cognitifs de la pathologie. Selon le DSM-5, l'observation sur une période donnée permet d'identifier la présence obligatoire d'au minimum trois critères cliniques afin de poser un diagnostic. (Annexe 2)

²¹ Phase psychotique : se déclenche par une entrée insidieuse de symptômes positifs et négatifs avec un pronostic défavorable (Bourcet, 2005)

²² Phase résiduelle correspond à une période de stabilisation avec soit un retour vers un état fonctionnel dans environ 30% des cas, soit une stabilisation sans signes psychotiques dans 50% des cas ou marquée par une détérioration progressive dans 20-30% des cas (Llorca, 2004).

²³ Incurie : négligence, manque de soins (Larousse)

²⁴ Anosognosie: incapacité pour un patient à reconnaître la maladie (Larousse)



Les **symptômes positifs ou encore symptômes productifs** surgissent à la fin de la période de l'adolescence. Ces symptômes sont pris en charge par un traitement médicamenteux. Les hallucinations persistantes sont de types sensorielles, cinesthésiques²⁵, visuelles, olfactives, tactiles ou gustatives. Les plus fréquentes sont les hallucinations auditives. Les idées délirantes incarnent des croyances considérées comme incompréhensibles par les autres, elles s'expriment par une perte de contrôle sur l'esprit et le corps avec des thématiques de persécutions, somatiques, religieuses, ou mégalomaniaques. La désorganisation du comportement se détermine par de la déambulation sans but, ainsi que des conduites irrationnelles (gestes et attitudes étranges) .

Les **symptômes négatifs ou encore symptômes déficitaires** résistent aux traitements médicamenteux et ont des conséquences sur l'implication de la personne dans ses rôles au sein de sa communauté et de son entourage. Les symptômes prédominants sont la diminution de l'expression émotionnelle (pas de contact oculaire, thymie²⁶basse, prosodie monocorde, hypomimie) et l'aboulie (perte d'intérêt et de motivation). D'autres symptômes favorisent la réduction de la production du

²⁵ Cinesthésique: perception consciente de la position ou des mouvements des différentes parties du corps (Larousse)

²⁶ Thymie: humeur (Larousse)

discours (alogie), la perte de plaisir (anhédonie) et un manque d'intérêts pour les interactions sociales (sociabilité).

Les **symptômes dissociatifs** se déclarent par de la désorganisation de la pensée, des paroles, des émotions (manque de pertinence), ou encore l'incohérence du discours. Ces symptômes perturbent la conscience, la mémoire, l'identité, et la représentation du corps de l'individu. Ils sont perçus comme des intrusions dans la conscience ou le comportement générant une incapacité à accéder ou à contrôler des processus mentaux normalement accessibles ou contrôlés. Ces symptômes ont un retentissement sur la vie personnelle, professionnelle et occupationnelle.

Les **troubles cognitifs** sont mis en évidence dans la schizophrénie. Ils sont habituels et liés aux troubles fonctionnels et professionnels. Ils font référence à un déficit qui inclut :

- Les fonctions exécutives en termes de mémoire de travail, mémoire déclarative, planification, et d'initiation ;
- Les fonctions cognitives en termes de concentration et d'attention ;
- Un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information ;
- Les processus attentionnels ;
- La cognition sociale (déficits dans la capacité à comprendre les intentions des autres, du traitement de l'information et du comportement social)

La diversité des symptômes engendre des perturbations dans le quotidien de la personne souffrant de schizophrénie et se répercute sur le plan personnel, professionnel et relationnel (Gourevitch, 2006). L'impact de la schizophrénie n'est pas uniquement déterminé par les formes cliniques de la pathologie et les différents symptômes. Son évolution est aussi corrélée par des modes d'entrée qui vont à leur tour influencer sur les performances de la personne.

B. LES MODES D'ENTRÉE EN SCHIZOPHRÉNIE SELON MARIE-ODILE KREBS

Krebs (directrice de recherche à l'INSERM), dans « Signes précoces de schizophrénie » publié en 2015, décrit la **phase prémorbide** comme une simple vulnérabilité aux troubles schizophréniques. Cette phase débute à la naissance et dure jusqu'au commencement de la phase prodromique en laissant percevoir des troubles au niveau du développement psychomoteur et des acquisitions développementales trop précoces.

La **phase prodromique** est marquée par l'apparition des premiers signes de la maladie avec des changements spécifiques variables et repérables par la personne ou son entourage (impulsivité, agressivité, dépression, idées suicidaires). Ces changements progressifs s'accompagnent des premiers

symptômes au niveau psychotique (insomnie, difficultés de concentration, anxiété, dépersonnalisation).

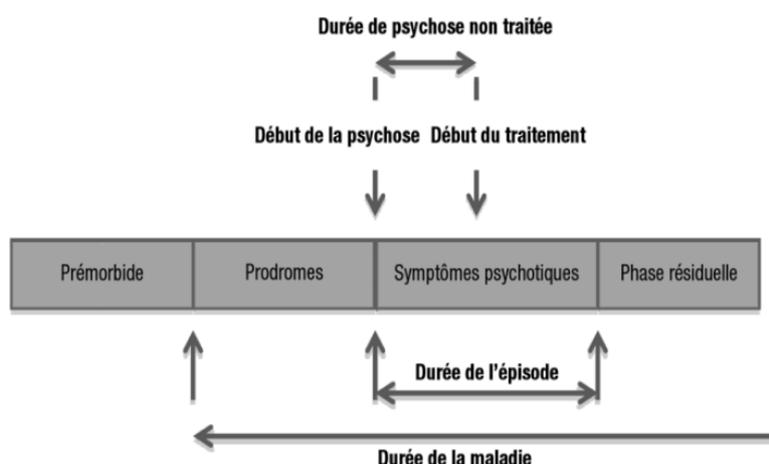


Figure 1 : schéma des différentes phases évolutives précoces de la schizophrénie (Krebs, 2015, p14)

Les recherches traitant de la schizophrénie mettent en exergue de nombreux facteurs favorisant les rechutes :

- Non observance thérapeutique ;
- Posologie incorrecte ou inadaptée ;
- Réponse négative à un traitement médicamenteux donné ;
- Environnement défavorable (retrait social, inaccessibilité à l'emploi) ;
- Addiction à des substances non appropriées (drogues, alcool) (Llorca,2004).

L'enjeu porte sur la prise en charge avec une approche centrée sur la personne, son autonomie et sa qualité de vie. L'attention doit aussi être portée sur les conséquences de la maladie, les problématiques d'un point de vue fonctionnel mais aussi les retentissements de la maladie sur la personne, sa vie quotidienne, sa qualité de vie, son environnement humain et matériel afin de mettre en place une prise en charge adaptée (Pachoud, 2015). En premier lieu, il s'agit d'identifier les différentes sphères de la vie dans lesquelles on peut percevoir la manifestation des différentes problématiques rencontrées par les personnes souffrant de schizophrénie.

C. LES RETENTISSEMENTS DE LA SCHIZOPHRÉNIE SUR LE QUOTIDIEN

« Il n'existe pas d'outil susceptible d'évaluer entièrement le retentissement fonctionnel, et sa définition ne fait pas consensus dans la littérature actuelle (Prouteau, 2011,p.141)».

En prenant en compte la précédente citation, j'ai décidé de faire du lien entre l'ergothérapie et la schizophrénie. Je me suis appuyée sur les données énumérées dans le DSM-5 pour mettre en évidence les retentissements grâce au modèle conceptuel MCREO utilisé dans la pratique de l'ergothérapie.

a) Le modèle conceptuel : MCREO

« Un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique (Moral-Bracq, 2017) ».

Publié en 1997, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) s'inscrit dans un changement qui renforce un modèle de coopération, en incitant et en construisant une reconnaissance mutuelle entre tous les acteurs concourant au même objectif de bonne santé au sein de l'OMS (ANFE, 2022). Le MCREO a été élaboré par les ergothérapeutes canadiens et met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités, le sens qu'elle donne à sa vie et à sa santé. L'**engagement occupationnel** se définit comme « *ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés* ». Le **rendement occupationnel** est « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser, et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent satisfaction* ». Le rendement correspond aux résultats des interactions entre les 3 dimensions du modèle : personne, occupation, environnement.

- La personne est considérée dans sa globalité, intégrant la dimension spirituelle, affective, cognitive et physique.
- L'occupation correspond aux activités significatives. Celles qui procurent de la satisfaction à la personne dans les domaines de soins personnels, de productivité et de loisirs.
- L'environnement est le contexte de production du rendement occupationnel : culturel, physique, social, institutionnel

A cette notion de rendement occupationnel, se joint celle de la participation occupationnelle qui fait référence à la participation récurrente à des occupations sans forcément être l'initiateur ou le réalisateur (Faure, 2013).

Ce modèle privilégie une approche centrée sur la personne vivant une situation de handicap et s'appuie sur les objectifs suivants :

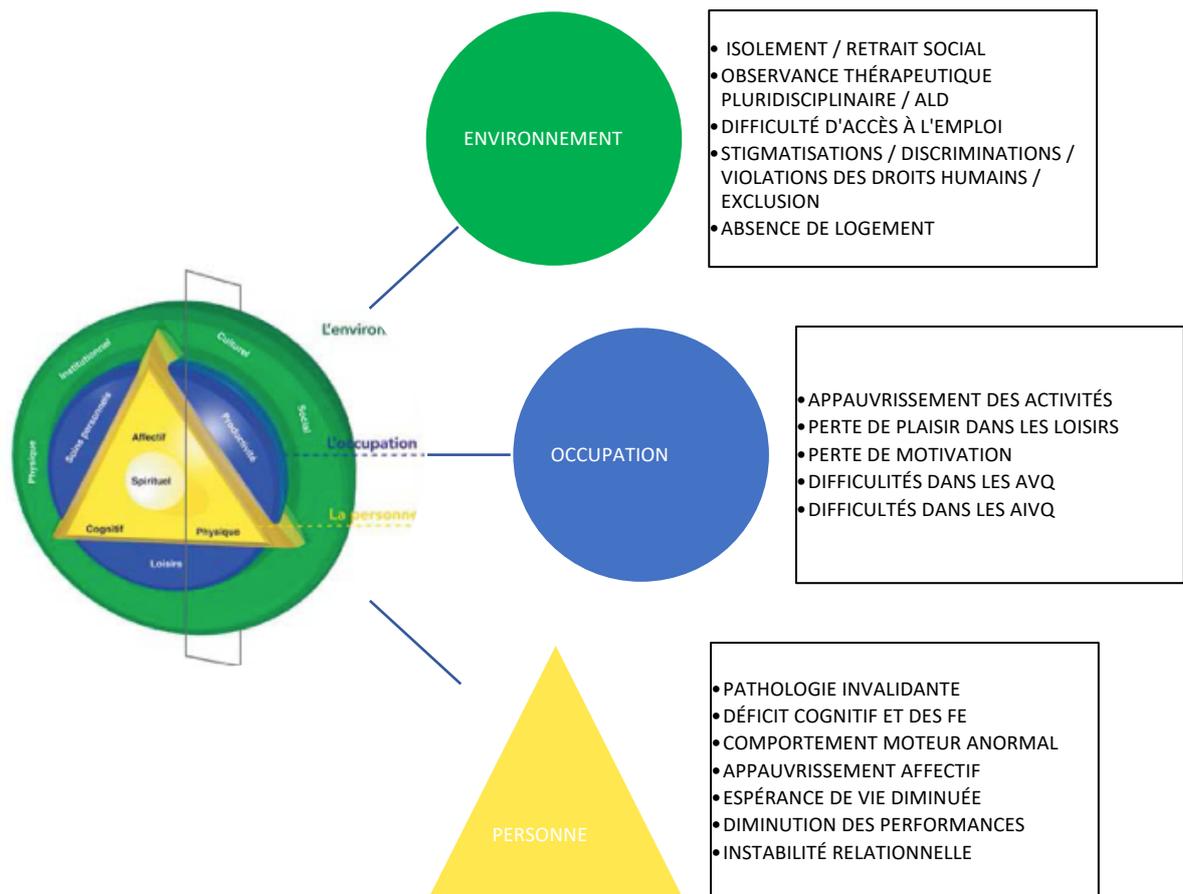
- Formaliser le recueil des attentes du patient et/ou de l'entourage ;
- Prendre en compte les liens qui se tissent entre la personne, son environnement et ses occupations quotidiennes ;
- Construire un espace pour favoriser une place de décideur à l'utilisateur ;

- Transmettre des informations sur les obstacles à la participation sociale dans le cadre des synthèses pluriprofessionnelles ;
- Rendre compte des effets de la prise en charge en ergothérapie pour le patient et contribuer à l'évaluation du service rendu, grâce à l'outil d'évaluation : MCRO qui s'intègre dans le modèle (Law,2014).

Le choix de ce modèle s'explique parce qu'il permet d'identifier à la fois les occupations qui limitent ou affectent la personne dans son quotidien, et les axes d'amélioration souhaités par cette dernière. Ce modèle conceptuel accorde une place primordiale à l'engagement, la motivation et participation de la personne dans les activités qui lui sont significatives. Il sera un support afin de déceler les changements de perception au niveau du rendement occupationnel au fil du temps, notamment pour l'évaluation d'un atelier tel que l'improvisation théâtrale.

b) Schématisation MCREO des répercussions basée sur les données du DSM-5

La structure tridimensionnelle du MCREO permet de schématiser les répercussions de la pathologie sur les trois sphères présentées précédemment. Les limitations causées par la schizophrénie sont prises en considération au niveau la vie quotidienne, des activités personnelles, professionnelles, relationnelles, sociales et représentent un handicap sévère qui réduit de manière significative le rendement et l'engagement occupationnel de la personne dans ses activités de base et instrumentales de la vie quotidienne. C'est un handicap qui se généralise sur l'ensemble des domaines en lien avec la personne (Prouteau, 2009).



D'un point de vue de la **dimension environnementale** : qu'il soit humain ou matériel, comme le dit le psychiatre Pachoud dans « Schizophrénie et fonctionnement social » publié en 2015, l'environnement peut représenter une compensation ou au contraire aggraver une problématique d'isolement, de retrait social ou d'insertion dans le milieu professionnel notamment dû à la stigmatisation, ou la discrimination due notamment à la représentation que l'autre peut se faire de la schizophrénie. La violation des droits humains peut s'observer avec la multiplication des hospitalisations sous contraintes avec cette procédure d'hospitalisation d'urgence supposée être exceptionnelle mais qui devient pratique courante. Avec l'optique d'améliorer la pratique clinique, la diversité des prises en charge impose une observance thérapeutique pluridisciplinaire (Pirson, 2012). 50% des schizophrènes ne travaillent pas, 30% occupent des emplois protégés avec des qualifications et des revenus inférieurs à ceux des autres. Ils rencontrent des difficultés d'accès au logement et restent souvent à la charge de la famille ou sans domiciles fixes (Granger, 2019). Dans ce sens, l'environnement contribue à la mise en retrait de la personne et accentue les problématiques rencontrées en termes d'intégration au sein de la communauté.

Au niveau de **la dimension occupationnelle** : les limitations écologiques dans la schizophrénie favorisent l'appauvrissement des activités de loisirs et de vie quotidienne. Les signes négatifs de la schizophrénie s'expriment par la réduction de l'ensemble des activités : passivité ou refus pour les activités de groupe, réduction des capacités à finaliser une activité générant l'abandon total, et perte de plaisir dans les loisirs. La perte d'intérêt et de motivation sans raison s'associent à une sensation de fatigue sans explications (Llorca,2004). Les difficultés dans les activités de base (soins personnels, alimentation) et instrumentales (gestion administrative, gestion des traitements médicamenteux, déplacements et transports) sont souvent évaluées par de l'observation directe pour estimer l'engagement ou avec des outils d'évaluation subjectives de type ELADEB²⁷ / AERES²⁸. Néanmoins, ces outils ne mettent pas toujours en évidence de manière détaillée les problématiques du rendement fonctionnel et occupationnel, pourtant utiles à l'évaluation et la réadaptation sociale des patients schizophrènes. Avec la présence de symptômes négatifs, les personnes vivant avec une schizophrénie présentent des dysfonctionnements exécutifs qui se répercutent négativement sur les activités de la vie quotidienne (difficulté de mémorisation et de planification d'un évènement, difficultés attentionnelles et d'élaboration de stratégie) (Semkovska, 2004).

Il faut aussi envisager l'impact sur **la personne**. Dans son article « Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques » publié en 2011, Marie-Noelle Levaux évoque l'étude de Semkovska qui vise à mettre en relation des activités de la vie quotidienne (sélectionner un menu, faire les courses, préparer le menu) avec les fonctions cognitives telles que la mémoire épisodique, les fonctions attentionnelles et exécutives. Les résultats ont mis en évidence l'importante sollicitation des fonctions cognitives et particulièrement des fonctions exécutives pour la réalisation des différentes tâches et de l'impact des symptômes négatifs de la pathologie durant la réalisation : omissions, difficultés en termes de planification, erreurs à répétitions (Semkovska, 2004). La désorganisation du comportement est marquée par un comportement moteur anormal avec des attitudes figées ou des excitations inadaptées. Les signes négatifs impactent la vie affective : réduction de la réactivité émotionnelle, manque d'expressivité affective, difficulté à nouer des relations intimes qui s'accompagne d'une perte d'intérêt ou instabilité dans la relation à l'autre. La diminution des performances est observable au niveau scolaire (résultats scolaires en baisse, abandon), et professionnel (difficulté d'organisation et de planification des tâches, pour respecter les horaires ou les deadlines (Llorca,2004).

²⁷ ELADEB : Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins

²⁸ AERES : outil d'auto-évaluation des ressources adapté aux patients souffrant de troubles psychiatriques

L'incidence de la schizophrénie témoigne de la nécessité d'établir une prise en charge adaptée afin de limiter de manière optimale les problématiques occupationnelles et d'éviter les rechutes. Ainsi, la présence de l'ergothérapeute au sein du parcours de soin permet de faire le lien entre l'activité humaine et la santé. Il permet aussi, d'évaluer les retentissements de la pathologie sur le rendement occupationnel, les habitudes de vie, la motivation et d'accompagner la personne souffrant de schizophrénie vers une qualité de vie qui lui sera satisfaisante.

CHAPITRE II – L'ERGOTHÉRAPIE EN PSYCHIATRIE

« L'ergothérapie est une profession de santé, qui s'exerce dans le champ sanitaire, médico-social et social. Un ergothérapeute collabore avec de nombreux professionnels et est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes (ANFE,2022) »

A. L'INTERVENTION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Dans la publication de septembre 2016 « Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspective », l'association nationale française des ergothérapeutes explique que les ergothérapeutes ont pour objectifs : *« De faire valoir l'individu dans sa capacité à agir, à s'exprimer et à être citoyen parmi ses pairs. Cela passe par un accompagnement personnalisé pour que chaque personne soit en capacité de gérer ses besoins et son projet de vie de manière autonome. »*

Les professionnels du soin, sont de plus en plus confrontés aux conséquences sociales engendrées par les troubles psychiatriques. Pour traiter les symptômes de la schizophrénie, l'administration précoce d'antipsychotiques devient indispensable dans la prise en charge, mais le traitement médicamenteux n'est pas l'unique solution. Il est aussi important de s'intéresser aux répercussions générées pour mettre en place une prise en charge adaptée à chacun.

En milieu psychiatrique, l'ergothérapeute tient une place cohérente dans le parcours de soin. Ses interventions s'inscrivent dans une dynamique pluridisciplinaire (Launois, 2018).

L'évolution et le fonctionnement de l'hôpital démontre qu'il est impératif de développer des dispositifs pour accompagner la personne vivant avec une schizophrénie vers une vie autonome à l'extérieur. L'ergothérapeute va s'inscrire dans ce sens, au cœur de la réadaptation et la réhabilitation. La réadaptation a pour but de redonner les moyens d'agir et traite les répercussions fonctionnelles dues aux soins curatifs. La réhabilitation redonne le pouvoir d'agir, et est un acte d'intégration dans la société(Da Silva, 2007).

Le concept de réhabilitation psychosociale (RPS) a pour but de prendre en compte la personne dans sa globalité et de mettre en place des actions associant des soins médicaux, accompagnements

psychologiques et sociaux afin de développer les capacités et les compétences sociales de la personne. Pour ce faire ; il participe à la réduction des symptômes de la maladie et à l'atténuation des difficultés persistantes, en accompagnant et privilégiant les ressources de la personne et de son environnement (Boyer,2011).

D'autres modèles d'intervention s'inscrivent au sein du processus de réadaptation. On retrouve des approches cognitives telles que :

- La remédiation cognitive : axée sur le fonctionnement global de la personne, elle s'appuie sur des exercices de mémoire pour restaurer les déficits cognitifs.
- La psychothérapie cognitive : orientée sur la modification des dysfonctionnements des schémas cognitifs (croyances, attitudes, émotions)
- La réadaptation cognitive : basée sur l'amélioration des habiletés dans un contexte de vie donné, notamment avec le programme IPT²⁹ (Da Silva, 2007).

L'ergothérapeute va alors trouver sa place au sein de chacune de ces approches.

a) Le rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute grâce à la diversité de ses compétences en termes de formation et de pratique centrée sur la personne intervient sur l'ensemble des interactions en lien avec l'environnement, l'occupation et la personne et contribue à réduire les impacts de la maladie (ergothérapeutes du Québec, 2009).

1) La relation thérapeutique

La relation thérapeutique est un principe fondamental en santé mentale et particulièrement dans le cadre de la schizophrénie. Une mauvaise relation thérapeutique peut engendrer un désengagement dans le soin (mauvaise adhésion à l'hospitalisation et à la médication) (Pelletier, 2021).

