

**La danse, une activité thérapeutique  
en ergothérapie pour le sujet  
schizophrène ?**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

CHIROL Florence

21 Juin 2007



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>LA SCHIZOPHRENIE</b>	<b>3</b>
<b>1 - Généralités sur la psychose</b>	<b>3</b>
<b>2 - Définition de la schizophrénie</b>	<b>4</b>
<b>3 - Diagnostic</b>	<b>4</b>
3.1 - Le syndrome dissociatif	5
3.1.1 - Syndrome dissociatif intellectuel :	5
3.1.2 - Le syndrome dissociatif affectif :	6
3.1.3 - Le syndrome dissociatif psychomoteur :	6
3.2 - Le syndrome autistique	7
3.3 - Le délire paranoïde	7
3.3.1 - La systématisation :	7
3.3.2 - Les mécanismes :	8
3.3.3 - Les thèmes	8
3.3.4 - La participation thymique	8
3.3.5 - L'adhésion	8
<b>4 - Les différentes formes cliniques</b>	<b>9</b>
4.1 - La description dimensionnelle	9
4.2 - La description catégorielle	9
4.2.1 - Les formes cliniques principales :	9
4.2.2 - Les formes larvées ou trompeuses	10
<b>CORPS ET SCHIZOPHRENIE</b>	<b>12</b>
<b>5 - L'image du corps</b>	<b>12</b>
<b>6 - Le schizophrène et son corps</b>	<b>15</b>
<b>LA DANSE</b>	<b>18</b>
<b>7 - Danse : Généralités</b>	<b>18</b>
7.1 - Définition	18
7.2 - Histoire de la danse	20
<b>8 - La danse en tant que thérapie</b>	<b>21</b>
8.1 - Concept	21
<b>9 - Danse : une activité d'ergothérapie ?</b>	<b>25</b>
9.1 - Généralités sur l'ergothérapie	25
9.2 - L'activité en ergothérapie	26
<b>Hypothèse</b>	<b>29</b>

<b>ENTRETIENS AVEC DES ERGOTHERAPEUTES</b>	<b>30</b>
<b>Synthèse</b>	<b>34</b>
<b>ANALYSE D'ACTIVITE D'UN ATELIER DE DANSE EN HOPITAL DE JOUR</b>	<b>35</b>
<b>10 - Objectif de la prise en charge</b>	<b>35</b>
<b>11 - Déroulement de l'activité</b>	<b>36</b>
<b>12 - Description d'une séance</b>	<b>36</b>
12.1 - Mise en mouvement et introduction	36
12.2 - Espace et contact	36
12.3 - Le rythme	37
12.4 - L'improvisation	37
<b>13 - Bilan de l'activité</b>	<b>37</b>
13.1 - Bilan de la première année	37
13.2 - Bilan de la deuxième année	39
13.3 - Bilan de la troisième année	40
<b>Synthèse</b>	<b>40</b>
<b>CAS CLINIQUES OBSERVES LORS D'UN STAGE EN HOPITAL DE JOUR</b>	<b>42</b>
<b>15 - Objectifs de la prise en charge</b>	<b>42</b>
<b>16 - Déroulement de la séance</b>	<b>42</b>
<b>17 - Description d'une séance</b>	<b>43</b>
<b>18 - Cas cliniques</b>	<b>44</b>
18.1 - Madame M.	44
18.1.1 - Situation familiale	44
18.1.2 - Scolarité et vie professionnelle	44
18.1.3 - Histoire de la maladie	44
18.1.4 - A l'atelier de danse	45
18.2 - Mademoiselle S	45
18.2.1 - Situation familiale	45
18.2.2 - Scolarité	45
18.2.3 - Histoire de la maladie	45
18.2.4 - A l'atelier de danse	46
<b>Synthèse</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSION METHODOLOGIQUE</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>50</b>

# INTRODUCTION

Depuis l'âge de trois ans, je pratique la danse classique et contemporaine. En grandissant, je me suis aperçue que cette activité m'a apporté au fil des cours et des années de nombreux bienfaits : défoulement du corps et apaisement de l'esprit, richesse de l'échange et du partage dans un groupe, confiance en soi.

Puis, lors d'un stage en Institut d'Éducation Motrice en novembre et décembre 2005, j'ai eu l'occasion d'observer des séances de danse avec des enfants infirmes moteurs-cérébraux de 7 à 10 ans. En assistant à ces cours et en discutant avec la professionnelle qui intervenait, j'ai vraiment pris conscience de la danse comme véritable moyen d'expression pour ces enfants qui ont parfois de réelles difficultés à communiquer. La pratique de cette activité permet notamment de lever des inhibitions motrices (dues par exemple à la spasticité).

Je me suis alors orientée vers des articles concernant le travail du corps et le handicap. L'apport de la danse sur le plan fonctionnel paraissait évident, mais à travers les lectures de témoignages, je me suis posé la question de ses vertus sur le travail de deuil et l'acceptation du handicap. Quelle action, quel impact la danse peut-elle avoir sur le psychisme ? J'ai par la suite tourné ma réflexion vers les sujets schizophrènes : si le travail du corps peut agir sur l'état psychique, peut-être est-il en mesure d'aider ceux qui souffrent de « ne pas avoir de corps », qui ont une image corporelle morcelée ?

Après quelques mois de lectures, de recherches, j'ai pu confronter mon intuition à la réalité au cours d'un stage effectué dans un hôpital de jour accueillant des patients psychotiques, et notamment schizophrènes.

Durant ces quelques semaines d'observations puis de participation aux différents ateliers et notamment à l'atelier de danse, d'autres interrogations ont surgi : quelle est l'origine de la schizophrénie ? Quelle relation le sujet schizophrène entretient-t-il avec son corps, lui qui parfois se sent morcelé, éclaté ? Puis de nouvelles questions se sont posées concernant plus précisément la profession d'ergothérapeute. En effet, la particularité de notre profession est l'utilisation de l'activité en tant que moyen et médiation dans notre relation avec les patients. Mais qu'est ce vraiment que l'activité en ergothérapie ? Est-il possible d'employer n'importe quelle activité ou bien doit-elle répondre à des critères bien spécifiques ? Effectivement, le

choix d'une activité lors d'une prise en charge en ergothérapie est réfléchi en fonction des objectifs établis et du projet du patient. Or la danse n'appartient pas aux activités habituellement utilisées en ergothérapie comme la peinture, la poterie ou bien encore la vannerie. De plus, la danse, contrairement à ces activités plus traditionnelles, ne nécessite pas directement l'utilisation d'un objet réel, mais met tout d'abord en jeu le corps. Ainsi, le corps peut-il être considéré comme étant l'objet de l'activité et la danse peut-elle être une activité en ergothérapie ?

Par tout ce questionnement et par les différentes recherches menées, j'ai pu établir ma problématique : La pratique de la danse dans le cadre de l'ergothérapie a-t-elle des vertus thérapeutiques chez le sujet schizophrène ?

# LA SCHIZOPHRENIE

## 1 - Généralités sur la psychose

Selon le dictionnaire, *Le Petit Robert*, la psychose se définit comme « une maladie mentale dont le malade ne reconnaît pas le caractère morbide ».

D'un point de vue psychanalytique, selon Freud, il s'agit d'une organisation de la subjectivité avec une forme spécifique de la perte de la réalité, une régression de la libido sur le moi et éventuellement la constitution d'un délire comme tentative de guérison.

On observe alors un trouble de l'individuation, la personne éprouve des difficultés à faire la distinction entre lui et l'autre. Sa relation à l'autre est fusionnelle. Il n'a pas d'enveloppe psychique et souffre de ce qu'il est convenu d'appeler « l'angoisse de morcellement ». Chez les psychotiques, les mécanismes de défense les plus courants sont le déni de la réalité avec un clivage du moi par rapport à l'objet. Le déni consiste à nier la réalité même de la perception liée à la représentation. Le clivage, lui, est l'action de diviser le Moi ou l'objet sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées et qui se méconnaissent sans formation de compromis. Il répond au besoin de maîtriser l'angoisse et sert d'issue à l'ambivalence.

Selon Wilfried Bion<sup>1</sup>, il existe quatre grands traits de personnalité au regard de la psychose :

- L'intolérance à la frustration ;
- La prédominance de pulsions destructrices, qui s'exprime par la haine contre la réalité interne et externe ;
- Une crainte de l'anéantissement imminent, c'est l'angoisse de morcellement et la peur du vide ;
- L'établissement de relations marquées à la fois par la précarité (rien n'est jamais acquis) et la ténacité du sujet à les préserver (toujours en demande d'être auprès de nous).

---

<sup>1</sup> BION W. (1897-1979) : psychanalyste britannique qui s'est intéressé à la psychose. Selon lui, elle se définit par « la capacité de déliaison et d'attaque des liens en particulier au sein de l'activité de penser, expulsant dans l'acte ou dans la réalité extérieure le matériel psychique non intégré ». Il a aussi été un pionnier de la thérapie de groupe et de l'analyse groupale.

## 2 - Définition de la schizophrénie

La schizophrénie regroupe des psychoses ayant un noyau sémiologique commun : la dissociation qui marque la dislocation de la vie psychique dans les différents secteurs de l'intelligence, de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme mental, de la vie relationnelle, de l'appréhension du réel. C'est une maladie chronique qui évolue au cours du temps et conduit à un état pseudo-déméntiel.

Bleuler<sup>2</sup> définit en 1911 le concept de la schizophrénie. : « Nous désignons sous le nom de démence précoce ou schizophrénie un groupe de psychoses qui évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s'arrêter ou même rétrocéder à n'importe quel stade, mais qui ne permet pas de *restituo ad integrum* complète. Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique ».

En général, cette pathologie apparaît chez le sujet jeune (en moyenne vers 18-20 ans). Elle représente 1% de la population.

Avant de déclencher la schizophrénie, le sujet peut présenter une personnalité pré-morbide :

- Une personnalité schizoïde, c'est-à-dire une indifférence affective
- Une personnalité schizo typique, c'est-à-dire des bizarreries du comportement ou des idées. Le délire n'est pas encore présent, mais il peut exister des thèmes de prédilection.

## 3 - Diagnostic

Le diagnostic de la schizophrénie se fait sur trois syndromes :

- Le syndrome dissociatif
- Le délire paranoïde
- Le syndrome autistique.

Ces trois syndromes sont plus ou moins présents selon les types de schizophrénies. De plus,

---

<sup>2</sup> BLEULER E. (1857-1937) : psychiatre allemand. En 1911, dans *La démence précoce ou le groupe de schizophrénie*, il récuse le terme de démence précoce d'Emil KRAEPELIN et le remplace par celui de schizophrénie afin d'illustrer l'idée d'une fragmentation de l'esprit. Pour lui, la schizophrénie correspond à un groupe de syndromes cliniques d'origines différentes et réunis par des mécanismes physiopathologiques communs.



au sein d'un syndrome, existent une multitude de troubles différents. C'est pourquoi chaque sujet schizophrène est particulier. Lors d'un stage en psychiatrie, j'ai côtoyé des patients schizophrènes. Deux de ces patients, que nous allons appeler Mme M et Mlle S, sont présentés dans la dernière partie de ce mémoire. L'étude de ces cas cliniques n'a pas pu être plus approfondie du fait que je ne les ai vues que deux semaines. Malgré cela, les observations faites durant ce court temps m'ont paru intéressantes. Pour ces deux patientes, le diagnostic posé est la schizophrénie bien que la forme précise de schizophrénie n'ait pas été définie pour l'instant.

### **3.1 - Le syndrome dissociatif**

C'est le trouble capital, celui qui a donné son nom à la pathologie : *schizein* : couper, déchirer ; *phren* : cerveau, pensée. La dissociation est la dislocation de la personnalité qui est susceptible d'affecter tous les secteurs de la vie mentale et relationnelle : intelligence, affectivité, psychomotricité.

#### **3.1.1 - Syndrome dissociatif intellectuel :**

- Le sujet présente des troubles du langage autant oraux que graphiques et picturaux qui traduisent les perturbations du cours de la pensée. Ces troubles sont différents : mutisme, monologue, néologisme, altération syntaxique comme l'apragmatisme ou le para pragmatisme. Fréquemment, on peut retrouver un mot clé, appartenant ou non à la langue, dont le contenu a un caractère symbolique plus ou moins facile à déchiffrer. Il arrive aussi que la personne aboutisse à un paralangage absolument hermétique appelé la schizophasie. Mme M présente un trouble du langage. En effet, elle est mutique et ne s'exprime que très rarement, sur sollicitations en général.
- Les troubles du cours de la pensée sont, selon Bleuler, fondamentaux, primaires et caractéristiques de la schizophrénie : pensée embrouillée, relâchement des associations d'idées, discontinuité avec des barrages (pratiquement pathognomonique du trouble du cours de la pensée du schizophrène, « fading mental », c'est-à-dire un ralentissement et une stagnation du débit verbal au cours duquel le sujet paraît absent), incapacité à répondre à une question donnée, persévération. L'incohérence du discours peut devenir totale quand des élaborations imaginatives, intuitives et délirantes s'intriquent aux données objectives. Les propos du sujet peuvent devenir impénétrables.

- L'altération du système logique se traduit en général par une pensée « magique ».
- Le patient peut aussi présenter des troubles de la concentration, il est facilement distrait.

