

Liste des abréviations

CASIA	Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents
CESAME	Centre de Santé Mentale Angevin
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNDC	Centre National de Danse Contemporaine
DSA	Département de Soins pour Adolescents
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

LE HANDICAP ET LA PSYCHIATRIE

1. Généralités
2. Le handicap psychique
3. La stigmatisation
4. Tenir compte du handicap dans la prise en charge

LE TRAVAIL CORPOREL EN PSYCHIATRIE

1. Le corps en psychiatrie
 - 1.1. Le Moi-Peau
 - 1.2. La construction du corps
 - 1.3. Appropriation de son corps, individuation et identité
 - 1.4. Le Langage du corps
2. Les thérapies psychocorporelles
 - 2.1. La psychomotricité
 - 2.2. Les différents types de médiation corporelle
 - 2.3. Le théâtre et la danse

LA DANSE CONTEMPORAINE ET LA PSYCHIATRIE

1. La danse contemporaine
 - 1.1. Historique
 - 1.2. Définition
 - 1.3. Caractéristiques
2. La danse à des fins thérapeutiques
 - 2.1. Historique
 - 2.2. Les différents types de danse-thérapie et d'ateliers de danse à visée thérapeutique
 - 2.3. Cadre thérapeutique
 - 2.4. Déroulement des séances
 - 2.5. Intérêt thérapeutique de la danse
 - 2.5.1. Généralités
 - 2.5.2. La fonction narrative de la danse
 - 2.5.3. Le processus créatif
 - 2.5.4. Structuration psychocorporelle
 - 2.5.5. La fonction groupale
 - 2.5.6. Intérêt du cadre thérapeutique
 - 2.5.7. Impact de la représentation sur les patients
 - 2.6. La fonction de l'intervenant

3. Atelier du CHU de Tours
4. Présentation des trois ateliers étudiés dans le Maine-et-Loire
 - 4.1. Atelier du secteur 7
 - 4.2. Atelier du Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents (CASIA)
 - 4.3. Atelier de Fédération Adolescents

ANALYSE DE PRATIQUE SUR L'UTILISATION DE LA DANSE DANS TROIS ATELIERS DU MAINE-ET-LOIRE

1. Introduction
2. Méthodes
3. Résultats
 - 3.1. Les caractéristiques des soignants interrogés
 - 3.2. Les soignants, la médiation corporelle et la danse
 - 3.3. Un atelier pertinent
 - 3.4. Impact de l'atelier sur les soignants
 - 3.4.1. Le changement de regard
 - 3.4.2. L'expérience du toucher
 - 3.5. Les difficultés rencontrées par les soignants
 - 3.6. Des difficultés partagées
 - 3.7. Les bénéfices pour les patients
 - 3.8. Impact sur le handicap psychique
 - 3.9. Le cadre des ateliers
4. Discussion

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction – Dans la prise en charge des patients en psychiatrie, des ateliers à médiation corporelle, notamment de danse, existent. L'objectif de notre étude est de déterminer si la proposition d'atelier de danse contemporaine en psychiatrie est pertinente.

Matériels et Méthodes – Notre étude est une analyse de pratique professionnelle mixte, descriptive et rétrospective. Nous avons diffusé un questionnaire à 17 soignants, participant à trois ateliers de danse sur l'année scolaire 2017-2018, à destination de patients en psychiatrie suivis par le CESAME (49). Nous leur avons demandé de partager leur point de vue sur l'intérêt de ces ateliers de danse et nous les avons interrogés sur les bénéfices de ceux-ci sur les patients, ainsi que sur les difficultés qu'ils ont pu percevoir. Notre étude s'est intéressée particulièrement à leur impact sur les dimensions composant le handicap psychique présenté par les patients.

Résultats – Les 12 soignants ayant répondu au questionnaire sont tous convaincus de l'intérêt thérapeutique des ateliers de danse contemporaine. 75% d'entre eux ont remarqué un impact sur la symptomatologie du trouble psychiatrique présenté par le patient et 83% un impact sur le retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique.

Conclusion – Les résultats indiquent qu'il est pertinent de proposer des ateliers de danse contemporaine dans la prise en charge globale des patients en psychiatrie dans un but thérapeutique. Ils montrent aussi des effets bénéfiques au niveau de l'impact négatif social et personnel de la pathologie psychiatrique évoluant au long cours.

Mots clés : Ateliers à visée thérapeutique, danse contemporaine, handicap psychique, psychomotricité, médiation corporelle.

INTRODUCTION

En observant des ateliers de danse proposés en milieu psychiatrique, il semblerait que celle-ci puisse représenter une médiation corporelle intéressante.

Les caractéristiques propres de la danse contemporaine, et le fait qu'elle soit accessible à tous, semblent en faire un outil privilégié pour les patients en psychiatrie pour aborder le lien avec son propre corps, ainsi que le lien avec les autres par le contact ou l'écoute et trouver sa place au sein d'un groupe. Le sujet pourrait ainsi faire le lien entre la structuration de son propre corps dans l'espace et l'organisation du mouvement [1].

Dimitrios Tsiapkinis, danseur et chorégraphe, s'intéresse en 2014, dans son mémoire de Master 2 de Psychopédagogie Perceptive [2], à la pertinence d'une pédagogie de danse contemporaine en milieu psychiatrique, en enquêtant auprès des soignants qui participent aux ateliers que lui-même dirige depuis 2006, pour des patients de psychiatrie du CHRU de Tours. Le résultat de son étude montre un « fort intérêt thérapeutique et social à l'introduction de la danse contemporaine dans le milieu de la santé mentale ».

Cela suggère que les ateliers de danse pourraient avoir un effet sur le trouble psychiatrique et sur certains aspects de l'impact négatif de celui-ci sur le patient.

Dans un premier temps, nous aborderons la notion de handicap psychique secondaire aux troubles psychiatriques, étape préalable à notre étude sur l'évaluation des effets de l'atelier de danse en psychiatrie.

Nous soulignerons ensuite l'intérêt de la prise en charge corporelle en psychiatrie, par la place qu'y tient le corps et par les différentes thérapies psychocorporelles existantes, dont fait partie la psychomotricité.

Pour mieux comprendre la médiation sur laquelle porte notre étude, des notions en danse contemporaine seront présentées, et un lien sera fait avec la danse-thérapie.

Enfin, nous exposerons notre étude qui s'appuie sur le regard des soignants de trois ateliers de danse proposée par le CESAME (49), et qui montre l'intérêt thérapeutique et social de cette médiation.

L'objectif de notre étude est de montrer la pertinence de l'utilisation de la danse contemporaine au cours d'ateliers à médiation dans la prise en charge des patients en psychiatrie.

LE HANDICAP ET LA PSYCHIATRIE

Aborder dans un premier temps le handicap, particulièrement le handicap psychique, nous permettra de mieux comprendre l'action des médiations thérapeutiques en psychiatrie.

De nombreux patients souffrant de pathologies psychiatriques aspirent aujourd'hui à sortir de l'isolement afin de pouvoir réintégrer un environnement social et professionnel.

1. Généralités

Une personne présentant un handicap dans son sens premier signifie qu'elle serait moins performante, plus défavorisée que les autres. Dans les années 1970, le handicap représente un désavantage social, avec une connotation péjorative, pouvant être responsable d'exclusion [3].

La limitation d'activité est une limitation au sein de l'environnement de l'individu, elle est secondaire à une incapacité (aspect fonctionnel), provoquée par une déficience (aspect clinique). Le handicap renvoie donc à une notion subjective, plus sociale que médicale. Le handicap revêt un caractère situationnel et permet de mieux comprendre les conséquences des maladies dans la vie quotidienne de l'individu [3].

2. Le handicap psychique

Les psychiatres ont pris en compte, plus tôt que d'autres spécialistes, l'impact de la maladie sur la vie sociale. Au milieu du XXème siècle, les propositions de

soins se préoccupent de plus en plus du handicap lié au trouble psychique, par des mesures d'accompagnement spécifiques, et basées sur l'adaptation à l'environnement [4].

La notion de handicap psychique apparaît dans la loi du 11 février 2005 [5] ainsi :

« Art. L.114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le handicap physique est reconnu depuis plus longtemps que le handicap psychique, ce dernier étant moins visible et plus difficile à quantifier. De plus en plus d'auteurs ont étudié ce handicap, afin de pouvoir en comprendre les mécanismes, en mesurer l'impact, et proposer les aides humaines et financières les plus adaptées.

Les pathologies psychiatriques les plus fréquemment responsables d'un handicap psychique sont les troubles délirants, les troubles dépressifs graves, les troubles bipolaires, les troubles obsessionnels compulsifs graves, les troubles graves de la personnalité, les troubles du spectre autistique [6].

Au départ, le handicap psychique est principalement corrélé à la symptomatologie (intensité, type, ...) du trouble psychiatrique.

Secondairement, des auteurs y associent également le déficit cognitif accompagnant les pathologies psychiatriques.

La remédiation cognitive, ainsi que les nouveaux traitements psychotropes, réduisant de manière significative la symptomatologie, ont permis d'améliorer l'impact du handicap psychique chez les patients en psychiatrie. Ces deux dimensions ne sont toutefois pas suffisantes pour caractériser le handicap psychique.

Des auteurs ont identifié une dimension supplémentaire qui semble avoir un impact significatif sur le handicap : le retentissement fonctionnel. Pachoud, Leplège et Plagnol [7] ont répertorié les éléments faisant le plus souvent référence au retentissement fonctionnel dans la littérature :

- "- la qualité de vie subjective
- l'insertion professionnelle
- l'étendue et la qualité des relations sociales (ou de la vie relationnelle)
- l'autonomie ou l'indépendance dans la vie quotidienne".

Ces éléments sont intéressants dans le domaine de la recherche afin de pouvoir mesurer l'efficacité d'une pratique donnée, mais également pour améliorer l'accompagnement des patients en leur proposant des aides les plus adaptées à leur situation.

3. La stigmatisation

Le patient qui présente un handicap physique suite à l'atteinte d'un organe ou d'une fonction, peut exister en tant que personne à part entière,

indépendamment de sa maladie. Dans la pathologie psychiatrique, le handicap présenté par le patient peut envahir toute son existence.

La maladie psychiatrique stigmatise et provoque un sentiment de honte. Elle est donc cachée et sort de l'ombre lorsqu'elle envahit le champ social de l'individu : la famille, le travail, ou même la société.

La maladie est parfois confondue avec l'identité du patient. Le patient est plus facilement vu comme un malade que comme un individu. Ne devrait-on pas dire d'une personne qu'elle souffre de schizophrénie plutôt qu'elle est schizophrène ?

4. Tenir compte du handicap dans la prise en charge

Dans son utilisation courante, ce qui guérit ou soulage les pathologies psychiatriques est considéré thérapeutique. Peut-on alors qualifier de thérapeutique ce qui diminue le handicap psychique ? Les patients en psychiatrie peuvent être désinsérés socialement. Agir sur cet aspect du handicap, sans se substituer à l'assistance, peut diminuer considérablement le recours aux soins en psychiatrie.

La prise en charge au long cours des patients en psychiatrie n'est pas toujours simple. Les décisions politiques sont en faveur d'une prise en charge de plus en plus ambulatoire. Il convient de faire des propositions thérapeutiques pertinentes pour ces patients, et les ateliers thérapeutiques à médiation en font partie.

Le rapport des soignants avec les patients suivis au long cours est complexe. L'équipe peut renvoyer inconsciemment au patient son handicap, son désavantage, en se positionnant naturellement comme non porteur de handicap et détenant une forme de savoir. La parole du patient se retrouve même parfois disqualifiée. Ces situations sont fréquentes lorsque le patient n'est pas hospitalisé de son plein gré.

Dans les pathologies psychiatriques qui sont les plus pourvoyeuses de handicap psychique, l'objectif thérapeutique qui vise à diminuer les symptômes de la maladie est essentiel dans la prise en charge. Le patient peut ainsi voir une partie de ses symptômes disparaître mais pas son statut de malade en psychiatrie. Les thérapies proposées sont indispensables, et elles doivent comporter des espaces où la rencontre avec le patient peut avoir lieu.

Les ateliers à médiation corporelle sont un lieu de rencontre permettant une amélioration de l'estime de soi et où le travail s'oriente aussi sur les aspects du retentissement fonctionnel de la pathologie. Ils peuvent donc avoir un impact sur le handicap psychique.

LE TRAVAIL CORPOREL EN PSYCHIATRIE

Dans la prise en charge des patients en psychiatrie, la place donnée au corps n'est pas une évidence. Le travail en psychomotricité est proposé fréquemment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, car ce moment de la vie est une phase évolutive de construction, d'un corps en perpétuel changement.

Pour les adultes pris en charge en psychiatrie, ce type de proposition est moins accessible et moins disponible, or il représente un outil pertinent dans la prise en charge globale.

1. Le corps en psychiatrie

Nous constatons dans notre pratique quotidienne que les troubles psychiques sont très souvent accompagnés d'une conscience altérée du corps. Nous sommes parfois confrontés à une certaine désorganisation corporelle. On remarque "une certaine tenue de corps, une organisation particulière de la posture et du geste. Les corps paraissent figés, mono-tones, ou au contraire disloqués, éclatés" [8].

1.1. Le Moi-Peau

Pour Freud, le Moi est une enveloppe, intermédiaire entre la psyché et le monde extérieur, elle serait issue de l'enveloppe du corps. Il écrit en 1923 : "Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface" [9].

Anzieu [10] décrit de façon analogique la structure de la pensée et celle du corps. Il s'intéresse particulièrement à la peau, et développe le concept du Moi-Peau. Il propose différents niveaux de pensée : le premier correspond à la conscience d'avoir un corps/la peau, le second se rapporte aux représentations de l'état de ce corps/le Moi, et le dernier à la connaissance d'avoir un corps. Le Moi-Peau correspondrait alors à ces trois niveaux : biologique, psychologique, et intellectuel. En suivant ce modèle, toute pensée se rattache au corps et l'enveloppe corporelle du bébé soutient son enveloppe psychique [11].

1.2. La construction du corps

Possédons-nous un corps ou sommes-nous un corps ?

Pour devenir corps, celui-ci s'appuie sur ses ressentis, qu'ils soient kinesthésiques, proprioceptifs, ou sur ses perceptions extérieures. Le corps se construit à travers son environnement et à travers les autres. Selon Piaget et Inhelder [12], l'expérience motrice et perceptive permet au sujet de se différencier de l'autre, de construire le réel.