La relation thérapeutique regroupe un ensemble pertinents d'éléments qui relie le thérapeute et son patient. Ces éléments sont en rapport avec l'alliance thérapeutique, le consensus sur les objectifs, la collaboration, le regard positif, la prise en compte des notions du transfert, du contre transfert³⁰ et l'interprétation des relations. Chacun joue un rôle significatif dans la relation et implique que le thérapeute adapte celle-ci individuellement pour une thérapie réussie (Bozarth, 2014). Cette adaptation passe par l'instauration du cadre thérapeutique.

²⁹ Integrated Psychological Therapy : fondé sur le concept de traitement de l'information (DaSilva, 2007)

³⁰ Contre transfert : concerne les sentiments du thérapeute vis-à-vis du malade (Brient, 2007)

2) Le cadre thérapeutique

La pratique de l'ergothérapie s'appuie sur des activités avec des supports tels que la matière, l'objet, l'action, qui sont en lien avec les activités du quotidien, les activités thérapeutiques, ou encore des médiations à visées expressives. Que ce soit lors de mise en situation écologique ou semi écologique, dans un espace dédié spécifique à la pratique de l'ergothérapie ou dans un espace polyvalent, les lieux de pratique sont multiples et octroient des possibilités de représentation de soi, de l'autre et de l'environnement. La notion du cadre thérapeutique s'articule en premier lieu autour de cet espace-temps. Le lieu d'intervention doit permettre à l'ergothérapeute de proposer un environnement propice à sa pratique. L'ergothérapeute met en place et maintient un cadre pour accueillir et observer le patient en tant que sujet (Pibarot, 2007).

Winnicott dans son livre « jeu et réalité » publié en 1971, décrit le rôle essentiel de l'environnement dans le développement. Il distingue l'environnement de trois façons :

- Handling : façon de porter
- Holding : façon de mobiliser, de traiter
- Object-presenting : façon de présenter les objets

Ces façons garantissent la présence du thérapeute et reflètent la manière dont il élabore le cadre, marque sa présence vis-à-vis de l'autre, prête son savoir en ayant conscience de ses propres mouvements et demandes. Le cadre ainsi défini va permettre d'aller à la rencontre du patient, de lui faire confiance, de le mettre en mouvement et d'attendre que son mouvement se formalise pour ainsi créer le cadre relationnel. En milieu psychiatrique, le travail de l'ergothérapeute exige le maintien du cadre afin d'accompagner les mouvements de transferts du patient par le biais d'une activité, et d'accompagner les actions personnelles du sujet vers l'environnement, matière première dans la prise en charge. La mise en place du cadre va alors s'articuler autour d'objectifs thérapeutiques spécifiques (Pibarot, 2007).

1) Les objectifs thérapeutiques

Les objectifs sont déterminés dans un esprit de collaboration avec l'équipe de soin et le patient. Ils se définissent, hiérarchisent, s'organisent et se réévaluent dans le temps. La pratique de l'ergothérapeute s'appuie sur des objectifs qui visent, en milieu psychiatrique à restaurer les relations afin de rompre l'isolement, offrir un sentiment d'appartenance à un groupe, accompagner vers la maîtrise de l'anxiété / l'angoisse, travailler sur la confiance et / ou l'estime de soi, susciter l'intérêt et le plaisir, ou encore lutter contre les symptômes de la maladie. L'ensemble cherche à sauvegarder, restaurer une activité psychique lors d'une rencontre intersubjective entre le patient et le thérapeute. L'ergothérapeute fonde sa pratique sur ses capacités d'écoute, d'observations cliniques et sur

l'utilisation d'outils thérapeutiques pour tenter de créer du lien et de proposer un espace de créativité individuel ou collectif. Les activités favorisent la mise en relation avec l'autre (Klein, 2016).

En ce sens, l'ergothérapeute, par l'activité, intervient sur les composantes de l'individu, sur ses occupations et son environnement aussi bien physique que social. Il prend en charge diverses pathologies invalidantes, notamment la schizophrénie et accompagne vers l'autonomie et l'indépendance.

B. ERGOTHÉRAPIE : ACTIVITÉS ET MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES

a) L'activité en ergothérapie

Sylvie Meyer définit l'activité comme « *une structure d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (Meyer, 2013). On y retrouve l'idée de performance occupationnelle. L'activité s'associe à l'occupation et la tâche, et prend sa source des fonctions mentales et physiques de l'individu, de la volonté ou des habitudes. Dans la vie quotidienne, l'activité correspond aux places et rôles de la personne.

Le concept d'occupation est abordé par Doris Pierce en 2016, comme étant une expérience spécifique qui se construit de manière personnelle et individuelle et qui ne se répète pas. Pour Pierce, l'occupation s'établit sur deux niveaux : dans un contexte de subjectivité en lien avec la personne et ses expériences personnelles et dans un contexte socio-culturel mettant en lien la participation de l'individu au sein de la société.

L'activité développe les habiletés, les compétences et les intérêts. Elle est satisfaisante et nécessaire pour agir, explorer et se réaliser (Ferland, 2015).

L'activité est significative si elle a de l'intérêt, une importance particulière dans la vie de la personne. Dans le contexte d'une thérapie, l'activité significative doit avoir à la fois une relation avec l'intérêt de la personne pour l'engager et un but dans l'intervention proposée par le thérapeute (Meyer, 2013).

L'objectif des activités consiste au développement des habiletés fonctionnelles et sociales pour mieux intégrer la vie en communauté. De nombreuses activités de vie quotidienne ou de relations sociales permettent de faire du lien avec le projet de vie de la personne (Laulan, 2007).

b) Les médiations thérapeutiques en psychiatrie

La médiation correspond à une mise en forme entre un sujet en mal d'expression verbale et un thérapeute qui reçoit cette expression. La multiplicité des médiations témoigne de sa nécessité

dans les lieux de soins. Elle est le symbole de la liaison entre le thérapeute et le patient qui partagent un objet médiateur commun et participe à un ensemble institutionnel (Botbol, 2003).

La médiation sert d'intermédiaire entre des réalités différentes et complémentaires. Pour les personnes en souffrance psychique, elle prend une forme expressive en offrant des moyens d'expression et de transformations des activités mentales du sujet. Elle est aussi effet de rencontre entre deux protagonistes qui coproduisent et créent en commun la relation thérapeutique. Elle représente l'objet de médiation entre la réalité et le symbolique, entre la pensée et les affects, entre le patient et l'objet (Kapsambelis, 2012).

Selon Winnicott, l'objet transitionnel est à la base de l'initiation de l'expérience. L'objet va être le support d'une relation de l'intérieur vers l'extérieur.

L'objet est une transition entre une représentation interne de la relation que le patient entretient avec lui-même et la relation qu'il entretient avec l'autre et le monde. L'ergothérapeute va s'appuyer sur l'objet créé par le patient, en observant, écoutant, et jouant pour appréhender au mieux sa dynamique interne. L'ergothérapeute peut alors proposer une nouvelle dynamique pour accompagner le patient dans son expérimentation, dans sa quête d'existence (Bagnères, 2007). Parmi la diversité des médiations thérapeutiques qui peuvent être proposées en ergothérapie, on retrouve l'improvisation théâtrale.

CHAPITRE III – ERGOTHÉRAPIE ET SCHIZOPHRÉNIE : L'UTILISATION DE L'IMPROVISATION THÉÂTRALE

A. IMPROVISATION THÉÂTRALE : UNE MÉDIATION À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

a) Historique

« L'improvisation permet de voir et d'écouter. En voyant et en écoutant et en se voyant et en s'écoutant, le protagoniste acquiert des connaissances sur lui-même. Je vois et je me vois, je parle et je m'écoute, je pense et je me pense (Boal, 2002, p.34) ».

A partir de l'étymologie grec du mot théâtre, les racines « théos » qui signifie « dieux » et « iatros - guérison » sont d'après l'interprétation du psychanalyste Alain Héril, « *le lieu où l'on se guérit par la parole des dieux* » (Héril, 2011).

L'improvisation théâtrale fait partie des plus vétustes activités artistiques de l'homme et prend sa source des premières pièces de théâtre. Elle apparaît en occident vers -391 av. J-C, avec la comédie du théâtre latin « l'atellane » par le biais de mises en scène où l'improvisation occupe une

part importante et aborde des thèmes simples de la vie quotidienne. Durant des siècles, le théâtre est rejeté par l'église chrétienne sous motif d'immoralité. Ce n'est qu'à partir du XV^{ème} siècle que l'improvisation réapparaît avec « La commedia Dell'arte³¹ » qui succède à l'atellane. Tous les deux sont précurseurs d'un style comique marqué par l'improvisation et impulsé par Molière (Berridi Puertas, 2018). Dès lors, les représentations se diversifient, obligeant le joueur à s'adapter aux événements liés à l'environnement (lieu, espace, temps). Le XX^{ème} siècle est marqué par la progression fulgurante de l'improvisation théâtrale avec des précurseurs tels que Dudley Riggs³², Viola Spolin³³ et Keith Johnstone³⁴ ou encore l'école francophone de Robert Gravel³⁵ (Improfrance, 2022).

L'improvisation fait travailler des différences individuelles où l'identité de l'individu constitue la matière première des actions menées collectivement et se présente comme une activité qui permet de se découvrir et de reconnaître la contribution de l'autre dans l'émergence du soi (Granjon, 2020). Elle véhicule des valeurs positives (écoute de l'autre, partage d'idées, égalité, acceptation, construction commune, rencontre de l'autre) et peut mettre en avant des thématiques qui interpellent et poussent à la réflexion (labelimpro,2015).

b) Les règles, techniques et conventions

« L'improvisation se construit comme un jeu interactionnel et discursif visant à transmettre des compétences à improviser (Gorin, 2021) ».

Mon interprétation de cette citation est que l'improvisation offre une dynamique particulière qui nécessite des ajustements sur le plan collectif, mais aussi sur le plan individuel ainsi qu'une compréhension des conventions de l'improvisation par l'ensemble des participants. Improviser c'est réussir à faire émerger des histoires, des univers, des personnages différents et éphémères.

Cependant, l'activité n'est pas si simple, il s'agit d'un travail d'apprentissage, de mémorisation. Comme le dit Keith Johnstone : « *improviser ne s'improvise pas* (Johnson,2013)». Il est donc important de préciser certaines caractéristiques conventionnelles pour cette activité. Lors de la rédaction de sa thèse sur le théâtre d'improvisation, Théo Gorin a mené une étude s'appuyant sur des observations, des entretiens et des enregistrements dans le but de saisir la pratique souvent méconnue de

³¹ Commedia Dell'arte : genre théâtral populaire, né au XV^{ème} siècle reposant sur l'improvisation d'acteurs masqués

³² Dudley Riggs : 1^{er} improvisateur professionnel, fondateur du « instant company de New-york

³³ Viola Spolin : mère de l'improvisation théâtrale américaine, créatrice du célèbre théâtre d'improvisation de Chicago « Second City »

³⁴ Keith Johnstone : pionnier anglo-saxon de l'improvisation , fondateur du « Loose Moose Théâtre »

³⁵ Robert Gravel : comédien et concepteur de la Ligue nationale d'improvisation Robert Gravel

l'improvisation théâtrale. Il en ressort que la constitution d'un atelier d'improvisation théâtrale regroupe entre 8 et 15 personnes sur une durée de 2 à 3 heures et se décline par des phases d'échauffements, des phases d'exercices, des phases de jeux sous forme de mises en situation qui s'appuient sur des thématiques diverses et cohérentes (écoute, mimes, lâcher-prise, vie quotidienne, etc.) annoncées en début de séance. Ces différentes phases, précédées de consignes communiquées par le chef de l'atelier, imposent un cadre propice au travail de différentes compétences et servent à maintenir l'attention des participants. Le cadre est essentiel pour saisir la performance et les attentes spécifiques en lien avec le cadre de l'improvisation. Gorin va alors s'appuyer de différents auteurs pour définir cette notion de performance ; il choisit d'aborder le caractère performatif comme un travail de compétences réalisé dans un contexte inhabituel et construit autour d'un cadre d'exploration et d'apprentissage en vue d'une performance officielle à venir.

L'improvisation théâtrale thérapeutique propose une diversité de situations imaginaires afin de vivre des émotions authentiques et générer des expériences de connaissance de soi et de changement potentiel. Le thérapeute endosse le rôle d'animateur lorsqu'il propose des exercices ou donne le rythme, d'artiste lorsqu'il crée avec les participants, d'arbitre lorsqu'il communique les règles et de thérapeute lorsqu'il soutient la démarche de croissance des participants de manière individuelle ou collective. Le cadre de bienveillance, de confidentialité, de respect, de liberté, d'engagement est posé pour appuyer le sentiment de confiance. L'improvisation se déroule en 3 temps (échauffement corporel et vocal, exercices sensoriels, improvisation), chacun ponctué par des invitations à échanger et élaborer les ressentis sur les expériences partagées. Ces échanges confrontent le vécu de chacun et sont utilisés pour regarder comment il est possible d'exporter l'expérience dans la vie quotidienne. Les situations fictives permettent de mieux appréhender la réalité. L'improvisation explore les émotions (colère, tristesse, joie), la mobilisation du corps, de la voix, de l'espace. La personne découvre des situations de confrontation, de rencontre, d'alliance. Elle dédramatise, débloque des situations figées dans une dynamique groupale. Dans ce contexte, il n'y a pas de notions de performance (Laszlo, 2013).

L'improvisation théâtrale n'est pas une activité nouvelle. Rapidement devenu un outil d'éducation, elle se pratique dans des contextes distincts. Ses particularités lui permettent d'exister au sein des écoles, des entreprises (formations) ou encore lors d'évènements (animations, shows) mais aussi en milieu psychiatrique.. Par sa diversité, l'improvisation participe à travailler sur la reconstruction de l'identité par l'aspect motivationnel, l'acquisition de compétences sociales et la restauration des capacités perdues. Elle confère une reconnaissance sociale, et une meilleure confiance en soi sur les différentes sphères en lien avec la vie au sein de la société (Hénil,2011).

B. IMPROVISATION THÉÂTRALE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

« En santé, la pratique culturelle est vue comme une thérapie médicale avec l'hypothèse que les activités culturelles améliorent la santé (Cuypers,2012) ».

L'étude de Cuypers et al., révèle qu'une participation aux activités dites culturelles, qu'elles soient réceptives ou créatives s'associe à une bonne santé. Il appuie le concept de bonne santé avec des notions telles qu'une diminution de l'anxiété et de la dépression, et une satisfaction de la vie. De plus, il suggère une relation de cause à effet fiable entre les activités culturelles et créatives et les soins de santé (Cuypers, 2012).

En milieu psychiatrique, l'activité d'improvisation théâtrale rentre dans le champ de la médiation (Guénoun,2016). Ainsi, la mise en place de l'improvisation nécessite une articulation avec l'institution d'une part et d'autre part avec l'équipe pluridisciplinaire. En ergothérapie, cette mise en place s'accompagne d'une prescription médicale. Cet accompagnement pluridisciplinaire garantit la cohérence du soin (Guénoun, 2016). L'ergothérapeute peut alors utiliser cette médiation pour travailler sur des objectifs de socialisation, de stimulation, de réinvestissement, de communication. Dans la prise en charge de personne vivant avec une schizophrénie, l'ergothérapeute va instaurer un accompagnement adapté prenant en compte l'individu dans sa singularité et en s'appuyant sur un médiateur thérapeutique.

L'article R4331-1 du code de santé publique (2021) stipule que l'ergothérapeute peut organiser dans l'exercice de ses fonctions, des activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail. Le choix de l'improvisation comme médiateur génère l'instauration d'un cadre, de règles et consignes, d'une dynamique, de la mise en évidence des processus psychiques utilisés lors d'une mise en scène spontanée se déroulant dans un contexte thérapeutique. Il s'agit de laisser le patient de s'exprimer en tant que sujet et de canaliser l'angoisse et l'anxiété (Guénoun, 2016).

a) Improvisation théâtrale – ergothérapie – schizophrénie

1) L'engagement de l'ergothérapeute

Florence Klein dans « Ergothérapie en psychiatrie » publié en 2016, traite de l'importance d'accueillir chaque patient avec son individualité, dans le respect, sans jugement, sans crainte en mettant en place un engagement mutuel instauré grâce à des stratégies thérapeutiques. Il s'agit d'évoluer professionnellement dans un processus d'échanges libres, de verbalisations, de confiance et d'authenticité afin de pouvoir accueillir les mouvements internes et externes, les investissements psychiques et les projections des patients.

Le thérapeute participe activement et travaille sur l'axe sensoriel, l'axe imaginaire, l'axe d'incarnation du personnage, l'axe du regard de l'autre et des propriétés de contenance de la scène et du groupe afin de faire émerger l'expression de soi sans interpréter le contenu. Ces axes sont travaillés différemment d'un individu à l'autre. Les références théâtrales du thérapeute coexistent (dans la dynamique du groupe) et cocréent (le thérapeute participe à l'émergence de la créativité) avec ce que le patient peut proposer afin de maintenir ou relancer la dynamique groupale. Le thérapeute doit être conscient que l'utilisation de l'improvisation théâtrale comme médiateur thérapeutique est indissociable de l'engagement contre-transférentiel dans le choix de cette activité créative et dans la rencontre de l'autre car le jeu va mettre en évidence les liens transférentiels, les liens identificatoires et les questionnements psychiques reflétant les problématiques de chacun. Il doit donc bannir toute notion de performance pour offrir un espace d'exploration de soi et pour maintenir l'équilibre entre fait de reconnaissance et recherche de sens du contenu brut proposé par le patient (Guénoun, 2016). Les modalités de rencontre passent par l'instauration d'un cadre thérapeutique.

2) Cadre contenant et réassurant

Dans le livre « Ergothérapie en psychiatrie » coordonné par Hélène Hernandez et publié en 2016, Monique Donaz (ergothérapeute) définit le cadre structuré à la fois par des éléments spatiotemporels (lieu, jour et heure de l'activité) et des éléments propres à l'activité proposée (matériaux, outils). Ce cadre délimité par un « dedans » et un « dehors » est le support sur lequel les processus psychiques se transfèrent. D'ailleurs, dans ce même livre, l'ergothérapeute Muriel Mutis traite de ces deux notions « dedans / dehors » qui peuvent symboliser en concomitance la salle d'ergothérapie, l'hôpital, l'institutionnalisation, et soi-même. Le cadre fait donc office d'espace transitionnel, à la fois permanent et malléable (adaptable en fonction du besoin du patient) où chaque participant expérimente de manière subjective et s'approprie ce qui lui est proposé par le thérapeute.

« L'improvisation théâtrale impose un cadre théorique pour une thérapie dramatique stimulante avec une notion d'espace transitionnel et de transformations développementales (Reisman, 2016) ».

Au sein d'un atelier thérapeutique, l'improvisation théâtrale se construit variablement sur un temps d'accueil et d'échanges (rencontre et présentation des participants), suivi d'un temps d'échauffement en groupe (exercices corporels, expressifs, etc.) et un temps d'improvisation (le jeu); les exercices et improvisations peuvent changer ou être identique d'une séance à l'autre. Bien que plusieurs techniques théâtrales soient utilisées (voix, corps, l'imaginaire, textes), il n'y a pas de notion de performance mais une liberté d'expression spontanée de la subjectivité du patient (Guénoun, 2016).

L'improvisation se déroule généralement dans une salle calme et spacieuse en retrait des services de soin dans le but d'offrir un espace-temps différent. La séance s'effectue en coanimation avec le personnel soignant et/ ou un intervenant externe procurant simultanément un cadre artistique et thérapeutique. L'instauration de rituels de début et de fin de séance permet de renforcer l'alliance thérapeutique grâce à des repères spatio-temporels fixes et sécurisants pour le patient. Les différents exercices vont permettre de mettre en mouvement le corps, rencontrer l'autre, travailler la respiration, mettre à distance des symptômes de la maladie, et d'acquérir certaines habiletés sociales. La verbalisation au cours et en fin de séance va servir à libérer les tensions internes. Le cadre bienveillant, de non-jugement impulse une ouverture sur le monde extérieur et la rencontre de l'autre (Bizot, 2016).

3) Dynamique du groupe et créativité

La notion du groupe est un support essentiel de l'improvisation théâtrale pour induire des effets thérapeutiques chez les personnes en souffrance psychique. Le jeu va mettre en lumière les questionnements, l'identification, le transfert des problématiques psychiques des patients ; mais aussi donne une place primordiale à la représentation de soi en tant que sujet dans un groupe, au travail de l'altérité avec les pairs et les thérapeutes. La progression des exercices laisse chacun évoluer à son rythme au sein d'action collective. La dynamique de groupe suggère l'interaction et met en avant l'aspect convivial (Guénoun, 2016).

La créativité permet à l'individu d'exister et que son existence soit reconnue. Le cadre thérapeutique permet la manifestation de l'expérience, de la créativité qu'elle soit motrice ou sensorielle et devient la trame du jeu (Winnicott, 1975).

4) Dimension scénique : quand le « je » rentre en jeu

« La médiation théâtrale est un jeu à règles qui cadre le play au sens Winnicotien (1971), tout en conservant l'associativité et les possibilités d'exploration de la vie psychique du sujet dans le groupe. Ce jeu à règles laisse le patient régresser, sans décompenser, vers l'exploration de sa sensorialité et de ses contenus fantasmatiques (Guénoun, 2016) ».

La médiation théâtrale impose d'être son personnage, de travailler le geste, d'écouter l'autre. Le jeu vise à se faire autre pour se faire voir par un autre : le fait d'incarner un personnage inattendu par les autres et par soi-même modifie le positionnement du patient et la manière de se représenter (Guénoun, 2016).