### 3.1.2 - Le syndrome dissociatif affectif :

L'affectivité du sujet est empreinte d'ambivalence : à la fois amour et haine, envie de séduire et d'agresser, désir de fusion et de séparation définitive. Il essaie d'exclure ses sentiments, ce qui peut entraîner une froideur affective et un désintérêt.

### 3.1.3 - Le syndrome dissociatif psychomoteur :

Les troubles psychomoteurs sont divers : apragmatisme (diminution de l'activité), aboulie (diminution de la volonté). On parle aussi de discordance. Kahlbaum<sup>3</sup> puis Bleuler décrivent la catatonie comme appartenant au syndrome dissociation moteur. Ce terme regroupe de nombreux symptômes :

- La catalepsie : inertie motrice caractérisée par une hypertonie plastique des muscles des membres donnant à la mobilisation forcée de ces derniers une allure de flexibilité « cireuse ».
- La stupeur : ralentissement moteur pouvant aller jusqu'à l'immobilité totale et le mutisme.
- L'hyperkinésie : succession incessante de mouvements sans cohérence ni objectif. Elle réalise le tableau d'agitation catatonique.
- Les stéréotypies : répétition de gestes, d'expressions, de mots, de phrases ou d'idées, de façon quasi mécanique et sans but manifeste. Elles peuvent être modifiées par des événements extérieurs, ce qui témoigne d'une certaine adaptation à l'environnement.
- Le maniérisme : il peut concerner la mimique, la posture, ou le geste.
- Le négativisme : série de symptômes qui ont tous en commun le fait qu'une réaction dont on aurait pu attendre qu'elle ait un sens positif se déroule dans un sens négatif. Il peut aussi s'agir de négativisme passif.
- L'automatisme sur ordre : obéissance plus ou moins mécanique aux incitations de l'entourage, des manifestations peuvent alors s'observer comme l'échopraxie, l'échomimie ou l'écholalie.

---

<sup>3</sup> KAHLBAUM (1828-1899) : psychiatre allemand. En 1863, il définit pour la première fois l'hébéphrénie et la catatonie comme maladies.

- Les automatismes spontanés : actes relativement simples sous-tendus par des pulsions internes, comme l'automutilation.
- L'impulsivité : accès de fureur avec grande agitation et agressivité, de survenue et fin brutales, pouvant durer spontanément de quelques minutes à plusieurs jours.

Un des troubles majeurs chez Mme M est l'apragmatisme. Au sein de l'hôpital de jour, elle participe à peu d'activités. Elle peut être présente à ces activités sans pour autant beaucoup y participer. De plus, elle passe beaucoup de temps à errer dans les couloirs. Quant à Mlle S, il lui est arrivé d'être extrêmement impulsive, ce qu'elle appelle ses « crises à domicile » avec énervement important, agitation et violence envers sa mère.

### **3.2 - Le syndrome autistique**

Il se caractérise par un repli sur soi, un isolement, une impression de vie dans un monde à part. Minkowski<sup>4</sup> le définit comme « la perte de contact vital avec la réalité ». L'autisme schizophrénique peut se définir comme une introversion pathologique avec une perte ou plutôt une altération du rapport à la réalité, voire une opposition au monde extérieur (négativisme).

### **3.3 - Le délire paranoïde**

L'origine de terme français « délire » remonterait à 1537 et dériverait de l'expression latine « de litare », qui au sens propre signifie « sortir du sillon » et au sens figuré se comprend comme « divaguer », « perdre la raison ».

Le délire se caractérise par : la systématisation, les mécanismes, les thèmes, la participation thymique et l'adhésion.

#### **3.3.1 - La systématisation :**

La structure du délire paranoïde est non systématisée, c'est-à-dire non logique, dépourvue de toute cohérence interne.

---

<sup>4</sup> MINKOWSKI E. (1885-1972) : psychiatre russe. Il est considéré comme un des fondateurs de la psychiatrie phénoménologique. En 1921, il rédige l'article *La schizophrénie et la notion de maladie mentale*.

### 3.3.2 - Les mécanismes :

Ce sont les processus fondamentaux à partir desquels le délire va se construire :

- L'intuition : le patient n'explique pas pourquoi il fait ou dit quelque chose
- L'interprétation
- L'illusion
- Les hallucinations : elles peuvent être de deux grands types, psychosensoriels et psychiques
- L'imagination
- L'automatisme mental : il s'agit d'hallucinations psychiques qui s'imposent au sujet (décrit par Clérambault<sup>5</sup>). Le plus important est le triple automatisme mental : ideo-ideique, ideo-verbal et ideo-moteur qui réunit des phénomènes hallucinatoires intrapsychiques responsables d'idéations, de formulations verbales et de gestes ou actes qui s'imposent au patient et auxquels il ne peut se soustraire.

Plusieurs mécanismes peuvent être présents chez une même personne.

### 3.3.3 - Les thèmes

Il n'existe pas de thèmes spécifiques à la schizophrénie. Ils sont variés : persécution, mysticisme, dysmorphophobie (impression de transformations corporelles), syndrome d'influence, idée de référence, dépersonnalisation...

### 3.3.4 - La participation thymique

Les troubles schizophréniques sont caractérisés par une thymie non congruente au délire. En effet, les propos, la mimique et les affects exprimés chez le sujet ne sont pas en accord. Ainsi, les affects sont dits « émoussés » quand le sujet ne manifeste aucune émotion alors qu'il tient des propos tristes, morbides ou angoissants. Par contre, si pour les mêmes propos, les affects exprimés sont paradoxalement joyeux, on parlera alors de dissociation affective.

### 3.3.5 - L'adhésion

Elle peut être totale ou non. Elle correspond au crédit que le patient porte à son délire, à sa conviction et à la facilité ou la difficulté, voire l'impossibilité qu'il a pour critiquer ce délire.

---

<sup>5</sup> DE CLERAMBAULT G. (1852-1934) : médecin chef des urgences psychiatriques de la Préfecture de Paris. Il s'illustra par ses travaux sur l'érotomanie et l'automatisme mental. Il fut le seul maître avoué de LACAN.

Le patient arrive rarement à le critiquer totalement. Souvent le délire peut être enkysté. Cela signifie que celui-ci reste à bas bruits et qu'il peut ne pas perturber la vie du patient.

## **4 - Les différentes formes cliniques**

Plusieurs classifications de la schizophrénie ont été élaborées.

### **4.1 - La description dimensionnelle**

Elle classe les comportements en + et en – selon qu'ils soient productifs (délire, trouble du comportement, bizarreries, ...) ou déficitaires (apragmatisme, diminution du rendement scolaire ou professionnel, pauvreté affective, ...).

### **4.2 - La description catégorielle**

#### **4.2.1 - Les formes cliniques principales :**

##### **- L'hébéphrénie :**

Elle représenterait environ 20% des schizophrénies et débute en général chez le sujet jeune ou adolescent. Elle est la résultante la plus importante du potentiel déstructurant du processus dissociatif. Le délire est absent ou minime et est peu exprimé par le patient. L'importance de la discordance dans les secteurs de la pensée, de l'intelligence, du langage, de l'affectivité entraîne à plus ou moins long terme un déficit global. Le pronostic est sombre du fait d'une désinsertion totale fréquente. Cette forme clinique répond mal au traitement neuroleptique et évolue progressivement de manière insidieuse.

##### **- La schizophrénie paranoïde :**

C'est la forme la plus fréquente et la plus productive du point de vue symptomatique. Elle semble survenir plus tardivement que les autres formes et s'installe souvent dans les suites d'un accès délirant aigu. Le délire paranoïde se situe au premier plan et le syndrome dissociatif est présent. Cette forme répond généralement bien aux traitements neuroleptiques qui entraînent souvent un enkystement du délire. En ce qui concerne Mme M, l'hypothèse d'une schizophrénie paranoïde semble intéressante. En effet, suite au traitement, le délire semble aujourd'hui être moins présent, mais les troubles dissociatifs restent importants.

- La schizophrénie catatonique :

Cette forme clinique, fréquente au début du siècle, semble devenir exceptionnelle actuellement. Elle se caractérise par la prédominance d'un syndrome dissociatif notamment psychomoteur. La perte de l'initiative motrice est à l'origine d'un aspect figé, d'un négativisme avec stupeur. On retrouve en général : une suggestibilité paradoxale avec motilité automatique (échomimie, échopraxie, écholalie), une tension musculaire particulière faite de flexibilité cireuse avec conservation des attitudes, des parakinésies (stéréotypies gestuelles, d'attitude ou de conduite), des impulsions clastiques ou verbales et une angoisse majeure.

La schizophrénie simple ou résiduelle :

Elle constitue le passage lent d'une personnalité schizoïde à une schizophrénie longtemps masquée par une vie sociale pauvre faite de conduite stéréotypée. La personnalité de ces individus est caractérisée par l'indétermination, la pauvreté des relations affectives, l'absence d'investissement, la neutralité de l'humeur.

#### 4.2.2 - Les formes larvées ou trompeuses

- La schizophrénie dysthymique :

Appelée schizophrénie affective par Kazanin, cette forme, peu fréquente, apparaît en général entre 20 et 30 ans. Elle se caractérise par l'alternance d'accès maniaques et mélancoliques atypiques associés à un syndrome délirant paranoïde. Son évolution est rémittente, cyclique, laissant entre les accès une personnalité peu profondément altérée et dissociée. Bien que le diagnostic ne soit pas clairement défini pour l'instant pour Mlle S, celui de schizophrénie dysthymique pourrait correspondre. En effet, à travers l'histoire de sa maladie (cf. p 46), on peut observer une alternance entre des phases dépressives (syndromes dépressifs, automutilations, tentatives de suicides entraînant des hospitalisations) et des phases « de crises » pouvant ressembler à des accès maniaques pour certains troubles (achats compulsifs)

- La schizophrénie héboïdophrénique ou pseudo psychopathique :

Cette schizophrénie est associée à des troubles psychopathiques (impulsivité, intolérance à la frustration, violences, ...). L'existence turbulente de ces personnes est émaillée d'émergence délirante, d'accès catatoniques, d'épisodes dysthymiques avec tentatives de suicide, abus d'alcool et consommation de drogues.

- La schizophrénie pseudo névrotique :

Décrite en France par Claude sous le nom de schizose en 1924, elle se caractérise surtout par l'importance des troubles de l'affectivité. Certains auteurs parlent de schizophrénie latente. Il existe une polyvalence dans les conduites affectives : parfois la personne est froide, distante,

réservée ou indifférente puis brutalement elle devient violente, caustique. À d'autres moments, elle peut être hypersensible ; l'anxiété est quasi permanente.

# CORPS ET SCHIZOPHRENIE

## 5 - L'image du corps

Selon Schielder (1935, *L'image et apparence du corps humain*), "l'image du corps humain est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps apparaît à nous-même". Ainsi selon lui, l'image du corps intègre les données sensorielles actuelles et les représentations des expériences passées.

L'image du corps est propre à chacun. Elle est en lien avec la personne et son histoire, elle est donc considérée comme la synthèse vivante des expériences émotionnelles. Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale. Elle est de l'ordre du fantasme inconscient. Elle s'élabore lorsque l'enfant est dépendant, notamment de sa mère, pour ses besoins. L'image du corps se constitue globalement au moment du stade du miroir (vers six mois). Selon Lacan<sup>6</sup>, le nouveau-né est inachevé, c'est-à-dire qu'il ne se perçoit pas encore comme une entité. Il est morcelé car il perçoit des images dispersées de son corps par le biais des différentes sensations qu'il éprouve. Il est en symbiose avec sa mère et ne se dissocie pas d'elle. Lacan pense que vers six mois, toutes ses images dispersées se rassemblent.

Lacan définit trois étapes dans le stade du miroir :

- Lors de la première étape, l'enfant perçoit son image dans le miroir, mais la considère comme un être réel et non comme une image. Il n'est pas encore capable de discriminer précisément ce qui est lui et ce qui ne l'est pas. C'est à travers cette image qu'il va commencer à se repérer et qu'il va chercher à se situer.
- Pendant la deuxième étape, l'enfant comprend que « l'autre » du miroir n'est pas un être réel mais une image. Ceci se fait grâce aux répétitions de l'expérience et à la maturation psychique.
- Enfin l'enfant reconnaît, au cours de la dernière étape, que l'image est la sienne. Ceci prouve que l'enfant accède à un savoir qu'il n'avait pas et qu'il perçoit son corps comme un corps unifié.

---

<sup>6</sup> LACAN J.M. (1901-1981) : psychanalyste français. Il participe à la création de la Société Française de psychanalyse et fonde en 1964 l'École Freudienne de Paris. Il introduit en 1936 le stade du miroir.



Cette image est donc inconsciente, mais peut devenir en partie préconsciente quand elle est associée à un langage conscient utilisant des métaphores et des métonymies référées à l'image du corps. C'est elle qui permet d'entrer en relation avec autrui.

L'image du corps n'est pas une donnée anatomique, contrairement au schéma corporel car elle s'élabore dans l'histoire du sujet et se construit pendant le développement de l'enfant. Selon Schielder, "la construction de l'image du corps qui commence dès la naissance va rencontrer toutes sortes d'obstacles et de nombreux exemples de troubles plus ou moins graves de l'image du corps révèlent à quel point cette image est une conquête que bien des circonstances viennent perturber".

Il existerait donc trois modalités d'une même image du corps: l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. Ces trois composantes, définies par Françoise Dolto, sont reliées entre elles par ce qu'on appelle les pulsions de vie qui elles-mêmes sont actualisées par le sujet dans l'image dynamique.