L'espace sensoriel et moteur s'installe surtout chez l'enfant avant ses dix-huit mois, mais il se nourrit toute la vie de ses diverses expériences [1]. La peau, sa limitation, sa délimitation, la chaleur de celui qui porte, sa contenance, participent à l'apprentissage des limites avec le dedans et le dehors, et donc à la construction du corps [8]. Ne pas avoir été suffisamment contenu, avoir des limites corporelles floues, contribuent à développer des troubles psychiques par la suite. L'individuation, par exemple, est souvent difficile chez les patients ayant un trouble lié aux limites [13].

La sensorialité qui passe par le corps du bébé va organiser sa vie psychique. Il structure sa psyché en même temps qu'il structure son corps. L'un et l'autre sont indissociables.

1.3. Appropriation de son corps, individuation et identité

L'enfant qui naît, afin de devenir un être singulier et de s'individualiser, se rassemble, s'unit, se différencie. Initialement, le bébé différencie difficilement son corps avec celui de la mère, mais peu à peu il se pense, comme un sujet, et en s'appropriant son corps, il se détache de celui de sa mère. Le rôle d'un tiers est primordial dans ce processus de séparation afin d'éviter la fusion ou la confusion [13].

A l'adolescence, le corps est le siège de toutes les transformations/pubertaires, et l'adolescent se différencie, se singularise, s'individualise et revendique son individualité à travers son corps.

Lesage [8] évoque un « ancrage corporel de l'identité ». L'identité et le corps sont liés, et la désorganisation du corps constatée chez les patients traduit des troubles de l'identité. Selon lui, différents niveaux de désordres identitaires existent : « émotionnel, imaginaire, relationnel et cognitif ».

Toutefois, l'identité est un terme utilisé très couramment et se rapporte à de très nombreuses notions différentes selon les domaines qui l'emploient. En présenter une définition unique est donc impossible. Sur le plan social, l'identité, employée au Moyen Âge, se réfère à la conformité au groupe [14]. Pour Baudry et Juchs [15], la notion d'identité permet de placer l'individu dans le groupe, ou dans la société, vise « à penser le collectif dans le singulier », et

renvoie à une appartenance. Sur le plan psychanalytique, l'identité n'apparaît pas dans les concepts de base. Identité, selon l'étymologie, provient du latin *idem*, signifiant « le même ». Lesage fait-il allusion à la singularité ou à la normalisation des corps ?

L'identité fige, n'explore pas le mouvement perpétuel de l'être humain. De plus, ce terme s'oppose à la singularité de chaque être humain.

1.4. Le langage du corps

Par définition, le langage correspond à la communication verbale ou écrite, s'appuyant sur une langue. Pourtant, l'expression « langage du corps » est utilisée fréquemment. Parle-t-on alors de ce qui traduit les affects exprimés par le corps ? C'est parfois possible, mais le corps n'est probablement pas un simple traducteur : il est un support du vécu, des expériences et des sensations.

Le corps du bébé, dès sa naissance, va lui permettre d'interagir avec son environnement, il sera le siège de la communication, par les stimuli sensoriels qu'il émet et qu'il reçoit. Le langage verbal se construit avec le corps, puis s'y ancre pour rester solide et structuré.

Lesage [8], en parlant de « dialogue corporel », se réfère à la modulation du tonus du bébé, en fonction de son état affectif, dans le dialogue tonique avec la mère. Le dialogue tonique est un des principaux objets d'étude des théories de Wallon [16] et d'Ajuriaguerra [17] à propos des thérapies psychocorporelles, et peut devenir un support des émotions. Ce dialogue tonico-émotionnel est présent très tôt dans la vie de l'individu et permet

notamment les liens d'attachement, l'accordage, l'identification, les interactions et les adaptations du comportement [18].

Potel [19] qualifie l'expression corporelle lors du travail en groupe ou en binômes de « parole corporelle ». Elle repère que celle-ci a pour intention celle de la communication.

Nous comprenons, à travers ces différents éléments, que le corps va devenir le socle de la stimulation au cours du processus thérapeutique, mais également celui de la construction, de l'existence, et, entre autres, de la contenance [13].

2. Les thérapies psychocorporelles

2.1. La psychomotricité

L'approche psychomotrice s'appuie sur l'observation du développement de l'enfant et sur le lien constaté entre le corps et la psyché. La psychomotricité permet de relier l'aspect tonique, comportemental, l'attitude, les symptômes corporels, les émotions et les capacités de représentation [18].

Elle émerge surtout au XXème siècle et est portée en France par Ajuriaguerra et Soubiran. Le terme psychomotricité apparaît en 1952. Un diplôme d'Etat est créé pour cette profession, alors appelée Psychoréducation, en 1974. En 1975, un nouveau décret remplace le terme de « psychoréducateur » par celui de « psychomotricien » [20].

Dans la prise en charge de l'enfant en psychomotricité, il s'agit d'analyser les processus en jeu dans la construction corporelle afin de comprendre précisément les processus de la construction psychique. Pour Cologne [1], la

proposition du psychomotricien, structurante, va aider à modifier la représentation qu'a le sujet de son propre corps, de ce qu'il éprouve, ainsi que l'inscription de son corps dans l'espace et le temps.

Selon Potel [13], pour le psychomotricien, le corps tient une place centrale dans la relation thérapeutique, lui-même s'y engage avec son corps, il met « sa créativité au service de son patient ». Il perçoit avec justesse les affects et les sensations éprouvés par le corps de celui qu'il accompagne.

La psychomotricité s'appuie sur de nombreux médiateurs, à commencer par le jeu, qui a pour rôle de soutenir l'investissement corporel. Elle s'appuie sur les nombreux et différents types d'objets présents dans la salle de psychomotricité, et sur la créativité des propositions du psychomotricien. Toutefois, certaines médiations spécifiques peuvent se dérouler ailleurs et dans un cadre plus précis [13].

En dehors du cadre de la psychomotricité, des médiations corporelles sont le support de prises en charge variées.

2.2. Les différents types de médiation corporelle

Une médiation est un intermédiaire, elle représente un objet "entre", dans la relation entre des personnes (deux ou plus), le moyen d'échange avec l'autre, de mise en relation à l'autre, une interface entre le monde et soi. Elle est également un moyen d'expression, au service de l'expression de soi, et engage le sujet et sa créativité. Elle doit donc pouvoir transformer, changer, intégrer et structurer la personnalité [13].

La médiation thérapeutique apparaît dans les années 1990, initialement afin de régler des deuils non résolus. Parmi les différentes médiations, on retrouve des pratiques artistiques, sportives, de combat, les animaux, le jeu, le conte, etc. Aujourd'hui, n'importe quel support peut servir de médiation thérapeutique [21].

Les ateliers à médiations peuvent se proposer en groupe ou en individuel, selon un cadre généralement préalablement défini : lieu, groupe fermé ou ouvert, thérapeute, indications, fréquence, etc.

Les ateliers culturels proposés au sein de l'hôpital psychiatrique sont une porte sur le dehors. Ils permettent d'enrichir les liens sociaux et identitaires du sujet, tout en assouplissant le cadre habituel, modifiant ainsi les relations entre les soignants et les soignés, avec comme support la médiation artistique.

L'intérêt des médiations corporelles à visée thérapeutique, réside dans le fait que le corps peut difficilement être considéré comme un objet duquel on peut se désinvestir. Les médiations corporelles thérapeutiques, contrairement aux ateliers occupationnels, permettent au sujet de faire le lien entre la structuration du corps dans l'espace et l'organisation du mouvement [1]. On y retrouve entre autres la danse, le tai-chi-chuan, le shiatsu, le qi gong, la relaxation, les pratiques sportives, etc.

2.3. Le théâtre et la danse

Dans une certaine mesure, la danse contemporaine dans le soin est un outil proche du théâtre. Celui-ci est un moyen de permettre aux soignés et aux soignants de se rencontrer, de participer à un projet artistique commun.

L'initiation à des techniques de théâtre au moyen de jeux apprend à utiliser l'espace de la scène, à travailler l'expression corporelle, la voix, la diction, etc. Des improvisations sont possibles, l'écriture se fait ensemble, laissant aller la créativité du groupe.

Les participants se mettent en mouvement progressivement, et libèrent progressivement la parole [22].

Cette médiation, à travers les ateliers thérapeutiques, possède des traits de similitude avec la danse contemporaine, par la liberté du sujet d'exprimer et de transcrire ce qui est vécu intérieurement, laissant une trace dans l'espace et le temps, devenant un objet artistique. Le théâtre, au même titre que la danse contemporaine, fait émerger la créativité de celui qui le pratique.

LA DANSE CONTEMPORAINE ET LA PSYCHIATRIE

On pourrait résumer ce qu'apporte l'art chorégraphique aux soins en psychiatrie en citant Potel [19] : « l'art chorégraphique va permettre que se structurent et s'organisent, une tonicité, un geste, une expression, non seulement dans le plaisir à émettre, mais également dans le plaisir à transformer, à travailler au sens psychique du terme, au service d'une « œuvre » co-créée, au service d'un faire ensemble ».

Nous devons présenter et caractériser la pratique spécifique de la danse contemporaine avant d'aborder la thérapie par la danse.

1. La danse contemporaine

La danse contemporaine reste actuellement encore assez méconnue. La présentation qui suit est nécessaire afin de mieux se la représenter.

1.1. Historique

La danse contemporaine naît dans les années 1960, dans le courant de la « Postmodern Dance ». Des artistes comme Merce Cunningham, Anna Halprin, etc., bousculent les codes de la danse et cherchent à s'opposer au ballet académique. En France, le courant de la danse contemporaine se développe à partir de 1968, avec notamment la création de Centres Chorégraphiques Nationaux [23]. La danse contemporaine s'inspire, pour certaines techniques, de la danse classique et de la danse moderne, mais tente de s'affranchir de leurs conventions, et propose des concepts beaucoup plus novateurs comme

l'improvisation, qui explore les « capacités de mouvement du corps et d'expression personnelle » [24]. Les ateliers d'improvisation se pratiquent en groupe, interrogeant son propre rapport au monde et son rapport à l'autre.

La danse contemporaine permet une liberté d'expression et une liberté de mouvement, essentielles pour accéder à la créativité. Le danseur qui improvise se retrouve face à lui-même, face aux autres, face au monde extérieur.

1.2. Définition

Il y a, de la danse contemporaine, autant de définitions que d'auteurs qui ont essayé d'en fournir une. Le fait de danser peut être défini par le mouvement, par une certaine immobilité, par la mise en forme du corps, par le geste qui s'inscrit dans l'espace, le temps, ou l'énergie du danseur. La danse, lorsqu'elle se pratique seul ou en groupe, ne comporte évidemment pas les mêmes enjeux [8].

Pour Noisette [23], la danse contemporaine est « jeune » et en « perpétuelle mutation », la créativité ne manque pas et de nouvelles idées sont sans cesse explorées. La danse est repensée, sur le fond et sur la forme. Le danseur contemporain possède une grande liberté d'expression, en opposition au danseur classique, et la danse se veut de moins en moins narrative. La danse contemporaine est également libre d'intégrer ou de s'inspirer de toute autre forme artistique.

1.3. Caractéristiques

La danse contemporaine est une pratique artistique qui propose une appropriation de l'espace et du temps, ainsi qu'une gestuelle très singulière, peu conventionnelle, illustrant le langage possible du corps, la formulation d'un propos par l'expression corporelle. Elle permet en effet, et bien plus que la danse classique, de laisser son corps se faire traverser par les émotions, les différentes tensions et les drames vécus [25].

La danse contemporaine ne s'attache pas uniquement à la forme, ou la recherche d'esthétisme, elle est un laboratoire sur la recherche de ses propres ressentis, par l'écoute attentive de ses propres sensations. Elle fait traverser de nouvelles expériences et laisse toute la place à la créativité [26].

Le mouvement en danse contemporaine se décrit par ce qui l'induit, contrairement à des danses plus codifiées, où la forme globale du mouvement est prise en compte.

Parmi les notions travaillées en danse contemporaine, se trouvent l'espace, l'éprouvé et le transfert du poids du corps, la dynamique, l'énergie, la qualité et la fluidité du mouvement, la conscience corporelle, l'écoute des autres, le contact, etc.

2. La danse à des fins thérapeutiques

La danse et le culte du corps sain suggèrent que les corps « diminués » ont peu d'opportunité de trouver leur place. Au contraire, il semble pertinent de proposer de la danse contemporaine aux patients en psychiatrie.

2.1. Historique

Certains danseurs postmodernes comme Rudolf Laban ou Mary Wigman sont les premiers à envisager la danse contemporaine comme un moyen d'exprimer ses sentiments [26].

La thérapie par la danse et le mouvement ou DMT émerge dans les années 1940 aux Etats-Unis, à l'initiative de deux danseuses contemporaines (Chace et Starks Whithouse) qui, dans une approche psychothérapeutique, s'appuient sur le lien entre le corps et la psyché, partant de l'hypothèse que ce qui est vécu dans le corps physique l'est également dans le corps émotionnel [27]. Elles proposent d'utiliser la danse moderne pour aider des patients hospitalisés à éduquer leur perception et leur sensibilité [24].

Anna Halprin, danseuse contemporaine américaine, fonde en 1978 le Tamalpa Institute, dans le but de proposer des formations en danse-thérapie, avec une composante artistique, prenant en compte les processus psychologiques et corporels.

De son côté, l'art-thérapie s'individualise et, à partir des années 1980, la notion de médiation lui succède [28].

2.2. Les différents types de danse-thérapie et d'ateliers de danse à visée thérapeutique

De nombreuses méthodes en matière de danse-thérapie existent, parmi lesquelles la danse-contact, le biodanza, le *Body Mind Centering*, le *Laban*

Movement Analysis, l'improvisation, les danses primitives ou rituelles, du théâtre corporel [29], la danse-intégrative [8], etc.

Bravard [24] présente un atelier se déroulant au Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or en psychiatrie et qui accueille des patients souffrant de troubles délirants. Il réunit l'improvisation et le Grupo Operativo, développé en Argentine et basé sur l'animation de groupe d'inspiration psychanalytique.