L'environnement participe au développement émotionnel et personnel de l'individu. Par le jeu, le patient se montre créatif. Les personnes en quête de soi essaient de : « *se retrouver dans les*

productions de leurs expériences créatives ». La quête du soi marque déjà une faille dans le domaine de la vie créative et la production de cette création dans le jeu, même si elle est valable, ne suffira pas à remédier à ce manque. Le thérapeute doit alors permettre aux patients de communiquer ses idées, impulsions, sensations même si elles ne sont pas reliées entre elles car ce non-sens fait partie de l'individu. Le thérapeute doit être en mesure de recevoir cette communication qui va permettre à la personne d'exister dans une activité créative, physique et mentale manifestée dans le jeu. L'existence se fait comme une unité par l'expression du « je », à partir d'une position créative qui devient « je suis, je suis en vie, je suis moi-même » (Winnicott,1971).

b) Les bénéfices thérapeutiques de l'improvisation théâtrale

« L'art se révèle être un levier parfois assez extraordinaire dans le domaine des soins psychiques. Le théâtre, tout particulièrement, peut être un dispositif idéal pour remettre en mouvement et au travail, de façon ludique, le rapport à soi et à l'autre(De Biolley, 2020)».

Selon le psychiatre Héril, le théâtre développe l'individu, lève certaines inhibitions et améliore la créativité. C'est pour lui, une aventure collective qui aide à s'installer dans une connaissance de soi féconde et évolutive.

Dans l'étude menée par Cuyppers et al en 2012 , il ressort que la participation aux activités réceptives et créatives s'associe à une bonne santé, une satisfaction de la vie, une diminution de l'anxiété et de la dépression. Ils mettent en évidence des relations de cause à effet fiables entre les activités créatives et les soins de santé.

Si on se réfère à l'article « Lumières sur l'improvisation théâtrale » d'Olivier Marty publié en 2013; le théâtre d'improvisation forme et développe des qualités individuelles et collectives en termes d'attention à l'autre , de performance, d'entraide ou encore d'adaptabilité. Les bienfaits sont aussi observables au niveau des interactions sociales où le jeu de rôle forme à la vie en communauté.

L'improvisation théâtrale confère des possibilités multiples : développement personnel, relation interpersonnelle, communication, espace de réflexion / créatif. Les exercices enclenchent un processus qui peut aboutir sur des changements sur l'individu prenant forme à partir d'un contexte groupal (Fortin,2009). L'improvisation théâtrale implique donc la sollicitation de multiples fonctions. Cette multiplicité peut potentiellement être un support pour l'apprentissage des habiletés sociales.

C. IMROVISATION THÉÂTRALE ET HABILITÉS SOCIALES

« Apprendre à être autre, c'est apprendre à comprendre l'autre et à pouvoir agir avec lui. Dissimuler une partie de soi peut être nécessaire à la vie en société (Marty,2013) ».

a) Les habiletés sociales

Si on se réfère à la définition de Jérôme Favrot datant 2013, les Habiletés sociales : *« sont un ensemble des capacités spécifiques qui permettent d'accomplir une tâche de façon compétente »*. Les habiletés sociales regroupent les capacités cognitives et comportementales nécessaires à la communication des émotions, des besoins et à l'atteinte d'objectifs relationnels. Elles se déclinent sous plusieurs types d'habiletés. D'une part les habiletés relationnelles qui concernent la relation à l'autre, puis les habiletés de la vie courante, celles-ci permettent d'accomplir de manière autonome les tâches de la vie quotidienne et les habiletés professionnelles.

Dans la revue santé mentale de mars 2008 (n° 126), le psychiatre Libermann explique que les habiletés sociales sont conceptualisées sous forme séquentielle et regroupent 3 étapes : les habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices.

1) Les habiletés réceptives

Les habiletés réceptives correspondent à l'attention et à la façon dont l'individu va percevoir les informations utiles, et les éléments de l'environnement. Elles se caractérisent par le fait d'écouter l'autre, d'identifier le bon interlocuteur pour interagir ou reconnaître les émotions, sentiments, et souhaits des autres. Il s'agit aussi de reconnaître ses propres objectifs dans la relation. L'adéquation du comportement relationnel va de pair avec une situation donnée et donc dépend des indications de l'environnement (Libermann, 2008).

2) Les habiletés décisionnelles

Les habiletés décisionnelles permettent de traiter des informations et de sélectionner une réponse adaptée. Le choix d'une réponse contribue à la réalisation de l'objectif à court, moyen ou long terme. Il s'agit d'avoir la capacité d'évaluer les conséquences de potentielles réponses et de sélectionner celle qui sera la plus adaptée dans un contexte donné. Cette étape fait appel à l'élaboration afin d'identifier les éléments de la communication ; ce qui va être dit au sens du contenu et l'endroit et le temps durant lesquels l'échange a lieu (Libermann, 2008).

3) Les habiletés émettrices

Les habiletés émettrices sont les capacités de production d'une réponse comportementale. Il est question ici de mise en œuvre, et d'exécution d'un échange interpersonnel. Cette réponse comportementale s'observe dans l'interaction verbale (ce qui est dit) et non verbale (la façon dont c'est dit : posture, intonation, expressions faciales, contact oculaire, la distance)(Libermann, 2008).

Les habiletés réceptives et décisionnelles ne sont pas concrètement observables comparées aux habiletés émettrices mais une bonne relation de communication implique forcément une perception efficace et des aptitudes cognitives en termes de planification, et d'élaboration pour la mise en œuvre d'une réponse comportementale. Ces composantes sont imbriquées, et semblent indissociables les unes des autres. Un déficit dans l'un des processus aura des conséquences sur l'une des étapes suivantes. Libermann précise alors qu'un manque d'attention implique la non prise en compte de certains éléments et entraîne une difficulté dans la prise de décision et dans la réponse comportementale. Les patients psychiatriques éprouvent d'énormes difficultés lors de situation de communication et dans l'expression des émotions positifs ou négatifs (Libermann, 2008)

b) Schizophrénie et apprentissage des habiletés

Le début de la schizophrénie et les symptômes , marquent souvent la détérioration du fonctionnement social de l'individu. En l'absence de réinsertion sociale, l'apprentissage des compétences sont rapidement entravées. Le manque de contact, les déficiences neurologiques, le changement du milieu vie, les traumatismes personnels sont des facteurs qui peuvent amoindrir les performances sociales d'une personne vivant avec une schizophrénie et se caractérise par un isolement social. L'incapacité de ces personnes pour s'exprimer va alors avoir des répercussions sur les relations interpersonnelles et la qualité de vie et favoriser les rechutes. Les déficits en habiletés sociales peuvent potentiellement s'identifier par la non-acceptation des remarques de son employeur, des altercations répétées avec l'entourage, l'évitement de situation sociale, des anomalies dans le traitement des informations. L'entraînement aux habiletés sociales peut améliorer le comportement, le fonctionnement psychologique, et la qualité de vie de la personne vivant avec une schizophrénie. Le professionnel de santé peut accompagner le patient en mobilisant ou en réactivant des compétences assoupies. Le thérapeute va alors par l'incitation, la répétition, la planification de tâches, accompagner vers l'acquisition ou la ré-acquisition des habiletés sociales (Liberman,2008).

1) L'entraînements aux habiletés sociales

L'entraînement aux habiletés sociales fournit des méthodes d'apprentissage pour améliorer le comportement et le fonctionnement social, à se projeter ; nouer ; approfondir les relations humaines. L'entraînement aux habiletés par le professionnel de santé, est une technique déjà utilisée

sur les personnes vivant avec un trouble psychiatrique. Il vise à enseigner des pratiques rudimentaires dans une conversation (contact visuel, intonation, rythme, etc.), donner ou demander des informations, préparer un entretien, formuler ou accepter la critique, faire valoir ses droits, diminuer/ éviter/ identifier des situations stressantes ou conflictuelles, s'intégrer dans la communauté (Liberman,2008)..

Les équipes soignantes tentent de réduire les troubles cognitifs de la schizophrénie en mettant en place diverses techniques de soin : remédiation cognitive, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui travaillent sur les habiletés instrumentales et relationnelles au sein d'une structure de type associatif (Hecktor,2015). Il est possible, d'observer l'utilisation de jeux pour développer les habiletés notamment avec les jeux « compétence » ou encore certains jeux de société. Le jeu « compétence » permet d'entraîner les habiletés sociales des patients avec un diagnostic de schizophrénie par le biais de 3 types de cartes portant sur la cognition sociale, les situations et les problèmes pour améliorer le fonctionnement interpersonnel (Favrod, 2013).

Je n'ai pas trouvé d'étude sur l'utilisation du jeu de rôle par l'ergothérapeute pour travailler sur l'ensemble des habiletés sociales. En ce sens, j'oriente mon mémoire d'initiation à la recherche sur les ergothérapeutes qui utilisent l'improvisation théâtrale comme support dans l'apprentissage des habiletés sociales.

Le cadre conceptuel a permis de montrer en premier lieu, l'impact de la pathologie sur la personne. La maladie engendre des répercussions néfastes qui se généralisent sur la vie de la personne. Ces répercussions induisent principalement l'isolement social des personnes vivant avec une schizophrénie et rendent la relation à l'autre, la communication, et les relations interpersonnelles complexes. L'intervention de l'ergothérapeute a pour but d'accompagner ces personnes vers la récupération, l'intégration, ou la réintégration de leur rôle sur le plan personnel, occupationnel et environnemental. L'utilisation de médiateur thérapeutique tel que l'improvisation théâtrale va permettre à l'ergothérapeute de stimuler, solliciter, initier, et favoriser l'acquisition de compétences sociales et relationnelles. Il s'agit dorénavant d'identifier la manière dont l'ergothérapeute va accompagner les personnes vivant avec une schizophrénie avec ce médiateur.

CADRE EXPÉRIMENTAL

Afin de répondre à la rédaction du cadre expérimental de mon mémoire de recherche, je souhaite analyser la pratique des ergothérapeutes qui utilisent l'improvisation théâtrale auprès de personnes souffrant de schizophrénie. L'objectif est d'analyser les différents éléments et les diverses démarches mis en œuvre par l'ergothérapeute pour promouvoir l'apprentissage des habiletés sociales par le biais de ce médiateur thérapeutique.

Cette partie expérimentale est constituée du projet d'enquête qui aborde les objectifs, la population et les outils choisis. Par la suite, je présente les résultats bruts obtenus lors de la réalisation de l'enquête suivi de l'analyse des données recueillies. La discussion met en évidence les différents éléments qui vont valider ou invalider mon hypothèse. De plus, dans cette partie, j'aborde les intérêts et les limites de l'enquête. La conclusion fait un état des lieux de ce sujet de mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie et des perspectives potentiellement envisageables.

Avant d'énumérer les objectifs de l'enquête, il convient d'effectuer un rappel de la problématique et de l'hypothèse.

CHAPITRE I – MÉTHODE DE RECHERCHE

➤ *Rappel de la problématique et de l'hypothèse*

Dans quelle mesure l'improvisation théâtrale représente-t-elle un outil thérapeutique en ergothérapie en vue d'améliorer la participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie ?

L'ergothérapeute utilise l'improvisation théâtrale pour promouvoir l'apprentissage des habiletés sociales chez les personnes vivant avec une schizophrénie en travaillant simultanément sur les habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices.

A. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Pour essayer de répondre à ma problématique et tenter de valider mon hypothèse, je définis les objectifs suivants :

- Définir le cadre thérapeutique mise en œuvre et la posture de l'ergothérapeute pour favoriser le potentiel thérapeutique de l'improvisation théâtrale chez les personnes vivant avec une schizophrénie.

- ÉVALUATION : Les notions de cadre, d'accompagnement individuel ou collectif, de renforcement positif, de réassurance, d'observation active, de garant, de relation thérapeutique, de collaboration ressortent dans les différents entretiens
- **Identifier les objectifs thérapeutiques déterminés par l'ergothérapeute dans le cadre de la mise en place d'un atelier d'improvisation théâtrale auprès de personnes vivant avec une schizophrénie.**
 - ÉVALUATION : Différents objectifs en lien avec la relation à l'autre, l'expression des émotions, la stimulation des fonctions cognitives, l'engagement, l'appartenance à un groupe, sont relevés dans les réponses émises par les ergothérapeutes
- **Reconnaitre et décrire la mise en œuvre des ergothérapeutes qui utilisent l'improvisation théâtrale pour l'apprentissage des habiletés sociales sur les personnes vivant avec une schizophrénie.**
 - ÉVALUATION : Les ergothérapeutes expliquent comment ils travaillent les habiletés sociales (les exercices spécifiques).
- **Identifier les bénéfices thérapeutiques de l'improvisation théâtrale et les évaluations menées par l'ergothérapeute afin de mesurer l'impact sur les personnes vivant avec une schizophrénie**
 - ÉVALUATION : Les ergothérapeutes parlent des bénéfices qu'ils ont pu observer à court, moyen ou long termes, évoquent les bénéfices via les ressentis verbalisés par les patients et témoignent qu'ils utilisent soit un outil spécifique pour évaluer les bénéfices, soit l'observation et/ou les ressentis des patients.

B. POPULATIONS

Ma problématique et mon hypothèse étant orientées sur une pratique professionnelle, l'enquête sera menée auprès d'un public professionnel afin d'essayer de répondre aux objectifs cités précédemment. Mes recherches littéraires indiquent qu'il est important d'envisager l'enquête intégralement avant de déterminer la taille de sa population. Celle-ci dépend de nombreux paramètres : méthode d'échantillonnage, type de collecte, critères à établir à partir des données (Firdion,2010).

En ayant pris en compte ces différents éléments, je souhaite pouvoir interroger un minimum de 4 ergothérapeutes. Ce panel de 4 ergothérapeutes ne sera pas représentatif de la profession mais aura une valeur qualitative. Ma situation d'appel a eu lieu en milieu intra hospitalier donc je tiens à maintenir ce milieu car dans un premier temps, il répond à ma situation d'appel et dans un second temps il s'agit d'un contexte d'hospitalisation où les patients sont encore en phase de stabilisation ou

en cours de diagnostic. Dans ce sens, il serait intéressant de voir si la pratique de l'ergothérapeute est identique à celle des ergothérapeutes en milieu extra hospitalier. Ainsi, il serait aussi intéressant que l'enquête puisse s'étendre aux ergothérapeutes exerçant en milieu extra hospitalier afin d'observer la diversité des pratiques basées sur l'utilisation d'un médiateur identique. De plus, dans un contexte sanitaire complexe rendant l'accès aux établissements de santé difficile, l'élargissement du champ de recherche me semble pertinent. Ainsi mes critères et ma population sont les suivants :

	INCLUSION	EXCLUSION
4 ERGOTHÉRAPEUTES	<ul style="list-style-type: none"> -Ayant le DE d'ergothérapie -Exerçant ou ayant pris en charge des patients ayant été diagnostiqués schizophrènes -Exerçant en milieu intra ou extra hospitalier -Qui pratique ou qui a pratiqué l'improvisation théâtrale auprès de ce public 	<ul style="list-style-type: none"> -Ne pas avoir le DE d'ergothérapie -Ne pas avoir pris en charge les personnes atteints de schizophrénie -Ne plus être en activité -Ne pas utiliser l'improvisation théâtrale

➤ *Mode d'accès à la population*

Je compte mettre en œuvre divers moyens. La prise de contact avec les ergothérapeutes a été réalisée par :

- Appel téléphonique dans les établissements de santé psychiatrique
- Sollicitation de l'équipe pédagogique de l'institut de formation afin d'obtenir des courriels des ergothérapeutes potentiellement susceptibles de correspondre aux critères (en ayant préalablement sélectionné les ergothérapeutes ayant donné des cours en lien avec la psychiatrie au sein de l'IFE, ainsi que les ergothérapeutes enregistrés sur la base de données des différents lieux de stage en santé mentale fournie par l'IFE)
- Utilisation des réseaux sociaux pour la diffusion de ma recherche
- Sollicitation du réseau de mon maître de mémoire
- Sollicitation des étudiants de ma promotion afin d'obtenir des contacts de leur tutrice de stage

C. OUTILS

Mon enquête se base sur deux outils méthodologiques : entretien semi directif et observation. Ce choix permet d'approfondir mes connaissances et de collecter de nouvelles informations.

a) L'entretien

L'entretien a la particularité de favoriser les échanges humains (Kivits, 2016). L'utilité de l'entretien repose dans un premier temps sur la possibilité d'analyser la perception des personnes interviewées vis-à-vis de leurs pratiques et expériences. La flexibilité permet de s'attarder sur certaines notions, d'étayer certains éléments plus que d'autres ou d'approfondir la compréhension (Blanchet, 2007).

En 2015, Fenneteau dit dans « Enquête et questionnaire », que « les connaissances acquises et les objectifs définis par le commanditaire de l'enquête lui permettent de recenser les différents thèmes que les interviewés devront aborder ». Il conviendra d'interroger sur des éléments précis. Les thèmes doivent avoir une correspondance avec les objectifs (Lugen, 2015). L'entretien semi-directif va permettre de cadrer l'échange sur des thématiques précises tout en laissant à l'interviewé la liberté d'orienter ses réponses (Revillard, 2008).

Les différentes parties de l'entretien seront abordées de la manière suivante, la grille d'entretien est consultable sur l'annexe n° :

- Partie 1 : information générale concernant l'ergothérapeute
- Partie 2 : utilisation de l'improvisation théâtrale
- Partie 3 : les habiletés sociales
- Partie 4 : l'évaluation (outils – résultats – bénéfices)

➤ Justification de la démarche

QUESTIONS		ÉVALUATIONS
IDENTITÉ	La première partie de l'entretien se rapporte aux informations générales sur l'ergothérapeute et va me permettre de vérifier mes critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none">- Année du DE- Secteur d'activité- Pathologie PEC- Utilisation du médiateur : nombre d'année/ formation
IMPROVISATION THÉÂTRALE	La deuxième partie en lien avec le médiateur interroge sur la mise en place de la médiation au sein de la structure et du rôle de l'ergothérapeute au cours de cette mise en place	<ul style="list-style-type: none">- Lieu- Durée- Nombre de participants- Type de groupe- Cadre et posture thérapeutique- Collaboration- Objectifs travaillés- Étapes

HABILETÉS SOCIALES	Cette partie vient dégager les éléments clés pour l'apprentissage des habiletés sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Exercices réalisés - Thèmes abordés
ÉVALUATION	Il s'agit de découvrir comment l'ergothérapeute évalue l'activité. D'identifier les outils d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - Outils - Résultats - Bénéfices observés

L'élaboration des objectifs m'a permis de rédiger une trame d'entretien (annexe 3) qui a été consultée par ma maitre de mémoire et a été testée auprès d'étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil (IFE) et de personnes extérieures. La trame a été modifiée une fois à la suite de diverses recommandations. Une fois les modifications réalisées, les démarches ont débuté.

b) L'observation

« Observer minutieusement n'implique pas nécessairement la quête d'une focalisation étroite et d'un rapport direct avec l'objet d'étude ; ce peut être aussi collecter un ensemble de détails à des échelles d'enquête variées qui chacun, à leur manière, disent quelque chose de l'expérience humaine. »

(Colon,2009)

L'observation a pour but de participer dans la mesure du possible, à plusieurs ateliers d'improvisation théâtrale en milieu intra et extra hospitalier pour me mettre en situation réelle. Cela me donne la possibilité d'accéder au cadre thérapeutique, à la relation thérapeutique; à la posture thérapeutique, aux interactions, et à l'évaluation menée par l'ergothérapeute. Cette observation me permettra de mettre en parallèle les différents entretiens menés avec mes propres observations. Pour finir, ça sera un support supplémentaire pour appuyer mes connaissances théoriques sur cet atelier et d'observer, s'il y a lieu, la collaboration de l'équipe mettant en œuvre cet atelier thérapeutique.

Je pense qu'une seule observation ne sera pas suffisante pour tenter de relever certaines notions, notamment en ce qui concerne les bénéfices ou les effets de l'improvisation théâtrale sur la personne vivant avec une schizophrénie. Il sera important, dans un premier temps, de garder en mémoire que les bénéfices thérapeutiques diffèrent d'un individu à l'autre. Dans ce sens, il faudrait envisager que les bénéfices ne soient pas observables sur une, voire 2, 3 ou 4 observations. Dans un second temps, il faudrait une fois de plus prendre en compte le contexte sanitaire et la difficulté d'accès aux services de santé. Néanmoins, l'observation non quantitative, pourra mettre en exergue d'autres éléments non évoqués ou appuyer les données des différents entretiens menés.

c) Mise en œuvre des entretiens et des observations

Dans un premier temps, avec l'aide de ma maitre de mémoire, j'ai pu obtenir mes deux premiers contacts. Par la suite, et sur deux mois consécutifs, j'ai diffusé une note sur le réseau social Facebook

dans un groupe dédié à la diffusion des mémoires d'ergothérapie. Après plusieurs relances infructueuses sur ce même réseau, j'ai choisi d'explorer toutes les publications similaires au mien au niveau de la thématique. Cette exploration m'a conduit sur d'anciennes publications en lien avec l'improvisation théâtrale et m'a permis d'obtenir des adresses emails, et des noms d'ergothérapeutes qui avaient précédemment laissé leurs coordonnées pour accompagner des étudiants dans leurs démarches de recherche. J'ai pris contact avec certains par messages privés sur Messenger et avec d'autres par courriel. De plus, les étudiants de l'IFE m'ont transmis spontanément des contacts d'anciens tuteurs de stage répondant à mes critères. En finalité, j'ai pu recueillir 4 entretiens. 3 ergothérapeutes exercent en île de France, et une à Nice. Les entretiens ont eu lieu sur le mois de mai 2022. Chaque ergothérapeute interrogé, a donné son accord pour l'enregistrement et l'exploitation des données.