- *L'image de base :*

Cette image permet au sujet de se sentir dans une "mêmeté d'être", dans une continuité narcissique ou spatio-temporelle. Cette continuité demeure et s'étoffe même avec l'existence d'épreuves et de mutations dans la vie de l'enfant. Cela entraîne donc le sentiment d'existence. L'image de base est en lien profond avec le narcissisme primordial qui est le désir de vivre du sujet, préexistant à sa conception. Si cette image de base est altérée, un fantasme apparaît alors et menace la vie. L'image de base évolue et se modifie à chaque stade du développement de l'enfant. Ainsi, il existe tout d'abord une image de base respiratoire-olfactivo-auditive puis une image de base orale et une image de base anale.

- *L'image fonctionnelle :*

D'après Françoise Dolto<sup>7</sup>, l'image fonctionnelle est « image sthénique d'un sujet qui vise

---

<sup>7</sup> DOLTO Françoise (1908-1988) : médecin pédiatre et psychanalyste française. Elle participe à la création de l'École Freudienne de Paris avec Lacan. Elle étudie le concept de l'image du corps, support du narcissisme et incarnation symbolique du sujet désirant. Elle suit donc l'élaboration de l'image du corps, phase après phase, en montrant que chaque fois, le pas est franchi par une castration. Ceci l'amène donc à décrire la pathologie de l'image du corps qui est un échec de la symbolisation. Elle est l'auteur de nombreux ouvrages dont *L'image inconsciente du corps*, *L'enfant du miroir*, *Le cas Dominique*, *Tout est langage*.

l'accomplissement de son désir »<sup>8</sup>. Le désir est provoqué par ce qui passe par la médiation d'une demande localisée dans le schéma corporel en un lieu érogène où se fait sentir un manque spécifique. L'image fonctionnelle permet donc aux pulsions de vie de se manifester pour obtenir le plaisir, de s'objectiver dans la relation au monde et à autrui, après s'être subjectivées dans le désir.

- *L'image érogène :*

Cette image s'associe à telle image fonctionnelle du corps et au lieu où se focalise plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. L'image de base doit donc garantir la cohésion narcissique du sujet. Pour cela il faut que l'image fonctionnelle entraîne une utilisation adaptée du schéma corporel et que l'image érogène ouvre la voie d'un plaisir partagé, symbolisé et exprimé.

- *L'image dynamique :*

Elle correspond au désir d'être. Elle n'a pas de représentation spécifique. Selon Françoise Dolto, cette image « exprime en chacun de nous l'Étant, appelant l'Advenir ». Elle correspond donc à une intensité d'attente de l'atteinte de l'objet.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'édification de l'image corporelle :

- La douleur : les sensations douloureuses éprouvées contribuent à faire la différence entre le moi et le non-moi. Ceci est la base même de la personnalité.
- L'activité motrice : les mouvements libres permettent à l'enfant, par le développement et le retrait de ses membres, de prendre conscience des distances le séparant des choses et des limites de sa propre corporalité. Ces mouvements sont tout d'abord guidés par l'instinct primitif du jeu. Puis au fur et à mesure, l'enfant va essayer de saisir, de comprendre et va devenir apte à transformer ses sensations en perceptions qui permettent la spatialisation.
- L'édification du schéma corporel au cours du développement de l'enfant.
- L'apport des représentations visuelles.

Ainsi l'image corporelle est la résultante des données expérimentales.

---

<sup>8</sup> In *L'image inconsciente du corps*, Paris : Seuil, (Coll. Points Essais), 1992, p.55

## 6 - Le schizophrène et son corps

On trouve de graves perturbations de l'image du corps dans la psychose, particulièrement dans la schizophrénie, notamment dans l'hébéphrénie. D'après certaines théories, les sujets schizophrènes n'auraient pas traversé certaines étapes du stade du miroir.

Les patients schizophrènes souffrent de ne pas avoir de corps ou plus exactement de corporéité. Le corps du sujet, ou plutôt l'image et la représentation qu'il s'en fait, ne lui donne pas une forme d'unité mais un morcellement. Cette fragmentation est ressentie sous une forme littérale et somatisée. La reconstitution et la délimitation paraissent à la personne infaisables et impraticables. La vision du SOI générale n'appartient pas à ses logiques et à ses représentations psychiques.

Selon Freud, le moi est une surface et une enveloppe qui protègent l'appareil psychique et lui confèrent des frontières. Chez le patient schizophrène, les limites du moi sont inconsistantes et très étanches. Cela affaiblit donc les rôles de contenance et de protection du Moi, Moi – Peau selon Didier Anzieu. La délimitation de l'image corporelle est donc difficile.

L'intériorisation du handling maternel (Winnicott) aurait été mal ou peu élaborée ; cela entraînerait donc une défaillance du moi dans sa fonction de contenance qui consiste à garder dedans les expériences et les représentations des interactions quotidiennes ou fantasmées. C'est cette défaillance qui entraînerait des angoisses de morcellement et de vidage. Ainsi, selon Didier Anzieu<sup>9</sup>, le sujet schizophrène n'a pas de barrière protectrice face à l'angoisse. Son moi-peau est donc non structuré et serait un moi-peau « passoire ». Le schizophrène éprouve alors un inconfort psychique car il n'arrive pas à trouver les limites de son corps. Ses représentations de son corps peuvent être ainsi un corps se vidant de sa substance, désuni, morcelé...

Le moi-peau a aussi une fonction de protection de la psyché des stimulations externes. Il s'agit aussi d'en diminuer les excès et de les réguler.

C'est ce qu'on appelle la fonction pare-excitative. Chez la personne schizophrène, cette enveloppe pare-excitative n'est pas intacte. Cela peut donc expliquer le discours du sujet.

---

<sup>9</sup> ANZIEU D. (1923-1999) : psychanalyste français. Il a suivi une cure psychanalytique avec Jacques Lacan. Il a laissé une œuvre importante en psychanalyse développant le concept du moi-peau.

Tout cela explique que le sujet schizophrène vit en permanence dans l'angoisse de l'intrusion, du viol psychique, de la manipulation. En effet il ne connaît pas ses limites et il ne peut pas se considérer comme une entité physique et psychique. Ainsi, le sujet peut éprouver un sentiment de dépersonnalisation, c'est-à-dire la perte du sentiment des limites de sa corporalité.

En ce qui concerne plus précisément le syndrome dissociatif, Gisela Pankow<sup>10</sup> émet une théorie à la fin des années 1950. Elle estime que des troubles mentaux se manifestent si les expériences premières du corps chez le jeune enfant n'ont pas pu se structurer et se développer normalement. Ainsi, en 1958, lors d'un congrès en Autriche, elle donne l'hypothèse suivante : « des structures fondamentales de l'ordre symbolique, qui apparaissent au sein du langage et qui contiennent l'expérience première du corps, sont détruites dans la psychose ». En effet, on peut remarquer dans la psychose, donc chez les sujets schizophrènes, que le corps vécu n'est pas ressenti comme une entité. Ainsi, il y a destruction. Celle-ci entraîne alors des réactions différentes selon les cas :

- La totalité de l'image du corps se trouve remplacée par une de ses parties ;
- Une confusion a lieu par la non différenciation de l'intérieur et de l'extérieur.

C'est par cette destruction de l'image du corps que peuvent réapparaître chez certains sujets des parties de cette image dans le monde externe. Ces parties peuvent ainsi ressurgir sous la forme d'hallucinations, auditives ou visuelles.

Par cette théorie, Gisela Pankow définit le syndrome dissociatif comme étant « une déstructuration de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout et réapparaissent dans le monde extérieur ».

Mary Barnes<sup>11</sup>, schizophrène, nous donne, dans son ouvrage *Un voyage à travers la folie*, une

---

<sup>10</sup> PANKOW Gisela : (1914-1998) psychanalyste allemande s'étant établie à Paris en 1950. Depuis lors, elle a formé de nombreux analystes et autres intervenants en psychiatrie en France et à l'étranger. Ses livres font référence en matière de psychose. Elle est notamment l'auteur de *L'être -là du schizophrène*, *L'homme et sa psychose*, *Structure familiale et psychose*.

<sup>11</sup> BARNES Mary (1923-2001) : infirmière écossaise qui a 42 ans commence à éprouver les premiers symptômes de la schizophrénie. Elle entra à Kingsley Hall, l'unité expérimentale créée par les antipsychiatres anglais sous la direction de Ronald Laing, où on la laissa régresser jusqu'aux stades primitifs de la vie affective. Elle écrivit son ouvrage *Un voyage à travers la folie* en collaboration avec Joseph Berke, psychiatre.

description de son ressenti sur sa dépersonnalisation : « J'ai éprouvé dans mon enfance, et tout au long de ma vie, des sensations bizarres. J'avais l'impression de partir, d'être soudain transportée loin de tout lieu et de toute chose. J'étais nulle part. Je revenais brusquement, en touchant quelque chose par exemple. Puis les objets ne voulurent plus être touchés. J'étais comme perdue dans les airs, comme un fantôme ou dissoute, tout semblait m'abandonner. J'étais vide, absente, nulle part. (...) Je n'étais qu'un objet. J'étais partie. (...) comme si je me trouvais sur la lune et n'étais qu'un objet, n'importe lequel, et non pas une personne, moi. »<sup>12</sup>

Ainsi, en considérant que la schizophrénie aurait notamment pour origine une mauvaise élaboration de l'image du corps lors de l'enfance, nous pouvons penser qu'il peut être intéressant, en ergothérapie, de travailler avec le sujet schizophrène sur l'image de son corps, sur la prise de conscience corporelle.

---

<sup>12</sup> In *Un voyage à travers la folie*, Paris : Seuil, 1973, p30.

# LA DANSE

## 7 - Danse : Généralités

### 7.1 - Définition

Communément, nous définissons la danse comme une suite de mouvements du corps exécutés en rythme selon une certaine ordonnance et généralement accompagnés d'une musique. Elle peut se pratiquer individuellement ou en groupe.

Les danses se fondent soit sur un ensemble défini de mouvements dénués de significations en eux-mêmes, comme souvent dans les ballets et les danses folkloriques européennes, soit sur une gestuelle symbolique, sorte de mime ou de pantomime, comme dans la plupart des danses asiatiques. Chaque peuple danse pour des motifs distincts et de façon différente. Ceci est révélateur de leur mode de vie.

Grâce aux nombreuses possibilités du corps, chaque culture a choisi de privilégier certains aspects qui caractérisent son propre style.

La danse est un art, un rituel, un divertissement. Mais selon Paul Valéry<sup>13</sup> (in *Philosophie de la danse*, 1936), la danse « ne se borne pas à être un exercice, un divertissement ou un jeu de société quelquefois ; elle est chose sérieuse, et par certains aspects, chose très vulnérable ». L'art de la danse tend à faire une « sorte d'utile avec de l'inutile, une sorte de nécessaire avec de l'arbitraire ». En effet, c'est par sa curiosité et son activité permanente que l'homme a inventé des sciences, des arts, des problèmes universels, ... et toutes ces inventions lui ont apporté une sorte d'utilité. « Dans tous les cas, la danse, c'est un cri, comme toute forme d'art ; un besoin de parler et un besoin d'être entendu » résume Sylvie Guillem, danseuse étoile et chorégraphe française.

Benoît Lesage<sup>14</sup>, médecin et danse-thérapeute, précise que danser, c'est :

---

<sup>13</sup> VALÉRY Paul : (1871-1945) : écrivain, poète, philosophe et épistémologue français.

<sup>14</sup> LESAGE B. : docteur en sciences humaines, médecin, danse-thérapeute. Après avoir dansé et dirigé une compagnie de danse contemporaine au sein de l'université de Reims, puis occupé les fonctions de maître de conférences à la faculté de sports, il se consacre à la danse-thérapie, essentiellement en institutions auprès de personnes en situation de handicap, et à la formation professionnelle. Il est l'auteur de divers ouvrages sur ce

- Bouger, se mouvoir, même si l'immobilité est une forme de danser car cette immobilité est habitée et habitante ;
- Mettre en œuvre le mouvement sans objectif instrumental ;
- Mettre en forme le corps, tracer des formes motrices. Comme toute expression artistique, danser induit un aspect narratif ;
- Mettre en jeu le geste selon trois paramètres : l'espace, le temps et l'énergie. En effet, le danseur crée son temps, son espace et déploie son énergie.

Certains danseurs ajoutent un quatrième paramètre : le poids du corps.

Ainsi nous pouvons définir ces différents éléments :

- L'espace : c'est les dessins tracés sur le sol par les déplacements du corps et dans l'espace par les mouvements des membres, les formes du corps.
- Le temps : tempo, variations rythmiques, durées. La façon d'occuper le temps peut être lente, continue, alternée de pauses et d'accélération rapides.
- Le poids du corps : la danse joue avec la gravité par des mouvements aériens et gracieux, des oppositions de force, des attitudes lourdes et alanguies...
- L'énergie : elle peut être continue, utilisée dans des grands élans ou dans des flux libres et continus selon les degrés de tension du corps.