2.3. Cadre thérapeutique

L'atelier est animé soit par un thérapeute ou danse-thérapeute, soit par un danseur ou chorégraphe, ayant de l'expérience dans ce type d'animation. Le rôle de l'intervenant est, entre autres, d'encadrer, de sécuriser les patients, de favoriser le lâcher-prise [26].

A ce jour, une seule formation est reconnue pour devenir « danse-thérapeute ». Il s'agit du diplôme d'Art-thérapeute, délivré par l'Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie Et Médecine (AFRATAPEM), par l'arrêté du 10 août 2012, publié au Journal officiel le 22 août 2012.

La proposition d'ateliers de danse à visée thérapeutique animés par des danseurs ou des chorégraphes et encadrés par des soignants est fréquente. Ces ateliers ne sont pas qualifiés de danse-thérapie mais leur étude présente aussi un intérêt.

Des soignants participent à l'atelier, encadrent et sécurisent les patients. A travers leur connaissance des patients et de leurs problématiques, ils ont

conscience des enjeux, des difficultés, des teneurs transférentielles, qui peuvent survenir lors des ateliers. Ils sont les garants du bon déroulement des séances. Ces soignants sont référents de l'atelier et assurent leur continuité.

Les patients intègrent des ateliers à médiation suite à une indication médicale. Le médecin doit connaître l'atelier et ce qui y est travaillé, afin de définir en amont avec l'équipe et le patient des objectifs thérapeutiques. Le patient peut s'engager dans les ateliers thérapeutiques, soit de façon durable, soit au moment de crises. Tous les patients en psychiatrie peuvent être orientés vers cette médiation, indépendamment de la pathologie qu'ils présentent, mais il faut prendre en compte le risque potentiel lié à la symptomatologie, la motivation du patient, le besoin de s'exprimer, l'inhibition du patient, certaines défenses, des troubles cognitifs et des troubles exécutifs [28].

Par la stabilité du lieu, de l'espace, de la durée et de la fréquence des séances, le cadre thérapeutique a une valeur contenante, sécurisante, il permet de se préoccuper des limites, de s'affranchir des angoisses archaïques qui ne peuvent s'exprimer verbalement [13].

2.4. Déroulement des séances

Lors des ateliers se déroulant à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, la première phase est une phase d'accueil, de présentation verbale, la deuxième phase est une phase laissant la place au langage corporel, et la troisième est le temps de parole final, où chacun exprime ses émotions et où l'animatrice propose une restitution de ce qui a été traversé, aidant les patients à élaborer, marquant une évolution dans le travail [24].

Cologne [1] décrit un temps initial de relaxation et de prise de conscience du mouvement, pour intégrer ce qui compose le corps, permettant la cohérence psychocorporelle, un nouvel état de corps et une prise de conscience corporelle indispensable au travail de l'improvisation. Ensuite, un temps d'improvisation en mouvement est expérimenté, pour éprouver le poids et son transfert, les appuis, la verticalité, la sensorialité, la représentation de soi, avec des thèmes proposés afin de stimuler l'imaginaire du sujet, inducteur de mouvement. Puis, un temps composé de jeux scéniques variables est proposé, avant de prévoir un temps pour laisser une trace. Pour finir, le groupe se réunit autour d'un temps de verbalisation, essentiel.

Le positionnement en cercle est à privilégier car il comporte plusieurs intérêts : il facilite la communication non verbale entre tous les membres du groupe, il aide donc à la fédération du groupe, il permet de se soustraire aux difficultés de mémorisation, et il symbolise un ailleurs en se coupant de l'extérieur [26].

Le mouvement illustratif peut servir de repère au patient en début de séance, et favorise la mise en confiance, étape indispensable au lâcher-prise [Ibid.].

Le temps qui clôture la majeure partie des ateliers est un temps de parole où ce qui a été vécu par les patients pendant la séance est repris avec l'ensemble du groupe.

2.5. Intérêt thérapeutique de la danse

2.5.1. Généralités

Les thérapies à médiation artistique et psychocorporelles font partie de la prise en charge globale des patients et complètent, sans s'y substituer, les autres propositions thérapeutiques.

Cologne [1] explique que « la danse-thérapie s'appuie [...] sur la dynamique corporelle neuro-sensori-motrice propre à la danse, et sur la fonction intégrative des différents registres psychique, émotionnel, cognitif et relationnel qui l'accompagne ».

L'art s'articule avec le soin. Dans ce cadre précis, il n'a pas de finalité esthétique, et dans l'approche psychocorporelle, il est plutôt affaire de sensation [30]. Par ailleurs, la valeur esthétique ne semble pas avoir d'influence sur la fonction thérapeutique de la danse [28].

2.5.2. La fonction narrative de la danse

Certains auteurs mettent en avant la fonction narrative de la danse pour les patients. Selon Greilsammer [27], « le corps conserve la trace d'expériences anciennes structurées par les tensions musculaires et possède les moyens de raconter ses expériences à la façon d'une autobiographie ». Pour Cologne [1], le thérapeute accompagne le patient à tracer son histoire, lorsque la pensée ne peut le faire, au moyen du mouvement, des émotions, et le sens donné à la création est à relier avec l'histoire de chacun.

Le corps a vécu les événements qui composent sa propre histoire, les souvenirs s'y sont inscrits par des mécanismes qui diffèrent des processus mnésiques du système nerveux central. La mémoire du corps, appelée également « mémoire psychocorporelle », est impliquée dans le processus artistique et les propositions artistiques revisitent cette mémoire du corps [31].

2.5.3. Le processus créatif

L'approche physique de la danse contemporaine est fine et subtile, et respecte les corps qui se retrouvent fragilisés, notamment par les pathologies psychiatriques [26].

La création fait partie intégrante de la danse-thérapie, au même titre que d'autres supports artistiques [28]. Ici, le corps du patient est le support artistique, c'est à travers lui que se développe la créativité [26].

L'improvisation, proposée fréquemment au cours des ateliers de danse, amène plus d'authenticité et une création plus juste [30]. Elle s'accompagne d'une perte de repères, bordée, par des consignes qui induisent une amorce de création grâce à l'imaginaire du patient. La spontanéité, lors des ateliers, est inductrice de mouvement.

Le « mouvement », terme issu de « l'émotion », permet de découvrir ou de redécouvrir ses propres affects, en traversant des sensations corporelles kinesthésiques ou sensorielles.

La production dansée devient un objet à part entière, et devient dès lors l'objet de diverses interprétations [28].

2.5.4. Structuration psychocorporelle

La création est responsable de remaniements intérieurs, par la croisée des affects et des représentations, permettant la symbolisation. L'atelier de danse contemporaine en psychiatrie adulte peut s'adresser à des patients ayant des difficultés à verbaliser, avec des antécédents de carences affectives, des difficultés de symbolisation, un fléchissement de l'estime de soi. Le travail sur une image de corps fragile ou fragmentée est possible en danse contemporaine, et permet une revalorisation narcissique, ainsi qu'une restructuration psychomotrice. Le sujet se réapproprie son corps à travers le mouvement, l'expression, la création [18].

La fonction relaxante de la danse est perçue lors des ateliers. En travaillant la proprioception et en modifiant la conscience du corps, un nouvel équilibre est trouvé, les muscles se détendent, les tensions s'éloignent, les émotions sont libérées [26].

L'impact positif de l'atelier de danse sur l'estime de soi est montré par plusieurs auteurs. Garnier *et alii* [32] le retrouvent chez un groupe de femmes obèses participant à un atelier de danse. Bravard [24] explique que la danse contemporaine « s'adresse à des patients éprouvant une faille dans l'image du corps, une perte de contact avec la réalité, une perte de l'estime de soi ». Le travail autour du poids et l'exploration, lors des ateliers, du transfert du poids du corps, par la chute et la suspension, renforcent la sensation de liberté et de confiance du corps. Ces aspects favorisent le lâcher-prise, qui est une prise de risque, il oblige à traverser des moments de fragilité, et cette nouvelle

expérience est une pierre à l'édifice de la construction. Biard [30] évoque le « lâcher-prise de l'intentionnalité ».

2.5.5. La fonction groupale

La nécessité de proposer un atelier de danse à un groupe, fait s'appuyer l'atelier sur des concepts de thérapies groupales. De plus, les caractéristiques de la danse contemporaine amènent le danseur à aller vers l'autre [26].

Les contraintes de temps et d'espace, nécessaires à la mise en place de l'atelier, en font un lieu de rencontre, un lieu où l'on peut venir déposer des choses, où chacun doit y respecter son propre engagement [28].

Les plaintes des patients sont mises à distance afin de se rendre plus disponible pour la danse. La confiance et l'écoute entre les patients se développent au fur et à mesure, et petit à petit, le patient se fait sa place au sein du groupe [26].

La circulation à l'intérieur du groupe, une fois établie, facilite ses liens avec l'extérieur. Pour Bravard [24], ce que le corps éprouve permettrait d'accéder à la pensée, tout en s'appuyant sur le groupe, qui favorise cette transformation grâce aux liens mobilisés.

A travers la mémoire du corps, le mouvement dansé permet au sujet, avec l'aide du thérapeute, de mieux comprendre son lien avec les autres [18].

L'absence de miroir pendant l'atelier, permet au thérapeute, ou aux autres danseurs, d'être le reflet du patient, une image bienveillante. Au sein du groupe, chacun peut trouver résonance en l'autre [1].

Par ailleurs, comme l'explique Lesage [33], le contact, support lors des ateliers, est « un moment essentiel de la constitution réciproque ». Mais communément, le toucher effraie, fait peur, il représente un danger, un risque de fusion, de confusion, voire d'érotisation. Cependant, il est indispensable dans la construction psychomotrice du bébé, et de plus en plus utilisé à des fins thérapeutiques. « La danse-contact fait sentir à quel point un contact peut organiser le mouvement, favoriser des modulations tonique et posturale », faisant écho au dialogue tonique. L'abord du corps de l'autre par d'autres parties du corps que la main (dos, hanche, tête...) favorise la confiance.

Biard [30] souligne l'importance des relations interhumaines dans ce travail. L'analyse des transferts est complexe et semble comprendre le transfert central (sur le chorégraphe), le transfert latéral (sur les autres membres du groupe), le transfert groupal (sur le groupe dans son ensemble) et le transfert sur le monde extérieur [34].

2.5.6. Intérêt du cadre thérapeutique

Pour Bravard [24], la danse contemporaine n'est pas thérapeutique mais le dispositif dont elle fait partie dans les ateliers à médiation peut l'être. Le temps de reprise en fin de séance avec les patients est essentiel. Ce temps de parole permet au patient une élaboration psychique, grâce aux encadrants (soignants, chorégraphe, thérapeute) qui observent ce qui se passe durant les ateliers.

L'intervenant extérieur, et le déroulement de l'atelier de danse contemporaine dans un lieu hors de l'hôpital, symbolisent le dehors, et représentent une ouverture du soin.

2.5.7. Impact de la représentation sur les patients

Certains ateliers proposent une représentation du travail effectué, généralement lors d'une session d'ateliers (une année scolaire par exemple). Cet exercice comporte d'autres enjeux pour les patients y participant.

Azzola, Robert et Maisondieu présentent les effets du spectacle éphémère [22]. Malgré la pathologie psychiatrique, il est possible de partager et de construire un projet artistique. Cela permet une revalorisation à travers la création artistique, ainsi que le renforcement des liens au sein du groupe. Les patients se soustraient volontiers au paraître, la représentation n'en est que plus authentique. Ce temps suspendu est une parenthèse dans la maladie, où le patient, porté par le groupe, se voit comme un être humain. Pour les auteurs, la représentation n'est pas thérapeutique en soi, mais elle borde les thérapies pour qu'elles ciblent à la maladie, tout en préservant le sujet.

Pour Fouillot et Panchal [26], la représentation est l'aboutissement du travail de création en atelier. Elle demande un investissement physique et mental important et d'une certaine manière, une mise en danger qui stimule le sujet. Du côté du soignant, la représentation est l'occasion pour lui de voir le patient, ainsi que le soin, autrement.

2.6. La fonction de l'intervenant

Qu'il soit thérapeute ou chorégraphe, l'intervenant est un guide lors des ateliers. Il a une fonction d'éducation, transmet des techniques de prise de conscience du corps et du mouvement. Il invite le sujet à l'introspection, afin qu'il puisse être à l'écoute de ses sensations, des émotions qui le traversent et s'inscrivent dans son corps [18].

L'intervenant organise les temps de parole au sein du groupe et veille à la liberté d'expression de chacun.

3. Atelier du CHRU de Tours

Un projet culturel, nommé Indigo, à l'initiative de la clinique B de Psychiatrie du CHRU de Tours, a été proposé à Dimitrios Tsiapkinis, danseur, interprète, chorégraphe et pédagogue à Tours. Il intervient donc depuis 2006 auprès de patients en psychiatrie du CHRU de Tours, en proposant un atelier de danse dans un lieu en dehors de l'hôpital. Cet artiste s'intéresse à la pédagogie de la danse contemporaine en milieu psychiatrique, et obtient un diplôme universitaire et un Master 2 en pédagogie de la perception (université Fernando Pessoa de Porto). Dans son mémoire, il enquête auprès des soignants qui participent aux ateliers que lui-même anime à Tours. Son étude a montré, rappelons-le, l'intérêt thérapeutique et social élevé que comporte l'introduction de la danse contemporaine en milieu psychiatrique [2].

Il crée en 2013 avec l'association Omnivion le projet Newtopia, série d'évènements chorégraphiques avec une collaboration entre professionnels, amateurs et patients en psychiatrie, du CHRU de Tours.

Dimitrios Tsiapkinis estime ne pas proposer de la danse-thérapie, même s'il est peut-être « thérapeute malgré lui ». Il remarque des bénéfices pour les patients, mais l'intention n'est pas thérapeutique. Il se définit comme « un artiste, un pédagogue, un créateur de performances artistiques ».

L'observation de l'atelier à Tours a été un préambule à l'élaboration de notre étude, en affinant les questionnements de cette recherche.

4. Présentation des trois ateliers étudiés dans le Maine-et-Loire

Le CESAME, Centre de Santé Mentale dans le Maine-et-Loire, propose 3 ateliers de danse sur différents secteurs de soins. Ces ateliers sont indépendants les uns des autres et les équipes qui y participent ne sont pas les mêmes.