Lors des entretiens, dans le cas où l'ergothérapeute utilisait actuellement l'activité, j'en profitais pour demander si c'était possible de réaliser une observation au sein de leur structure. Malheureusement, Je n'ai pas pu observer de séances avec les ergothérapeutes qui ont participé à l'entretien. J'ai donc contacté les services d'ergothérapie de différentes structures de soin en île de France et à Toulouse afin de mener mes observations. J'ai pu en réaliser qu'une seule.

Au cours de mes démarches, j'ai communiqué le thème générale et mes critères d'inclusion (en amont) en prenant soin de ne jamais communiquer ma problématique et mon hypothèse.

CHAPITRE II : RÉSULTATS BRUTS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre met en évidence les résultats bruts obtenus durant l'enquête. On y retrouve des éléments autour de la profession et de la pratique de l'ergothérapeute, et les contextes d'utilisation de l'improvisation théâtrale. Ces éléments sont abordés en s'appuyant sur les objectifs précédemment énoncés dans le but de structurer la démarche.

A. ENTRETIENS

J'ai pu mener mes entretiens auprès de 4 ergothérapeutes. Tout au long de la présentation des résultats bruts et de l'analyse des résultats, les ergothérapeutes apparaîtront sous l'intitulé E1 pour l'ergothérapeute 1 ; E2 pour l'ergothérapeute 2 et ainsi de suite (E3, E4).

➤ PRÉSENTATION DES ERGOTHÉRAPEUTES

1) Résultats bruts

OBTENTION DU DIPLOME	TYPE DE STRUCTURE	N ^{BR} E D'ANNÉE D'UTILISATION	FORMATION
<ul style="list-style-type: none">•E1: 1993•E2: 2002•E3: 2017•E4: 2000	<ul style="list-style-type: none">•E1: HDJ•E2: HDJ•E3: réinsertion socio professionnel (HDJ)•E4: centre de réhabilitation cognitive et sociale (HDJ)	<ul style="list-style-type: none">•E1: 15ans (terminé)•E2: 10 ans (en cours)•E3: 5 mois (en cours)•E4: 3ans (en cours)	<ul style="list-style-type: none">•E1: oui (CEMEA)•E2: non•E3: non•E4: non

Tableau 1 : Présentation des ergothérapeutes

2) Analyse des résultats

Les 4 ergothérapeutes interrogés exercent en milieu extra hospitalier et y pratiquent l'improvisation théâtrale. E3 et E4 évoluent dans des structures qui accompagnent vers la reprise des rôles sociaux (retour vers l'emploi). Les années d'expériences sont de 29ans (E1), 20ans (E2), 5ans (E3), 22ans (E4). La durée d'utilisation de l'improvisation théâtrale va de 15 ans maximum (E1) à une utilisation actuelle. E1 a utilisé l'improvisation durant 15 ans et ne l'utilise plus à ce jour. E2 utilise ce médiateur depuis 10 ans, E4 depuis 3 ans et E3 depuis 5 mois. E2, E3, et E4 utilisent encore l'improvisation théâtrale, avec une pratique récente et en cours de mise en place pour E3. Parmi les ergothérapeutes, une seule a eu une formation à titre professionnel pour appuyer ses connaissances sur sa pratique de l'improvisation théâtrale (E1).

➤ CADRE THÉRAPEUTIQUE ET POSTURE THÉRAPEUTIQUE

Le premier objectif de l'enquête porte sur le cadre et la posture thérapeutique de l'ergothérapeute dans un atelier d'improvisation théâtrale auprès de personnes vivant avec une schizophrénie. Pour rappel, l'objectif est :

- **Définir le cadre thérapeutique mis en œuvre et la posture de l'ergothérapeute pour favoriser le potentiel thérapeutique de l'improvisation théâtrale chez les personnes vivant avec une schizophrénie.**
 - Évaluation : Les notions de cadre, d'accompagnement individuel ou collectif, renforcement positif, réassurance, valorisation, observation active, relation thérapeutique, collaboration ressortent dans les différents entretiens.

a. Présentation du cadre thérapeutique

1) Résultats bruts

	E1	E2	E3	E4
Lieu de l'activité	Salle d'activité de l'ergothérapie	Salle communale	Salle communale (ouverture vers la cité)	MJC (ouverture vers la cité)
Jour durée	1 fois par semaine 2H (toute l'année)	1 fois par semaine 1h30 (de septembre à juin)	1 fois par semaine , engagement sur un cycle de 8 séances 1H30	1 fois par semaine toute l'année 2h à 2h30 avec une pause à chaque heure (toute l'année)
Collaboration	Ergothérapeute Psychologue Infirmiers	Ergothérapeute Infirmière	Ergothérapeute Infirmière Comédienne professionnelle (sans formation psy)	Ergothérapeute Metteur en scène (pas de formation en psychiatrie) Psychomotricienne
Nombre de patients participants	+ /- 15 personnes (groupe divisé en 2)	6 à 8 personnes voire 10 maximum	20 patients dans la structure	Entre 8 et 12 personnes
Forme du groupe	Ouvert	Ouvert (possibilité de groupe fermé pour les plus timides ; fragiles, mais rare)	Fermé (4/5 patients)	Critère de groupe fermé mais plus Semi ouvert (car plein de mouvements sur l'année, car accompagnement dans le projet professionnel)
Pathologies	schizophrénie	Schizophrénie	Schizophrénie / bipolaire / TSA	Schizophrénie
Critères	Pas de critères d'inclusion ou d'exclusion	Pas de critères d'inclusion ou d'exclusion -le choix est laissé à la personne	Pas de critères L'idée repose sur l'envie de découvrir	-exclusion : des patients non stabilisés / les troubles cognitifs majeurs ne rentrent pas dans les critères d'exclusion
Processus d'intervention	-Sous prescription médicale -activité proposée lors de réunion institutionnelle tous les 15 jours à totalité des patients	-indications des médecins -travaille avec l'équipe pluridisciplinaire -proposition au patient	-dossier de préadmission avec le médecin psychiatre et l'ergothérapie fait partie intégrante du parcours de soin, ils choisissent leur atelier	-phase d'évaluation pour mettre en place le projet personnalisé avec objectifs ciblés discutés en équipe -prescription médicale est obtenue durant la phase d'évaluation
Étapes	-¾ d'heure d'échauffement -thème prédéfini et tiré au sort -1h d'improvisation	-échauffement (vocal, schéma corporel, occuper l'espace) -jeu	-atelier d'essai pour tous puis libre de choix -trajet en transport (20min)	-temps de trajet vers le lieu temps d'accueil vers l' -échauffement de mise en mouvement

	-feedback	-ressentis des patients	-échauffement (en individuel ou binôme : -expression corporel) -exercice proposé par la comédienne -improvisation : -imaginaire, spontanéité, mémoire, voix -feedback en individuel	-les thématiques sont définies en début d'année -jeu scénique et thème proposé par la metteur en scène -temps d'échanges
--	-----------	-------------------------	--	--

Tableau 2 : présentation du cadre thérapeutique

2) Analyse des résultats

Les résultats montrent qu'une seule ergothérapeute propose l'activité au sein d'une salle d'ergothérapie intégrée à l'établissement de santé (E1), les 3 autres ergothérapeutes pratiquent l'improvisation au sein d'une salle mise à disposition via une collaboration associative impulsant une ouverture vers la cité. La séance a toujours lieu une fois par semaine sur une durée d'1h30 (E2 e E3) et jusqu'à 2H / 2H30 (E1 et E4). E3 réalise l'activité sur un cycle de 8 séances alors que les autres ont un suivi continu sur l'année. Pour la pratique de l'improvisation, l'ergothérapeute est dans un principe de collaboration interdisciplinaire, il est possible de noter la présence d'infirmiers (E1,E2,E3), d'une comédienne professionnelle / metteur en scène(E3, E4), d'une psychologue (E1) ou encore d'une psychomotricienne (E4). Le nombre de patients dans l'activité est d'environ 4 à 15 personnes. E3 précise que sa prise en charge pour l'improvisation est composée de 20 patients au total sur la structure mais que ceux-ci sont répartis par groupe de 4/5 personnes sur chaque cycle. La pratique se réalise au sein de groupe ouvert pour E1 pour répondre aux nouvelles hospitalisations, E2 fonctionne avec un groupe ouvert mais avec cette possibilité d'adaptation si besoin, E3 est la seule à constituer un groupe fermé pour favoriser l'adhésion des participants et ne pas les mettre à mal vis-à-vis de la présence d'une nouvelle personne au cours du cycle. E4 réalise l'activité avec un groupe qui sur le principe repose sur des critères de groupe fermé mais reste en définitif un groupe semi ouvert dans le but de répondre aux demandes de la structure qui s'oriente sur la réinsertion professionnelle. Il est donc impératif de s'adapter aux indisponibilités professionnelles des participants. La majorité des participants ont un trouble schizophrénique (E1, E2, E4) avec la présence de bipolaire ou de trouble du spectre autistique chez E3. E1, E2, et E3 ne mettent pas en place de critères d'inclusion ou d'exclusion dans l'intégration des patients schizophrènes dans l'activité. E3 précise que le choix est laissé au patient, E4 établit un critère d'exclusion pour les patients non stabilisés mais n'intègre pas les troubles cognitifs majeurs dans les critères d'exclusion. Dans les 4 structures, l'ergothérapie rentre

dans le parcours de soins et les patients sont intégrés aux activités à la suite d'une prescription médicale établit dans le cadre de réunion pluridisciplinaire.

L'improvisation théâtrale se déroule en plusieurs étapes avec un temps d'échauffement, une phase de jeu/ improvisation et un retour des patients (feedback). Les thèmes sont souvent définis en amont par le groupe ou la comédienne, un temps de trajet est rajouté chez E3/E4 et un atelier d'essai pour E3.

b. Présentation de la posture thérapeutique

1) Résultats bruts

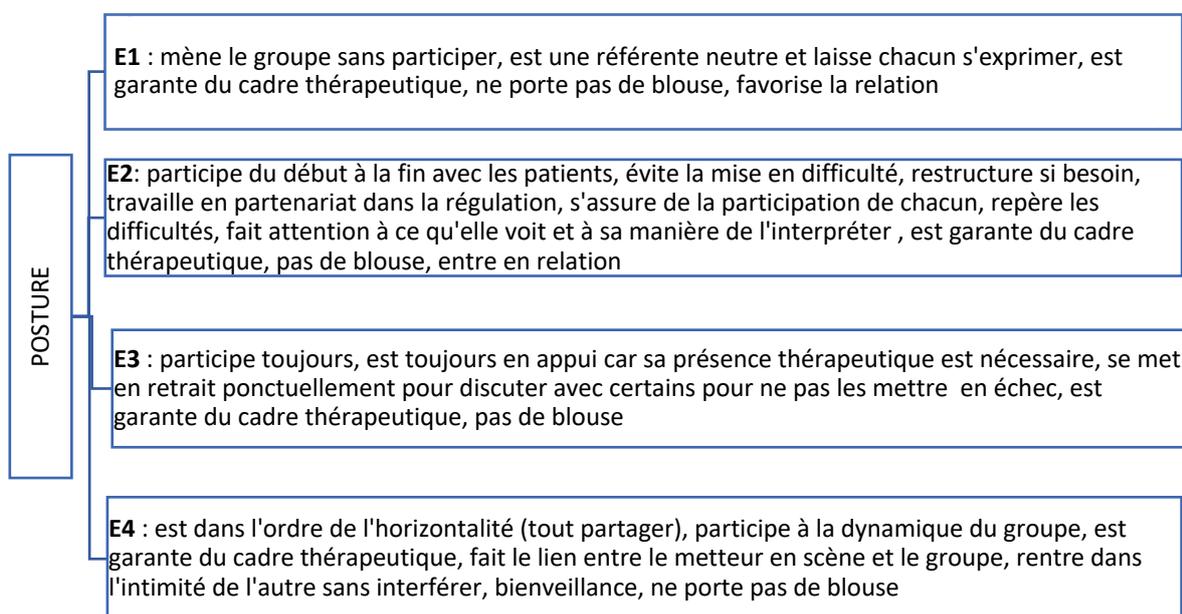


Tableau 3 : présentation de la posture de l'ergothérapeute

2) Analyse des résultats

L'ergothérapeute 1 (E1) est la seule qui se présente comme une référente neutre au cours de l'activité, elle ne participe pas. Les autres ergothérapeutes (E2/E3/E4) participent avec les patients du début à la fin. Toutes les ergothérapeutes sont garantes du cadre thérapeutique, restructurent si besoin (E2), travaillent en coanimation (E2/E4), favorisent la relation (E1/E2/E4), s'assurent de la participation et repèrent les difficultés (E2,E3), observe (E3). Aucune ne porte de blouse médicale.

➤ POTENTIEL THÉRAPEUTIQUE DE L'IMPROVISATION THÉÂTRALE

a. Présentation du potentiel thérapeutique

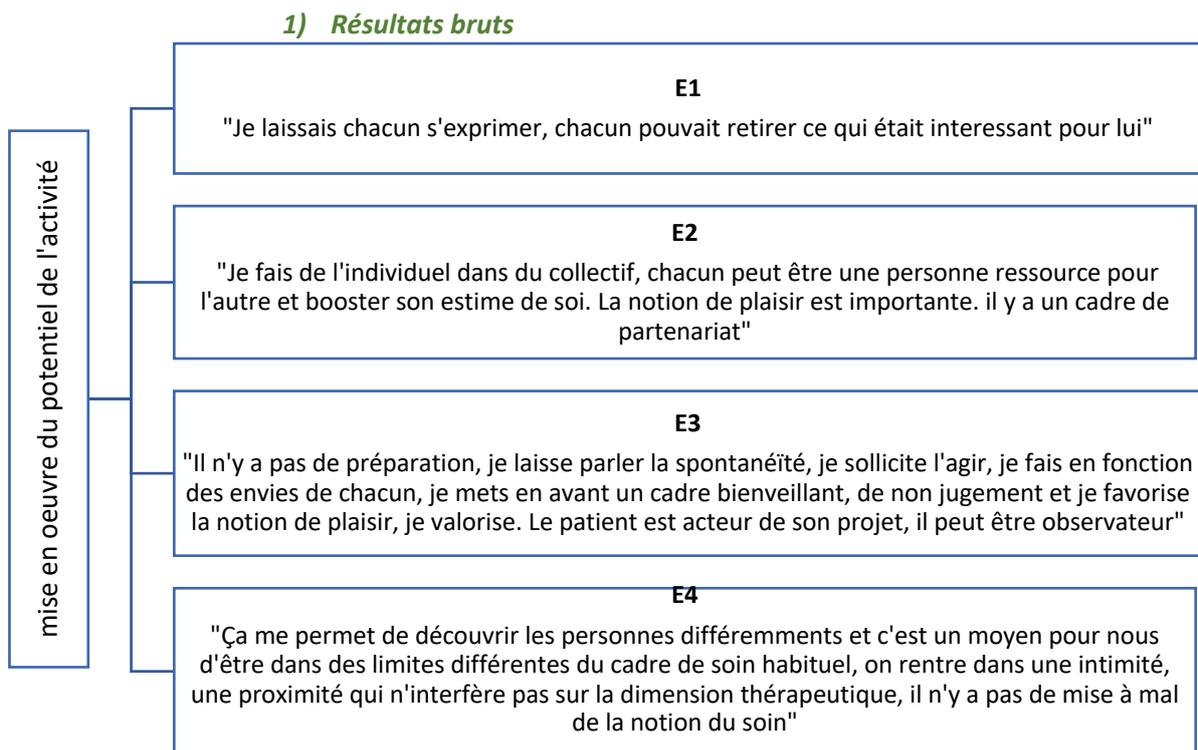


Tableau 4 : présentation de la mise en oeuvre du potentiel de l'activité

2) Analyse des résultats

Les ergothérapeutes ont chacune une manière différente de favoriser le potentiel de l'activité avec des grandes notions que l'on peut regrouper chez certaines ergothérapeutes. La notion du laisser-faire (E1,E3), de relation à l'autre (E1,E2), l'idée du cadre thérapeutique et de partenariat sont évoqués chez E2 et E4. E2 et E3 parlent de favoriser la notion du plaisir, la sollicitation de l'agir/ bienveillance/ non-jugement (E3).

➤ **OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES ET OUTILS D'ÉVALUATION**

Le deuxième objectif de l'enquête consiste à :

- **Identifier les objectifs thérapeutiques spécifiques déterminés par l'ergothérapeute et les outils d'évaluations mis en place dans un atelier d'improvisation théâtrale auprès de personnes vivant avec une schizophrénie.**
 - Évaluation : différents objectifs en lien avec la relation à l'autre, l'expression des émotions, la stimulation des fonctions cognitives, l'engagement, l'appartenance à un groupe, les habiletés sociales sont relevées dans les réponses émises par les ergothérapeutes. Les ergothérapeutes disent comment ils évaluent l'activité (grille d'observation, bilans, observations).

a. Présentation des objectifs thérapeutiques

1) Résultats bruts

E1	Accroître les habiletés sociales Proposer une activité de groupe Améliorer les relations au sein de la communauté formée par les patients Proposer une activité ludique dans une ambiance agréable et détendue Permettre les échanges
E2	Travailler l'assertivité, la flexibilité mentale, l'ancrage à la réalité, le schéma corporel Reconnaître les émotions Travailler les habiletés sociales, les compétences et connaissances sociales Travailler sur la théorie de l'esprit Comprendre les intentions des autres, s'adapter
E3	Trouver ou retrouver un travail ou un projet épanouissant Laisser place à l'imaginaire et à la spontanéité Travailler sur la mémoire, la voix, les émotions, sur les habiletés sociales Solliciter l'agir favoriser le plaisir
E4	Accompagner vers l'extérieur travailler les habiletés sociales Ouvrir vers la cité Travailler les relations interpersonnelles Entrer en relation

Tableau 5: présentation des objectifs thérapeutiques

2) Analyse des résultats

Les résultats bruts présentés précédemment permettent de faire un parallèle avec les réponses apportées par les ergothérapeutes durant les différents entretiens .

Les réponses apportées par les ergothérapeutes mettent en évidence la diversité des objectifs qui peuvent être travaillés via l'improvisation théâtrale. Ces objectifs ont été énumérés de manière succincte par les ergothérapeutes, rappelant à la fois la non-exhaustivité de cette énumération et la possibilité de décliner ses objectifs en sous objectifs. De plus, les ergothérapeutes précisent que ces objectifs peuvent être travaillés individuellement et collectivement. 3 ergothérapeutes sur 4 (E1, E2, E4) évoquent un objectif en lien avec les habiletés sociales. Deux autres (E2 et E3) citent un objectif en lien avec les compétences sociales. D'autres fois, il est possible de noter que les objectifs ne sont pas formulés de la même façon mais ont une thématique similaire notamment entre E1 et E4 qui parlent pour l'un « d'améliorer les relations au sein de la communauté formée par les patients » (E1) et pour l'autre de « travailler les relations interpersonnelles »(E4). Il est important de noter, que certains objectifs sont directement liés à l'orientation de la structure, par exemple E3, accompagne les personnes vivant avec une schizophrénie au sein d'une structure de réinsertion socio-professionnelle, va formuler des objectifs portés sur le travail, sur le projet de vie (trouver ou retrouver

un travail ou trouver un projet où le patient s'épanouit). Une ergothérapeute (E4) se démarque en citant des objectifs axés sur le lien avec l'extérieur, l'ouverture vers la cité.