De manière générale, la danse n'est pas qu'un simple plaisir corporel. Elle transmet des idées, des émotions et donne un sentiment d'unité à un groupe animé par des mouvements et un rythme commun. « La danse met le danseur à nu et révèle son être intime car l'interprète a une conscience particulière de son corps » d'après Mary Wigman, danseuse et chorégraphe allemande

Selon Daniel Sibony<sup>15</sup>, « la danse est le désir de symboliser avec le corps en donnant corps à ce désir ». C'est la « question d'assumer le corps de nos mouvements pour exister ». Il représente la danse par une triade symbolique comprenant :

---

thème dont *La danse dans le processus thérapeutique, fondements, outils et clinique en danse-thérapie, Danse – thérapie auprès d'enfants autistes et psychotiques.*

<sup>15</sup> SIBONY D. (né en 1942 au Maroc) : psychanalyste, Docteur d'Etat en mathématiques et en philosophie. Il a effectué sa formation de psychanalyste avec Lacan, dans son école. Auteur d'une trentaine d'ouvrages dont *Le corps et sa danse, Entre-deux, La haine du désir*. Il anime chaque année, depuis 1974, un séminaire indépendant consacré aux questions thérapeutiques et aux pratiques créatives et symboliques dans leur rapport à l'Inconscient.

- Le corps dansant : un individu, un groupe
- La foule : ce qui est pris à témoin
- L'Autre : là où le corps visible s'articule avec l'autre. Cela peut être l'être du corps, une instance sacrée.

## 7.2 - Histoire de la danse

Il est impossible de préciser à quelle époque l'être humain a commencé à danser mais compte tenu du caractère spontané du mouvement expressif, de l'universalité de la danse et de ses liens intimes avec les autres aspects de la culture, il est probable que son développement ait suivi l'évolution de l'espèce humaine. D'ailleurs, des peintures rupestres datant de plus de 20 000 ans représentent des personnages revêtus de dépouilles animales et qui semblent danser. Des documents écrits et picturaux nous sont parvenus, démontrant que les civilisations antiques du pourtour méditerranéen et du Moyen-orient pratiquaient l'art de la danse. En Égypte, les sépultures étaient ornées de personnages manifestement en train de danser ou dans des postures acrobatiques. De plus, la danse jouait un rôle essentiel au cours des fêtes religieuses, notamment celles liées à l'agriculture. Chez les Grecs, la danse, qui était admirée, a été associée aux diverses activités liées à leurs arts, à leur religion, à leur philosophie. La pyrrhique, danse martiale, faisait partie de l'entraînement des soldats. La présence de la danse dans le théâtre provient sans doute des danses à caractère religieux, en particulier celles en l'honneur du dieu Dionysos. Quant aux Romains, ils ont surtout développé l'art du mime. Ainsi la danse primitive, apparentée aux gestes de la vie, s'est forgé un langage, rapidement devenu universel.

Au Moyen-âge, la société européenne était dominée par l'église chrétienne qui désapprouvait la danse. Les premiers danseurs profanes sont des bateleurs, des jongleurs, des funambules. Puis les danses s'anoblissent (pavane, sarabande) tout en restant influencées par l'art populaire (branle, gaillarde). Aujourd'hui des variantes des danses paysannes médiévales survivent dans le folklore. Certaines d'entre elles, adaptées par l'aristocratie, ont évolué en danses de cour avant de donner naissance au ballet.

À la Renaissance, deux styles se distinguent selon que la danse reste de société ou intègre une œuvre scénique (opéra-ballet). Dans ce cas, la danse devient un spectacle. Les pas se compliquent, conformément aux règles sévères qui apparaissent dès le XVIIème siècle. Beauchamp codifie les positions des pieds. La danse devient également un métier. Mais c'est au XIXème siècle que Carlo Blasis donne des fondements modernes. Outre la virtuosité, cet



art acquiert un nouveau vocabulaire, des lignes plus allongées, plus aériennes. De tous les artifices scéniques, la pointe (1820) est celui qui va modifier le plus la technique de la danse. Celle-ci cesse d'être collective pour exprimer la pensée d'un créateur. Devenue narrative, la danse romantique touche un large public. À partir de la fin du XIXème siècle, le monde de la danse vit un perpétuel changement. À cette période, la danse redevient académique par l'influence russe. Puis Isadora Duncan lance la danse libre. Michel Fokine en expose les principes en 1914. De plus il donne plus d'importance à la danse masculine. Ensuite, Jacques Lacroze crée la danse rythmique, Von Laban la danse expressionniste, Martha Graham et Doris Humphrey la danse moderne. Grâce à Alwin Nikolais, la danse devient un spectacle total.

## **8 - La danse en tant que thérapie**

### **8.1 - Concept**

La danse en tant qu'acte thérapeutique est utilisée depuis quelques siècles. Par exemple, une de ses origines remonte au XVème siècle. En effet, la Tarentelle était pratiquée pour expulser le mauvais, transmuter le sauvage en soi, relier le féminin au masculin, incarner la grâce de l'un dans le multiple. Plus récemment, le mouvement de danse thérapie a été développé en 1960 en Amérique par T.Scope et M.Chase au sein de leur association américaine de danse thérapie. De même, en France, Rose Gaetner a employé cette technique avec des enfants autistes en 1956.

De manière générale, la danse peut s'inscrire dans un processus de thérapie. Elle consiste à créer un cadre qui permettra l'expression du sujet tout en l'invitant à faire évoluer la forme créée en lien avec l'évolution de son psychisme. À l'intérieur de ce cadre, artistique et thérapeutique, chaque sujet chemine et symbolise ses conflits, ses émotions et ses désirs. Les mouvements et le vécu de la danse permettent à la personne d'avoir des prises de conscience sur elle-même et sur ce qu'elle vit. Le rôle du thérapeute consiste donc à l'inviter à une production dansée, d'accompagner, de pousser l'expression du mouvement et d'aider à verbaliser le ressenti.

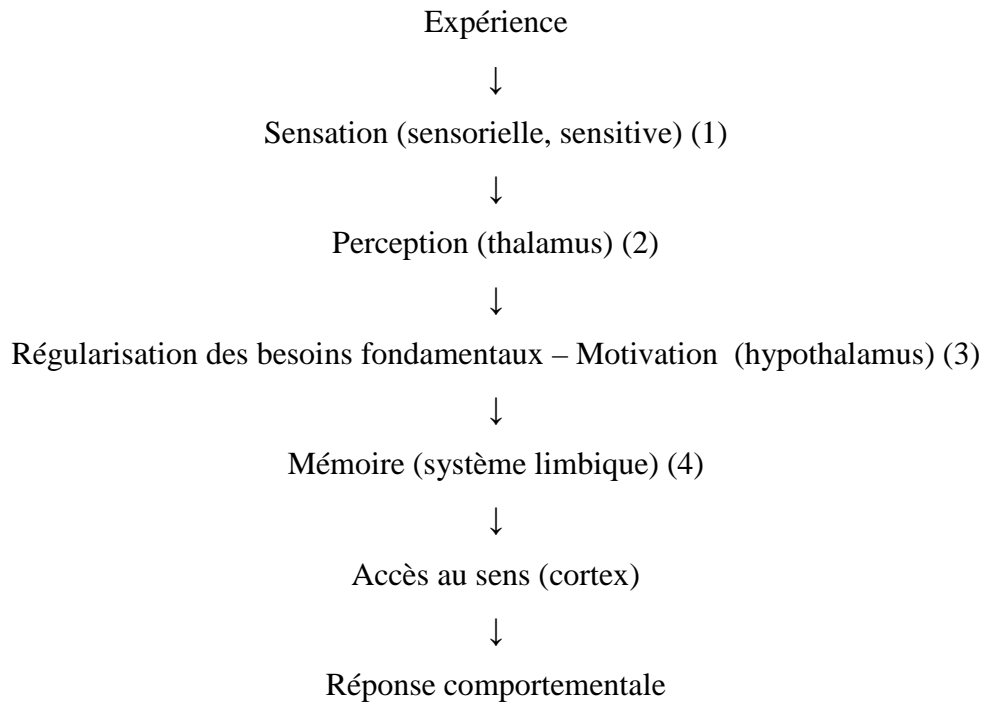
Selon Marie-Jacqueline Chevalier – Grimal, ergothérapeute au centre de rééducation fonctionnelle Orcet à Hauteville, thérapeute en techniques psychocorporelles et formatrice à l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), la danse appartient aux techniques psychocorporelles qui ont pour objectif de renforcer la dynamique du lien entre le SOMA (corps) et la PSYCHE (âme, esprit). Ces techniques permettent une meilleure connaissance de soi, dans les forces et les faiblesses, et aident le patient à devenir actif dans le processus de soin, de récupération, de rééducation et de réadaptation. Elles engendrent une expansion de conscience en offrant une autonomie de vie intérieure au service de l'autonomie de vie. Ces techniques sont nombreuses et utilisées en ergothérapie : la relaxation, les massages, les techniques respiratoires, le recentrage, la représentation mentale, les techniques dynamiques. La danse appartient à la catégorie des techniques dynamiques. L'objectif est donc de renforcer les structures de la conscience par une meilleure attention et une meilleure connaissance de soi et des inter relations avec l'environnement. Il s'agit de prendre conscience que l'on a la possibilité d'agir volontairement sur nos propres structures.

Le processus thérapeutique de ces techniques, donc de la danse aussi, se fonde principalement sur la conscience du corps. Ce travail initial est inévitable car le corps est une structure d'accueil et le support de l'expérience. De plus, la prise de conscience du corps permet d'acquérir une conscience plus globale.

Pour ce travail de prise de conscience du corps, il est nécessaire de préciser que la conscience n'est pas un processus mental mais expérimental. Dans les expériences, il faut analyser deux paramètres : la quantité et la qualité des informations. En effet, il s'agit de nourrir la conscience d'une plus grande quantité de sensations, à tous les niveaux (cutané, musculaire, articulaire, osseux, viscéral,..). De plus, il faut attribuer à chaque sensation des qualités de contour, surface, volume, poids, densité. Ces qualités vont permettre de développer les perceptions de limites, solidité, sécurité, intégrité et des sentiments d'unité profonde et d'estime de soi.

Ainsi il y a une réappropriation de soi-même par le biais des sensations.

La conscience résulte de la connaissance et de l'intégration de l'expérience ; or chaque expérience est unique. Le processus de conscience se base sur les structures physiologiques de l'axe d'intégration neurologique :



(1) Toute expérience arrive sous la forme d'une information neuronale qui peut être :

- Spécifique, c'est-à-dire qui passe par les circuits sensoriels (odorat, ouïe, vue, goût, tact). Cette information accède directement au cortex, ce qui permet une identification presque immédiate ;
- Non spécifique, c'est-à-dire empruntant les nerfs sensitifs. Cette information chemine à travers la moelle épinière, traverse chaque espace synaptique pour atteindre le thalamus. Au niveau du thalamus, des neurotransmetteurs vont être libérés afin de moduler et de filtrer l'information.

(2) Puis du thalamus aux structures supérieures, l'information va être analysée, comparée, étiquetée. Elle est perçue. La sensation est donc devenue une perception. Elle est par la suite reconnue et identifiée (gnosie). Elle est reliée à une connotation de plaisir ou de déplaisir pour être intégrée dans la mémoire perceptivo-corporelle.

Ainsi le rôle du thalamus est un rôle « pathique » des informations en exerçant un freinage pour que celles qui ne sont pas assez prégnantes n'atteignent pas le cortex.

(3) Les informations arrivent par la suite dans l'hypothalamus sous la forme de perceptions instinctivo-impulsives. Ces perceptions traduisent les besoins fondamentaux. L'hypothalamus est le centre de la conduite motivée. Son rôle sera donc de réguler les déséquilibres en informant le cortex pour préparer la conduite appropriée.

(4) En parallèle de cette régulation des besoins fondamentaux intervient un processus qui

permet de donner une tonalité affective à la motivation de l'acte impulsif. C'est le système limbique qui gère l'attention, l'émotion, l'apprentissage et les souvenirs qui en résultent. Son rôle consiste, après avoir mémorisé de façon émotionnelle les expériences passées, à donner une tonalité émotionnelle à la nouvelle expérience..

Tout au long de ce processus intervient la notion d'attention et de vigilance (réticulée). En effet l'intégration d'une information dépend de l'attention que nous lui portons. Le système réticulaire maintient la personne en alerte, c'est-à-dire dans un état de vigilance lui permettant de focaliser l'attention sur telle ou telle information. Cette vigilance est sensible à la différence et à la nouveauté de l'information. Il s'agira donc de travailler avec des sensations différentielles lors du travail de conscience corporelle. De plus, l'activité de la réticulée dépend du tonus musculaire. En effet, le tonus musculaire est l'expression de la tension mentale et émotionnelle. Ainsi, il sera possible d'utiliser des modifications du tonus musculaire pour travailler la qualité d'attention ou, inversement, de faire diminuer la vigilance pour obtenir un relâchement musculaire. Il faut préciser que l'attention est tout d'abord un processus exploratoire. Elle devient par la suite une qualité d'être.

La conscience du corps est un processus agissant, c'est-à-dire un contact simple et naturel avec le réel du moment. Quand ce processus est enclenché, le sens s'articule alors plus facilement aux besoins de la personne qui possède les informations (intérieures et extérieures) pour avoir un ajustement comportemental plus adéquat.