Ces ateliers sont établis à visée thérapeutique et sont animés par des danseurs/chorégraphes extérieurs à la structure. Mais ces derniers ne prétendent pas proposer de la danse-thérapie, et ne se voient pas comme des thérapeutes. Ils ne connaissent pas la pathologie des patients, mais peuvent discuter de la symptomatologie avec les soignants présents, pour mieux la comprendre et l'appréhender.

Pour des raisons pratiques, nous utilisons l'ancienne dénomination des secteurs du CESAME, les ateliers ayant été créés avant la restructuration de ceux-ci début 2017.

4.1. Atelier du secteur 7

Le secteur 7 était un des secteurs adultes du CESAME. Le Docteur Courtois et la cadre d'un des services de soins extra-hospitaliers, mettent en place cet atelier en septembre 2016, en partenariat avec le CNDC d'Angers, au Quai, théâtre et espace culturel de la ville d'Angers. Il est proposé pour une session de 8 séances, une toutes les deux semaines, pour l'année scolaire 2016-2017. Il est reconduit pour l'année suivante avec un nombre de séances et une fréquence identiques.

L'atelier se déroule au Quai, dans une des salles de danse. Il est animé par le danseur Lautaro Prado, qui utilise la recherche chorégraphique dans ses ateliers. Il est mexicain, s'est formé à la danse au Chili, puis au conservatoire national de Boulogne-Billancourt, et enfin au Laban Center à Londres.

Les patients sont adressés par l'équipe, soignante et médicale, et des objectifs thérapeutiques sont définis préalablement. Les indications sont larges ; l'atelier accueille toute pathologie. Les patients, doivent dépendre du secteur, peuvent être hospitalisés et sont suivis plutôt au long cours. Il s'agit d'un groupe fermé, c'est-à-dire qu'il est formé avant le début d'une nouvelle session. L'âge des patients est variable. Lors de l'année 2017-2018, 5 patients sont inscrits à cet atelier, et 3 y participent en moyenne. Sur ce groupe, ils sont âgés de 28 à 58 ans avec une moyenne d'âge de 50 ans.

Les soignants qui participent à cet atelier sont au nombre de 3 et au minimum 2 à chaque séance.

Le déroulement d'une séance est présenté en annexe I.

4.2. Atelier du Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents (CASIA)

Le Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents ou CASIA était une des deux structures de soins ambulatoires dédiées aux adolescents, dépendantes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du CESAME, devenue depuis le Département de Soins pour Adolescents (DSA). Cet atelier se développe en 2008, à l'initiative du Docteur Monneau, pédopsychiatre au pôle Est de Psychiatrie Infanto-Juvénile du CESAME, en partenariat avec le CNDC au Quai à Angers. Il a lieu une fois par semaine, sur l'année scolaire.

L'atelier se déroule au Quai, dans la même salle que l'atelier du secteur 7. Initialement, il est animé par Margot Videcoq, danseuse, puis par Lautaro Prado à partir de 2011, et enfin par Sophie Couineau, danseuse diplômée d'Etat, depuis 2014 et encore aujourd'hui. Cette dernière a travaillé avec une association sur des projets artistiques, avec de jeunes détenus, des personnes en situation de handicap, de précarité, etc. Elle se définit au cours des ateliers en milieu psychiatrique comme « une artiste intervenante ».

Les patients adressés sont des adolescents initialement entre 14 et 16 ans, suivis par le CASIA, et les indications sont évaluées en équipe avec les médecins, avec des objectifs thérapeutiques prédéfinis. Les indications sont larges, l'atelier accueille tout profil d'adolescent. Le groupe se compose de 8 adolescents en moyenne en 2017-2018, avec un effectif variable au cours d'une année puisque ce groupe est semi-ouvert : l'atelier est pérenne et un jeune peut donc l'intégrer ou le quitter tout au long de l'année, en accord avec l'équipe de soins. L'âge moyen se situe alors autour de 15 ans. Depuis, il a dû

augmenter puisque le DSA accueille maintenant des jeunes âgés de 14 à 19 ans.

Les soignants qui participent à cet atelier sont 2 à 3 en moyenne, sur un pool de 4 à 5 soignants.

Le déroulement d'une séance de cet atelier est présenté en annexe II.

4.3. Atelier de Fédération Adolescent

Fédération Adolescents est l'autre structure dédiée aux adolescents, dépendante des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du CESAME, appartenant depuis au DSA.

En 2011, le Docteur Charlery et le Docteur Degranges, pédopsychiatres dans le secteur ouest de pédopsychiatrie du CESAME, proposent à Marie-France Roy, qui travaille alors avec un public porteur de handicap, d'animer un atelier à destination de patients en psychiatrie.

Marie-France Roy, chorégraphe en danse contemporaine dans le Maine-et-Loire, a fondé la compagnie de danse « Résonnance » et travaille également avec un public porteur d'anomalies chromosomiques. Elle se forme en 2009 à la danse-thérapie avec Benoît Lesage. Malgré tout, elle ne se considère pas comme une thérapeute mais comme une chorégraphe, pour « faire émerger de chacun sa propre créativité ». Elle s'intéresse particulièrement à la recherche chorégraphique.

L'atelier de danse de Fédération Adolescents débute en janvier 2011. Il a lieu une fois par semaine, d'octobre à avril en général, pour un total d'environ 18

séances par an. Il se déroule dans la salle de spectacle du CESAME, dans l'enceinte de l'hôpital, à Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Les soignants et médecins référents de l'atelier orientent le plus souvent les patients, mais ne faisant pas partie des mêmes secteurs, les objectifs thérapeutiques ne sont pas toujours définis. Parce qu'il est intersectoriel, cet atelier n'est pas connu de toutes les équipes médicales. Les indications sont larges également. La durée de participation moyenne des patients est plus importante que dans les autres ateliers, et le groupe est fermé.

L'atelier est ouvert à des patients âgés de 14 à 22 ans, pris en charge par des secteurs infanto-juvéniles ou adultes. L'effectif des patients inscrits est variable en fonction des années : 6 en 2012/2013, 4 en 2017/2018 avec 2 à 3 présents en moyenne. Certains de ces patients sont hospitalisés au long cours, d'autres suivis en ambulatoire mais présentant des pathologies plutôt lourdes.

Pour l'année scolaire 2017/2018, les soignants qui participent à cet atelier sont 3 à 4 en moyenne, sur un pool de 9 soignants.

L'atelier dépend maintenant du DSA et s'adresse toujours à des adolescents et des jeunes adultes suivis en psychiatrie adulte. Les soignants y participant sont pour la moitié issus des secteurs adultes et pour l'autre moitié issus du DSA.

Le déroulement d'une séance est présenté en annexe III.

ANALYSE DE PRATIQUE SUR L'UTILISATION DE LA DANSE DANS TROIS ATELIERS DU MAINE-ET-LOIRE

Cette étude souhaite montrer la pertinence de proposer un atelier de danse contemporaine dans la prise en charge des patients en psychiatrie, à travers une enquête menée auprès des soignants participant aux trois ateliers de danse du CESAME.

1. Introduction

La danse contemporaine est un art, et, au même titre que d'autres supports artistiques, elle peut être utilisée au cours des soins en psychiatrie. Aussi, des ateliers thérapeutiques utilisant la danse contemporaine comme médiation existent déjà [8].

Peu d'études scientifiques montrent précisément l'apport de ces ateliers à la prise en charge en psychiatrie. Qu'en est-il réellement ? Est-il pertinent de proposer un atelier de danse contemporaine en milieu psychiatrique ?

Cette étude s'intéresse à trois ateliers de danse à visée thérapeutique proposés par le CESAME décrits précédemment : celui de secteur 7, celui du CASIA et celui de Fédération Adolescents.

Ce travail s'appuie sur une enquête menée directement auprès de soignants participant à ces ateliers, sur leur propre expérience, par leur constat sur l'impact sur la symptomatologie des patients, sur le retentissement fonctionnel

de la pathologie psychiatrique, et sur les changements qu'ils ont observés dans la relation entre les soignants et les soignés.

L'objectif principal est de montrer la pertinence de proposer un atelier de danse en psychiatrie, à travers les observations des soignants sur les bénéfices et les difficultés rencontrées par les patients, en terme de retentissement fonctionnel de la pathologie et de symptomatologie du trouble psychiatrique, et sur la modification de la relation soignant/soigné, en déterminant le cadre thérapeutique le plus approprié.

2. Méthodes

Il s'agit d'une étude d'analyse de pratique professionnelle, descriptive et rétrospective, mixte, semi-quantitative et semi-qualitative, et isolée.

Elle s'appuie sur un questionnaire diffusé par courrier électronique en août 2018 aux 17 soignants ayant participé aux 3 ateliers du CESAME jusqu'en juin 2018 (liste prédéfinie). Ce questionnaire est composé de 41 questions (Annexe IV) :

- des questions pour caractériser l'échantillon des soignants interrogés ;
- des questions fermées ;
- des questions ouvertes.

Ce questionnaire a été établi à partir des constats faits et des propos des patients lors des ateliers de danse. Il évalue l'impact des ateliers sur les différents aspects du handicap psychique, comprenant la symptomatologie des patients, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel de la

pathologie. Il aborde également la relation soignant/soigné et les bénéfices et difficultés des soignants au cours de ces ateliers.

Le questionnaire s'adresse aux soignants au sujet de l'ensemble des patients participant à l'atelier ; le patient n'est donc pas observé à l'échelle individuelle. De ce fait, il n'est pas fait mention de la pathologie des patients, mais seulement des conséquences de la maladie, évaluables à l'échelle globale.

Les résultats quantitatifs des réponses au questionnaire ont été traités par une analyse statistique, et les résultats qualitatifs à l'aide du logiciel NVIVO.

3. Résultats

Le questionnaire a été envoyé à 17 soignants participant aux 3 ateliers, proposés par le CESAME, présentés plus haut.

12 soignants ont répondu à notre enquête, soit un taux de participation de 71%.

3.1. Les caractéristiques des soignants interrogés

Les soignants qui ont répondu au questionnaire sont principalement représentés par des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) (50 %), ce qui reflète la proportion moyenne d'IDE participant aux ateliers.

La répartition des répondants par rapport à l'atelier auquel ils participent est disparate avec une large majorité de soignants de l'atelier de Fédération

Adolescents (58 %), contre 25 % de l'atelier du secteur 7 et 17 % de l'atelier du CASIA. (Tableau I et Fig. 1)

Tableau I : Effectifs des soignants répondants selon l'atelier et la profession

Profession Ateliers	IDE	Psychologue ou stagiaire psychologue	Ergothérapeute	Aide- Soignant(e)	Assistante sociale	Total
Fédération Adolescents	3	2		1	1	7
CASIA	1	1				2
Secteur 7	2		1			3
Total	6	3	1	1	1	12

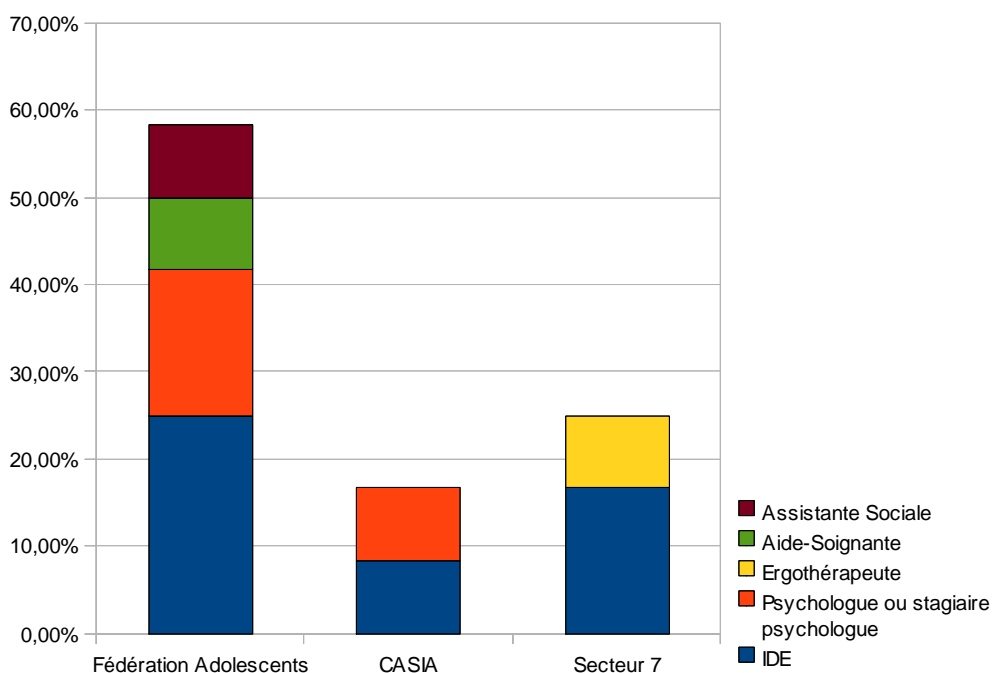


Figure 1 : Répartition de la profession des soignants répondants en fonction de l'atelier auquel ils participent (en % du total des 3 ateliers)

Ce déséquilibre entre les effectifs des répondants selon les ateliers peut s'expliquer par un plus grand nombre de soignants ayant participé à l'atelier de Fédération Adolescents.

Le taux de réponse par atelier montre que seulement 40% des soignants du CASIA à qui le questionnaire a été envoyé ont répondu, alors qu'ils sont 78% pour Fédération Adolescent et 100% pour le secteur 7, ce qui accentue l'importante disparité. Cette étude est donc moins représentative de l'atelier du CASIA, et ce déséquilibre représente un biais dans l'interprétation des résultats.

3.2. Les soignants, la médiation corporelle et la danse

La danse contemporaine, définie par les soignants, est mise en opposition avec d'autres pratiques comme la danse classique ou le modern jazz, plus codifiées que la danse contemporaine qui est plus « libre ». Elle est décrite comme un « outil d'expression », laissant la place à la « créativité », aux « ressentis », aux « émotions », à « l'interprétation », à la « conscientisation » du corps dans le temps et l'espace, à travers le « mouvement » et le « lâcher-prise », et peut « raconter une histoire » ou permettre de raconter « son histoire ». Elle devient donc un outil de communication entre les danseurs, mais aussi entre le danseur et le spectateur. « La mise en mouvement et la prise de conscience du corps » permettent de « rythmer la parole », le langage corporel devient alors un « moyen d'entrer en relation avec l'autre », pour ainsi pouvoir « se restaurer sur le plan narcissique ».