Dans l'ensemble, les différents objectifs cités par les ergothérapeutes répondent aux critères d'évaluation déterminés en amont de l'enquête et permettent d'identifier certains objectifs qui peuvent être établis dans le cadre d'un atelier d'improvisation théâtrale. Il est important de noter, que cette liste d'objectifs n'est pas exhaustive, les objectifs peuvent se décliner en sous objectifs plus spécifiques et être envisagés dans une prise en charge collective et individuelle.

b. Détermination des objectifs et des outils d'évaluation

1) Résultats bruts

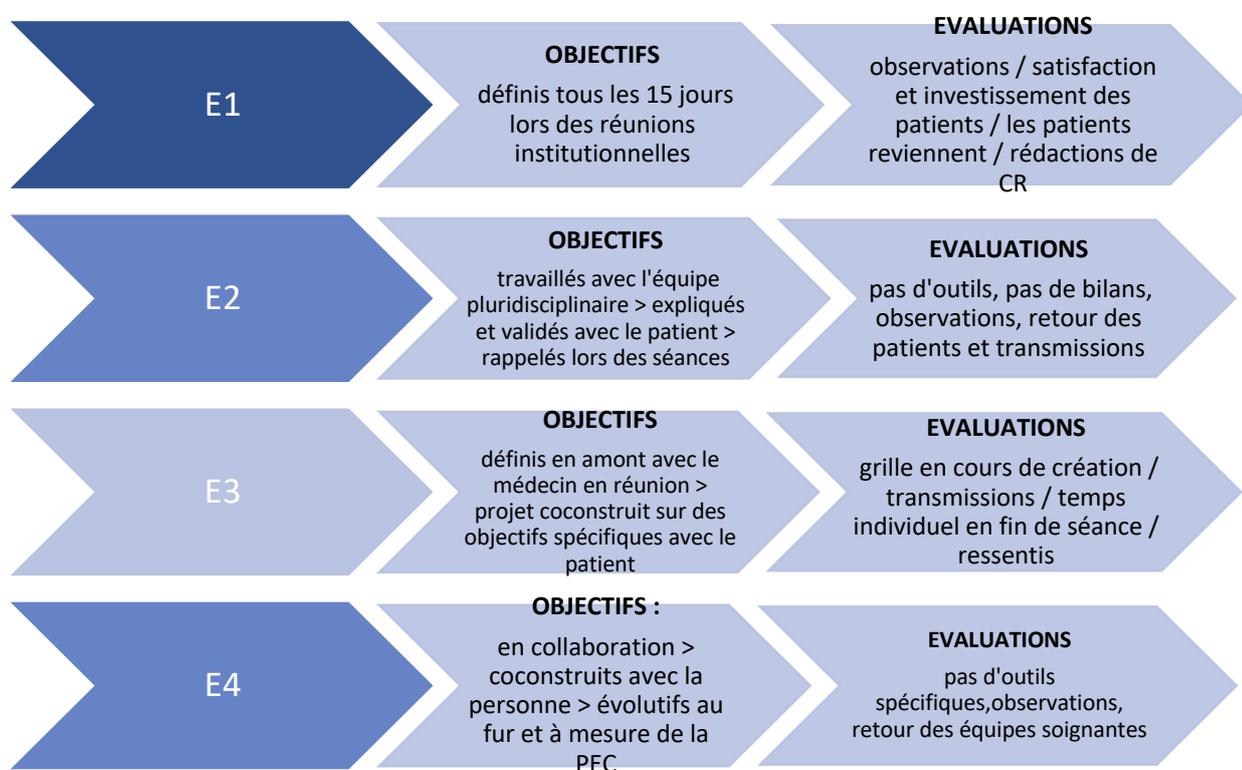


Tableau 6 : présentation des objectifs et outils d'évaluation

2) Analyse des résultats

L'analyse des résultats bruts montre des similitudes pour la détermination des objectifs dans le discours des ergothérapeutes E1, E2, E3, E4. Ces 4 ergothérapeutes vont définir leurs objectifs en amont dans un travail collectif avec l'équipe soignante. E4 parle de ce travail collectif avec une dynamique de groupe, un travail de collaboration. La notion de co-construction avec la personne est utilisée chez E3 et E4. A cette notion de co-construction, E3 précise cette possibilité d'adapter les

objectifs au cours de la prise en soin. Il est possible de retrouver cette idée de co-construction chez E2 avec une formulation différente « valider avec le patient ». E1 informe qu'il n'y pas de travail individuel en amont avec le patient sans élaborer.

➤ **HABILETÉS SOCIALES**

Le troisième objectif de l'enquête est :

- **Reconnaître et décrire la mise en œuvre des ergothérapeutes qui utilisent l'improvisation théâtrale pour l'apprentissage des habiletés sociales sur les personnes vivant avec une schizophrénie.**
 - Évaluation : Les ergothérapeutes expliquent comment ils travaillent les habiletés sociales (les exercices spécifiques), et témoignent utiliser un outil spécifique pour évaluer les bénéfices, l'observation et/ou les ressentis des patients.

a. Présentation des habiletés sociales

1) Résultats bruts

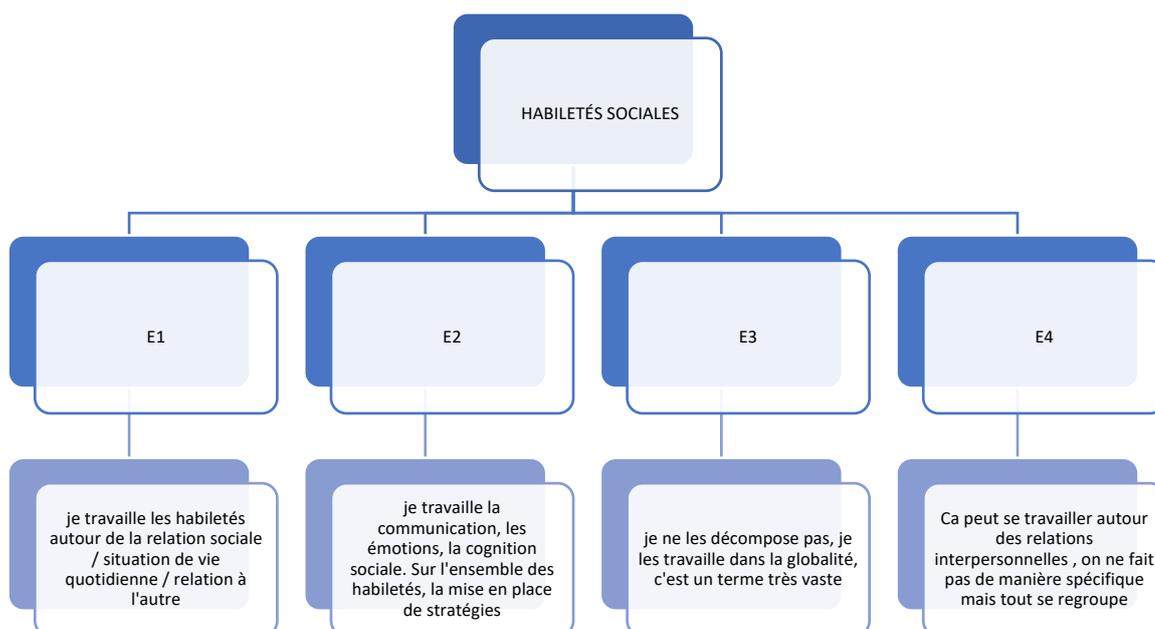


Tableau 7: présentation de la manière dont les ergothérapeutes travaillent les habiletés sociales

2) Analyse des résultats

D'après les résultats bruts, toutes les ergothérapeutes utilisent l'improvisation théâtrale pour travailler sur les habiletés sociales. L'ergothérapeute axe son travail sur le lien relationnel en s'appuyant sur des situations de la vie quotidienne. E2, E3, et E4 travaillent sur les habiletés sociales sans les dissocier.

b. Présentation des exercices en lien avec les habiletés sociales

1) Résultats bruts

E1	<ul style="list-style-type: none">• scène autour de 2 phrases et 2 participants : offrir un cadeau à quelqu'un en disant « ceci est un cadeau pour vous » et celui qui reçoit le cadeau doit répondre « ceci est un cadeau pour moi »• scènes de la vie quotidienne : aller au restaurant ; un repas de famille
E2	<ul style="list-style-type: none">• imaginer être dans un contexte précis (avec ou sans contraintes): adaptation du comportement (chez le médecin, chez les copains) puis la mise en place de l'expression en fonction de la situation• le mime : comprendre la consigne, réaliser , réajuster le mime (boucle d'interaction entre les deux)
E3	<ul style="list-style-type: none">• exercice sur l'expression des émotions : comprendre les émotions, parler dans un gromelot « parler dans un langage qui n'existe pas sans tenir compte du vocabulaire » et jouer que sur l'intonation• recevoir des informations de son employeur, traiter et transmettre des informations
E4	<ul style="list-style-type: none">• on met en application des choses vues de manière plus théorique dans d'autres programme (type EHS) : sur le versant émetteur avec la voix : travail sur le souffle, le ton• la distance physique : le mouvement, ce qui est non verbal et qui accompagne le verbal

Tableau 8: présentation des exercices en lien avec les habiletés sociales

2) Analyse des résultats

Les ergothérapeutes rapportent les exercices qu'ils utilisent afin de favoriser l'apprentissage des habiletés sociales. Les exercices sont parfois en rapport avec des situations de communication dans un contexte de vie quotidienne (E1, E2, E3), d'autres traitent de l'expression des émotions (E2, E3). Il est possible de retrouver des exercices en lien avec une mise en mouvement (E4) et le traitement des informations (E2, E3).

➤ BÉNÉFICES THÉRAPEUTIQUES ET RESENTIS DES PATIENTS

Le quatrième objectif de l'enquête est :

- **Identifier les bénéfices thérapeutiques de l'improvisation théâtrale sur les personnes vivant avec une schizophrénie**
 - Évaluation : les ergothérapeutes parlent des bénéfices qu'ils ont pu observer à court, moyen ou long termes et évoquent les bénéfices via les ressentis verbalisés par les patients.

a. *Présentation des bénéfices thérapeutiques de l'activité*

1) *Résultats bruts*

BÉNÉFICES OBSERVÉS CHEZ LE PATIENT		RESSENTIS DES PATIENS
E1	L'évolution est différente et individuelle, sur des mois voire des années	drôle, bien aimé, se sentait bien, facile, ont eu peur. Les ressentis étaient verbalisés brièvement
	riche, globale, médiation intéressante pour travailler l'émotion et ses expressions, sur l'affirmation de soi, l'écoute, pour développer une aptitude. L'activité est engageante et permet de s'investir, s'impliquer	
E2	Assez rapide sur 3 à 6 pour les plus jeunes mais ça dépend des niveaux de stabilisation. D'autres au bout de 3 ans, on a un petit début	Permet d'échanger, on oublie la maladie, ça évite de ruminer, bien rigolé, bien aimé, ça m'a fait du bien
	en dehors du groupe : ils arrivent à dire les choses, gain au niveau de la gestion de la timidité, ils prennent plus la parole, le langage est plus fluide. C'est une révélation pour certain.	
E3	la progression est propre à chacun , temps d'adaptation plus difficile pour certains, d'autres dans l'immédiat	lien social, interrogation sur la distance et la frontière soignant et patient déstabilisant au début, des retours positifs, souhaite reparticiper
	complémentaire aux observations d'ergo, au diagnostic et à notre théorie / outil très riche qui permet de travailler plein d'aspects, les habiletés sociales , l'attitude corporelle, l'affirmation , gestion du stress, la confiance en soi et en l'autre , l'appartenance au groupe ,partager et échanger, porter l'attention à l'autre , activité signifiante pour certains, travaille le coté physique et cognitif en laissant place à l'imaginaire, l'engagement dans l'activité (cadre et rythme, régularité)	
E4	difficilement évaluable mais évolution observable sur les 2/3 premiers mois	Fatigué, satisfait, valorisation, -en lien avec le groupe : faire, construire, partager ensemble -certains ont moins de facilité d'exprimer leur ressentis
	déstigmatisation importante, logés à la même enseigne. Le regard est autre sur la personne, approche sur la singularité. La présence de la metteur en scène permet d'aller plus loin, de dépasser des limites sans refus (en termes de toucher par exemple). Permet la mise en application de notion différente (psychoéducation : capacité à verbaliser les limites) et permet de voir des capacités insoupçonnées	

Tableau 9 : présentation des bénéfices apportés par l'improvisation théâtrale

2) *Analyse des résultats*

Les résultats mettent en évidence des réponses plus ou moins similaires. Dans l'ensemble, les ergothérapeutes disent que les bénéfices de l'improvisation théâtrale sont observables différemment d'un patient à l'autre (E1,E3), ils peuvent dépendre du niveau de stabilisation (E2), ou d'un temps d'adaptation qui peut être plus difficile chez certains (E3). Certains bénéfices sont observables au cours des premiers mois (E2, E4) et d'autres se manifestent après des années (E1, E2).

Les ergothérapeutes émettent des réponses en lien avec les observations menées sur certains patients, il en ressort qu'elles observent une meilleure gestion de la timidité, la parole, le langage (E2), s'engage, s'investit et s'implique dans l'activité (E1). E3 détermine un lien entre la pratique de l'ergothérapie et l'improvisation théâtrale. Le travail de collaboration est mis en évidence par E4 qui

évoque les avantages d'une collaboration extérieure au domaine du soin. La collaboration est aussi à envisager dans la mise en application de notions enseignées dans un autre programme de soin (E4).

Dans l'ensemble les retours des patients sont positifs avec l'expression du bien être chez E1 et E2, du lien social chez E2, E3, E4. On retrouve aussi les notions de fatigue (E4), déstabilisation (E3), et peur (E1).

➤ **AVIS DES ERGOTHÉRAPEUTES SUR L'IMPROVISATION THÉÂTRALE**

a. Présentation des avis des ergothérapeutes sur l'activité

1) Résultats bruts

E1	-activité qui nécessite peu de moyens -riche en enseignement et en possibilité thérapeutique -nécessite des formations complémentaires -réflexion importante à avoir sur le cadre -avoir les expériences des autres thérapeutes qui l'utilisent
E2	-très riche -richesse absolue au niveau de la cognition sociale -meilleur outil de l'ergo , objectif de le mettre en intra pour travailler en plus précoces
E3	-très riche -la collaboration est valorisante -est un plus pour les observations ergo et les bilans -complémentarité avec les infirmiers -plein essor et ça plait beaucoup
E4	-permet de travailler de manière spécifique énormément de chose, le verbal, le non verbal, -tout ce qui va être en lien avec l'activité humaine : utilisation de supports multiples qui peuvent évoquer des occupations spécifiques importantes pour la personne -permet l'ouverture sur la ville -l'ergothérapeute est centrale dans cette activité

Tableau 10 : avis des ergothérapeutes sur l'improvisation théâtrale en milieu psychiatrique

2) Analyse des résultats

Les ergothérapeutes donnent des avis favorables pour l'utilisation de ce médiateur en milieu psychiatrique. Elles parlent de richesse de l'activité (E1, E3), de la nécessité de collaborer (E1, E3), des multiples possibilités qu'offrent l'activité (E1, E4) et de la place de l'ergothérapeute dans l'utilisation de ce médiateur (E1, E2, E4).

B. OBSERVATIONS

Présentation de l'observation d'une séance d'improvisation théâtrale en milieu intra hospitalier

➤ **OBSERVATION EN INTRA HOSPITALIER**

1) Résultats bruts

CADRE INSTITUTIONNEL	
LIEU ET HEURE	INTRA HOSPITALIER – SALLE D'ERGOTHÉRAPIE - LE 17 MAI 2022
DURÉE DE LA SÉANCE	1H - DE 15H00 À 16H00
NOMBRE DE PARTICIPANTS	10 PATIENTS (8 FEMMES / 2 HOMMES) 4 PROFESSIONNELS DE SANTÉ (ergothérapeute + 3 infirmières) 1 COACH D'IMPROVISATION MOI
PATHOLOGIES DES PARTICIPANTS	SCHIZOPHRÉNIE – TROUBLE BIPOLAIRE – DEPRESSION PERSISTANTE
ENCADREMENT	ERGOTHÉRAPEUTE – COAH D'IMPROVISATION – 3 INFIRMIÈRES (dont 2 participaient pour la première fois)
MES OBSERVATIONS	
LES PARTICIPANTS	-les infirmières portent leur blouse et participent au même titre que les patients -l'ergothérapeute et le coach sont en civil, et participent à l'activité
LE CADRE THÉRAPEUTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - TEMPS D'ACCUEIL : collation mis à disposition des patients - TEMPS D'ÉCHAUFFEMENT : différents exercices sont réalisés 1- présentation des participants accompagnée d'un geste 2- transmission de l'énergie (mise en mouvement) 3- association d'idées 4- transmission des émotions - IMPROVISATION (3 à 4 participants par scènes), les autres participent à la construction de la scène et observent a) construction spontanée de 5min à partir d'une idée « ici, il y a une hutte » / le coach définit l'objet en amont, oriente sur les émotions en cours d'improvisation et participe à la mise en scène / l'ergothérapeute participe et sollicite l'une des participantes b) construction spontanée de 5 min, le coach implique les participants dans la sélection du thème (sur une plage), il suggère des rôles (2 copines), les prénoms des participants sont changés, l'ergothérapeute et le coach deviennent des observateurs actifs c) construction spontanée de 5min, le thème est choisi par ceux qui observent (au sport d'hiver), le cadre est posé, les rôles sont attribués (frère et sœur), au fur et à mesure d'autres participants intègrent la scène. Le coach repose le contexte, l'ergothérapeute intervient ponctuellement - FEEDBACK : fin de séance, chacun exprime son ressenti.
LA POSTURE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE	<p>L'ERGOTHÉRAPEUTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - garante du cadre thérapeutique, - coanime avec le coach d'improvisation - Engage les patients dans l'activité - Valorise / réassurance / renforcement positif - Reformule les consignes <p>Réexplique les consignes en individuel et en collectif (étayage)</p>
LA COLLABORATION (COAH/SOIGNANT)	<p>LE COACH D'IMPROVISATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se présente et pose le cadre artistique - Explique les étapes et les différents exercices - Pose le cadre - Rectifie le déroulement de l'improvisation lors des propositions conflictuelles - Valorise et encourage la participation et l'investissement

Tableau 11: grille d'observation d'une séance d'improvisation théâtrale en milieu intra hospitalier

2) Analyse des résultats

L'observation de cette séance a mis en évidence des similitudes dans la mise en place et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques dans un contexte d'hospitalisation. Les étapes qui constituent l'atelier d'improvisation se déroulent à l'identique dans un contexte intra et extra hospitalier (temps d'accueil, temps d'échauffement, improvisation et retour des patients).

L'ergothérapeute est en collaboration avec l'équipe soignante et le coach en improvisation. Contrairement au déroulement en milieu extra hospitalier, les participants portent soit leurs vêtements de ville ou leur pyjama. L'équipe soignante participe avec leur tenue professionnelle (blouse). La mise à distance du soin repose sur la localisation de la salle d'ergothérapie qui se situe en dehors des services de soin. Le temps d'accueil, avec la mise en place de la collection permet aux participants de se rencontrer et pose un cadre apaisant, une ambiance détendue et conviviale.

Avant de débiter le temps d'échauffement, le coach et l'ergothérapeute verbalisent quelques consignes : pas d'obligation à participer, chacun peut être acteur ou observateur, non jugement, bienveillance et non performance. Les exercices d'échauffement se réalisent en s'appuyant sur des thématiques : l'énergie, l'intonation, l'expression des émotions (amour, colère, tristesse), la spontanéité, la mise en mouvement du corps.

Durant les phases d'improvisation, le coach et l'ergothérapeute sont co-animateurs. L'ergothérapeute va engager les patients dans l'activité, valoriser leur participation, réassurer, observer, faire de l'individuel avec les patients en difficulté pour éviter la mise en échec, réexpliquer les consignes, reformuler, étayer, participer aux improvisations. Le coach organise le cadre artistique, initie l'action, structure les improvisations, pose un cadre de bienveillance et de valorisation des propositions de chacun. Les scènes jouées sont courtes, et traitent de situation de vie quotidienne. Les participants s'impliquent et construisent ensemble l'histoire en intégrant leur individualité dans un ensemble collectif. Ils s'encouragent et cocréent.

En fin de séance, chacun, installé sur sa chaise est invité à exprimer ses ressentis sur la séance. Il y a très peu d'élaboration, les discours sont brefs. L'ergothérapeute va alors utiliser des techniques d'entretien afin de questionner, creuser et pousser à la verbalisation, à l'élaboration.

De cette séance, les ressentis suivants sont exprimés : *« les caractères de chacun ressortent, être nul n'a aucune importance ici, très positif, l'humeur intérieure de chacun ressort et fait ressortir les émotions du quotidien, le théâtre montre beaucoup de la personne, c'était très bien, je suis gênée par ma lenteur et mon élocution, il y a le corps et la parole, j'aurais aimé essayer, je suis un habitué mais*

c'était compliqué aujourd'hui car je suis très fatigué mais j'ai donné mon maximum, j'ai peur de me lancer au début mais une fois dedans ça va, j'avais l'impression que j'allais bloquer la scène ».

La séance prend fin avec la collation, les patients sont invités à regagner leur unité d'hospitalisation.

CHAPITRE III : DISCUSSION

L'enquête menée auprès des ergothérapeutes m'a fourni des données qu'il est nécessaire de comparer dans le but de vérifier l'hypothèse émise en amont. Cette partie discussion va donc faire un parallèle entre toutes les informations recensées sur la partie conceptuelle et la partie expérimentale.

Pour rappel l'hypothèse émise en début de rédaction est la suivante :

L'ergothérapeute utilise l'improvisation théâtrale pour promouvoir l'apprentissage des habiletés sociales chez la personne vivant avec une schizophrénie en travaillant simultanément sur les habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices.

Comme on a pu le stipuler dans le cadre conceptuel, l'intervention de l'ergothérapeute peut passer par l'utilisation d'activités dites expressives dans un contexte thérapeutique (code de santé publique). Ainsi, il est possible de constater que les ergothérapeutes interrogés utilisent majoritairement ce médiateur en milieu extra hospitalier. En milieu psychiatrique, sur les 4 ergothérapeutes interrogées, les patients schizophrènes représentent la population la plus prise en charge lors de cette activité, il est possible que cette activité soit aussi prescrite à des patients avec des pathologies en lien avec la bipolarité, le trouble du spectre autistique ou la dépression persistante comme il a été possible de le relever dans le discours de E3 et l'observation menée en intra hospitalier.

Le choix de ce médiateur repose sur plusieurs paramètres afin de laisser le patient s'exprimer en tant que sujet (Guénoun, 2016). Comme on a pu le voir dans la description proposée par le DSM-5, les symptômes de la maladie peuvent se caractériser par la réduction des liens, la diminution des interactions sociales, des difficultés de compréhension et de contrôle des signaux sociaux dans la relation. Les ergothérapeutes interrogées expliquent qu'elles vont travailler la relation à l'autre dans cette médiation groupale. L'intérêt du groupe va justement consister à favoriser ces relations. La dynamique du groupe conduit aux interactions entre les patients et confère une ambiance de convivialité (Guénoun, 2016). 3 ergothérapeutes sur 4 disent former des groupes ouverts composés de 15 patients maximum. L'ergothérapeute 1 oriente ses objectifs thérapeutiques vers cette notion du groupe en verbalisant des objectifs tels que «proposer une activité de groupe , proposer une activité ludique dans une ambiance agréable et détendue ». Ces objectifs visent à mettre à distance

des symptômes en lien avec l'angoisse, l'anxiété. Mon observation en milieu intra hospitalier m'a permis de voir comment pouvait s'établir cet esprit de convivialité et cette dynamique qui prend forme au sein du groupe de manière spontanée ou initiée par la sollicitation du thérapeute. L'ergothérapeute va par moment utiliser ce lien qui s'est créé entre deux patients pour les mettre en action et les engager dans l'activité. Cette mise en action passe aussi par l'activité motrice. Comme on a pu le voir avec la catatonie, l'activité motrice peut être diminuée et impacter la participation du patient (DSM-5). Les ergothérapeutes vont alors utiliser l'improvisation théâtrale pour mettre en mouvement le patient en orientant la prise en charge sur des objectifs pour travailler le schéma corporel (E2), solliciter l'agir (E3).