Selon Bonnie Bainbridge Cohen<sup>16</sup>, prendre conscience de son corps implique la notion d'incorporation, c'est-à-dire percevoir ce qui appartient à son corps mais aussi situer son corps par rapport aux autres. En effet, il ne s'agit pas de se limiter à ce qui est à moi et à ce qui ne l'est pas. Une incorporation équilibrée pourrait être définie par « ceci est la fin de MOI, cela est le commencement d'autre chose ». L'incorporation permet de devenir conscient des

---

<sup>16</sup> BAINBRIDGE COHEN B. : ergothérapeute qui a enseigné et travaillé en Europe, au Japon, au Canada et aux Etats-Unis. Elle a étudié la danse, la danse thérapie, les arts martiaux et les techniques de massage. Elle est la fondatrice et la directrice depuis 1973 de « The school for body-mind centering » aux Etats-Unis, dont le but est l'exploration et l'enseignement du mouvement basé sur des principes anatomiques, physiologiques et kinesthésiques.

processus du fonctionnement naturel de notre corps. Elle permet de lever les inhibitions inconscientes et de fonctionner par la suite normalement, c'est-à-dire de façon adéquate. On peut alors devenir complètement actif.

## **9 - Danse : une activité d'ergothérapie ?**

### **9.1 - Généralités sur l'ergothérapie**

Selon le décret de compétences du 21 novembre 1986, les ergothérapeutes contribuent « au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle. [...] L'ergothérapie s'inscrit dans les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation et de restructuration ». L'ergothérapie s'effectue sur prescription médicale.

Les objectifs sont multiples. Dans le domaine de la psychiatrie, ils consistent à :

- Adapter ou réadapter aux gestes professionnels et de la vie courante ;
- Développer des facultés d'adaptation ou de compensation ;
- Maintenir les capacités fonctionnelles et relationnelles et prévenir les aggravations ;
- Revaloriser et restructurer les capacités de relation et de création ;
- Maintenir ou reprendre l'identité personnelle et le rôle social ;
- Exprimer les conflits internes.

Pour répondre à cela, l'ergothérapeute utilise des activités diverses : ludiques, artisanales, de travail, de la vie quotidienne, expressives, corporelles ou de loisirs. L'activité est donc un moyen thérapeutique en ergothérapie. Elle est considérée comme étant une médiation à la relation et un support actif : « elle n'est pas un but en soi, mais joue un rôle d'interface entre le patient et sa problématique » (ANFE<sup>17</sup>).

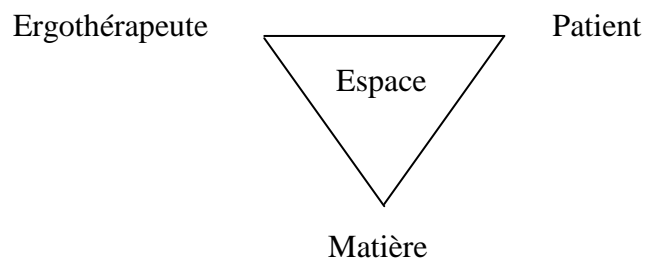
---

<sup>17</sup> ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes. L'ANFE est le principal organisme représentatif de la profession d'ergothérapeute en France. Elle a pour but de défendre et de promouvoir la profession d'ergothérapeute et se veut également un espace d'échanges et de rencontre des professionnels et des étudiants.

## 9.2 - L'activité en ergothérapie

Dans les institutions, la personne en situation de handicap est considérée comme objet de soins. L'ergothérapeute, en lui proposant une matière, va essayer de transformer la personne pour la faire agir. Elle devient alors sujet et non objet de ses soins, de son œuvre, de son acte. C'est la condition pour qu'elle passe à un état de dépendance à un état d'autonomie. Lors de ce passage d'objet à sujet, le patient se transforme lui-même car cela le met en contact avec des sensations corporelles, son histoire, une idée de projet. Selon Winnicott<sup>18</sup>, cet « agir » n'est possible que si l'espace est suffisamment bon, c'est-à-dire un espace où le patient peut avoir confiance en l'ergothérapeute, où il peut se présenter tel qu'il est et avec ce qu'il a.

Le processus de créativité en ergothérapie se décrit sous la forme d'une triade :



Winnicott est à l'origine de ce modèle reposant sur le concept de la relation à l'objet. Cette relation d'objet est la création d'un espace de créativité, dans le cadre d'une relation thérapeutique, celle-ci se jouant dans un espace thérapeutique. L'espace représente le terrain commun de créativité (« l'aire transitionnelle », selon Winnicott) avec certaines particularités car c'est une zone de repos, une zone intermédiaire entre les objets internes du patient (ses représentations, ses fantasmes, son vécu, ...) et la réalité externe (la matière qui représente l'environnement). Cet espace, aussi appelé espace potentiel de créativité ou aire de jeu, est nécessaire à chacun pour se structurer psychologiquement en « jouant » et en développant son

---

<sup>18</sup> WINNICOTT Donald Woods : (1896-1971) médecin pédiatre et psychanalyste britannique. Il a décrit l'ensemble des processus à l'œuvre dans le développement de l'enfant qui l'amène progressivement vers l'état d'une personne indépendante ayant le sentiment d'être réel et « que la vie vaut la peine d'être vécue (in *Jeu et réalité*). Parmi ses importantes contributions à la théorie, on peut souligner le dégagement des phénomènes transitionnels à l'origine de l'espace potentiel, lieu de la créativité et de l'expérience culturelle. Il est l'auteur de *Jeu et réalité*, *Psychose et soins maternels*, *La nature humaine*.

propre imaginaire. L'aire de jeu est donc à la fois un espace réel (l'atelier d'ergothérapie) et un espace relationnel (entre le patient et le thérapeute, l'objet, le groupe). L'espace est représenté ou symbolisé par un objet : l'objet transitionnel. De plus, il est soumis au principe de réalité qui est l'ensemble des contraintes délimitant le projet initial. En ergothérapie, cela passe par la confrontation entre patient, ergothérapeute, par le groupe et surtout par l'objet.

L'objet transitionnel est donc une aire intermédiaire d'expérience qui permet des expérimentations internes, propres à chacun. Ce médiateur peut-être un objet réel ou le support de ce qui est en train de se passer. La matière, à la base de l'objet, est transformable et fait appel à différentes perceptions, sensibilités, représentations. Elle va donner lieu à plusieurs possibilités d'agir. Elle va devenir une surface projective car le patient peut agir, libérer ses pulsions, ses affects et va transformer cette matière en objet. Ainsi dans l'activité danse, l'objet serait le corps même du patient. Or ceci peut paraître non habituel en ergothérapie. Pourtant, Isabelle Pibarot<sup>19</sup>, dans son ouvrage *Entrer dans l'ergothérapie*, propose, lors de sa présentation du cas clinique de Monsieur F., d'utiliser le corps comme matériau. Dans ce cas précis, le corps n'est pas employé dans une activité de danse mais de relaxation corporelle. L'objectif principal est le même : on recherche la prise de conscience corporelle. Monsieur F. est pris en charge pour une dépression chronique. Il se trouve, à son arrivée, dans une agitation et une angoisse incontrôlées. Il est dispersé entre toutes sortes de préoccupation dans lesquelles il ne se retrouve pas lui-même. Le corps est donc « virtuellement disloqué par des tensions multiples ». L'ergothérapeute souhaite rassembler consciemment les différentes parties du corps de Monsieur F. afin de lui donner un ressenti global. Isabelle Pibarot précise dans le cas présent que l'expression spatiale du symptôme dépressif est le corps « agité, diffus, mal limité ». Ainsi, avant de faire agir le patient sur des matériaux reconnus et utilisés traditionnellement en ergothérapie, il est nécessaire de le faire agir dans un premier temps sur son corps. Peu à peu, par la relaxation, l'ergothérapeute observe une structuration dans l'espace de Monsieur F. c'est-à-dire son ressenti d'existence corporelle (prise de conscience corporelle), entraînant une structuration dans le temps, c'est-à-dire une expression de son existence historique.

---

<sup>19</sup> PIBAROT Isabelle : ergothérapeute et psychanalyste française travaillant à Montélimar. Elle est à l'origine de plusieurs réflexions sur la profession d'ergothérapeute et sur l'activité en ergothérapie. Elle est notamment l'auteur de *Entrer dans l'ergothérapie, Dynamique de l'ergothérapie, essai conceptuel*.

Selon Isabelle Pibarot, dans sa définition de l'ergothérapie, « l'*ergon* est une force, une poussée dont la traduction latine n'est pas *occupatio* mais *actio*, substantif du verbe *agere*. *Agere* s'oppose à *patio* au sens de subir l'action. L'activité *ergon*, qui intéresse l'ergothérapie, est celle de l'agir continu du vivant : agir qui consiste à instituer de manière incessante la permanence du sentiment d'être ». Il s'agit donc d'accompagner le patient à agir et à être. L'ergothérapie peut être une aide au sujet à mettre en acte, c'est-à-dire à mettre en mouvement. Or le corps est le premier concerné lorsqu'il s'agit de mettre en acte.

Le handling est une notion importante dans l'action thérapeutique. Ce terme pourrait se traduire de l'anglais par « manipulation ». L'objectif du handling est de prendre conscience de son schéma corporel et de se personnaliser. En effet, on peut considérer que le handicap se définit comme étant une partie oubliée, rejetée par le sujet. Il faut donc le rendre existant et limité. Par l'activité en ergothérapie, le sujet, au début passif, met en activité son corps se trouvant diminué afin de prendre conscience de ses limites.

Orienter ou « manipuler » le sujet par l'activité lui offrirait la possibilité de prendre contact avec le monde extérieur, de se mettre en mouvement, de faire l'expérience de la réalité des choses.

Ainsi, cela permettrait au sujet de retrouver une conscience réelle. C'est quand il comprendra qui il est qu'il pourra commencer à agir : il faut toujours être présent et réel avant de faire. Le « je suis » précède donc le « je fais » ; sinon celui-ci n'a aucun sens.

De plus, en utilisant la danse, le corps, pouvant être considéré comme une chose auparavant, se transforme en objet. Le corps n'opère aucune médiation mais le corps travaillé par cette technique en est capable. Si l'on considère que le corps est le lieu de la vie psychique, alors agir sur le corps même est un moyen sûr d'agir sur la psyché.

De plus, il faut ajouter que la danse, comme d'autres activités utilisées en ergothérapie, permet d'apporter un cadre. En effet, le psychotique, donc le sujet schizophrène, est de manière structurelle animé par des pulsions de mort. Ceci le mène, selon Freud, à fonctionner dans des compulsions de répétitions. Il est alors dans l'impossibilité de sortir des ornières de la psychose et cela le pousse à toujours recommencer dans le même sens.

Il est soumis à la stagnation et ne peut se poser en tant que bâtisseur de son autonomie.

Il est donc important de proposer une restructuration à ces personnes afin de leur permettre de connaître la liberté de ne plus être aliéné à un fonctionnement mortifère. Pour cela, le sujet doit non seulement être amené à respecter des règles précisément posées et adéquates à ses possibilités ainsi qu'aux exigences de l'environnement, mais aussi à mener jusqu'au bout les



expériences qui sont amorcées, quel que soit le domaine. Le suivi des activités, comme celui de la pensée, est entravé par une tendance incoercible à la « pétrification sclérosante ».

Ce manque de désir, si caractéristique des psychotiques, est la partie massive constituée par l'attrait irrésistible vers la mort, non en tant que fin de vie mais en tant que rien, ce qui n'est pas compatible avec le principe de réalité.

## **Hypothèse**

Ainsi, la danse serait une activité possible en ergothérapie. Elle utilise comme matière le corps même du sujet. Ce corps, en se mettant en mouvement, est alors sujet à la transformation et devient l'objet transitionnel qui sera le médiateur de la relation thérapeutique. De plus, l'activité danse permet, comme les activités utilisées en ergothérapie, d'apporter un cadre. Donc si la danse est une activité en ergothérapie, elle pourrait alors être thérapeutique chez des sujets schizophrènes car elle permettrait de travailler sur l'image du corps de ces personnes qui est peu ou mal structurée.

Afin d'avoir une opinion plus concrète sur cette hypothèse, j'ai décidé de la vérifier dans un premier temps par des entretiens avec des ergothérapeutes puis par l'analyse d'activité d'un atelier de danse d'un hôpital de jour en Bretagne et enfin par une étude de cas, Mme M et Mlle S qui ont été citées dans la première partie concernant la schizophrénie.

## ENTRETIENS AVEC DES ERGOTHERAPEUTES

Il m'a semblé important et nécessaire d'échanger avec des ergothérapeutes afin d'avoir leur opinion sur la danse en tant qu'activité en ergothérapie. Parmi les différentes méthodologies existant dans le domaine de la recherche d'informations, j'ai choisi la méthodologie de l'entretien. En effet, celle-ci, à l'inverse du questionnaire, est caractérisée par un contact direct entre le chercheur et l'interlocuteur qui est dans le cas présent un ergothérapeute. De plus l'entretien permet la mise en œuvre d'un processus de communication déclenchant une série d'interaction entre les deux interlocuteurs. Afin d'être certaine d'explorer et d'obtenir des informations sur le sujet de la danse en tant qu'activité ergothérapique, j'ai établi un guide d'entretien, relativement ouvert, ce qui m'a conduit à effectuer des entretiens semi-directifs. Les cinq questions guides sont :

- *Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé la danse en tant qu'activité en ergothérapie ?*: cette question me permet de situer le professionnel interrogé par rapport à ma problématique
- *Si oui, pour quelles pathologies et quels symptômes préconisez-vous cette activité ?*: ainsi je cherche à connaître les indications de la danse en ergothérapie, la population choisie par l'ergothérapeute pour cette activité afin de savoir si la population ciblée pour ma recherche (les sujets schizophrènes) correspond.
- *Comment se déroulent les séances ?*: ici je souhaite mieux connaître le protocole de l'activité danse en ergothérapie
- *Si non, selon vous, la danse peut-elle être employée en tant qu'activité en ergothérapie ? Pourquoi ?*: cette question me permet de savoir si des professionnels peuvent envisager d'employer la danse dans leur activité professionnelle et selon quels critères.
- *Quel impact peut avoir la danse dans le secteur de la psychiatrie et notamment chez des sujets schizophrènes ?*: je cherche ici à savoir si la danse peut avoir des vertus thérapeutiques en psychiatrie, en particulier chez le sujet schizophrène, et sur quels critères nous pouvons nous baser pour affirmer cela.