Les deux tiers des soignants avaient déjà participé ou encadré des ateliers de médiations corporelles parmi lesquelles la relaxation, le théâtre, l'atelier de psychomotricité, l'atelier percussion, l'atelier esthétique et l'atelier d'expression corporelle et musicale. La moitié de ceux-là avait déjà participé ou encadré des ateliers de danse.

On note des différences de proportions de soignants ayant déjà participé à/animé un atelier à médiation corporelle, ou été formés à une médiation corporelle, selon qu'ils soient IDE ou non-IDE (Tableau II). En effet, les IDE ont davantage encadré ou animé d'ateliers à médiation corporelle. Ils ont également été plus formés. Ce résultat semble logique puisque les ateliers à médiation sont animés ou encadrés très souvent par des IDE, en comparaison avec les psychologues et les assistantes sociales. Cela fait partie des missions importantes des IDE dans la prise en charge des patients en psychiatrie, d'où un besoin plus élevé à être formé aux médiations.

Tableau II : Proportion de soignants répondants ayant encadré ou été formés à la médiation corporelle, ou ayant déjà dansé selon qu'ils soient IDE ou non-IDE (en %)

	Ayant déjà encadré ou participé à un atelier à médiation corporelle	Ayant été formé à un atelier à médiation corporelle	Ayant déjà dansé personnellement
IDE	83 %	67 %	33 %
Non-IDE	50 %	17 %	50 %
TOTAL	67 %	42 %	42 %

Ces résultats indiquent que les IDE semblent motivés à intégrer et à découvrir une nouvelle médiation, afin d'enrichir leur pratique. Pour les autres, relativement plus nombreux à avoir déjà pratiqué la danse personnellement, c'est l'attrait pour cette activité qui semble les amener à intégrer ou développer cette médiation.

Une large majorité des soignants souhaitait participer à cet atelier de danse (92 %). Lorsqu'on interroge les soignants (IDE ou non) sur ce qui les a encouragés à le faire, le terme qui revient le plus souvent (avec les dérivés lexicaux) est « l'intérêt » : intérêt pour la danse, pour la médiation par le corps, « intérêt professionnel », mais également personnel. La notion de nouveauté est également présente à plusieurs reprises, les verbes utilisés par les soignants étant notamment « découvrir », « voir », « pouvoir », « comprendre », et « développer ». Cela s'appuie sur une certaine curiosité de ces soignants, amenant à leur participation, ou même à l'élaboration du projet. L'usage des termes « soutenir », « accompagner » et « partager » invite à considérer qu'ils inscrivent cette médiation dans le projet de soin des patients. A propos de l'atelier de danse, les soignants sont ouverts à ce type de projet, et décrivent une envie de découvrir de nouvelles médiations.

Les soignants de l'atelier du secteur 7 avaient tous déjà encadré ou participé à un atelier à médiation corporelle, ce qui n'est pas le cas dans les autres ateliers (Tableau III). Le fait que ces trois soignants travaillent dans une

structure extrahospitalière et proposent de nombreux ateliers à médiation, peut expliquer cette différence. Toutefois, l'effectif faible de cet atelier limite la portée de nos conclusions.

Tableau III : Proportion de soignants répondants ayant encadré ou été formés à la médiation corporelle, ou ayant déjà dansé en fonction de l'atelier (en %)

	Ayant déjà encadré ou participé à un atelier à médiation corporelle	Ayant été formé à un atelier à médiation corporelle	Ayant déjà dansé personnellement
Fédération Adolescents	57 %	43 %	29 %
Secteur 7	100 %	33 %	67 %
CASIA	50 %	50 %	50 %
TOTAL	67 %	42 %	42 %

3.3. Un atelier pertinent

Tous les soignants qui ont répondu sont convaincus de l'intérêt de la médiation corporelle en psychiatrie pour le patient.

Selon les soignants, un des apports principaux pour le patient est « l'apaisement », aussi nommé par « lâcher les tensions », « libérer les

tensions », ou encore « se laisser aller ». Parmi les notions qui reviennent à de nombreuses reprises on retrouve « le mouvement », associé quelquefois à la « construction ». Les notions de « mobilisation », de « travail » ou « d'effort » renforcent l'idée d'un mouvement qui s'oppose à la passivité, ce que l'on retrouve parfois dans les discours des patients suivis en psychiatrie. Les soignants abordent « l'expression » et « le mouvement du corps ». Les autres bénéfices de la médiation corporelle qu'ils mettent en avant pour le patient sont un travail autour de « l'image du corps », un « rapport plus harmonieux » à celui-ci, une « prise de conscience » ou une « conscience » corporelle et « la connaissance de soi » avec une modification de « la relation au corps » pour apprendre à en « prendre soin ».

Pour les soignants, une médiation corporelle permet de découvrir ou redécouvrir ce corps, qui fait partie de chacun mais qui a pu être délaissé, oublié ou négligé. Le corps peut parfois sortir de la conscience. Il leur semble important d'établir à nouveau ce lien entre la psyché et le corps pour avancer et se « construire ». Certains y associent des idées de « globalité », de « se rassembler », « trouver ses limites », « être un « tout » », en mettant l'accent sur le fait que ces éléments permettent à « la pensée de circuler », et participent à la « construction psychique ». Par ailleurs, on retrouve au sein des réponses de nombreuses références « au groupe » par « le partage », « l'être ensemble », ce qui amène à évoquer « l'intégration », « la considération », « la place » au sein du groupe : ils sont « tous danseurs ». Le « changement de [leur] regard soignant » sur le patient est un élément qui revient très souvent : le soignant devient dès lors observateur et peut se

laisser surprendre. Ce changement de regard apporte des bénéfices directement au patient, impactant « la confiance » et la « valorisation ».

Tous les soignants interrogés pensent que l'atelier de danse contemporaine est un atelier pertinent, et tous estiment que l'atelier doit être maintenu.

Selon les soignants, la danse contemporaine apporte, par comparaison avec d'autres ateliers à médiation corporelle, (i) des outils propres à cette pratique comme « la musique », « le rythme », « la consigne », « l'espace », « l'objet » ; (ii) les expériences explorées « en groupe », ou « en duo » ; (iii) une « liberté d'expression » ; et, enfin, (iv) « l'ouverture » sur « le champ culturel » de cette danse, l'approche « plus artistique », proposée par un chorégraphe, non soignant mais artiste. On retrouve également les notions de relation à l'autre, d'accompagnement, d'absence de jugement.

3.4. Impact de l'atelier sur les soignants

La figure 2 présente les bénéfices personnels mis en avant par les soignants. Si on considère que les résultats sont significatifs au-delà de 50 %, alors le changement de regard sur le patient, le lâcher-prise et l'expérience du toucher apparaissent les plus importants. La disponibilité pour les patients d'une part, les capacités créatrices d'autre part constituent aussi aux yeux des soignants un effet bénéfique non négligeable.

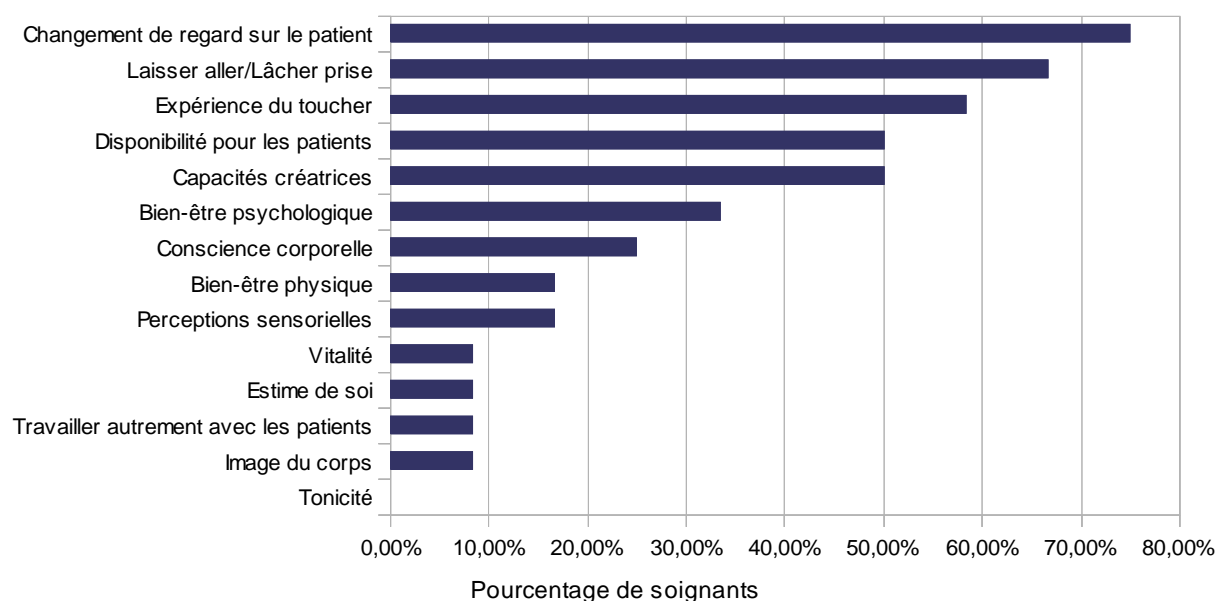


Figure 2 : Bénéfices de l'atelier pour les soignants

3.4.1. Le changement de regard

Seulement un quart des soignants interrogés considère que le chorégraphe doit connaître la pathologie des patients. Ils sont proportionnellement plus nombreux à le penser parmi ceux qui ont été formés à une médiation corporelle (40%) comparativement à ceux n'ayant pas été formés (14%). Les 40% de soignants justifient leur réponse en s'appuyant sur la nécessité de la connaissance par le chorégraphe de certains symptômes pouvant amener des débordements émotionnels, afin d'adapter au mieux ses propositions. Majoritairement, les soignants considèrent que le chorégraphe ne doit pas connaître la pathologie des patients. Ceux formés aux médiations pensent que le chorégraphe peut juste être aidé par les soignants à comprendre les symptômes, les soignants étant garants du cadre. Ceux non formés évoquent la stigmatisation du statut de malade : pour eux, le chorégraphe ne doit pas regarder le patient comme un malade, mais bien comme un danseur, il est le

garant de ce regard porté, il doit pouvoir s'adapter dans ses propositions si nécessaire.

Cet écart peut se comprendre facilement par la formation des soignants aux médiations : le soignant apprend à animer un atelier et à utiliser une médiation tout en sécurisant cet espace de soin. Le chorégraphe n'est pas un soignant et n'a pas de pré-requis concernant le soin, il peut alors porter un regard plus neutre.

Pour toutes les personnes interrogées, l'atelier a changé son regard de soignant sur les patients qui y participaient, et trois quarts d'entre eux l'ont cité dans les bénéfices personnels (Fig. 2). En effet, tous les soignants ont découvert au travers de l'atelier des capacités chez les patients qu'ils ne soupçonnaient pas.

3.4.2. L'expérience du toucher

80 % des soignants qui ont déjà dansé retrouvent un bénéfice au niveau de l'expérience du toucher lors des ateliers, alors qu'ils ne sont que 43 % parmi les soignants qui n'ont jamais dansé. Cela peut s'expliquer par le fait que, pour trouver un bénéfice dans l'expérience du toucher avec le patient, il faut y être préparé, avoir déjà pu l'expérimenter préalablement.

3.5. Les difficultés rencontrées par les soignants

Alors que tous les soignants interrogés affirment que l'atelier a été bénéfique pour eux, les deux tiers disent avoir rencontré des difficultés. On observe qu'il n'y a pas d'opposition entre bénéfices constatés et difficultés rencontrées.

Par exemple, deux IDE de Fédération Adolescents ont cité dans les bénéfices pour eux-mêmes le lâcher-prise. Ils l'ont également mentionné dans les difficultés auxquelles ils ont été confrontés. La difficulté s'apparente donc à un obstacle qui a été franchi, dont on a pu ensuite tirer des bénéfices par l'expérience. Cela est renforcé par le fait que malgré les difficultés rencontrées, les soignants souhaitent tous que l'atelier soit poursuivi et s'y inscrivent pour que ce soit possible.

La proportion de soignants qui ont rencontré des difficultés est un peu plus grande chez les soignants n'ayant jamais dansé par comparaison avec ceux qui ont déjà dansé (80 % contre 57 %). Malgré tout, on constate que le fait d'avoir déjà fait de la danse, notamment de la danse contemporaine pour la moitié d'entre eux, n'empêche pas la survenue de difficultés, quel qu'en soit le type. La principale difficulté rencontrée par les soignants est celle du lâcher-prise, pour la moitié d'entre eux. (Fig. 3)

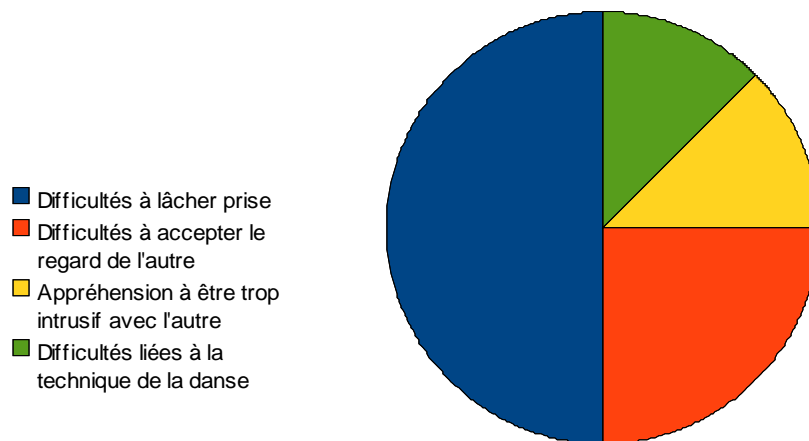


Figure 3 : Répartition des difficultés rencontrées par les 8 soignants

3.6. Des difficultés partagées

On observe que chez les patients comme chez les soignants, les difficultés n'ont pas été présentes de manière systématique.