Les objectifs thérapeutiques énoncés par les ergothérapeutes sont pour la plupart en lien avec la symptomatologie de la schizophrénie. En se référant aux descriptions du DSM-5, on peut faire du lien entre les symptômes décrits et les objectifs cités par les ergothérapeutes. Ainsi, dans le cadre d'une prise en charge d'une personne vivant avec une schizophrénie, les ergothérapeutes axent la prise en charge sur :

- La reconnaissance des émotions (E2), travailler les émotions (E3) : le DSM-5 précise l'impossibilité de contrôler les affects, la diminution de l'expression des émotions, l'émoussement des affects et la difficulté à contrôler ou à comprendre les expressions des autres
- L'accompagnement et l'ouverture vers la cité (E4) : les retentissements de la schizophrénie se situent aussi au niveau du fonctionnement social, avec une mise en retrait, un isolement social, un abandon de ses rôles sociaux
- Travailler la mémoire et la théorie de l'esprit (E2/E3) : les troubles cognitifs prédominants dans la schizophrénie touchent les fonctions cognitives et exécutives
- Accroître les habiletés sociales (E1), travailler les habiletés sociales et les compétences sociales (E2/E3/E4) : les symptômes négatifs vont avoir des conséquences sur l'implication de la personne dans les interactions sociales.

Afin de mettre en œuvre ces objectifs, l'ergothérapeute va s'inscrire dans une dynamique pluridisciplinaire (Launois, 2018). La notion de collaboration se retrouve en amont lors de la définition des objectifs au sein de l'équipe pluridisciplinaire et par la suite au sein de l'activité. Toutes les ergothérapeutes rapportent que les objectifs sont travaillés dans les réunions institutionnelles en présence de l'équipe soignante pour garantir la cohérence du soin. Ainsi l'ergothérapeute s'inscrit dans le parcours de soin dès l'édition de la prescription initiale. Il va par la suite expliquer (E2) et coconstruire le projet de soin avec le patient (E3/E4). En utilisant l'improvisation théâtrale, l'ergothérapeute va instaurer un accompagnement adapté notamment en prenant en compte

l'individu dans sa singularité (Guénoun, 2016). Comme on peut le retrouver dans le discours de l'ergothérapeute (E4), les objectifs sont réalisés en fonction du projet de la personne, sont évolutifs et rediscutés dans le temps. S'établit alors comme un consensus entre le thérapeute et le bénéficiaire du soin. Ce consensus prend forme avec l'alliance et la relation thérapeutique, eux même intégrés au cadre thérapeutique (Bozarth,2014).

La collaboration se perçoit aussi au sein de la médiation. Toutes les ergothérapeutes évoquent la participation d'un autre thérapeute ou d'une comédienne professionnelle. Ces derniers, qu'ils soient infirmiers, psychologues, psychomotricienne ou comédiens deviennent co-animateur de l'activité et participent à l'émergence de la créativité dans un esprit de confiance. Cette coanimation implique selon Florence Klein (2016) l'engagement du thérapeute pour évoluer professionnellement dans un processus d'échanges libres afin d'accueillir les mouvements internes et externes des patients. Cet engagement passe par l'instauration d'un cadre à la fois thérapeutique et artistique.

Dans le cadre thérapeutique instauré par les ergothérapeutes, on retrouve les termes de « garante du cadre thérapeutique, non jugement, bienveillance, laisser la possibilité à chacun de s'exprimer ». Cette notion de cadre s'observe aussi dans le contexte de l'espace (salle communale, salle d'ergothérapie) et du temps (une fois par semaine, entre 1H et 2H30, toute l'année ou cycle de 8 séances) différent du contexte du soin. Le non-port de la blouse par les ergothérapeutes (E1/ E2 / E3 : E4) montre la mise à distance de la notion du soin au cours de l'activité. Toutefois, on observe que cette notion n'est pas forcément appliquée ou applicable en milieu intra hospitalier pour l'équipe soignante.

Toutes les ergothérapeutes intègrent les étapes suivantes : le temps d'échauffement, le temps de jeu/ d'improvisation et le temps d'échanges / ressentis des patients. Dans le cadre conceptuel, on avait pu aborder la notion du cadre qui permet de renforcer l'alliance thérapeutique grâce à la mise en place de ces repères spatio-temporels fixes et sécurisant (Bizot, 2016).

Dans les propos recueillis, il est possible de mettre en évidence au sein de l'improvisation théâtrale, les 3 façons que Winnicott a de distinguer l'environnement. On peut faire le lien avec les notions de :

- Handling (façon de porter) lorsque les ergothérapeutes parlent de « laisser chacun s'exprimer / je suis un référent neutre (E1) », « je fais de l'individuel dans du collectif (E2) », « je laisse parler la spontanéité (E3), « on rentre dans une intimité (E4)»
- Holding (façon de mobiliser) : l'ergothérapeute 2 dit « je sollicite l'agir, je valorise », l'ergothérapie en milieu intra hospitalier va accompagner en individuel et engager dans l'activité

- Object-presenting (façon de présenter les objets) : « il y a un cadre de partenariat (E2) », « il peut être observateur (E3), le coach d'improvisation va à son tour définir l'objet de la mise en scène.

Ces trois dimensions qui selon Isabelle Pibarot reflètent la manière dont le cadre est élaboré, dont le thérapeute marque sa présence et prête son savoir pour aller à la rencontre du patient.

Dans le cadre conceptuel, l'évocation de la publication de Kapsambelis sur la médiation, explique que la méditation prend une forme expressive pour les personnes en souffrance psychique et offre des moyens d'expression. En proposant une activité telle que l'improvisation théâtrale, l'ergothérapeute propose une nouvelle dynamique. Les ergothérapeutes énumèrent de manière non exhaustive les bénéfiques de l'improvisation sur les personnes vivant avec une schizophrénie. Il en ressort que l'improvisation est une activité riche en enseignement thérapeutique (E1), très riche (E2/E3), permet de travailler de manière spécifique énormément de choses, le verbal, le non verbal. La richesse de cette activité repose à la fois sur la diversité des objectifs qui peuvent être travaillés, les lieux où l'on peut le mettre en place, les différentes étapes de l'activité, les pathologies suivies et les différentes manières d'aborder ce médiateur.

Mon hypothèse porte sur l'apprentissage des habiletés sociales par le biais de l'improvisation théâtre. L'idée était de d'identifier si les ergothérapeutes utilisent ce médiateur pour travailler simultanément les habiletés réceptives, décisionnelles et réceptives. Parmi les objectifs, les 4 ergothérapeutes citent des objectifs en lien avec les habiletés sociales (accroître les habiletés sociales (E1), travailler les habiletés sociales (E2, E3,E4). Il était donc impératif de s'intéresser à la mise en œuvre de l'activité pour l'atteinte de ces objectifs. Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, le terme des habiletés sociales est très vaste et elles n'avaient pas connaissances des habiletés sociales conceptualisées sous forme séquentielle. L'ergothérapeute pense que les habiletés sociales ne peuvent pas être travaillées de manière analytique comme le décrit Jérôme Favrot.

- E1 : dit travailler les habiletés sociales autour de la relation sociale, des situations de vie quotidienne, de la relation à l'autre
- E2 : travaille l'ensemble des habiletés sociales par la communication , les émotions, la mise en place de stratégies,
- E3 : dit ne pas décomposer les habiletés sociales et les travailler dans la globalité
- E4 : pense que les habiletés se regroupent, qu'elles ne se travaillent pas de manière spécifiques

Pour essayer d'étayer les propos des ergothérapeutes, des exercices ont été données en exemple pour tenter de mettre en évidence l'apprentissage des habiletés sociales. En m'appuyant sur la référence

du psychiatre Libermann de 2008 sur les définitions des habiletés sociales, j'ai essayé d'associer les exemples aux habiletés :

- L'exercice proposée par E3 implique à la fois les habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices :
 - recevoir des informations de son employeur, les traiter et transmettre des informations
 - imaginer être dans un contexte précis (avec ou sans contraintes): adaptation du comportement (chez le médecin, chez les copains) puis la mise en place de l'expression en fonction de la situation (E2)
 - scène autour de 2 phrases et 2 participants : offrir un cadeau à quelqu'un en disant « ceci est un cadeau pour vous » et celui qui reçoit le cadeau doit répondre « ceci est un cadeau pour moi » (E1)
 - scènes de la vie quotidienne : aller au restaurant ; un repas de famille (E1)
- L'exercice proposée par E3 implique les habiletés réceptives et émettrices :
 - exercice sur l'expression des émotions : comprendre les émotions, parler dans un gromelot « parler dans un langage qui n'existe pas sans tenir compte du vocabulaire » et jouer que sur l'intonation
- Les exercices suivants impliquent les habiletés émettrices :
 - on met en application des choses vues de manière plus théorique dans d'autres programme (type EHS) : sur le versant émetteur avec la voix : travail sur le souffle, le ton (E4)
 - le mime : comprendre la consigne, exprimer , réajuster le mime (boucle d'interaction entre les deux)(E3)
 - la distance physique : le mouvement ce qui est non verbale et qui accompagne le verbal (E4)

Les différents exercices proposés ne permettent pas de percevoir directement le travail sur les habiletés sociales, il est nécessaire de prendre le temps d'analyser chaque tâche (comme une analyse de l'activité) afin de faire ressortir les éléments en lien avec les habiletés sociales. Comme le stipule Libermann dans son article sur les habiletés sociales, les habiletés sont imbriquées, et un déficit sur une des étapes entraîne des difficultés sur les étapes suivantes. Les compétences sociales des personnes schizophrènes sont souvent entravées par la détérioration de leur fonctionnement social. L'utilisation de l'improvisation théâtrale peut améliorer le comportement et la qualité de vie de la personne en accentuant l'apprentissage sur les habiletés sociales. Les ergothérapeutes n'ont pas mis

en place d'outils spécifiques pour évaluer l'impact de ce médiateur mais leurs observations, le retour des patients, les retours des équipes soignantes restent des supports concrets et fiables pour évaluer le rendement et l'engagement de la personne au sein de l'activité. Il en ressort que les bénéfices divergent d'un patient à l'autre, sont observables dès le troisième mois chez certaines personnes et sur des années pour d'autres.

Les résultats mis en avant répondent selon moi que partiellement à la validation de l'hypothèse. Ces premiers résultats représentent une ébauche qui mérite d'être approfondie et détaillée en incluant un panel plus important d'ergothérapeute à interroger, plus d'observations en intra et extra hospitalier, la diffusion de questionnaire pour élargir au niveau national et voir les pratiques dans les autres régions, tout ceci afin de valider totalement l'hypothèse. Néanmoins, les premières données récoltées tendent vers un apprentissage simultané des habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices.

CHAPITRE IV : APPORTS ET LIMITES

A. APPORTS ET RÉFLEXIONS

Les premiers apports de ce travail d'initiation à la recherche reposent sur les connaissances acquises ou développées tout au long de la rédaction. En partie sur toutes les informations nouvelles ou anciennes traitées dans ce sujet, sur la méthodologie d'un projet d'enquête, mais aussi sur la recherche, la sélection et la synthétisation des diverses sources littéraires. Les recherches effectuées ont enrichi mes connaissances sur la schizophrénie, sur la profession de l'ergothérapeute en milieu psychiatrique, sur l'improvisation théâtrale mais aussi sur un ensemble de notions qui gravitent et qui alimentent chacun de ces concepts.

J'ai pu développer des compétences en termes d'écriture, et d'utilisation de l'outil informatique qui me seront utiles dans ma vie professionnelle.

La réalisation d'un mémoire de recherche nécessite de la rigueur, une organisation sur le long terme, et une collaboration avec un maître de mémoire qui nous pousse dans nos questionnements, nos réflexions, nos idées, nos choix et nous permet de nous construire et de nous projeter dans une future pratique professionnelle. La diversité des échanges avec mon maître de mémoire m'ont personnellement permis de réajuster mes choix, d'avoir un regard critique sur ma production écrite, de me remettre en question sur la pertinence des éléments que je tenais à mettre en évidence ou sur ma méthode de travail. Cette remise en question, fondamentale pour la future pratique professionnelle et dans la vie quotidienne, a été indirectement initié par l'accompagnement de mon maître de mémoire tout au long de ce mémoire.

Les entretiens auprès des ergothérapeutes diplômés ont mis en évidence la diversité des pratiques parfois au sein d'un même établissement de soin et/ ou avec un médiateur commun.

Cette initiation à la recherche m' a fait repenser à mon positionnement en tant que futur ergothérapeute et à tout ce champ des possibles qui s'offre au métier d'ergothérapeute.

B. LIMITES ET RÉFLEXIONS

Ma première difficulté pour la rédaction de ce mémoire a été le manque de documentations en lien avec l'utilisation de l'improvisation théâtrale en milieu psychiatrique par l'ergothérapeute. Par la suite, j'ai rencontré des difficultés à trouver des ergothérapeutes en intra hospitalier qui utilisaient ce médiateur, non pas parce que ce n'étaient pas adapté ou inexistant mais soit parce que l'activité était menée par les infirmières (et donc ne répondait pas à mes critères), soit parce que l'activité s'orientait plus sur le théâtre a proprement parlé.

J'ai pu obtenir des entretiens uniquement avec des ergothérapeutes exerçant en milieu extra hospitalier, en ce sens l'élargissement de mon enquête en milieu extra hospitalier a été pertinente. Je pense toute de même que ça aurait été intéressant de pouvoir mener plus d'entretiens et d'observations au niveau d'ergothérapeute en intra hospitalier car c'est dans ce contexte de prise en charge que l'ergothérapeute est plus susceptible d'accompagner des personnes qui seraient en cours de stabilisation. Dans ce sens, il aurait été intéressant de connaître la pratique de l'ergothérapeute dans ce cadre. Il aurait aussi été intéressant d'avoir un panel plus important d'ergothérapeutes interrogés et d'observations réalisées (intra et extra).

Des contraintes géographiques ont imposé que les entretiens soient réalisés par appel téléphonique, limitant alors le contact visuel, l'accès aux émotions et laissant plus de place pour étayer certains points.

Les habiletés émettrices, réceptives et décisionnelles étaient des notions quasiment méconnues par les ergothérapeutes, il était donc difficile de ne pas trop évoquer les concepts pour ne pas biaiser l'avis de l'ergothérapeute. Ce qui a mon sens, a eu un effet négatif sur la qualité des informations reçues.

La survenue d'un problème technique avec mon ordinateur portable a généré la perte de l'enregistrement d'une ergothérapeute exerçant en milieu intra hospitalier. Il m'était alors impossible de refaire l'entretien au risque de biaiser une fois de plus les résultats, j'ai en revanche pu observer sa séance.

CONCLUSION

J'ai réalisé mon mémoire de recherche sur l'une des pathologies psychiatriques les plus invalidantes : la schizophrénie. Mon questionnement de départ était le suivant :

Dans quelle mesure l'improvisation théâtrale représente-t-elle un outil thérapeutique en ergothérapie en vue d'améliorer la participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie ?

La schizophrénie comprend une multiplicité de symptômes qui perturbent, réduisent et dégradent le fonctionnement global de la personne, son environnement, et ses occupations. L'ergothérapeute dans une démarche de soin tend, avec une approche centrée sur la personne à accompagner les personnes vivant avec cette pathologie vers l'autonomie. Mon intérêt était orienté sur ces symptômes qui favorisent le retrait, l'isolement social, la diminution de la participation de la personne vivant avec cette pathologie. Les relations humaines et sociales font partie intégrante de la vie en société. Dans ce sens, j'ai voulu approfondir mes connaissances sur l'improvisation théâtrale afin d'identifier la prise en charge que l'ergothérapeute peut mettre en place pour accompagner une personne vivant avec une schizophrénie en s'appuyant sur ce médiateur expressif.

Les différentes recherches effectuées et informations dégagées m'ont conduit à l'hypothèse suivante :

L'ergothérapeute utilise l'improvisation théâtrale pour promouvoir l'apprentissage des habiletés sociales chez les personnes vivant avec une schizophrénie en travaillant simultanément sur les habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices.

Les enquêtes et observations menées auprès des ergothérapeutes exerçant en milieu psychiatrique ont mis en évidence les diverses possibilités que confère ce médiateur thérapeutique. Dans le cadre de mon hypothèse, Il apparaît que le concept d'habileté sociale reste encore très vaste et mérite d'être étayer dans le but de pouvoir explorer tous les concepts qui gravitent autour et qui y sont liés. Néanmoins, l'utilisation de l'improvisation théâtrale est un support propice à la promotion et l'apprentissage des habiletés sociales dans le cadre d'une prise en charge en milieu psychiatrique.

La poursuite de cette enquête devrait s'orienter sur une recherche plus approfondie en lien avec l'apprentissage des habiletés sociales et sur le travail qui peut être réaliser pour initier un transfert des acquis vers le quotidien par le biais de ce médiateur thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bagnères, C. (2007). La relation avec l'objet. H. Hernandez (sous la direction de), *Ergothérapie en psychiatrie, Marseille, Éd. Solal, 18.*
2. Berridi Puertas, M. (2018). L'importance de la Commedia Dell'Arte au théâtre de Molière.
3. Blanchet, A., & Gotman, A.(2007). Série «L'enquête et ses méthodes»: L'entretien (2e éd. refondue). Paris: Armand Colin. *Mesure et évaluation en éducation, 33(2), 127-131.*
4. BOAL Augusto, (2002)L'arc-en-ciel du désir. Du théâtre expérimental à la thérapie, Éditions La découverte
5. Botbol, M. (2003). Les médiations entre groupe et institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, (2), 71-76.*
6. Bourcet, S. (2005). Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence. *Adolescence, 23(2), 225-239.*
7. Boyer, H. (2011). La réhabilitation psychosociale. *VST - Vie sociale et traitements, 112, 93-96.*
8. Bozarth, J. D., Motomasa, N., & Ducroux-Biass, F. (2014). La relation thérapeutique: enquête sur l'état de la recherche. *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche, (1), 58-76.*
9. Brient, P. (2007). Du regard à la parole: la relation soignant-soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique, (1), 61-68.*
10. Coldefy, M., & Nestrigue, C.(2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. *Questions d'économie de la santé, n°206, p.1-8*
11. Colon, P. L. (2009). Observer l'écoute: du paradoxe à l'enquête.
12. Cuypers, Krokstad, S., Lingaas Holmen, T., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L. O., & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression, and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66(8), 698-703.* <https://doi.org/10.1136/jech.2010.113571>
13. DA SILVA, K. (2007). L'ERGOTHÉRAPIE: AU CŒUR DE LA RÉADAPTATION. *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation, 205.*
14. de Biolley, R. (2020). La médiation par le théâtre. Freud et Dionysos sur la scène thérapeutique. *Cahiers de psychologie clinique, (1), 233-236.*
15. Delahunty, A., & Morice, R. (1996). Rehabilitation of frontal/executive impairments in schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 30(6), 760-767.*
16. Des ergothérapeutes du Québec, O. (2009). L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne adulte.

17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. (**DSM IV**). (1994) American Psychiatric Association.
18. DONAZ, M. (2002). Au pays de la créativité d'ergothérapeutes en quête de formation. *Ergothérapies*, ANFE, n°6, p 37-47.
19. DSM-5(2013): manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux / American psychiatric association ; coordination générale de la traduction française, Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi ; directeurs de l'équipe de la traduction française, Patrice Boyer ... [et al.] 5e éd. Ivii, 1114 p. ; 25 cm.
20. DW, W. (1975). Jeu et réalité. L'espace potentiel. *Concepts actuels du développement de l'adolescent*. Gallimard, PARIS, 190-207.
21. Éditorial. Art et culture : « L'activité physique n'est pas la seule alternative pour la santé » Anne-Violette BRUYNEEL, Claude PICHONNAZ page 75-76 N°2, ISSN 1660-8585
22. FAURE, H., MARTINEN, A., & MAURY, M. (2013). LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL (MCRO). *DE L'ASSOCIATION RESEAU TRAUMATISME CRANIEN*, 11.
23. FAVROD, J. (2005) Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15(2), p. 77.
24. FAVROD, J. (2013) Développer les habiletés sociales par le jeu. Dossier « schizophrénie et relation à l'autre » Santé mentale, n°183,p 44-48
25. Fekih-Romdhane, F., Chenoufi, L., & Cheour, M. (2016, October). La schizophrénie dans le DSM-5. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 174, No. 8, pp. 672-676). Elsevier Masson.
26. Fenneteau, H. (2015). *Enquête et questionnaire-3e édition*. Dunod.
27. Ferland, F. (2015). L'activité au cœur du développement de la personne. *L'activité humaine: un potentiel pour la santé*, 35-41.
28. Firdion, J. M. (2010). Construire un échantillon. *L'enquête sociologique, Paris, Presses universitaires de France*, 71-92.
29. FORTIN, A. B. (2009). THÉÂTRE ET CHANGEMENT HUMAIN: AGIR SUR L'ISOLEMENT SOCIAL PAR UNE APPROCHE INSPIRÉE DU THÉÂTRE D'INTERVENTION.
30. François, R. I. C., & MULLER, D. (2019). *La Cognition sociale*. PUG.
31. Gorin, T. (2021). Le Théâtre d'Improvisation ou comment apprendre à improviser: de l'exercice artistique à la performance interactionnelle. *Methodos. Savoirs et textes*, (21).
32. Gourevitch, R. (2006). Comment améliorer l'observance chez le patient souffrant de schizophrénie?. *L'Encéphale*, 32(5), 929-930.