Il m'a paru intéressant de rencontrer des ergothérapeutes travaillant dans le secteur de la psychiatrie mais aussi des ergothérapeutes issus d'autres secteurs afin d'élargir la vision de la danse en ergothérapie.

Ainsi, après avoir effectué deux entretiens exploratoires afin de vérifier si j'avais bien ciblé

mon sujet dans l'élaboration des questions guides tout en laissant la possibilité à l'interlocuteur d'exprimer son opinion , j'ai rencontré :

- Trois ergothérapeutes d'un service de psychiatrie d'un CHU du centre de la France
- Une ergothérapeute d'une UPA (Unité de Psychiatrie Active)
- Une ergothérapeute d'un service de neuropsychiatrie et du service de pédiatrie d'un CHU du centre de la France
- Un ergothérapeute d'un service de rééducation adulte d'un CHU du nord de la France

Afin d'analyser au mieux ces entretiens, je vais donc reprendre une à une les questions guides.

*Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé la danse en tant qu'activité en ergothérapie ?*

Parmi les six professionnels rencontrés, deux d'entre eux ont déjà eu recours à la danse en tant qu'activité en ergothérapie. L'ergothérapeute exerçant dans un service de rééducation dans un CHU au nord de la France a pu utiliser cette pratique lors d'un stage de sept semaines en maison d'accueil psychiatrique. L'autre ergothérapeute, travaillant aujourd'hui en UPA, a tenu pendant quelques années un atelier de danse au sein d'un hôpital de jour psychiatrique. Les quatre ergothérapeutes du centre de la France n'ont jamais pratiqué la danse pour les besoins de leur profession.

*Si oui, pour quelles pathologies et quels symptômes préconisez-vous cette activité ?*

De manière générale, les deux ergothérapeutes ayant pratiqué la danse pensent que celle-ci peut être employée en ergothérapie dans tous les secteurs de la profession mais avec des objectifs spécifiques selon les secteurs. Par exemple, elle peut favoriser la récupération motrice, l'intégration d'un bon schéma corporel dans le secteur de la rééducation fonctionnelle ou développer les capacités d'expression en psychiatrie. De plus elle peut être exploitée sous différentes formes : danse africaine avec des mouvements plus primitifs, danse contemporaine, danse de salon, ....

Tous deux ne l'ont pratiquée que dans le domaine de la psychiatrie. Ils considèrent la danse comme un bon support en psychiatrie car le corps est également « une zone d'expression de la souffrance psychique ». La population concernée dans ces deux ateliers était composée de patients présentant des troubles névrotiques ou psychotiques.

*Comment se déroulent les séances ?*

Dans la maison d'accueil psychiatrique, la danse, en groupe fermé, était utilisée à la fin de la séance d'expression corporelle sur des rythmes de percussions et de musiques africaines. Il s'agissait de danse libre. L'ergothérapeute montrait une manière de danser mais les patients étaient libres de reproduire ou non cette démonstration. A la fin de chaque séance, un temps de parole était mis en place afin de faire le point en groupe, d'établir un lien entre chaque séance, de suivre une progression et pour que chaque participant puisse exprimer son ressenti, son vécu, ses difficultés.

L'autre atelier de danse s'est déroulé pendant plusieurs années dans un hôpital de jour. Cet atelier, son déroulement et les observations faites par l'ergothérapeute et ses collègues seront détaillés dans la partie suivante, analyse d'activité d'un atelier de danse en hôpital de jour.

*Si non, selon vous, la danse peut-elle être employée en tant qu'activité en ergothérapie ? Pourquoi ?*

Parmi les quatre autres professionnelles, du centre de la France, bien que n'ayant jamais envisagé de se servir de la danse à des fins thérapeutiques, trois d'entre elles, deux travaillant en psychiatrie et celle exerçant en neuropsychogériatrie et pédiatrie, considèrent la danse comme moyen thérapeutique en ergothérapie.

Selon ces trois personnes, la danse permettrait :

- D'effectuer un travail sur le schéma corporel et sur l'image du corps, ce qui peut notamment être une aide dans le travail de deuil du handicap ;
- De se représenter le corps dans l'espace et par rapport à l'autre ;
- De travailler le ressenti du corps.

Pour toutes, la danse est une activité de groupe. Aucune d'elles n'a envisagé de prise en charge individuelle. En effet, le groupe permet de créer et de travailler une dynamique à laquelle l'ergothérapeute doit participer et dans laquelle il doit s'investir. Ce groupe doit pouvoir être géré par un seul ergothérapeute ou alors en co-animation avec un psychomotricien, un infirmier ou encore avec un professionnel du domaine de la danse.

La danse peut être employée dans différents secteurs : rééducation fonctionnelle adulte et enfant, gériatrie, psychiatrie. Les objectifs sont spécifiques à chaque secteur et chaque pathologie. Par exemple, pour le secteur de la rééducation fonctionnelle adulte, la pratique de la danse en ergothérapie permettrait à des personnes ayant subi une mutilation de leur corps, comme un sujet amputé ou grand brûlé, d'accepter leur « nouveau » corps, de faire le deuil de leur situation antérieure. De même, la danse utilisée dans le secteur de la rééducation adulte et/ou enfant permettrait d'aider à lever certaines inhibitions motrices telles que la spasticité

rencontrée chez des personnes hémiplegiques ou des enfants infirmes moteurs cérébraux. De plus, quelque soit le secteur, la danse est un moyen d'expression et de communication non verbale.

La quatrième ergothérapeute, travaillant en service de psychiatrie dans le centre de la France et n'ayant jamais employé la danse considère celle-ci comme étant de l'art thérapie. Pour elle, l'activité en ergothérapie est synonyme de « faire », « construire quelque chose », « fabriquer » et la danse ne le permettrait pas. Cette activité devrait plus être utilisée en psychomotricité. Selon elle, la danse pourrait permettre chez le sujet schizophrène :

- De se réapproprier son corps,
- De réintégrer son moi corporel,
- De se réunifier.

Ces objectifs ne sont pas, selon elle, « des objectifs en ergothérapie mais plutôt une conséquence des objectifs ergothérapeutiques » c'est-à-dire que les effets provoqués par des moyens ergothérapeutiques peuvent amener aux trois objectifs cités précédemment.

*Quel impact peut avoir la danse dans le secteur de la psychiatrie et notamment chez des sujets schizophrènes ?*

En ce qui concerne le secteur de la psychiatrie, ces trois ergothérapeutes envisageant la danse comme un moyen possible en ergothérapie, pensent que la danse pourrait avoir un impact chez le sujet schizophrène. Cela permettrait :

- De se réapproprier son corps, de réintégrer le « Moi corporel » ;
- De se structurer, de se réunifier face aux problèmes de morcellement et d'éclatement ;
- D'utiliser l'ensemble de son corps ;
- De situer et de se représenter son corps dans l'espace et par rapport à l'autre ;
- D'accepter le regard de l'autre ;
- De lutter contre l'apragmatisme.

Il est important, avec des patients atteints de schizophrénie, d'imposer un cadre relativement strict avec un respect des horaires et des consignes, une écoute. Cela permettrait à ces personnes de se concentrer sur autre chose.

De plus, l'activité danse ne serait pas à faire dans le premier temps de la prise en charge. Il faut tout d'abord prendre contact avec le patient et instaurer une relation de confiance.

Les deux ergothérapeutes s'étant servis de la danse en psychiatrie et notamment avec des sujets schizophrènes ajoutent quelques précisions à tout cela.

Chez le sujet schizophrène, le rapport au corps est difficile. Cette activité peut participer à

recréer un lien entre lui et son corps, à apporter du plaisir et à retrouver des sensations parfois oubliées car « le corps est souvent meurtri, abîmé ».

C'est pourquoi, comme toute activité en ergothérapie, il est nécessaire au préalable d'établir un protocole précis et de poser des objectifs pour le groupe participant ainsi que pour chaque patient. Le cadre doit notamment être clair pour être bien respecté. De plus, il est important de maintenir un lien d'une séance à l'autre, de fixer avec les patients des objectifs à court terme et de faire régulièrement le point avec eux. Tout cela permet de favoriser une participation de ces personnes car l'implication et l'adhésion dans une activité peuvent être longues.

## **Synthèse**

Certains professionnels considèrent donc la danse comme une activité thérapeutique en ergothérapie dans les différents secteurs médicaux. En ce qui concerne le domaine de la psychiatrie, la danse permettrait selon eux de répondre à certains objectifs ergothérapeutiques notamment, pour les sujets schizophrènes : ré appropriation du corps, acceptation du regard de l'autre, lutte contre certains symptômes comme l'apragmatisme, utilisation du corps, respect des règles, représentation du corps dans l'espace et par rapport à l'autre,... Cette activité serait donc une activité de groupe, imposant un cadre et pouvant être mise en place et gérée en collaboration avec d'autres professionnels, en équipe interdisciplinaire.

# **ANALYSE D'ACTIVITE D'UN ATELIER DE DANSE EN HOPITAL DE JOUR**

Afin de compléter concrètement les informations obtenues lors des entretiens et de mieux cerner en quoi consiste un atelier de danse en ergothérapie dans le domaine de la psychiatrie, j'ai souhaité présenter l'analyse de cette activité mise en place dans un atelier. Comme dit précédemment, cet atelier a été mis en place et tenu par une ergothérapeute rencontrée lors de mes entretiens dans un hôpital de jour de Bretagne.

Cet atelier de danse en ergothérapie répond tout d'abord à des objectifs thérapeutiques généraux en psychiatrie comme la reprise de confiance en soi, le respect d'un cadre et des autres, le fait de trouver du plaisir, ... Cette prise en charge de groupe accueillait des patients présentant des troubles névrotiques et psychotiques, notamment schizophréniques ce qui correspond à mon sujet d'étude.

## **10 - Objectif de la prise en charge**

L'équipe soignante a établi des objectifs plus spécifiques :

- Développer les capacités techniques et corporelles par le lien entre rythmes et mouvements avec utilisation du sol, de l'espace et de la voix, vers une maîtrise et un maintien corporels ;
- Développer les capacités d'expression et de plaisir ludique, à travers une incitation à l'action et à la créativité, suivant un cadre d'improvisation à respecter, cadre qui est à la fois règle contraignante et sécurité ;
- Favoriser une participation individuelle active à une activité collective impliquant la prise en compte des autres ainsi que la présentation de soi-même au regard des autres, vers l'acceptation et l'assurance de soi ;
- Rapprocher le comportement des patients lors de cette activité à celui plus général de l'hôpital de jour, en contribuant à cerner leurs difficultés et ressources propres, et donc à préciser les objectifs thérapeutiques pour chacun d'entre eux.

## **11 - Déroulement de l'activité**

L'activité dure 2 heures et a lieu tous les 15 jours. Elle est encadrée par un professeur de danse, une ergothérapeute et occasionnellement une psychologue. Elle accueille en moyenne 9 patients, mais le groupe reste ouvert à de nouvelles entrées. Elle a lieu dans une salle, indépendante de l'hôpital.

Elle se déroule ainsi : échauffement, travail sur un mouvement en particulier, intégration de celui-ci dans un enchaînement, improvisation. Les personnes utilisent leur corps, le rythme, leur voix et le sol selon les règles d'improvisation gestuelle, d'apprentissage et de coordination des mouvements. Les exercices se font seul ou à plusieurs, avec ou sans musique. L'espace doit nécessairement être utilisé.

Les improvisations se basent sur des scènes ou des supports vécus. Elles peuvent ensuite être à l'origine d'une chorégraphie groupale susceptible d'être présentée à un public.

La séance est filmée, ce qui permet une discussion de groupe entre soignants et patients.

## **12 - Description d'une séance**

### **12.1 - Mise en mouvement et introduction**

L'atelier débute pour tout le monde par une prise de conscience de sa respiration et des différentes parties de son corps en position allongée sur le sol. Puis, lors de déplacements et avec le regard, chacun prend conscience de l'espace et des autres. Cela se termine par un cercle rassemblant tout le groupe où chaque participant entre et énonce son prénom accompagné d'un geste, d'un mouvement.

### **12.2 - Espace et contact**

L'espace comprend bien évidemment l'espace de la salle mais aussi l'espace corporel propre à la personne et celui de l'autre.

L'espace matériel doit d'abord être investi par chaque personne qui va dessiner les trois premières lettres de son prénom, avec une direction et un niveau différents pour chaque lettre. Puis, tout en continuant à travailler l'espace, les personnes vont se mettre en contact deux par deux. Pour cela, elles se déplacent ensemble dans la même direction, une personne guidant l'autre en modifiant la marche (rythme, direction, niveau). Pour inverser les rôles, le guide va



souffler sur une partie du corps de l'autre. Ensuite, le contact physique est travaillé progressivement. Toujours en couple, une personne va poser sa main sur une partie du corps de l'autre qui va mettre en contact avec la main toute la partie de son corps. A tour de rôle, chacun va écrire les lettres de son prénom sur le corps de l'autre.