Majoritairement, la difficulté principale rencontrée par les soignants est la même que pour les patients (Fig. 4) : la difficulté à lâcher prise. Le rôle du soignant en tant que garant du cadre et le fait de sortir de sa position habituelle lors des exercices peut contribuer à cette difficulté. Mais pour le patient, le lâcher-prise ne symboliserait-il pas le fait de lâcher son statut de patient, parfois sécurisant ?

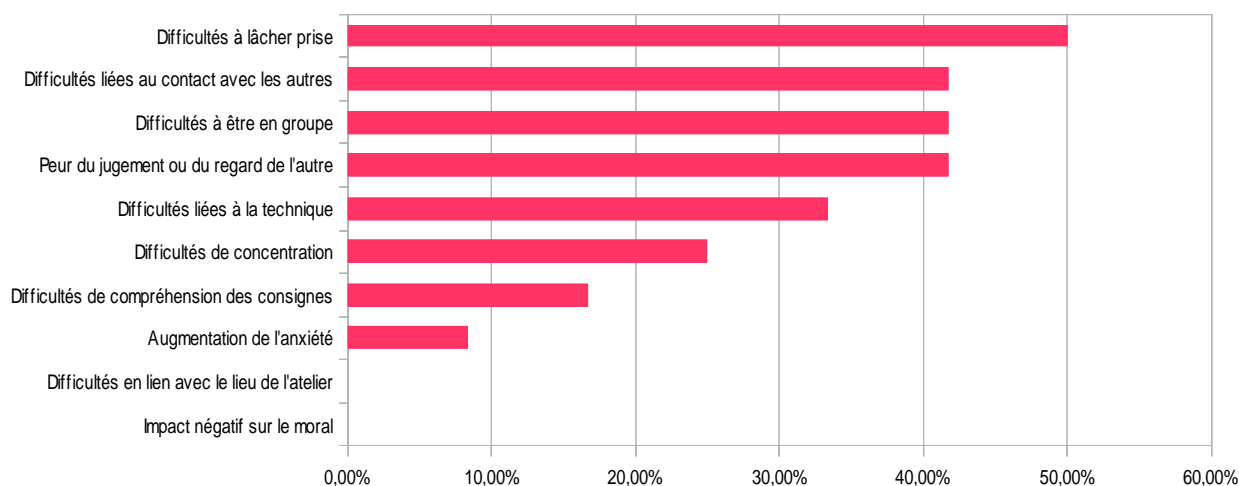


Figure 4 : Difficultés des patients perçues par les soignants lors des ateliers (% des soignants)

Comme pour les soignants, les difficultés des patients n'empêchent pas les bénéfices et il peut s'agir des mêmes éléments, sans qu'ils entrent en opposition. Par exemple, une soignante retrouve chez les patients de meilleures capacités de partage en groupe, tout en soulignant, parmi les difficultés, celle à être en groupe. Au même titre que les soignants, les patients sortent de leur zone de confort lors des ateliers, ce qui permet de faire de nouvelles expériences, celles-ci pouvant avoir, une fois vécues, un véritable effet positif sur les patients.

La difficulté à lâcher prise est constatée chez les patients par 100 % des soignants du CASIA, 67 % des soignants du secteur 7 contre seulement 29 % des soignants de Fédération Adolescents. Ces différences pourraient s'expliquer par l'effectif de patients présent sur chaque atelier. En effet, l'atelier du CASIA représente celui où le nombre de patients est le plus important, 8 en moyenne. Le regard de l'autre est donc très présent et il peut créer une inhibition lors de l'atelier et empêcher le lâcher-prise. Au contraire,

l'atelier de Fédération Adolescents présente un effectif plus réduit, avec 3 patients en moyenne, ce qui diminue l'appréhension du regard de l'autre.

3.7. Les bénéfices pour les patients

L'atelier est considéré thérapeutique par tous les soignants. 58% d'entre eux ont souvent constaté des bénéfices et 42% en ont toujours constatés chez les patients participant aux ateliers. Ces bénéfices sont présentés dans la figure 5.

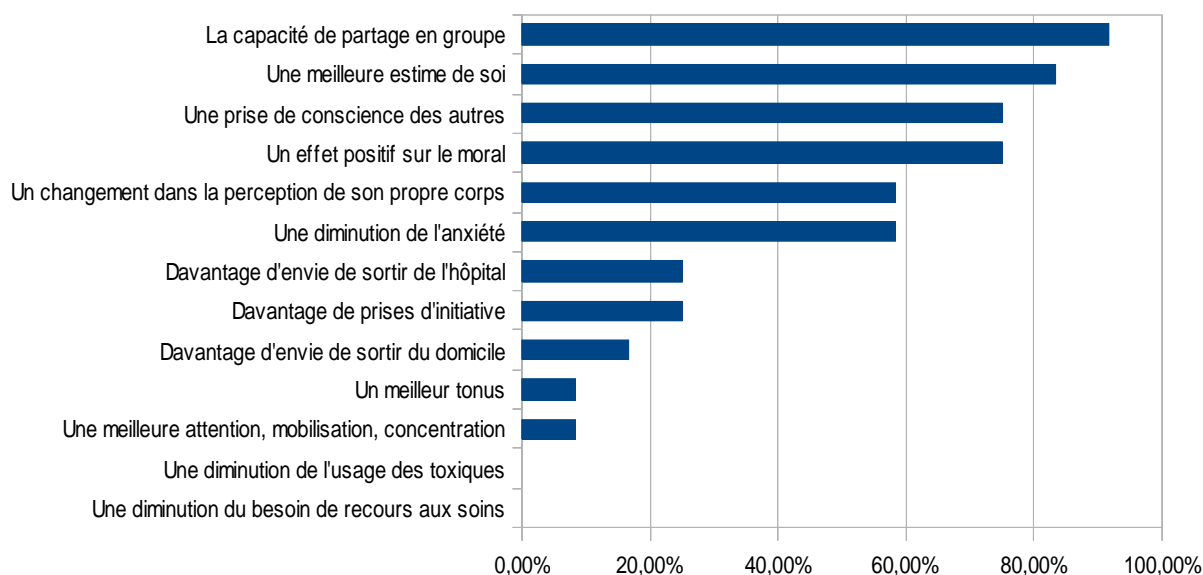


Figure 5 : Les bénéfices des ateliers pour les patients, soulignés par les soignants (en % des soignants)

Le bénéfice principal mentionné est la capacité de partage en groupe. Effectivement, le travail en groupe est un des éléments centraux de ces ateliers. Il est bénéfique pour le patient, pour le soignant et pour la relation soignant/patient. Tout d'abord la communication est principalement non verbale entre les danseurs, avec un regard bienveillant des soignants sur les

patients. L'expérience du groupe y place chacun en tant qu'individu, et chacun y trouve sa place.

La diminution de l'anxiété est retrouvée chez 100 % des soignants du secteur 7 et du CASIA, mais seulement chez 29 % de ceux de Fédération Adolescents. Les patients de l'atelier de Fédération Adolescents sont probablement moins anxieux que ceux des autres ateliers, ce qui peut expliquer cette différence.

3.8. Impact sur le handicap psychique

Le handicap psychique est représenté par la symptomatologie des troubles, par les troubles cognitifs, et aussi par le retentissement fonctionnel du trouble, lui-même représenté par l'impact sur la vie professionnelle, la qualité des relations sociales, la qualité de vie du patient et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

Tableau IV : Bénéfices pour les patients constatés par les soignants selon les dimensions du handicap psychique

Dimensions du handicap psychique impactées	Proportion du total des soignants
Symptomatologie du trouble psychiatrique	75 %
Déficit cognitif	0 %
Retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique	83 %

Le tableau IV met en avant l'impact de ces ateliers principalement sur le retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique. Ils impactent également significativement la symptomatologie du trouble psychiatrique.

Aucun effet sur le déficit cognitif n'est constaté, toutefois, si ces troubles sont présents, ils altèrent la compréhension des consignes lors des ateliers.

Dans les bénéfices constatés (Fig. 5), l'amélioration de la symptomatologie est représentée par un effet positif sur le moral et une diminution de l'anxiété. Notons qu'ils sont les seuls reflets directs de la symptomatologie présents dans le questionnaire. Or, il existe bien d'autres symptômes et une exploration plus exhaustive serait nécessaire avec une connaissance précise de la pathologie des patients, pour mieux comprendre sur quel type de symptômes l'atelier serait pertinent.

Concernant le retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique, l'atelier n'impacte absolument pas la vie professionnelle et l'autonomie dans la vie quotidienne. L'amélioration des relations sociales est cependant significative, et dans une moindre mesure, les soignants constatent parfois un effet positif sur la qualité de vie du patient (Fig. 6).

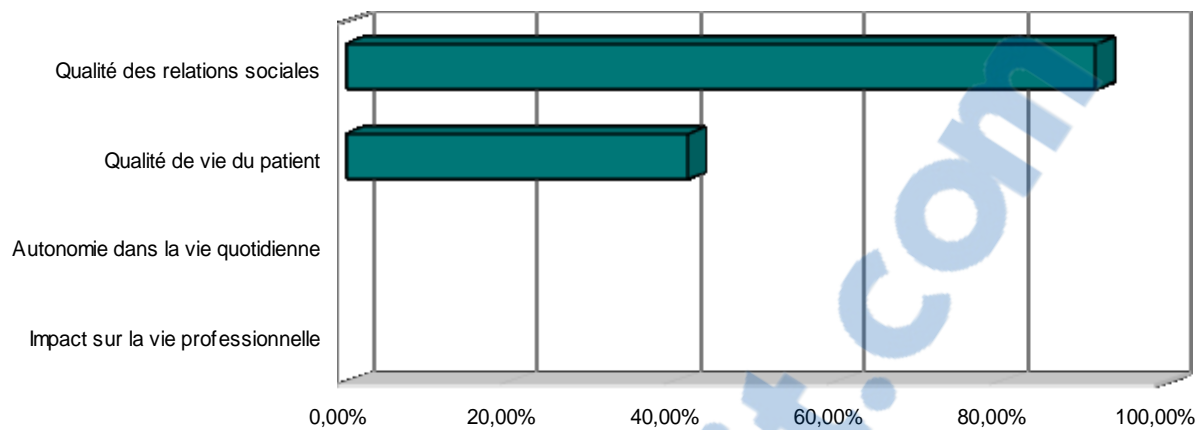


Figure 6 : Critères du retentissement fonctionnel impactés chez les patients des ateliers selon les soignants (en % des soignants)

Pour les 3 soignants du secteur 7, la qualité des relations sociales est le seul point qui caractérise l'effet de l'atelier sur le retentissement fonctionnel des patients. On retrouve également dans les bénéfices davantage d'envie de sortir du domicile ou de l'hôpital (66 %) comparé à ce qu'en disent les soignants des autres ateliers (aucun pour sortir du domicile, 11 % pour sortir de l'hôpital). Ceci peut s'expliquer par le fait que la moyenne d'âge du groupe de patients du secteur 7 est la plus élevée (groupe adulte) et la pathologie psychiatrique évolue depuis plus longtemps, ce qui signifie, d'une part que le retentissement fonctionnel est plus important au niveau des relations sociales chez ces patients, d'autre part que l'atelier pourrait avoir un effet bénéfique sur cette dimension chez les patients pris en charge au long cours en psychiatrie.

3.9. Le cadre des ateliers

Pour 92 % des soignants, les indications des patients vers l'atelier sont justifiées.

Au moment de l'orientation des patients vers l'atelier, des objectifs thérapeutiques ont été définis pour la plupart des patients :

- toujours pour 42 % des soignants ;
- pour plus de la moitié des patients pour 33 % des soignants ;
- pour moins de la moitié des patients pour 25 % des soignants.

Ces résultats montrent que pour certains patients, l'indication est justifiée mais des objectifs thérapeutiques n'ont pas précisément été définis. Les objectifs thérapeutiques personnels sont un guide essentiel dans le suivi et les reprises d'atelier, afin d'évaluer la pertinence de maintenir l'atelier pour certains patients, mais également pour évaluer l'évolution de chacun au cours des ateliers, les objectifs étant régulièrement rediscutés en équipe et avec le patient.

Les réponses des soignants sur les modifications qui permettraient d'améliorer l'atelier de danse contemporaine auquel ils ont participé, rapportent qu'ils souhaitent (*n étant l'effectif des soignants*) :

- davantage de soignants encadrant les ateliers et une stabilité de cet effectif (*n = 5*) ;
- une meilleure information sur l'atelier auprès des médecins et des soignants (*n = 3*) ;
- davantage de suivi médical, comprenant les indications vers l'atelier, mais également les reprises, afin de pouvoir revoir régulièrement les objectifs thérapeutiques (*n = 3*) ;
- davantage de travail en petits groupes pour renforcer les liens (*n = 1*).

Cela confirme que le suivi de ces ateliers nécessite une référence médicale pour l'indication, les reprises, et le suivi des patients. On note également que de nombreux soignants souhaitent qu'il y ait davantage d'encadrants lors de ces ateliers.

4. Discussion

Tous les soignants interrogés sont convaincus de l'intérêt de proposer un atelier à médiation corporelle, et particulièrement un atelier de danse contemporaine dans la prise en charge des patients en psychiatrie.

Les bénéfices incontestables pour les patients sont selon les soignants (au-delà de 50 %) :

- une amélioration de la symptomatologie par un effet positif sur le moral et une diminution de l'anxiété,
- une modification du regard du patient sur lui-même par une meilleure estime de soi et un changement dans la perception de son propre corps,
- enfin, une amélioration du retentissement fonctionnel du trouble par une meilleure qualité des liens sociaux : capacité de partage en groupe et prise de conscience des autres.

L'impact du handicap psychique est important chez les patients présentant des pathologies psychiatriques nécessitant un suivi au long cours. Il tient compte de la symptomatologie présentée par le patient, du déficit cognitif et du

retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique. Ce dernier est responsable de l'impact négatif des troubles psychiatriques sur la vie sociale, relationnelle, professionnelle, la qualité de vie et l'autonomie. Dans la prise en charge globale des patients, les propositions thérapeutiques qui visent à diminuer l'impact fonctionnel des troubles sont pertinentes. Les ateliers de danse contemporaine en milieu psychiatrique sont considérés thérapeutiques par tous les soignants interrogés par notre étude : les trois quarts d'entre eux ont constaté des bénéfices pour les patients au niveau de la symptomatologie du trouble psychiatrique. L'impact sur le retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique présenté par les patients est encore plus significatif pour les soignants.