33. Granger, B., & Naudin, J. (2019). Les schizophrènes ne peuvent pas vivre comme les autres. *Idées reçues*, 3, 67-72.
34. Granjon, F. (2020). la pratique de l'improvisation comme techniques de soi. *Le sujet dans la cite*, (1), 109-120.
35. Guénoun, T. (2016). Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale. *Adolescence*, 34(1), 117-128.
36. Hecktor, L. (2015) améliorer ses habiletés. *Santé mentale*, n°202, p 72-73
37. Héril, A., & Mégrier, D. (2011). *Technique théâtrale pour la formation d'adultes*. Retz.
38. Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck Supérieur.
39. Kapsambelis, V. (2012). Médiation: entre quoi et quoi?. *Psychothérapies*, 32(2), 69-71.
40. Keith Johnstone (2013), *Impro, improvisation et théâtre*, Ipanema Éditions, p. 9.
41. Kivits, J. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
42. Klein Florence & Oury Jean. (2014). Être ergothérapeute en psychiatrie: le moindre soin. Éd. Érès.
43. Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire?. *Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation*, 45-51.
44. Krebs, M. O. (2015). *Signes précoces de schizophrénie*. Dunod.
45. Laszlo, É. (2013). Théâtre d'improvisation et Gestalt-thérapie: Le groupe de théâtre-impro, un puissant moteur thérapeutique. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, , 169-183
46. LAULAN, L. (2007). LA RÉINSERTION SOCIALE. *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*, 177.
47. Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)*. CAOT Publications ACE.
48. Lemperière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2007). Psychiatrie de l'adulte. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 7(37), 42.
49. Levaux, M. N., & Danion, J. M. (2011, April). Impact des déficits cognitifs dans les activités de la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, No. 3, pp. 171-174). Elsevier Masson.
50. LIBERMAN ET AL (2008) Que sont les habiletés sociales ? *Dossier "Psychoéducation, de quoi parle-t-on ?" Santé mentale*, N°126, p 46-52.
51. Llorca, P. M. (2004). La schizophrénie. *Encyclopédie orphanet*.
52. Marty, O. (2013). Lumières sur l'improvisation théâtrale: trois usages éducatifs d'une pratique sociale innovante. *Éducation permanente*, (194), pp-59.

53. Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
54. Morel, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
55. Pachoud, B. (2015). Schizophrénie et fonctionnement social. *Santé mentale*, n°202, p.22-28
56. Pelletier, L., Grignon, S., & Zemmour, K. (2021). Outils pédagogiques pour améliorer la relation thérapeutique des psychiatres et résidents en psychiatrie envers les patients souffrant de psychose: revue systématique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 417-438.
57. Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2011). Eugen Bleuler and the schizophrenias: 100 years after. *Schizophrenia bulletin*, 37(6), 1118-1120.
58. Peretti, C. S., Martin, P., & Ferreri, F. (2004). *Schizophrénie et cognition*. John Libbey Eurotext.
59. Pibarot, I. (2007). Activité thérapeutique et ergothérapie. *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*, 13.
60. Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
61. Pirson, O., Stillemans, E., Masson, A. M., De Nayer, A. R., Domken, M. A., Delatte, B., ... & Detraux, J. (2012). Schizophrénie et société.
62. Prouteau, A., & Verdoux, H. (2011). Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*, 135-159.
63. Prouteau, A., Grondin, O., & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie: une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, (1), 137-155.
64. Reisman, M. D. (2016). Drama therapy to empower patients with schizophrenia: Is justice possible? *The arts in psychotherapy*, 50, 91-100.
65. Richard, C. (2019). *La paranoïa et la schizophrénie paranoïde*. Editions Ellipses.
66. Riou, G. (2016). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. ANFE
67. Semkovska, M., Bédard, M. A., Godbout, L., Limoge, F., & Stip, E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 69(2-3), 289-300.
68. Tang, S. X., Seelaus, K. H., Moore, T. M., Taylor, J., Moog, C., O'Connor, D., ... & Gur, R. C. (2020). Theatre improvisation training to promote social cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 14(2), 163-171.
69. TOWNSEND E., POLATAJKO H. Habilitier à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. CAOT Publication ACE. 2ème Edition. 2013. p. 27

➤ SITOGRAPHIE

ACE (2016) : Association Canadienne des Ergothérapeutes. Consulté le 03 janvier 2022 sur :

- https://www.caot.ca/?language=fr_FR&nav=home

AMPQ (2022) : Association des Médecins Psychiatre de France. Consulté le 03 janvier 2022 sur :

- <https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/>

ANFE (2022) : Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté le 14 septembre 2021 sur :

- <https://anfe.fr/a>

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, ARTICLE R4331-1. Consulté le 12 avril 2022 sur :

- https://www.circulaires.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178634/2021-08-13/

IMPROFRANCE (2022), association de la maison de l'improvisation. Consulté le 12 avril 2022 sur :

- <https://www.improfrance.fr/improvisation-en-france>

INSERM (2017), « *Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles* ».

Consulté le 13 janvier 2022 sur :

- <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>

INSERM (2021), « *C'est quoi la santé mentale ?* ». Consulté le 13 janvier 2022 sur :

- <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/garder-en-tete-c-est-quoi-sante-mentale/>

IRDES (2015), « *La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011* ». Consulté le 12 avril 2022 sur :

- <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrénie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf>

LABELIMPRO (2015). Consulté le 16 avril 2022 sur :

- <https://labelimpro.be/cl/théâtrale/histoire-2>

OMS (2022), « *Schizophrénie* ». Consulté le 7 novembre 2021 sur :

- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Revillard A, (2008), fiche technique n° 3 : la conduite de l'entretien. Consulté le 14 avril 2022 sur :

- <https://annerevillard.files.wordpress.com/2010/11/fiche-3.pdf>

Larousse. (s. d.). Réussite. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 13 avril 2022 sur :

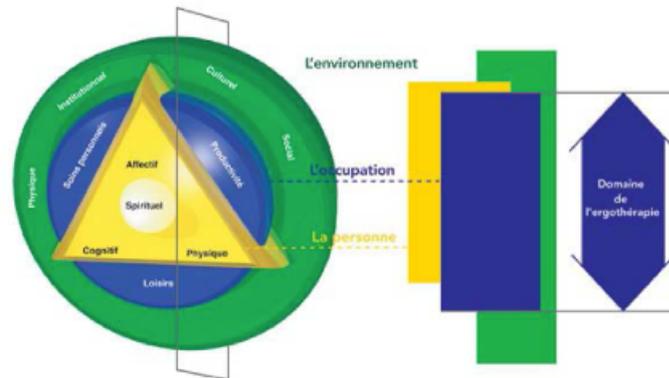
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9ussite/69039>

ANNEXE

SOMMAIRE

- ANNEXE 1 : MODÈLE CONCEPTUEL « MCREO »
- ANNEXE 2 : CRITÈRES DIAGNOSTICS DE LA SCHIZOPHRÉNIE – DSM-5
- ANNEXE 3 : TRAME « GRILLE D'ENTRETIEN »
- ANNEXE 4 : TRAME « GRILLE D'OBSERVATION »
- ANNEXE 5 : TRANSCRIPTION ENTRETIEN ERGOTHÉRAPEUTE (E1)

➤ **ANNEXE 1 : MODÈLE CONCEPTUEL « MCREO »**



Townsend, E. A., Polatajko, H. J, & Craik, J. (2013). *Le MCR l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publication A
rec l'accord de CAOT publications ACE (voir l'Annexe E).

Schizophrénie

Critères diagnostiques 295.90 (F20.9)

- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la

communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Spécifier si :

Les spécifications de l'évolution qui suivent ne doivent être utilisées qu'après une durée d'un an du trouble et si elles ne sont pas en contradiction avec les critères évolutifs propres au diagnostic :

Premier épisode, actuellement en épisode aigu : Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un *épisode aigu* est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle : Une *rémission partielle* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle se maintient une amélioration et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète : Une *rémission complète* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent.

Épisodes multiples, actuellement épisode aigu : Des épisodes multiples ne peuvent être établis qu'après un minimum de deux épisodes (un épisode, une rémission, et un minimum d'une rechute).

Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle

Épisodes multiples, actuellement en rémission complète

Continu : Les symptômes remplissant les critères symptomatiques diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brefs au regard de l'ensemble de l'évolution.

Non spécifié

Spécifier si :

Avec catatonie (pour la définition, se référer aux critères de catatonie associée à un autre trouble mental, p. 146).

Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1) catatonie associée à la schizophrénie pour indiquer la présence d'une catatonie comorbide.

Spécifier la sévérité actuelle :

La sévérité est cotée par une évaluation quantitative des symptômes psychotiques primaires, dont les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation du discours, les comportements psychomoteurs anormaux et les symptômes négatifs. Chacun de ces symptômes peut être coté pour sa sévérité actuelle (en prenant en compte l'intensité la plus sévère au cours des 7 derniers jours) sur une échelle de 5 points, allant de 0 (absent) à 4 (présent et grave). (Cf. dans le chapitre « [Mesures d'évaluation](#) » l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien.)

N.B. : Un diagnostic de schizophrénie peut être posé sans utiliser la spécification de sévérité.

➤ **ANNEXE 3 : TRAME « GRILLE D'ENTRETIEN »**

ENTRETIEN EFFECTUÉ LE : .././2022 à ..H..

Bonjour, je suis Manette Laurie, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie au sein de l'institut de formation en ergothérapie de Créteil. Afin de valider mon diplôme d'ergothérapie, j'ai choisi de rédiger mon mémoire sur l'utilisation de l'improvisation théâtrale auprès de personnes vivant avec une schizophrénie. Je vous contacte ce jour, afin d'échanger avec vous sur vos pratiques. Durant cet échange, pour vous guider, je vais vous poser un certain nombre de questions. Cet entretien va durer une trentaine de minutes. C'est un échange libre et anonyme, vous êtes en droit de ne pas répondre à certaines questions, quelques soient vos raisons.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, l'entretien sera enregistré dans le but d'avoir un support pour mon analyse . Avez-vous des questions avant de commencer ?

QUESTIONS	RELANCES	EXPLICATIONS
Pouvez-vous vous présenter ?	<ul style="list-style-type: none"> Nom/Prénom: Date du diplôme : Lieu d'exercice : - Vos missions : 	Permet de connaître le parcours et l'expérience des ergothérapeutes
Utilisez-vous ou avez-vous utilisé l'improvisation théâtrale comme un outil thérapeutique auprès de personnes vivant avec une schizophrénie ?		Permet de valider mes critères d'inclusion et d'exclusion
Depuis combien de temps utilisez-vous ou avez-vous utilisé ce médiateur ?		Permet d'avoir une idée d'expérience à court, moyen ou long terme
Dans quel type de structure utilisez-vous ou avez-vous utilisé l'improvisation théâtrale ?	<ul style="list-style-type: none"> Comment les patients sont-ils intégrés dans l'activité ? Quel est le parcours du patient ? Quelle procédure est mise en œuvre pour que le patient participe à l'improvisation théâtrale ? 	Permet d'identifier les différents éléments pour répondre aux objectifs et aux critères d'inclusion et d'exclusion
J'ai conscience que les objectifs en ergothérapie sont personnalisés mais est-ce que vous pouvez me citer des objectifs qui sont travaillés en séance ?	<ul style="list-style-type: none"> A quel moment les objectifs sont-ils fixés ? Les objectifs sont-ils définis avec le patient ? 	Permet d'identifier les objectifs spécifiques à la prise en charge en milieu psychiatrique
Quels sont les bénéfices thérapeutiques de l'activité ?	<ul style="list-style-type: none"> En se basant sur les ressentis des patients, quelles sont les bénéfices ? (à court / moyen et long terme ?) 	Permet d'identifier sur quels éléments l'ergothérapeute se base pour expliquer les bénéfices

<p>Quel cadre thérapeutique mettez-vous en place pour ce type d'activité ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de temps dure la séance ? • Le lieu ? • Groupe ouvert ou fermé ? • Nombre de personne par groupe ? ce nombre est-il définitif ? • Les grandes étapes de la séance ? • Combien de thérapeute ? • Quelles professions ? • Cycle de combien de séances ? • Tenue ? (blouse ou civil) • Critère d'inclusion ou d'exclusion ? 	<p>Permet de connaître les différentes étapes dans la mise en œuvre de l'improvisation</p>
<p>Quelle est votre posture thérapeutique en tant qu'ergothérapeute dans la mise en œuvre de cet atelier ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire la façon de l'ergothérapeute et son binôme accompagne les patients sur la séance complète ? • Comment faire de l'individuel dans un travail collectif ? • Positionnement par rapport au binôme ? • Comment l'ergo favorise le potentiel thérapeutique ? • Participez-vous ? 	<p>Permet d'argumenter sur l'engagement et le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'atelier</p>
<p>Utilisez-vous l'improvisation théâtrale pour travailler sur l'apprentissage des habiletés sociales ?</p>		<p>Permet d'orienter sur le sujet de mon hypothèse</p>
<p>Est-ce que vous pouvez me décrire un ou deux exercices qui permettent l'apprentissage des habiletés sociales ?</p>		<p>Permet d'aborder la mise en œuvre de cet apprentissage au sein de l'atelier</p>
<p>comment évaluez-vous les bénéfices de cet outil auprès de cette population ?</p>		<p>Permet de savoir sur quel élément repose l'évaluation de l'atelier</p>
<p>Utilisez-vous un outil (qualitatif/ quantitatif) pour évaluer ? lequel ?</p>		<p>Précise la précédente question et permet de développer</p>
<p>Votre avis sur l'ergothérapie et l'improvisation théâtrale ?</p>		<p>Permet d'identifier le lien que l'ergothérapeute peut percevoir entre l'improvisation et sa profession</p>

➤ **ANNEXE 4 : TRAME « GRILLE D'OBSERVATION »**



CADRE INSTITUTIONNEL	
LIEU ET HEURE	
DURÉE DE LA SÉANCE	
NOMBRE DE PARTICIPANTS	
PATHOLOGIES DES PARTICIPANTS	
ENCADREMENT	
AUTRES OBSERVATIONS	
LES PARTICIPANTS	
LE CADRE THÉRAPEUTIQUE	
LA POSTURE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE	
LA COLLABORATION (COAH/SOIGNANT)	

➤ **ANNEXE 5 : TRANSCRIPTION ENTRETIEN ERGOTHÉRAPEUTE (E1)**

ENTRETIEN EFFECTUÉ LE : 03/05/2022 à 19H00

ERGOTHÉRAPEUTE 1 (E1) : Allo !

MANETTE LAURIE (ML) : Bonsoir ! Mme E1 ?

E1 : oui c'est bien moi

ML : je suis Laurie, j'appelle pour le mémoire de recherche en ergothérapie.

E1 : oui, bien sûr, je suis entièrement disponible, on peut commencer

ML : d'accord, je commence par vous remercier d'avoir pris le temps d'échanger par courriels et de vous rendre disponible ce jour pour cet entretien. Donc, je suis Manette Laurie, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie au sein de l'institut de formation en ergothérapie de Créteil. Afin de valider mon diplôme d'ergothérapie, j'ai choisi de rédiger mon mémoire sur l'utilisation de l'improvisation théâtrale auprès de personnes vivant avec une schizophrénie. Je vous contacte ce jour, afin d'échanger sur vos pratiques. Durant cet échange, pour vous guider, je vais vous poser un certain nombre de questions. Cet entretien va durer une trentaine de minutes. C'est un échange libre et anonyme, vous êtes en droit de ne pas répondre à certaines questions, quelques soient vos raisons. Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, l'entretien sera enregistré dans le but d'avoir un support pour mon analyse .

Avez-vous des questions avant de commencer ?

E1 : non pas particulièrement, je vais commencer par me présenter. Je suis E1, ergothérapeute diplômée de l'école de Lyon depuis 1993. J'ai travaillé surtout en psychiatrie durant ma carrière et essentiellement au CHU, en service de psychiatrie adulte et j'ai fait usage de la médiation, de l'improvisation théâtrale pendant une quinzaine d'année. Je ne l'utilise plus actuellement, mais bon, pour des raisons annexes en fait.

ML : Et actuellement vous exercez toujours au CHU?

Oui, j'exerce toujours au CHU

ML : Et quelles sont vos missions actuellement ?

Alors moi je travaille sur 5 unités, euh quand je dis 5 c'est même 6 d'hospitalisation complète, service fermé, dans un service d'hospitalisation complète mais service ouvert, dans un service qui est un hôpital de semaine, en hôpital aussi de jour et puis dans un CATTP à orientation de réhabilitation

psychosociale. Je suis la seule ergothérapeute pour tous ces services donc voilà. (*rire*) Il y a beaucoup de travail (*rire*)

ML : Donc, l'improvisation théâtrale vous l'avez utilisé pendant 15 ans, actuellement vous ne l'utilisez plus !

E1 : Non !

ML : et lorsque vous l'avez utilisé, c'était auprès de personnes vivant avec une schizophrénie ?

E1 : la plupart oui. Alors je le faisais sur l'hôpital de jour et c'étaient des patients à 80, on va dire 80 /90% diagnostic schizophrénie, de schizophrénie

ML : d'accord, ok, du coup j'ai conscience que les objectifs en ergothérapie sont personnalisés mais est-ce que vous pouvez me citer des objectifs qui étaient travaillés en séance avec ce type de pathologie ?

E1 : alors l'objectif principal était, enfin, la possibilité d'accroître les habiletés sociales des patients. C'était, on va dire, le gros objectif (*rire*). C'était aussi de permettre, de proposer une activité de groupe qui permettait aussi de fonder le groupe, de permettre d'améliorer les relations au sein de, on va dire la communauté formée par les patients et c'était aussi la volonté de proposer une activité ludique aussi, qui permet des échanges, enfin des échanges c'est une chose mais aussi dans une ambiance agréable, détendue.

ML : ok, c'étaient des groupes ouverts ou fermés ?

E1 : c'étaient des groupes ouverts oui !

ML : il y avait un nombre de participants déterminé ?

E1 : c'était à peu près. Euh, ça concernait une quinzaine de patients

ML : ce nombre était fixe, ou il pouvait évoluer en fonction de la demande?

E1 : c'était un peu variable, mais c'était plus ou moins deux personnes, on va dire que 15 personnes c'était là, euh, la composition (euh je ne vais pas trouver le mot), (*rire*), le nombre de personnes quoi

ML : d'accord, la séance durait combien de temps ?

E1 : alors c'était deux heures

ML : d'accord. Et ça se déroulait en salle d'ergothérapie ?

E1 : alors on avait, ça se déroulait dans une salle d'activité qui était spécifique à l'ergothérapie en hôpital de jour

ML : vous étiez à combien de thérapeute pour cette activité pendant les deux heures?

E1 : euh moi je chapotais l'activité, c'est moi qui menais l'activité on va dire et je travaillais avec une psychologue et deux infirmiers

ML : vous n'étiez jamais seule pour mener cette activité ?

E1 : non jamais

ML : il y avait-il un cycle pour cette activité ? euh, il y avait combien de séances environ ?

E1 : non c'était tout le temps, une fois par semaine , ça durait deux heures, le mercredi matin

ML : quelle était votre tenue vestimentaire durant l'activité, portiez-vous la blouse ?

E1 : alors c'était un hôpital de jour où l'on ne portait pas la blouse

ML : c'était en hospitalisation de jour, il y avait-il des critères d'inclusions ou d'exclusion pour participer à l'improvisation théâtrale ?

E1 : non, c'était, on va dire, plus en théorie, c'était sous prescription médicale en sachant qu'en 15 ans c'est arrivée que très peu, où très rarement qu'on dise que tel patient, ah non il ne faut pas qu'il fasse cette activité. Finalement, ça a dû arriver 2 fois, 3 fois, très rarement. Après il y a eu des patients qui ne voulaient pas le faire, ça c'était possible bien évidemment

ML : d'accord. Mais quel était le parcours du patient justement pour intégrer le groupe ?

E1 : en fait, c'était, ah oui, c'était proposé en alternance avec une réunion institutionnelle qui avait lieu tous les 15 jours et c'était donc proposé à la , enfin euh, à la totalité des patients en fait mais il n'y avait pas que ça non plus. Il y avait un autre groupe en parallèle, ça ça variait des autres activités proposées, il y avait une seule chose en plus de proposée pour ceux qui ne voulaient pas faire le théâtre , enfin l'improvisation théâtrale. Moi j'appelais ça « jeu dramatique »

ML : jeu dramatique, ok. Ok. De quelle façon vous mettiez en place cet atelier ? Quelle était votre posture ?

E1 : hum, moi je menais les groupes mais je ne jouais pas par exemple. Alors que les autres co-thérapeutes participaient au jeu, au jeu d'improvisation, avec les patients. On se partageait en deux groupes parce que, en fait, il s'agissait d'improvisation préparée on va dire, il y avait des thèmes qui

étaient choisis par les patients. C'étaient les patients qui trouvaient des thèmes de jeu et à chaque séance on tirait au sort un thème.

ML : et la séance entière se déroulait sur ce thème ?

E1 : non, on commençait déjà par faire 1 heure, ¾ d'heures à 1 heure de préparation posée, c'est-à-dire, euh atelier corporel on va dire, atelier sur la voix, sur la respiration, tout ce travail là. Ça c'était une préparation commune, on était tous ensemble pour ce travail-là

ML : et dans cette préparation, vous participiez ?