### **12.3 - Le rythme**

Le groupe se rassemble en cercle, en utilisant ou non des grelots, afin de retrouver une dynamique globale, d'équilibrer les énergies. Chaque personne propose ensuite un rythme simple qui est repris avec le groupe puis par le groupe seulement. Des groupes de trois personnes se forment pour composer un rythme pouvant par la suite servir de support pour élaborer une improvisation de danse.

### **12.4 - L'improvisation**

Chaque membre des groupes choisit de représenter un état affectif et chaque groupe présente son improvisation aux autres et en musique.

## **13 - Bilan de l'activité**

Un temps de parole est pris à la fin de chaque séance et la vidéo est visionnée. Cela permet de remplir une grille d'évaluation qui a été élaborée par l'ergothérapeute et la psychologue. Cette grille est composée de trois grands items :

- Danser, gestuelle et technique
- Danser avec, présence et participation
- Danser avec plaisir, créativité.

### **13.1 - Bilan de la première année**

Un bilan global de cet atelier est effectué chaque année afin de réajuster le projet. Ce bilan reprend notamment les trois items donnés précédemment. Suite à la première année, les professionnels remarquent :

- **Au niveau de la gestuelle et technique** une progression. En effet, les patients plus assidus montrent une plus grande aisance que les autres. Les difficultés rencontrées

sont variées et à différents niveaux: segmentation, coordination, amplitude. L'accompagnement par la voix reste embryonnaire.

- **Au niveau de la présence et de la participation** : suite à cette année, un « groupe danse » s'est créé. Les difficultés de présentation de soi se sont estompées. Dans l'ensemble, on observe une participation active avec une relative prise en compte des autres, même si le fait de « danser avec » n'est pas encore acquis. Ce travail en groupe permet d'apprécier et de gérer la place que prend chaque patient dans une œuvre collective.
- **Au niveau plaisir et créativité** : certains patients ont réussi à intégrer des mouvements qu'ils reprennent par la suite. Malgré cela, l'improvisation et le détachement du modèle restent difficiles. Le plaisir est en général présent. Les difficultés sont mieux surmontées et affrontées. Il y a, en effet, moins d'arrêts et de refus.

De plus cette activité danse s'articule à d'autres activités (mise en scène, élaboration de décors et de costumes, ...) grâce à un projet de représentation autour du thème du Moyen-âge.

Ainsi, suite à cette première année, le bilan semble positif dans l'ensemble et ceci a permis à l'équipe de réélaborer partiellement le projet initial afin de le préciser et de le compléter.

A partir des observations effectuées, les professionnels ont donc voulu reprendre et insister sur certains points afin d'améliorer l'activité en fonction des expériences acquises :

- **Nécessité de repères** : l'activité est plus bénéfique lorsqu'elle est structurée, c'est-à-dire maintenue dans un plan constant dans le déroulement (échauffement, travail sur un mouvement, intégration dans un enchaînement, improvisation), et pratiquée en continuité, c'est-à-dire maintenir dans une même séance et d'une séance à l'autre des éléments communs qui seront repris avant d'en intégrer d'autres.
- **Explicitation des exercices et des buts** : en effet, les patients semblent éprouver le besoin de comprendre ce qu'ils font. De plus, il semble important de toujours reprendre en fin de séance ce qui s'est passé pour dédramatiser les difficultés et énoncer les progrès.
- **Difficultés techniques** : les patients, notamment psychotiques, ont des difficultés à vivre le rythme ainsi qu'à intégrer les consignes. Il est donc nécessaire d'insister sur le rythme, d'incorporer d'abord le mouvement sur le rythme avant d'augmenter la difficulté.

- **Aspect ludique** : tout en gardant un niveau d'exigences et de difficultés, il semble important de conserver un aspect ludique. Le moment d'improvisation reste nécessaire pour cela car il permet de se mettre en acte et à la fois de se libérer des acquis. De plus, les scènes pourront être développées par la suite, ce qui donnerait aussi but et substance à la danse.

En ce qui concerne les patients psychotiques, trois difficultés majeures ont été relevées :

- La compréhension et l'intégration des consignes ainsi que leur rapport avec le professeur de danse. Ils oscillent entre deux rapports : l'adhérence au modèle, l'imitation servile des gestes montrés, l'imitation à minima et une production autistique, négligeant les consignes.
- Danser avec les autres : la plupart d'entre eux ne tiennent pas compte des autres. Ils ne considèrent pas l'autre comme un partenaire dans une élaboration mutuelle mais comme un repère ou comme un obstacle.
- Danser avec eux-mêmes, avec leur corps : la principale difficulté dans la danse est d'habiter son corps. Celui-ci n'est pas approprié et vécu comme sien. Il est aussi pour certains vécu en décalage (problème de coordination).

### 13.2 - Bilan de la deuxième année

Au cours du déroulement des séances lors de cette deuxième année, les soignants observent chez les patients, lors des discussions de fin de séance, une critique relativement plus adaptée de leur réalisation et une capacité nouvelle à apprécier les performances d'autrui.

Le bilan reprend la grille d'observation mise en place par l'équipe l'année précédente :

- **Au niveau de la gestuelle et technique** : les soignants observent une disparité au niveau de l'aisance corporelle, qui est travaillée dans le groupe par l'intermédiaire d'exercices communs où chaque personne semble chercher à surmonter ses propres difficultés. L'utilisation de l'espace est mieux intégrée mais des efforts restent à poursuivre en ce qui concerne l'utilisation de la voix, du regard et du rythme en tant qu'outils aidant et accompagnant le mouvement dansé.
- **Au niveau présence et participation** : de manière générale, l'attention aux consignes et au groupe semble avoir évolué. Les patients sont plus concentrés et portent un intérêt aux autres et à leurs productions. La danse individuelle est plus naturelle mais « danser avec » reste plus difficile.

- **Au niveau plaisir et créativité** : des représentations publiques ont permis de montrer un investissement croissant dans cette activité et une prise de plaisir malgré les difficultés et les contraintes rencontrées. De plus, la variété des séances et des enchaînements proposés a apporté un dynamisme et une implication plus importants. Le travail de valorisation est à poursuivre.

### **13.3 - Bilan de la troisième année**

Les items de la grille d'observation sont encore une fois repris. Les remarques effectuées par les soignants restent les mêmes que l'année précédente. Malgré cela, des progrès ont été observés pour l'ensemble du groupe.

La structure de l'activité ayant été conservée, la continuité dans le travail, la permanence du lieu et des encadrants constituent des éléments rassurants pour les patients. Pour la plupart d'entre eux, un sens a été donné à cette activité. De plus, l'investissement et l'assiduité des patients sont à mettre en relation avec l'intervention du professionnel extérieur. La reconnaissance de sa compétence est régulièrement verbalisée et instaure une relation de confiance. Il crée un autre rapport que le rapport soignant / soigné, ce qui enlève la dimension de la maladie. Il faut aussi ajouter que grâce à lui, l'institution s'ouvre sur le monde extérieur. Enfin, il est important de souligner que le comportement des patients au cours de l'atelier de danse est différent de celui observé pendant d'autres ateliers. Cela contribue à mieux cerner leurs difficultés et ressources propres et ainsi à mieux préciser les objectifs thérapeutiques pour chacun d'entre eux.

### **Synthèse**

Par cette analyse d'activité, j'ai souhaité montrer que les ergothérapeutes peuvent avoir recours à la danse dans un but thérapeutique en psychiatrie. Pour cela, un protocole précis est nécessaire au bon fonctionnement de l'atelier. Des objectifs de groupes et des objectifs spécifiques à chaque patient sont au préalable établis. De plus un cadre fixe est instauré ainsi qu'un déroulement précis, afin d'obtenir une cohésion dans la prise en charge et une continuité logique entre chaque atelier et au cours de chaque séance. Une grille d'évaluation et de suivi est mise en place. Ce protocole a été régulièrement revu en fonction des observations et des conclusions faites à la fin de chaque année, ce qui a permis de le réajuster à chaque fois pour l'année suivante. Ainsi la mise en place de ce type d'atelier est possible en

ergothérapie à condition de faire preuve de rigueur dans la démarche, comme pour toute activité ergothérapique.

# **CAS CLINIQUES OBSERVES LORS D'UN STAGE EN HOPITAL DE JOUR**

Dans cette partie, j'emploie une nouvelle méthode de recueil de données afin d'approfondir toutes les informations collectées précédemment. Cette méthode est l'étude de deux cas cliniques de personnes atteintes de schizophrénie et étant hospitalisées en hôpital de jour.

J'ai eu l'occasion de participer à cet atelier à deux reprises lors d'un stage en troisième année d'étude d'ergothérapie en septembre 2006. Les deux cas cliniques présentés dans cette partie ne m'ont pas permis de suivre une évolution sur du long terme mais les observations faites lors de ces séances m'ont paru intéressantes.

## **15 - Objectifs de la prise en charge**

Les objectifs spécifiques développés lors de cet atelier sont :

- Travailler l'image du corps (limites corporelles, espace de vie) par le biais des sens et de la kinesthésie
- Travailler l'acceptation du corps
- Favoriser la concentration et la mémorisation
- Travailler la coordination des mouvements
- Favoriser le contact avec les autres, l'intégration au groupe et la socialisation
- Favoriser la différenciation
- Favoriser le rappel aux souvenirs et aux émotions.
- Favoriser la prise de confiance en soi
- Lutter contre l'apragmatisme

## **16 - Déroulement de la séance**

Cet atelier a lieu une fois par semaine pendant deux heures dans une salle au sein de l'hôpital de jour. Il est encadré par une ergothérapeute, accompagnée par une infirmière. Le groupe est

constitué de 6 à 12 patients environ selon l'indication médicale.

Chaque séance s'effectue selon une progression allant du travail collectif en groupe au travail individuel.

## **17 - Description d'une séance**

Toutes les séances de danse ont un même déroulement :

- Exercice ludique : cet exercice effectué à chaque début de séance permet à chaque personne présente de prendre connaissance de l'espace (pour se l'approprier) et des autres. De plus, le travail de la mise en mouvement et du rythme peut ainsi débiter. Cet exercice varie selon les séances : jeu de ballons, ...
- Danse de groupe : il peut s'agir de danse bretonne, d'un branle, d'une danse du monde, ... Un enchaînement est appris collectivement dans un premier temps sans l'accompagnement de la musique puis la danse est reprise en musique. Cette danse favorise le contact avec les autres, incite les patients à se porter de l'intérêt et à essayer de travailler ensemble.
- Danse de société comme la valse ou le tango : ce type de danse intègre le toucher avec le partenaire et permet de prendre conscience de ses limites corporelles.
- Danse individuelle en groupe, comme le Madison. Ce type de danse permet à chaque patient de s'individualiser tout en tenant toujours compte du reste du groupe.
- Expression libre : cet exercice, clôturant chaque séance, se fait sur une musique choisie par un patient. Le patient se porte volontaire pour effectuer son choix. Puis les patients sont libres de danser ou non sur cette musique. Il faut ajouter que parfois, la musique ne leur permet pas de danser mais plus de partager verbalement ce qu'elle leur évoque. En effet, certains patients, comme Mlle S, ont pu des souvenirs, des étapes de leur vie, des sentiments éprouvés dans certaines situations.

## **18 - Cas cliniques**

### **18.1 - Madame M.**

#### **18.1.1 - Situation familiale**

Mme M a 52 ans ; elle est mariée, a trois enfants et est actuellement sans profession. Son mari, 60 ans, est à la retraite mais a été en invalidité durant 15 ans pour des problèmes cardiaques et respiratoires. La plus jeune des filles de ce couple a 21 ans et cause des soucis à sa mère. Cette jeune fille a déjà fugué, est actuellement sur endettée. « Elle fait beaucoup de bêtises », selon sa mère.

Mme M est une enfant de la DDASS placée dans une famille d'accueil, constituée de deux sœurs célibataires. Elle a connu ses parents qui avaient des troubles pathologiques, éthylisme et troubles psychotiques. Elle s'est occupée de son père en fin de vie. Elle a aussi deux frères qui ont été élevés par une autre famille. L'un était toxicomane et s'est suicidé à 25 ans. Le deuxième est veuf et a une fille. Il est alcoolique.

#### **18.1.2 - Scolarité et vie professionnelle**

Mme M parle de son enfance rude. Elle a été en pension chez des religieuses. Cela a été difficile car elle avait tout à apprendre en ce qui concerne l'hygiène. Puis elle est allée à l'école ménagère et a suivi un an d'étude en CAP de couture. Elle est ensuite revenue à la pension pour travailler en tant qu'employée de cuisine jusqu'à son mariage à 20 ans. Elle a par la suite travaillé un peu à l'usine, mais elle a vite arrêté pour des problèmes de tension selon elle.

#### **18.1.3 - Histoire de la maladie**

Mme M souffre de troubles psychotiques, le diagnostic posé étant la schizophrénie, et d'éthylisme. Elle a suivi une première cure en novembre 2002, puis une post cure. Elle a ensuite été plusieurs fois hospitalisée pour dépressions. Mme M se dit très anxieuse car elle s'inquiète pour sa fille qui aurait « besoin d'aide, d'une curatelle, d'un suivi ». Avant d'entrer à l'hôpital de jour, Mme M fréquentait le CATTP du Centre Médico Psychologique Spécialisé. Là-bas, elle arrivait à parler de son alcoolisme et de son anxiété et demandait une hospitalisation si nécessaire.