Les caractéristiques propres de la danse contemporaine y contribuent : le travail de la capacité de partage en groupe lors des ateliers permet d'avoir moins d'appréhension vis-à-vis du regard des autres, le travail corporel aide à percevoir son corps autrement, et le fait de sortir de sa zone de confort, de se dépasser améliore l'estime de soi et diminue de manière significative l'impact négatif de la pathologie psychiatrique. Le cadre dans lequel se déroulent les ateliers et l'approche de la danse contemporaine par les chorégraphes sont essentiels.

Les ateliers sont également un espace où le patient est moins stigmatisé par sa pathologie. Le dispositif permet effectivement aux soignants de changer de posture, et donc de regard, de voir le patient comme un individu qui danse, et ainsi découvrir chez lui des capacités insoupçonnées. Pour le permettre, le

soignant doit lâcher prise, ce qui représente pourtant sa principale difficulté lors des ateliers (pour la moitié d'entre eux). De plus, il est garant du cadre *secure*, veille au bon déroulement des séances et est attentif à tout ce qui s'y passe et tout ce qui s'y dit, afin de pouvoir en faire un retour constructif.

Les bénéfices ne sont pas les mêmes pour les soignants et pour les patients, les attentes non plus : l'atelier n'est pas censé être thérapeutique pour les soignants, il vise plutôt à améliorer leur pratique de soignants et à soutenir la relation soignant/soigné.

Les résultats de notre étude sont en accord avec les données actuelles de la littérature sur ce sujet, même si le nombre d'études scientifiques qui explorent cette question est insuffisant.

Nous n'avons dans le questionnaire pas fait mention explicitement de progrès, et n'avons pas questionné directement le fait que les difficultés aient été surmontées ou non, ou comment elles ont pu l'être.

Notre étude s'appuie sur un petit échantillon de soignants participant à des ateliers de danse à visée thérapeutique, et une étude interrogeant davantage de soignants, sur des centres différents, sur un plus grand territoire, permettrait des résultats plus fiables. Nous avons choisi d'interroger les soignants sur un groupe de patients et nous n'avons pas étudié, pour des raisons méthodologiques, le patient à l'échelle individuelle. Une telle étude, à l'aide de l'échelle d'évaluation des médiations, avec des entretiens individuels

des patients participant à des ateliers de danse et la connaissance du diagnostic, serait pertinente pour mieux comprendre les effets de la médiation sur la pathologie psychiatrique, donc explorer plus précisément son intérêt thérapeutique. Elle ne comporterait pas le biais d'interprétation lié au fait que les réponses des soignants concernent un ensemble de patients, et qu'ainsi les éléments dégagés se confondent au sein du groupe. Le risque de confusion serait donc limité.

CONCLUSION

L'impact négatif de la pathologie psychiatrique, représentée par le handicap psychique et la stigmatisation du malade en psychiatrie, est à prendre en compte dans la prise en charge globale des patients en psychiatrie.

Le travail corporel tient une place essentielle en psychiatrie, étant donné que le corps est un support psychique, et un outil d'expression et de communication. En prise en charge thérapeutique, la psychomotricité joue un rôle important, comme d'autres médiations psychocorporelles.

La danse contemporaine, qui s'oppose aux danses classiques et modernes en bousculant les codes, se caractérise par une grande liberté d'expression, une approche du mouvement par les sensations et non par la recherche d'esthétisme, et des courants multiples, dont la recherche chorégraphique, la danse-contact et l'improvisation font partie. Ces éléments, couplés à l'abord artistique et la pratique en groupe, en font une médiation corporelle pertinente dans le soin en psychiatrie.

Notre étude s'est intéressée à trois ateliers de danse proposés par le CESAME sur des secteurs de soins différents. Nous avons questionné les soignants participant à ces ateliers, mais ne les animant pas, pour comprendre l'intérêt qu'ils présentent pour les patients.

Les ateliers de danse contemporaine améliorent l'impact du handicap psychique, à travers les effets sur la symptomatologie et sur le retentissement

fonctionnel de la maladie psychiatrique. En pratique, ils permettent au patient de se dépasser et de montrer sa capacité à lutter contre les effets négatifs de la maladie psychiatrique dont il souffre.

Une étude plus approfondie sur ce sujet, axée sur le patient à l'échelle individuelle avec prise en compte de sa pathologie, pourrait montrer que la danse contemporaine constitue une médiation thérapeutique et pourrait confirmer l'intérêt de la développer dans la prise en charge des patients en psychiatrie. C'est du moins ce que nos résultats suggèrent.

BIBLIOGRAPHIE

1. COLOGNE S. Corps, espace, mouvement...et bien dansons maintenant !. Evolutions Psychomotrices. 2010. Vol 22, n°87, p 18-27.
2. TSIAPKINIS D. Pertinence d'une pédagogie de danse contemporaine en milieu psychiatrique – Enquête auprès de l'équipe soignante au CHRU de Tours. Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive. Université Fernando Pessoa. Porto, 2014.
3. SALBREUX R. Handicap et Psychiatrie. Journal Français de psychiatrie. 2006. Vol 4 n°27, p 38-39.
4. HENCKES N. Les psychiatres et le handicap psychique : de l'après guerre aux années 1980. Revue Française des affaires sociales. 2009. Vol 1, p 25-40.
5. LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapés – Article 2 – Article L. 114. JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353, texte n°1 – <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/2005-102/jo/texte>
6. CUENOT M, ROUSSEL P. De la difficulté de quantifier le handicap psychique : des classifications aux enquêtes. Revue Française des Affaires Sociales. 2009. n°1, p 65-81.
7. PACHOUD B, LEPLÈGE A, PLAGNOL A. La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. Revue française des affaires sociales. 2009. Vol 1, p 257-277.
8. LESAGE B. La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie. Toulouse : érès ; 2014.
9. FREUD S. Le Moi et le ça. Essais de psychanalyse. Paris : Payot ; 1923.
10. ANZIEU D. Le Moi-Peau. Paris : Dunod ; 1985.
11. ANZIEU D. La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir in: ANZIEU D, HAAG G, TISSERON S,

- LAVALLEE G, BOUBLI M, LASSEGUE J. Les contenants de pensée. Paris : Dunod ; 1993, p 15-39.
12. PIAGET J, INHELDER B. La psychologie de l'enfant. Coll. 11^{ème} éd. "Que sais-je ?". Paris : PUF ; 1984.
 13. POTEL C. Corps brûlant, corps adolescent : des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ? Ramonville Saint-Agne : érès ; 2006.
 14. IOGNA-PRAT D. Introduction générale : la question de l'individu à l'épreuve du Moyen Âge, in: IOGNA-PRAT D (dir), BEDOS-REZAK BM. L'individu au Moyen Âge, individuation et individualisation avant la modernité. Paris : Aubier ; 2005, p 7-29.
 15. BAUDRY R, JUCHS JP. Définir l'identité. Hypothèses. 2007. Vol.10, no. 1, p 155-167.
 16. WALLON H. Les origines du caractère chez l'enfant. Paris : PUF ; 1949.
 17. AJURIAGUERRA J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. 2^{ème} ed. Paris : Masson ; 1970.
 18. COLOGNE S. Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. Enfances & Psy. 2010. Vol. 4, n°49, p 89-99.
 19. POTEL C. Quand la médiation aide à se construire un corps "psychique". Adolescence. 2010. Vol 4, n°74, p 853-859.
 20. BALLOUARD C. Les fondements historiques de la psychomotricité. Contraste. 2008. Vol. 28-29, no.1, p 17-26.
 21. GIROMINI F. La médiation en psychomotricité in: LESAGE B. Jalons pour une pratique psychocorporelle. Toulouse : érès ; 2012, p 253-264.
 22. AZZOLA C, ROBERT J, MAISONDIEU J. 'Le spectacle éphémère' : contre le tout thérapeutique. Santé Mentale. 2011. 154, p 46-50.
 23. NOISETTE P. Danse contemporaine, le guide. Paris : Flammarion ; 2015.
 24. BRAVARD N. Entrer dans la danse, faire un pas vers le soin. Soins Psychiatrie. 2013. 285, p 24-26.

25. DROSS J. Utilisation de l'espace au cours de l'atelier danse : l'espace de la danse HDJ/Janvier 2003. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*. 2005. 141, p 116-125.
26. FOUILLOT R, PANCHAL M. Présentation et analyse d'une expérience chorégraphique de danse contemporaine avec des personnes âgées : Quelle créativité ?. *Gérontologie et Société*. 2011. 137, p 163-172.
27. GREILSAMMER H. La Thérapie par le Danse et le Mouvement : entre corps, mouvement et parole. *Bulletin du Centre de recherche français à Jérusalem* [en ligne]. 2014. 25.
28. GRANIER F. Art-thérapie. *Annales médico-psychologiques*. 2011. 169, p 680-684.
29. LECOCQ J. *Le corps Poétique*. Paris : Actes Sud-Papiers ; 1997.
30. BIARD J. Créer avec des personnes autistes : une expérience sensible. *VST – Vie Sociale et Traitements*. 2003. Vol 4, n°80, p 37-39.
31. DUBOIS AM. Art-thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement alimentaire. *Annales médico-psychologiques*. 2010. 168, p 538-541.
32. GARNIER S, CAZAU A, JOFFROY S, SANGUIGNOL F, MAURIEGE P. Une étude-pilote montrant les bénéfices de la danse-thérapie sur les comportements alimentaires et l'estime de soi de femmes obèses. *Science et Sports*. 2014. 29, p 1-9.
33. LESAGE B. *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse : érès ; 2012.
34. BEJARANO A. Résistance et transfert dans les groupes. In: ANZIEU D, BEJARANO A, KAES R, MISSENARD A. *Travail psychanalytique dans les groupes*. Paris : Dunod ; 1976.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Répartition de la profession des soignants répondants en fonction de l'atelier auquel ils participent.....	39
Figure 2 :	Bénéfices de l'atelier pour les soignants.....	46
Figure 3 :	Répartition des difficultés rencontrées par les 8 soignants.....	49
Figure 4 :	Difficultés des patients perçues par les soignants lors des ateliers.....	50
Figure 5 :	Les bénéfices pour les patients, soulignés par les soignants.....	51
Figure 6 :	Critères du retentissement fonctionnel impactés chez les patients des ateliers selon des soignants.....	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Effectifs des soignants répondants selon l'atelier et la profession.....	39
Tableau II :	Proportion de soignants répondants ayant encadré ou été formés à la médiation corporelle, ou ayant déjà dansé selon qu'ils soient IDE ou non-IDE.....	41
Tableau III :	Proportion de soignants répondants ayant encadré ou été formés à la médiation corporelle, ou ayant déjà dansé en fonction de l'atelier.....	43
Tableau IV :	Bénéfices pour les patients constatés par les soignants selon les dimensions du handicap psychique.....	52

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME	1
INTRODUCTION	2
LE HANDICAP ET LA PSYCHIATRIE	4
1. Généralités.....	4
2. Le handicap psychique.....	4
3. La stigmatisation.....	6
4. Tenir compte du handicap dans la prise en charge.....	7
LE TRAVAIL CORPOREL EN PSYCHIATRIE	9
1. Le corps en psychiatrie.....	9
1.1. Le Moi-Peau.....	9
1.2. La construction du corps.....	10
1.3. Appropriation de son corps, individuation et identité.....	11
1.4. Le langage du corps.....	12
2. Les thérapies psychocorporelles.....	13
2.1. La psychomotricité.....	13
2.2. Les différents types de médiation corporelle.....	14
2.3. Le théâtre et la danse.....	15
LA DANSE CONTEMPORAINE ET LA PSYCHIATRIE	17
1. La danse contemporaine.....	17
1.1. Historique.....	17
1.2. Définition.....	18
1.3. Caractéristiques.....	19
2. La danse à des fins thérapeutiques.....	19
2.1. Historique.....	20
2.2. Les différents types de danse-thérapie et d'ateliers de danse à visée thérapeutique.....	20
2.3. Cadre thérapeutique.....	21
2.4. Déroulement des séances.....	22
2.5. Intérêt thérapeutique de la danse.....	24
2.5.1. Généralités.....	24
2.5.2. La fonction narrative de la danse.....	24
2.5.3. Le processus créatif.....	25
2.5.4. Structuration psychocorporelle.....	26
2.5.5. La fonction groupale.....	27
2.5.6. Intérêt du cadre thérapeutique.....	28
2.5.7. Impact de la représentation sur les patients.....	29
2.6. La fonction de l'intervenant.....	30

3. Atelier du CHRU de Tours.....	30
4. Présentation des trois ateliers étudiés dans le Maine-et-Loire.....	31
4.1. Atelier du secteur 7.....	32
4.2. Atelier du Centre d’Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents (CASIA).....	33
4.3. Atelier de Fédération Adolescents.....	34
ANALYSE DE PRATIQUE SUR L’UTILISATION DE LA DANSE DANS TROIS ATELIERS DU MAINE-ET-LOIRE.....	36
1. Introduction.....	36
2. Méthodes.....	37
3. Résultats.....	38
3.1. Les caractéristiques des soignants interrogés.....	38
3.2. Les soignants, la médiation corporelle et la danse.....	40
3.3. Un atelier pertinent.....	43
3.4. Impact de l’atelier sur les soignants.....	45
3.4.1. Le changement de regard.....	46
3.4.2. L’expérience du toucher.....	47
3.5. Les difficultés rencontrées par les soignants.....	48
3.6. Des difficultés partagées.....	49
3.7. Les bénéfices pour les patients.....	51
3.8. Impact sur le handicap psychique.....	52
3.9. Le cadre des ateliers.....	54
4. Discussion.....	56
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62
LISTE DES FIGURES.....	65
LISTE DES TABLEAUX.....	66
TABLE DES MATIERES.....	67
ANNEXES.....	I
Annexe I : Exemple de déroulement d’une séance de l’atelier de danse du secteur 7.....	I
Annexe II : Exemple de déroulement d’une séance de l’atelier de danse du CASIA.....	II
Annexe III : Exemple de déroulement d’une séance de l’atelier de danse de Fédération Adolescents.....	III
Annexe IV : Questionnaire à destination des soignants participant aux trois ateliers de danse concernés par l’étude.....	IV

ANNEXES

Annexe I : Exemple de déroulement d'une séance de l'atelier de danse du secteur 7

Le premier temps est un temps d'accueil, tous en cercle assis par terre regard vers le centre. Lautaro Prado donne la parole à ceux qui souhaitent la prendre pour parler de leurs ressentis ou de leurs appréhensions. Le danseur précise qu'il n'attend aucune performance particulière.