E1 : moi je menais, je participais en menant, mais après quand on se partageait en groupe et après quand un groupe improvisait devant l'autre, moi j'étais toujours la personne comme une référente neutre qui ne jouait pas

ML : alors comment vous favorisez le potentiel thérapeutique de l'activité ?

E1 : oula, ça c'est une grande question ! (*rire*)

ML : (*rire*) euh c'est-à-dire comment faire de l'individuel euh

E1 : oui dans du collectif, c'est ça

ML : oui c'est ça, comment faire de l'individuel dans du collectif ?

E1 : c'est-à-dire moi, c'était la façon dont je menais l'activité en elle-même qui permettait à chacun de s'exprimer et de pouvoir retirer chacun comme il pouvait, ce qui était intéressant pour lui quoi

ML : et ça, est-ce que c'était fait en fonction des objectifs ? est-ce que les objectifs étaient travaillés en amont seul ou avec le patient ?

E1 : c'était euh, je n'avais pas un travail individuel en amont

ML : ok. Quel cadre thérapeutique était mis en place ? Les grandes étapes de la séance ?

E1 : en fait, on commençait par ce que l'on appelait « l'échauffement » qui était donc des jeux, des exercices corporels, sur la voix, sur la respiration, sur l'occupation de l'espace, des choses comme ça, ce que l'on appelle le « training de l'acteur »

ML : ok, je vois, et donc cet échauffement durait une heure ?

E1 : à peu près, du moins ¾ d'heures, en fait je ne sais pas, ce n'était pas ...

ML : puis venait donc le temps de l'improvisation qui durait donc

E1 : une heure

ML : en fin de séance, faisiez-vous des feedbacks avec les patients pour avoir leur ressenti ?

E1 : oui , en fait il y a un feedback, enfin il y avait des temps de préparation qui étaient à peu près d'un quart d'heure, vingt minutes maximum , de chaque, enfin chaque groupe étant partagé, enfin il y avait deux petits groupes on va dire, deux sous-groupes (*rire*) et dans chacun des groupes, ils déterminaient les rôles de chacun, enfin ils discutaient sur comment ils allaient euh ... ils faisaient un peu le canva, on va dire de leurs jeux, ils préparaient leurs jeux, soit ils s'entraînaient à faire déjà la saynète ou alors ils la préparait uniquement à l'oral hein , alors ça, c'était libre à eux hein , ce n'était pas, euh j'allais dire que ce n'était pas contrôlé, non c'était selon la volonté du groupe, selon le choix du groupe et après les deux sous-groupes se retrouvaient et il y avait un groupe qui passait l'un après l'autre pour improviser sur le thème. Donc tantôt, ils étaient acteurs, tantôt ils étaient spectateurs. Après le temps du jeu, de l'improvisation, chacun avait la parole individuellement, voilà , tout de suite après le jeu. Euh, ça avait, pour moi, si je demandais ça, c'était aussi le moyen de retrouver rapidement sa propre personnalité, son rôle, c'était une façon de sortir du jeu. C'était aussi une façon d'avoir à chaud la réaction. Voilà

ML : ok

E1 : et après , il y avait un temps de feedback encore euh, là c'était tous ensemble à la fin des deux jeux, des deux improvisations , il y avait un temps de paroles libres d'expressions, voilà en gros

ML : ok, avez-vous des souvenirs des ressentis de certains patients ? quels bénéfices étaient exprimés justement lors de ces feedbacks ?

E1 : alors, il y a ceux qui disaient que c'était drôle, qu'ils avaient bien aimé, euh, qui s'étaient sentis bien, que ça avait été facile, d'autres pour qui ça avait, au contraire, ils avaient , il y en a qui disaient « j'ai eu peur » (*rire*), c'était souvent très bref quand même leur euh réaction, ce n'était pas

ML : ce n'était pas très élaboré

E1 : ce n'était pas très élaboré, on va dire effectivement, voilà c'était assez bref

ML : pour vous, quelle serait les bénéfices de cette activité ?

E1 : alors j'en voyais plusieurs, je trouve que c'est très riche (*rire*), c'est global, puis ça permet d'aussi bien travailler sur, enfin ça permet de travailler à pleins de niveaux différents, aussi bien sur un mieux-être corporel, je pense que c'était, enfin aussi, je trouve que c'est une médiation intéressante aussi pour travailler aussi bien sur l'émotion, sur l'expression des émotions aussi, sur l'affirmation de soi, sur aussi l'écoute des autres, développer cette aptitude. C'était aussi un moyen de trouver une activité

qui engage la personne, qui permet, qui leur permet de s'investir et de s'impliquer, enfin, je trouve que c'est quand même difficile de rester passif dans ce genre de dynamique

ML : effectivement, ok. Il y avait-il une obligation de participer ou les participants pouvaient être juste des spectateurs ?

E1 : ah non, là, il y avait une consigne qui était, qu'on n'était, qu'il n'y avait pas de spectateurs. C'était voilà, soit on pouvait refuser de le faire, à ce moment-là, on ne faisait pas l'activité mais il n'y avait pas de gens qui pouvaient être que spectateurs ou alors ça a été, en 15 ans j'ai peut-être accepté cette chose-là exceptionnellement pour des patients qui avaient besoin d'être rassurés et qui disaient « bon, aujourd'hui je vais juste voir , je verrais la semaine prochaine si je participe » donc là, je leur accordais effectivement une séance on va dire d'observation mais c'était vraiment exceptionnel quoi

ML : ok. Vous avez évoqué précédemment travailler sur les habiletés sociales ...

E1 : oui

ML : alors dans mes recherches, j'ai trouvé qu'il y avait plusieurs types d'habiletés sociales qui se distinguent euh

E1 : oui

ML : on distingue les habiletés émettrices, réceptives et décisionnelles, est ce que vous vous travaillez une de ces habiletés ?

E1 : je ne peux pas dire que c'était aussi analytique que ça (*rire*)

ML : d'accord, qu'en vous parlez de travailler sur les habiletés sociales, est ce que vous pouvez m'en dire plus, me donner des exemples ?

E1 : c'est-à-dire que dans le jeu théâtrale, ça exige de travailler les relations sociales , d'une façon indirecte quoi, enfin indirecte euh, on rejoue ce qui peut se jouer dans la vie et je pense que c'est une forme, finalement c'est une forme d'entraînement quoi, de ... c'était une mise en situation en tout cas qui les incitait à interagir avec les autres et dans les difficultés qui sont fréquentes dans la schizophrénie, c'était quand même pouvoir agir sur cette difficulté qu'ils ont à entrer en relation avec l'autre

ML : ok, je vois. Est-ce que vous pourriez peut-être me décrire un exercice ou deux qui permet justement de travailler sur l'apprentissage des habiletés sociales ?

E1 : alors qu'est-ce que je peux donner comme exemple. Euh, bin comme exemple, tout, j'allais dire tout bête (*rire*) mais euh, je me souviens d'un jeu qu'on faisait où c'était : animer le fait d'offrir un

cadeau à quelqu'un en lui disant : « ceci est un cadeau pour vous » et la personne recevant le cadeau devait répondre : « ceci est un cadeau pour moi » et rien que de jouer sur ces deux phrases (*rire*) avec le mime d'apporter quelque chose, d'offrir quelque chose permettait d'entrer en relation et de moduler euh les réactions, d'expérimenter l'émotion que ça dégage, que ça génère euh. C'était un exercice qui me revient (*rire*)

ML : Est qu'il y avait d'autres types de mise en situation ?

E1 : oui dans les thèmes qu'ils choisissaient, souvent on avait des thèmes qui concernaient la vie quotidienne, la vie relationnelle quotidienne, enfin aller au restaurant, un repas de famille, des situations comme ça qui mettent en relation avec les autres

ML : est-ce que vous imposiez, euh , parce que du coup il y avait un thème défini en amont et euh, est ce que tout au long de la mise en scène il y avait des choses à faire ou à ne pas faire, des mots à dire ou à ne pas dire ?

E1 : alors non, euh il y avait des règles oui, la règle c'était de ne pas utiliser le prénom réel des gens, euh on n'avait un rôle avec un nom qu'il soit prononcé ou pas, on avait un rôle, on n'était pas avec son propre nom. Euh qu'est-ce qu'il y avait d'autres comme règles euh, enfin la règle, elle était aussi, l'importance aussi de ne pas confondre le lieu où on parle et le lieu où on joue. On avait une scène , c'est vraiment , on ne faisait le jeu que sur cette scène qui était un espace délimité. Mais l'importance d'un lieu et d'un espace, où il n'y a pas de confusions avec le moment où l'on est spectateur .On avait la règle aussi de ne pas utiliser les objets, ni les vêtements appartenant à quelqu'un quoi, on n'utilisait pas d'objets appartenant à quelqu'un. Uniquement des éléments appartenant à la pièce, un crayon, une boîte, un livre du lieu mais pas les objets personnels. Dans l'idée , dans la préparation de l'improvisation, il y avait donc cette préparation de définir un rôle , ils avaient comme consigne d'avoir un début et une fin qui étaient connus de tout le monde, ça faisait partie des instructions. Quand ils commençaient leur improvisation, chacun savait le moment où ça allait finir aussi, ça c'était important

ML : et comment vous évaluez les bénéfices thérapeutiques de l'improvisation théâtrale auprès de cette population ?

E1 : alors là, je vais le dire, c'était très empirique, c'était la satisfaction des patients eux-mêmes, c'était le fait qu'ils investissent l'activité, qu'ils reviennent et la façon, on va dire assez positive qu'ils avaient d'en parler, tous les retours des patients mais je n'ai pas utilisé d'outils, non. Après j'ai gardé comme trace, comme trace non, oui je faisais les comptes rendus d'activités chaque fin de séance avec ce que l'on avait fait comme exercices et il y avait un résumé du jeu théâtral de chaque patient, quel rôle ils avaient choisi, tout ça . mais je ne peux pas dire que j'ai utilisé aucun outil d'évaluation sur, enfin non,

je n'en avais pas, je ne sais pas, je n'en ai pas trouvé. Ce n'est pas simple d'avoir un outil adapté pour l'improvisation théâtrale

ML : oui ce n'est pas simple effectivement, c'est surtout une évaluation basée sur l'observation.

E1 : oui c'est ça

ML : est-ce que sur le court, moyen ou long terme vous avez pu observer des changements de comportements ou des améliorations chez les patients suivis ?

E1 : oui oui, on avait observé des patients par exemple quand on les voyait en sortie thérapeutique. On les voyait pouvoir aller demander à un inconnu un renseignement, ce qui n'était pas possible avant cette période, avant d'avoir fait du théâtre en fait, des choses comme ça. On avait pu observer des patients qui, même au niveau de la vie, enfin ce que l'on observait de la vie au sein de l'hôpital de jour, on remarquait qu'ils avaient beaucoup plus d'interactions entre eux, qu'ils évoquaient le jeu, des souvenirs de ce qui c'était passé, de la séance d'avant, ça nourrissait des discussions entre eux .

ML : d'accord, donc certains étaient conscients des bénéfices de l'activité ? ils le verbalisaient ?

E1 : oui(*temps de réflexion*) après bon, ils n'avaient pas tous la même capacité à pouvoir l'exprimer. Il y a, moi je pense que le fait qu'ils revenaient, qu'ils avaient manifestement plaisir à participer, et aussi par exemple le fait qu'ils choisissaient leur rôle, c'est-à-dire qu'il ne devait pas être assigné par un autre, il n'y avait pas de toi tu fais ça et toi tu fais ça. C'était important que dans chaque préparation que chacun choisisse son rôle donc ça fait partie aussi des choses dont on était attentif et ensuite, je ne sais plus ce que je voulais dire en disant ça, euh (*temps de réflexion*). Oui, ils choisissaient eux-mêmes leurs rôles et par le choix de ces rôles on pouvait observer une évolution par exemple il y en avait beaucoup qui choisissait au début, quand ils commençaient l'activité, ils choisissaient des rôles neutres, discrets ayant peu de prises de paroles, voire même un peu passif, euh et au fur et à mesure des séances, on voyait qu'ils s'affirmaient dans leurs choix de rôles où leur personnage s'impliquait beaucoup plus, prenait la parole. C'était cette évolution là que l'on pouvait bien noter.

ML : d'accord

E1 : en même temps, ils faisaient ça à leur allure, il n'y avait rien d'imposé donc c'était une progression comme ça qu'on pouvait observer mais qui était très individuel quoi. Certain on était comme ça, longtemps, des, (*temps d réflexion*), ce n'étaient même pas des seconds rôles comme au théâtre, mais des troisièmes rôles, quatrièmes rôles (*rire*) et petit à petit, ils s'affirmaient quoi

ML : au bout de combien de temps cette progression était-elle observable ?

E1 : oh, ça c'était vraiment très individuel, moi je dirais plutôt sur du long terme, sur des mois quoi. Il y a des patients qui ont participé pendant des années et qui ont, enfin je me rappelle un patient qui a mis plus de trois ans à sortir un mot sur la scène (*rire*) mais c'est venu, c'est arrivé. Il y a des progressions qui sont très différentes. Moi ce que j'ai pu observer, c'est que chacun pouvait en retirer quelque chose, un peu, enfin ce n'était peut-être pas, euh comment dire ? ce n'était peut-être pas dans une démarche où j'avais fait un bilan avant en me disant « tiens, on va faire telle chose, telle chose ». C'était un peu empirique effectivement, c'était on mettait en condition de et au fur et à mesure des situations chacun progressait dans des domaines différents quoi. Quelqu'un qui était très embarrassé avec son corps, très timide hein, très en retrait, tout ça ; pouvait au fur et à mesure des séances trouver un moyen d'être plus à l'aise.

Donc je vais dire, pour certains c'était plus corporel, d'autres c'était plus vocal, ne serait-ce que de pouvoir parler fort, plus fort. Euh, c'était, je me rappelle un patient en particulier qui parlait tout doucement, tout doucement, on ne comprenait absolument rien et au fur et à mesure il a quand même fini par pouvoir dire des phrases audibles (*rire*)

ML : ok

E1 : donc c'est un peu ce que je trouvais d'intéressant, c'était vraiment à différents niveaux un moyen de progresser dans plusieurs domaines différents quoi

ML : en gros, on peut dire que l'improvisation théâtrale va permettre de travailler de multiples fonctions ?

E1 : oui, oui

ML : et si vous aviez un avis à donner en faisant le lien entre l'improvisation théâtrale et l'ergothérapie ?

E1 : ah ah. Un lien euh, je vais réfléchir pour ne pas dire de choses inintéressantes (*rire*). D'abord, j'allais dire quelque chose qui peut être un peu tabou, mais on n'a pas toujours d'énormes moyens dans nos institutions (*rire*) et c'est une activité qui ne demande pas beaucoup de moyens donc c'est extrêmement intéressant. C'est très riche d'enseignement et de possibilités thérapeutiques et qui en même temps n'est pas demandeuse de matériels très importants quoi. Après, il me semble que c'est intéressant d'avoir des formations complémentaires car il me semble que dans la formation initiale, on n'est pas très formé à ce genre d'activité

ML : exactement

E1 : il me semble que c'est important de réfléchir justement au cadre que l'on va proposer de savoir pourquoi on fait les choses, et de pouvoir bénéficier des expériences d'autres thérapeutes quoi. C'est pour cela que ça me semble important d'être formé à ça. Personnellement, je n'ai pas, enfin j'avais fait du théâtre personnellement, j'ai quand même fait deux formations complètes de trois niveaux à chaque fois avant de me lancer (*rire*), il me semble que c'était assez important de le faire. C'étaient des formations avec d'autres professionnels de santé, c'était proposé par les « CEMEA » donc ça s'appelait « jeu dramatique en institution de soin » pour la psychiatrie. C'étaient plus des formations tournées vers la psychiatrie et l'autre c'était l'INFIPP, c'est l'institut de formation pour les professions de psychiatrie, là c'était « jeu théâtral et thérapie »

ML : merci. J'ai posé l'ensemble de mes questions (*rire*), peut-être que vous avez des choses à rajouter au sujet de l'improvisation théâtrale ?

E1 : euh bin, ce que je pourrais rajouter c'est « pourquoi improvisation », moi au départ, je ne pensais pas faire d'improvisation mais je pensais faire du théâtre avec l'idée de monter des spectacles, des choses comme ça. J'étais partie avec cette idée-là. Et puis, finalement je me suis rendu compte que ce n'était pas très réalisable au sein d'un hôpital de jour car justement les gens ne sont pas toujours les mêmes, ils sont là pendant un moment puis ils ne sont plus là, les patients ne sont pas là euh , on ne sait pas à l'avance combien de temps ils vont être là et c'est là que ça m'est venu que ça sera plutôt de l'improvisation en fait et après je me suis dit que l'improvisation pure au sens « hop , on a un thème et hop, on improvise », ça me semblait assez, ça pouvait être source d'angoisse plus que de euh (*rire*). Et comme l'idée est d'angoisser le moins possible nos patients, c'est pour ça que j'avais instauré ce temps préparatoire à l'improvisation donc c'est « impro préparé ». C'était un peu anti euh mais bon (*rire*) mais en fait, cette préparation permettait vraiment l'émergence du jeu de l'improvisation. J'avais la chance de travailler avec une psychologue qui était très intéressée par ce travail et qui avait l'expérience du psychodrame morénien , je ne sais pas si vous connaissez

ML : non

E1 : c'est une méthode de psychothérapie par jeu, par psychodrame, c'est-à-dire que l'on rejoue des situations qui ont été problématiques dans la vie. Alors évidemment, c'est très, il faut être formé à cette technique quoi, ce n'est pas anodin quoi (*rire*). On ne peut pas faire ça comme ça. Avec cette expérience, dans l'idée, avec ce que l'on faisait, on ne devait pas tomber dans le psychodrame c'est-à-dire qu'on pouvait peut-être voir des fois des liens avec des situations de vie des patients qu'on avait connaissance mais le but n'étant pas de faire rejouer des scènes traumatiques. Ça c'est un danger aussi avec cette population, c'est donc aussi important d'avoir ça en tête. Il y avait les infirmiers et l'intérêt qu'ils participent au jeu parce que c'était aussi un moyen de pouvoir contrôler ce qui se

passait dans l'improvisation. Si on voyait que ça dérivait, on pouvait garder quand même le cadre thérapeutique quoi. Parce que l'on peut observer, il peut y avoir des phénomènes, certains patients qui peuvent avoir une , comment dire, dans leur jeu une dérive, j'allais dire perverse, ça peut arriver aussi, ça fait partie des choses que l'on peut observer hein. Donc il faut pouvoir agir rapidement, je pense à ces dérives là mais il peut y en avoir de tout ordre.

ML : oui, effectivement !

E1 : bin voilà (rire)

ML : oui, vous avez répondu à l'ensemble de mes questions

E1 : si besoin, n'hésitez pas à me recontacter. Moi j'aime bien transmettre aussi mon expérience

ML : oui et on en a besoin de cette transmission. 15 ans d'expérience surtout c'est très bénéfique pour moi. Je vous remercie pour tout le temps accordé.

E1 : bonne soirée, et n'hésitez pas si vous avez besoin.

ML : d'accord, merci encore et bonne soirée

E1 : bon courage, aurevoir

RÉSUMÉ

L'incidence de la schizophrénie témoigne de la nécessité d'établir une prise en soin adaptée afin de limiter les problématiques occupationnelles et de favoriser le rendement et l'engagement occupationnelles de la personne. Ainsi, en santé mentale, l'intervention de l'ergothérapeute devient effective dès lors qu'une personne est affectée dans son quotidien par une condition psychologique invalidante. L'ergothérapeute va alors évaluer les retentissements de la maladie sur la personne et son environnement afin de l'accompagner vers l'intégration ou la réintégration de ses rôles au sein de la communauté. En utilisant l'improvisation théâtrale comme moyen thérapeutique, il va utiliser les multiples fonctions proposées par cette activité pour travailler sur l'apprentissage des habiletés sociales. L'hypothèse avancée est que l'ergothérapeute utilise l'improvisation théâtrale pour promouvoir l'apprentissage des habiletés sociales en travaillant simultanément sur les habiletés réceptives, décisionnelles et émettrices. Les résultats de l'enquête mettent en avant que ce médiateur thérapeutique favorise l'apprentissage et l'acquisition des habiletés sociales. Les différents ergothérapeutes interrogés soulignent qu'il est difficile de travailler les habiletés sociales en les dissociant et que les bénéfices procurés par cette activité sont observables sur le long terme et diffèrent d'un individu à l'autre, chez les personnes vivant avec cette pathologie.

Mots clés : schizophrénie – ergothérapie – improvisation théâtrale – habiletés sociales

ABSTRACT

The incidence of schizophrenia demonstrates the need to establish adapted care in order to limit occupational difficulties and promote the person's occupational performance and commitment. Thus, in mental health, the intervention of the occupational therapist becomes effective as soon as a person is affected in their daily life by a disabling psychological condition. The occupational therapist will then evaluate the impact of the condition on the person and their environment in order to help them integrate or reintegrate their roles within the community. By using theatrical improvisation as a therapeutic means, they will use the multiple functions proposed by this activity to work on learning social skills. The hypothesis put forward is that the occupational therapist uses theatrical improvisation to promote the learning of social skills by working simultaneously on receptive, decision-making and emissive skills. The results of the survey highlight that this therapeutic mediator promotes the learning and acquisition of social skills. The different occupational therapists interviewed emphasize that it is difficult to work on social skills by dissociating them and that the benefits of this activity are observable over the long term and differ from one individual to another in people living with this pathology.

Keywords: schizophrenia - occupational therapy - theatrical improvisation - social skills