#### 18.1.4 - A l'atelier de danse

À l'hôpital de jour, Mme M est une patiente s'exprimant peu. Elle arpente les couloirs en dehors des activités infirmières. Elle ne suit pas d'autres activités en ergothérapie car elle n'a pas d'indication médicale. Mme M est pragmatique.

Lors de l'atelier de danse, Mme M retrouve un certain dynamisme. Elle participe à toutes les danses proposées, ne prend pas de temps de pause. Elle est même demandeuse de certaines danses comme le madison qui lui rappelle le temps où elle allait danser. C'est le seul moment où elle parle de son passé et de sa vie en éprouvant du plaisir et de l'émotion. En effet, d'habitude, Mme M est peu expressive sur sa vie et montre soit une indifférence, soit une angoisse.

### 18.2 - Mademoiselle S

#### 18.2.1 - Situation familiale

Mlle S a 27 ans. Son père a été hospitalisé pour une dépression en 2002. Selon elle, sa mère est angoissée et son frère aîné aurait des troubles psychologiques. Son deuxième frère consomme du cannabis et a un traitement médicamenteux. Mlle S habite dans un foyer.

#### 18.2.2 - Scolarité

Cette patiente a obtenu son bac en 2000 puis a commencé un BTS. Une hospitalisation l'a empêchée d'obtenir ce diplôme la première fois. Elle l'a donc repassé une seconde fois en 2001 en candidate libre. Elle a, au cours de son BTS, effectué quelques stages. Elle se sentait en retrait durant sa scolarité. Puis elle a travaillé deux mois à l'accueil d'une association, deux mois en tant qu'aide ménagère dans une école et quelques semaines dans une usine.

#### 18.2.3 - Histoire de la maladie

Mlle S s'est souvent mutilé le poignet. Sa première tentative de suicide remonte à 1997. En 2000, elle a été hospitalisée pendant deux mois pour une dépression. Une seconde hospitalisation est nécessaire en 2002 car suite à une rupture sentimentale, elle a interrompu son traitement, perdu le sommeil et l'appétit. A partir de 2003, elle intègre un hôpital de jour mais cette période a été difficile pour elle. Elle faisait des « crises à domicile », était violente envers sa mère, était énervée et fatiguée, faisait des achats compulsifs. Elle est donc ré hospitalisée. En 2004, suite à un stage au CEPPEM, elle est jugée inapte pendant deux ans.

Elle intègre le foyer Espoir Morbihan en juillet 2005 et en intègre un autre en juillet 2006, juste avant son arrivée à l'hôpital de jour.

#### 18.2.4 - A l'atelier de danse

Le premier atelier de danse a permis à Mlle S de verbaliser son histoire. En effet, elle s'investit dans cette activité. L'écoute d'une musique avec le reste du groupe lui a rappelé un évènement difficile qu'elle avait vécu en 1997. Lors de cette année, sa tante est morte suite à un cancer. Cet évènement serait à l'origine de la tentative de suicide de Mlle S. Elle n'avait pas évoqué ce moment de sa vie lors de son arrivée à l'hôpital de jour. Cette séance de danse a servi de médiateur et lui a donc permis d'exprimer ses émotions par rapport à cet événement et de le verbaliser.

## **Synthèse**

Ces deux cas cliniques nous montrent que la danse peut effectivement avoir un impact chez des sujets schizophrènes. Cet impact est différent selon les patients car chaque patient est unique. Dans le premier cas, on observe une levée de l'apragmatisme et du mutisme de Mme M. De plus, la danse lui permet d'éprouver du plaisir et de l'exprimer, sans sollicitation et sans pour autant susciter une angoisse. Quant au second cas, la danse aura permis à Mlle S de trouver un moyen d'expression et de verbaliser sa souffrance ce qui amènent les thérapeutes à mieux la comprendre. Pour les deux cas, l'atelier de danse est aussi un moment de partage et d'échange avec les autres participants.

## CONCLUSION METHODOLOGIQUE

En tant qu'ergothérapeutes, pouvons-nous avoir recours à la danse en tant qu'activité thérapeutique chez le sujet schizophrène ?

Tout d'abord, il faut essayer de répondre à la première partie de cette hypothèse c'est-à-dire savoir si la danse est une activité en ergothérapie. Ceci est effectivement envisagé par certains ergothérapeutes, mais peu de ceux qui ont été interviewés l'utilise. Néanmoins, ils envisagent la danse comme étant une activité potentielle d'ergothérapie à partir du moment où elle est conçue comme situation d'activité et qu'elle répond à la définition de l'ergothérapie, c'est-à-dire, prise en charge des troubles de l'activité par la mise en situation d'activité.

Quant à la dimension thérapeutique de la danse comme activité ergothérapeutique, selon ces thérapeutes, la danse peut être thérapeutique car elle peut répondre à certains objectifs dans différents secteurs notamment en psychiatrie. En l'occurrence, pour le sujet schizophrène, ils sont de l'ordre de : acceptation du corps et de soi, restructuration du schéma corporel et de l'image du corps (sensation d'éclatement et de morcellement), socialisation, acceptation du regard de l'autre, développement des capacités d'expression, ...

Comme pour toute activité ergothérapeutique, la mise en place de ces ateliers de danse nécessite une rigueur et l'établissement de protocole précis. De plus, en ce qui concerne plus particulièrement la schizophrénie, il est nécessaire d'imposer un cadre structurant. Ces ateliers sont généralement utilisés lors de prise en charge de groupe, souvent fermé, et ne semble pas être envisagés pour des prises en charges individuelles. Le travail d'équipe pour cette activité est possible, ce qui peut permettre d'enrichir la prise en charge et de diversifier les observations.

## CONCLUSION

La danse est-elle une activité thérapeutique en ergothérapie pour le sujet schizophrène ?

Avant tout il est nécessaire d'apporter quelques précisions sur la schizophrénie. Cette pathologie se définit par trois syndromes : le syndrome dissociatif, le syndrome délirant et le syndrome autistique. Elle est donc notamment marquée par le phénomène de dissociation c'est-à-dire la dislocation de la vie psychique dans les différents secteurs de l'intelligence, de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital, de la vie relationnelle, de l'appréhension du réel. Cette dissociation, selon certaines théories, est étroitement liée à l'image du corps qui aurait été peu ou mal élaborée au stade du miroir de Lacan, vers six mois. Ceci peut expliquer que le sujet schizophrène entretient une relation particulière avec son corps, notamment quand il exprime un sentiment de morcellement, d'éclatement. C'est pourquoi il peut sembler important d'effectuer un travail avec le sujet schizophrène sur l'image de son corps afin de réunifier son corps. Cette réunification passe par une prise de conscience du corps, permettant au sujet d'intégrer ce qu'il est, ce qui lui appartient, ce qui appartient au monde extérieur et l'amenant ainsi à mieux s'ancrer dans la réalité. Cette prise de conscience pourrait être effectuée par une activité mettant directement le corps en action. La danse est une activité pouvant répondre à ce besoin. Elle est depuis longtemps employée à des fins thérapeutiques mais peut-elle être utilisée en ergothérapie ? Elle peut l'être si l'on considère qu'elle utilise comme matière et objet de médiation le corps du patient. De plus, comme toute activité ergothérapique, il est nécessaire que l'activité danse soit structurée et cadrée. Donc sa mise en place nécessite l'élaboration d'un protocole selon les objectifs établis. Certains ergothérapeutes ont recours aujourd'hui à la danse dans le domaine de la psychiatrie et notamment avec des sujets schizophrènes. La danse semble avoir des vertus thérapeutiques différentes selon les sujets. Elle permet par exemple de faciliter l'expression, de lutter contre l'apragmatisme, d'apporter un cadre et des règles, de faciliter l'acceptation et la présentation de soi, d'apporter du plaisir, de trouver sa place au sein d'un groupe, de tenir compte des autres, de s'approprier son corps et ainsi de mieux réintégrer la réalité, ...

La danse par ses différentes composantes (l'espace, le temps, le rythme, l'énergie corporelle, le poids du corps, la mise en mouvement mais aussi les perceptions, les sensations) ainsi que l'ergothérapeute, le cadre imposé par celui-ci et le groupe peuvent amener le patient schizophrène à mieux se structurer.

Mais dans le milieu du handicap, la danse n'est pas employée uniquement dans le secteur de la psychiatrie. En effet, depuis quelques années, nous voyons croître les formations et les ateliers de danse pour les personnes en situation de handicap moteur. Par exemple, la discothèque « Le point de vue » à Laz dans le Finistère ouvre ses portes exclusivement aux personnes en situations de handicap bretonnes un mercredi par mois. Ceci s'est fait à l'initiative d'une éducatrice spécialisée exerçant dans une MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) et a pour but de permettre à ces personnes de se rencontrer dans un contexte différent des institutions, de s'exprimer, de s'amuser. De plus, certaines personnes disent que cela leur permet « de mieux s'accepter ».

La rééducation par la danse se développe notamment à l'étranger. Ainsi, à New York, une kinésithérapeute, Joann Ferrara, propose un cours de danse pour des enfants handicapés. Par ce travail à l'*Associated Therapies*, fondée par cette kinésithérapeute, des difficultés motrices sont améliorées tout en prenant du plaisir, en partageant et en se valorisant. C'est aussi aux Etats-Unis, dans le Massachussetts, que Bonnie Bainbridge Cohen, ergothérapeute, a fondé *The school for body-mind centering* dont le but est l'exploration et l'enseignement du mouvement basé sur des principes anatomiques, physiologiques et kinesthésiques.

La danse est donc un outil intéressant pour la prise en charge des personnes en situation de handicap, qui tend à se développer. Cependant il est encore peu employé en France par des ergothérapeutes. Pourtant ce moyen de prise en charge pourrait être thérapeutique pour certaines pathologies à condition qu'il suive un protocole, précis et réfléchi en fonction des objectifs et du projet de vie des patients.

# BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- ANZIEU Didier, *Le Moi-peau*, Paris : Dunod, 2004, 276p.
- BAINBRIDGE COHEN Bonnie, *Sensing, feeling and action*, Contact Quaterly: Recherche en mouvement, 1987, 15p.
- BARNES Mary et BERKE Joseph, *Un voyage à travers la folie*, Paris : Seuil, 1973, 458p.
- CHEVALIER-GRIMAL Marie Jacqueline, *Techniques psychocorporelles en ergothérapie*, Formation de L'ANFE, Hauteville, 2005, 151p.
- DOLTO Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Paris : Seuil, 1992, 376p.
- HAOUZIR Sadeq et BERNOUSSI Amal, *Les schizophrénies*, Saint Germain du Puy : Armand Colin, (Coll. 128), 2005, 113p.
- LEMPERIERE Th. et FELINE A., *Psychiatrie de l'adulte*, Liège : Masson, (Coll. Abrégés, 2004, 407p.
- LESAGE Benoît, *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse thérapie*, Fontenay-le-Comte : Eres, 2006, 355p.
- LHERMITTE Jean, *L'image de notre corps*, Condé-sur-Noireau : L'Harmattan, 1998, 248p.
- MORESTIN Frédéric, *Corps ambigu*, Ergothérapies : sept. 2001, n°3, pp 5 – 13
- PANKOW Gisela, *L'être-là du schizophrène*, Mayenne : Aubier, 1981, 230p.
- PIBAROT Isabelle, *Dynamique de l'ergothérapie, essai conceptuel*, Formation pour l'ANFE, nov. 1997, 17p.
- PIBAROT Isabelle, *Entrer dans l'ergothérapie*, Formation pour l'ANFE, ..., 29p.
- QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris: Dunod, 2005, 284p.
- SIBONY Daniel, *Le corps et sa danse*, Paris : Seuil, 1995, 414p.
- WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Paris : Gallimard, (Coll. Folio Essais), 2002, 269p.
- ZANA Patrice et OMORI Yoshi, *Les cris du corps*, Paris : Editions Alternatives (Association française des polyarthritiques), 2004, 150p.

Site web :

- VALÉRY PAUL, *Philosophie de la danse*, 1936. disponible sur Internet :  
[http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques\\_des\\_sciences\\_sociales/index.html](http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html)  
(consulté le 07 mars 2007)

### **Résumé :**

Corps et schizophrénie sont étroitement liés que ce soit dans la symptomatologie de cette pathologie (phénomène de dissociation) ou dans son origine (difficulté de l'élaboration de l'image du corps). Ainsi le travail du corps en ergothérapie avec les sujets schizophrènes s'avère intéressant et thérapeutique pour ces personnes. La danse, comme toute autre activité d'expression corporelle, est a priori, une activité mettant en jeu uniquement le corps de la personne. Or la danse peut-elle être considérée comme une activité en ergothérapie ? Répond-elle aux critères nécessaires aux activités employées lors de la pratique de notre profession d'ergothérapeute dans le secteur de la psychiatrie ? Si oui, cette activité employée en tant que moyen en ergothérapie lors de prise en charge en psychiatrie peut-elle avoir des vertus thérapeutiques pour les sujets schizophrènes ?

### **Mots clés :**

Schizophrénie

Image du corps

Danse

Activité en ergothérapie