Puis l'échauffement a lieu dans ce même cercle où les mouvements de frottements, de réveil musculaire de l'ensemble du corps sont montrés par Lautaro.

Le travail suivant explore le poids du corps en binôme : le premier est allongé au sol sur le dos, les yeux fermés, et le second trace les contours de son corps (sa silhouette) en y faisant rouler une petite balle en mousse. Les rôles sont ensuite alternés.

Les binômes sont conservés et un exercice calqué sur le précédent est proposé, mais la balle passe sur tout le corps et celui qui manipule la balle doit faire varier les pressions exercées sur la balle en la faisant rouler.

En restant toujours par deux, l'exercice suivant se réalise sans la balle, le premier est toujours allongé au sol sur le dos, le second prend délicatement chacun des poignets du premier à tour de rôle, en éprouvant le poids de son bras grâce au relâchement complet. L'exercice est poursuivi de la même manière mais en maintenant les chevilles et les genoux afin d'éprouver le poids de la jambe. Les membres sont ensuite redéposés délicatement. Les rôles sont par la suite alternés avec mise en place de la musique.

Le dernier exercice consiste, individuellement et allongé, à rouler sur le sol les yeux fermés, en éprouvant le poids de son propre corps.

L'atelier se clôture par un temps de parole, en cercle, avec l'occasion pour chacun de revenir sur ce qu'il a vécu ou observé pendant l'atelier.

Annexe II : Exemple de déroulement d'une séance de l'atelier de danse du CASIA

Le premier temps d'atelier est un temps d'échauffement en cercle, assis, regard vers le centre. Sophie Couineau propose une mise en mouvement des articulations de haut en bas et frottements de différentes parties du corps.

Le deuxième exercice est l'apprentissage d'un enchaînement chorégraphié au sol qu'elle détaille pour que chacun puisse le mémoriser et se l'approprier. Il est répété à plusieurs reprises par le groupe, à droite et à gauche.

Ensuite, des binômes sont formés. Le premier tapote avec ses doigts, comme pour mimer des gouttes de pluie, sur la tête du deuxième. Puis, le premier fait rouler les bras de l'autre entre ses deux mains, en partant de l'épaule et jusqu'au bout des doigts. Il doit s'assurer qu'il a les bras relâchés. Puis le deuxième enroule son buste, relâche sa tête et fléchit légèrement les jambes. Le premier repère ses épineuses et part de la nuque jusqu'au sacrum en frottant sa colonne vertébrale avec la deuxième phalange de ses doigts. Les rôles sont ensuite inversés.

L'exercice suivant est une marche dans l'espace de la salle, en suivant le rythme de la musique (plutôt rapide), puis la même consigne mais en glissant les pieds au sol, puis en sautillant, puis reprise d'une marche normale.

Chacun se répartit ensuite dans l'espace ; il s' imagine dans une bulle et doit essayer de toucher avec sa tête les parois de la bulle, en essayant au maximum de séparer son centre de gravité de la tête. Puis il l'expérimente sans se déplacer avec ses épaules, ses mains, sa cage thoracique, son bassin et ses genoux.

Par groupe de 3, chacun doit traverser l'espace en initiant le mouvement par différentes parties du corps, sciemment choisies. Le même exercice est proposé mais en séparant 5 danseurs qui évoluent dans tout l'espace et 5 spectateurs qui vont chacun observer un danseur et doivent, lorsque c'est leur tour de danser, reprendre des éléments observés chez le danseur.

Le temps final est un temps de parole où chacun exprime librement comment il s'est senti pendant la séance.

Annexe III : Exemple de déroulement d'une séance de l'atelier de danse de Fédération Adolescents

La séance se déroule sur la scène de la salle de spectacle.

A l'échauffement, assis en cercle sur des chaises, chacun à tour de rôle fait une proposition de mouvement que tous les autres reprennent.

Ensuite, Marie-France Roy propose un enchaînement des différentes propositions de chacun. Tout le monde danse cette phrase chorégraphiée. Y est ajouté ensuite un regroupement au centre où tout le monde est en contact. Puis chacun des patients à tour de rôle accompagne le groupe à la percussion, en variant le rythme en fonction des mouvements des autres, l'obligeant à être à leur écoute. Eux-mêmes sont à l'écoute du rythme.

Puis des binômes sont formés et l'un se place à « cour » et l'autre à « jardin ». Les deux se font face et se rejoignent au centre de la scène. Ils s'arrêtent, se regardent et peuvent se toucher, puis, à l'écoute, échangent leur place et partent dans l'autre sens. L'exercice est répété et « la chaîne anglaise » y est ajoutée. Il s'agit d'une chaîne en cercle où un groupe va dans le sens des aiguilles d'une montre et l'autre dans le sens inverse en slalomant les uns avec les autres, et en donnant la main à chaque personne rencontrée.

Le temps final est un temps de parole en cercle assis par terre où chacun va s'exprimer (patients, soignants et chorégraphe) sur ce qu'il a vécu ou observé lors de la séance.

Annexe IV : Questionnaire à destination des soignants participant aux trois ateliers de danse concernés par l'étude.

Thèse : Place de la danse contemporaine en psychiatrie - Questionnaire aux soignants participant aux ateliers

Pour m'aider dans mon travail de thèse, j'aurais besoin que vous répondiez à ce questionnaire sur les ateliers de danse auxquels vous avez participé en tant que soignant en psychiatrie.
Je vous remercie de votre aide.

1. Quel est votre nom/prénom ?

2. Quelle est votre fonction ? Votre métier ?

3. Avez-vous participé à l'atelier de danse contemporaine en tant que soignant en psychiatrie ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

4. Dans quel service travailliez-vous au moment où vous avez participé à cet atelier ?

5. A quelle date avez-vous intégré l'atelier de danse ? (mois, année)

6. Pendant combien de temps ?

7. Avez-vous déjà participé à/encadré un atelier à médiation corporelle ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

8. Si oui, le(s)quel(s) ?

9. Avez-vous été formé aux ateliers à médiation corporelle ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

10. Si oui, à quel type de médiation ?

11. **Avez-vous vous-même souhaité participer à l'atelier de danse contemporaine ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. **Si oui, pourquoi ? Si non, qu'est-ce qui vous y a poussé ?**

13. **Connaissiez-vous la danse contemporaine auparavant ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

14. **Avez-vous personnellement pratiqué de la danse ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. **Si oui, laquelle ? Quel a été votre parcours ?**

16. **Comment définiriez-vous la danse contemporaine ? Comment décririez-vous cette médiation corporelle ?**

17. **L'atelier de danse a-t-il été bénéfique personnellement pour vous ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Si oui, sur quels aspects essentiellement ? (en cocher 3 obligatoirement)

Plusieurs réponses possibles.

- Conscience corporelle
- Estime de soi
- Image du corps
- Capacités créatrices
- Perceptions sensorielles
- Tonicité
- Disponibilité pour les patients
- Vitalité
- Changement de regard sur les patients
- Expérience du toucher
- Laisser aller/lâcher prise
- Bien-être psychologique
- Bien-être physique
- Autre : _____

19. Avez-vous personnellement rencontré des difficultés au cours de l'atelier ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. Si oui, laquelle principalement ?

Une seule réponse possible.

- Difficultés à lâcher prise
- Difficultés à accepter le regard de l'autre
- Difficultés liées à la technique de la danse
- Difficultés liées au contact avec les autres
- Autre : _____

21. Avez-vous constaté des bénéfices chez les patients participant aux ateliers ?

Une seule réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

22. Sur quelle(s) dimension(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- La symptomatologie du trouble psychiatrique
- Le déficit cognitif
- Le retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique

23. Plus précisément, selon vous, sur quel(s) critère(s) du retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique ?

Plusieurs réponses possibles.

- La qualité de vie du patient
- L'impact sur la vie professionnelle
- La qualité des relations sociales
- L'autonomie dans la vie quotidienne

24. Quels bénéfices avez-vous le plus souvent constatés, ou ceux dont les patients vous ont fait part ?

Plusieurs réponses possibles.

- Une diminution du besoin de recours aux soins (dont diminution des traitements, venue au CMP, ...)
- Une diminution de l'usage des toxiques
- Une diminution de l'anxiété
- Un effet positif sur le moral
- Une meilleure estime de soi
- Un changement dans la perception de son propre corps
- Des modifications dans la perception du patient de l'image de son corps
- Davantage de prises d'initiative
- Davantage d'envie de sortir du domicile
- Davantage d'envie de sortir de l'hôpital (quand hospitalisation en cours)
- Une prise de conscience des autres
- Une capacité de partage en groupe
- Un meilleur tonus
- Autre : _____

25. Quel bénéfice principal mettriez-vous en avant ?

26. Avez-vous perçu, ou les patients vous ont-ils rapporté des difficultés liées aux ateliers ?

Une seule réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

27. Lesquelles principalement ? (en cocher 3 maximum)

Plusieurs réponses possibles.

- Difficultés liées à la technique
- Difficultés liées au contact avec les autres
- Difficultés de concentration
- Augmentation de l'anxiété
- Impact négatif sur le moral
- Difficultés de compréhension des consignes
- Difficultés à lâcher-prise
- Difficultés à être en groupe
- Peur du jugement/du regard de l'autre
- Difficultés par rapport au lieu de l'atelier
- Autre : _____

28. Selon vous, cet atelier est-il thérapeutique ?

Une seule réponse possible.

- Oui ou Plutôt oui
- Non ou Plutôt non

29. Selon vous, les indications des patients vers cet atelier sont-elles parfois injustifiées ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

30. Au moment de l'orientation des patients vers l'atelier, des objectifs thérapeutiques ont-ils été définis ?

Une seule réponse possible.

- Toujours
- Pour plus de la moitié des patients
- Pour moins de la moitié des patients
- Jamais

31. L'atelier a-t-il changé votre regard de soignant sur les patients qui y participaient ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Parfois

32. Vous a-t-il fait découvrir certaines capacités des patients que vous ne soupçonniez pas ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Parfois

33. Selon vous, l'approche corporelle en psychiatrie est-elle intéressante ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Sans opinion

34. Pourquoi ? Et qu'apporte la médiation corporelle que d'autres médiations n'apportent pas en psychiatrie ?

35. Pour vous, l'atelier de danse contemporaine représente-t-il un atelier à médiation corporelle intéressant ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Sans opinion

36. Pourquoi ? Et qu'apporte la danse contemporaine que d'autres médiations corporelles n'apportent pas en psychiatrie ?

37. Est-ce que vous considérez que le chorégraphe doit connaître la pathologie des patients ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

38. Pourquoi ?

39. Selon vous, est-il pertinent de maintenir l'atelier de danse contemporaine ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Sans opinion

40. Selon vous, quelles modifications permettraient d'améliorer l'atelier de danse contemporaine ?

41. Quelles informations complémentaires souhaitez-vous apporter ou quelles remarques souhaitez-vous faire sur le questionnaire ?

La danse contemporaine en psychiatrie

Regard de soignants sur trois ateliers à visée thérapeutique

RÉSUMÉ

Introduction – Dans la prise en charge des patients en psychiatrie, des ateliers à médiation corporelle, notamment de danse, existent. L'objectif de notre étude est de déterminer si la proposition d'atelier de danse contemporaine en psychiatrie est pertinente.

Matériels et Méthodes – Notre étude est une analyse de pratique professionnelle mixte, descriptive et rétrospective. Nous avons diffusé un questionnaire à 17 soignants, participant à trois ateliers de danse sur l'année scolaire 2017-2018, à destination de patients en psychiatrie suivis par le CESAME (49). Nous leur avons demandé de partager leur point de vue sur l'intérêt de ces ateliers de danse et nous les avons interrogés sur les bénéfices de ceux-ci sur les patients, ainsi que sur les difficultés qu'ils ont pu percevoir. Notre étude s'est intéressée particulièrement à leur impact sur les dimensions composant le handicap psychique présenté par les patients.

Résultats – Les 12 soignants ayant répondu au questionnaire sont tous convaincus de l'intérêt thérapeutique des ateliers de danse contemporaine. 75% d'entre eux ont remarqué un impact sur la symptomatologie du trouble psychiatrique présenté par le patient et 83% un impact sur le retentissement fonctionnel du trouble psychiatrique.

Conclusion – Les résultats indiquent qu'il est pertinent de proposer des ateliers de danse contemporaine dans la prise en charge globale des patients en psychiatrie dans un but thérapeutique. Ils montrent aussi des effets bénéfiques au niveau de l'impact négatif social et personnel de la pathologie psychiatrique évoluant au long cours.

Mots-clés : Ateliers à visée thérapeutique, danse contemporaine, handicap psychique, psychomotricité, médiation corporelle.

ABSTRACT

Introduction – Body movement therapy workshops, specifically dance workshops, are a therapeutic approach used today in psychiatry. The aim of our study is to define if the use of contemporary dance workshops is relevant in psychiatry.

Materials and methods – Our study is a retrospective descriptive mixed-methods analysis of professional practice. We have sent a questionnaire to 17 healthcare professionals, all involved in 3 dance workshops that took place during school year 2017-2018 and dedicated to the patients in psychiatry in the care of the CESAME (49). We have asked them to share their perspective about those dance workshops and we have inquired about their benefits for patients as well as the challenges they may have identified. Our study is more specifically focused on their impact on the different dimensions of psychic disability.

Results – The 12 healthcare professionals that answered the questionnaire are all convinced about the therapeutic benefit of contemporary dance workshops. 75% of them have noticed an impact on the symptoms of the psychiatric illness of the patients and 83% of them an impact on the functional effect of the psychiatric illness.

Conclusion – The results show contemporary dance workshops are a relevant comprehensive therapeutic approach for patients in psychiatry. They also demonstrate positive effects on the negative impact at social and personal levels of long-standing psychiatric pathologies.

Keywords : therapeutic workshop, contemporary dance, psychic disability, psychomotricity, body movement therapy.